

نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لموظفي القطاع العام المدير من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي

طبقا لمقتضيات القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، وخاصة مقتضيات الكتاب الثاني منه، تم إحداث نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام. كما تم إصدار القانون رقم 116.12 المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة الطلبة في 4 أغسطس 2015⁵⁹.

وقد عهد إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي بمهمة تدبير هذين النظامين، وذلك طبقا لمقتضيات المادة 73 من القانون رقم 65.00 المذكور أعلاه، والمادة 20 من القانون رقم 116.12 المشار إليه سلفا.

ووفقا للاتفاقية الموقعة في الخامس من يوليو 2007 بين وزير الاقتصاد والمالية، ووزير الشغل والتكوين المهني، ووزير الصحة، والمجلس الوطني لحقوق الإنسان، والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، أضيفت إلى هذا الأخير مهمة تدبير نظام التغطية الصحية الأساسية لفائدة ضحايا انتهاكات حقوق الإنسان⁶⁰.

وفي هذا الصدد، قام المجلس بمهمة مراقبة تسيير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام الذي يديره الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي. وقد ركزت هذه المهمة أساسا، على الجوانب المتعلقة بالحكامة، ومستوى تغطية مصاريف العلاجات التي يضمنها هذا النظام، وكذا تقييم التوازن المالي والديمومة. وقد همت هذه المراقبة الفترة 2009-2017.

وتجدر الإشارة إلى أن كل المؤشرات المرتبطة بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام عرفت تطورا هاما خلال فترة المراقبة.

وهكذا، ارتفع عدد المستفيدين من هذا النظام من 2.410.757 مستفيد سنة 2009، ليلعب ما مجموعه 3.030.448 مستفيد سنة 2017، موزعين بين 793.109 مؤمن نشيط و1.303.759 من ذوي حقوقهم، و436.822 مؤمن من أصحاب المعاشات و496.758 من ذوي حقوقهم.

وقد عرف عدد المستفيدين المصابين بمرض، والذين أودعوا ملفا مرضيا أو أكثر تطورا ملحوظا خلال نفس الفترة، حيث انتقل عدد المرضى المستفيدين من 1.081.705 سنة 2009 إلى 1.349.003 سنة 2017. وفي المقابل، ارتفع عدد ملفات المرض المودعة من 4.018.282 سنة 2009 إلى 4.598.163 سنة 2017، أي بمعدل يناهز 3,5 ملف عن كل شخص مصاب بمرض خلال الفترة المعنية.

وتنقسم الملفات المودعة، برسم سنة 2017، إلى ما مجموعه 4.132.883 ملف عن العلاجات المتنقلة (أي في حالة دفع المصاريف مسبقا من طرف المؤمن وطلب استرجاعها لاحقا) بكلفة قدرها 2,4 مليار درهم، وإلى 465.280 ملف عن العلاجات المقدمة في إطار الطرف الثالث المؤدي (أي في حالة طلب التكفل بمصاريف العلاجات على أن يتم أداء مصاريف العلاجات مباشرة لمقدم العلاجات) بكلفة تناهز 1,8 مليار درهم.

أما بالنسبة لموارد نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، والتي تتكون أساسا من واجبات الاشتراك، فقد انتقلت الاشتراكات من 3,46 مليار درهم سنة 2009 إلى 4,9 مليار درهم سنة 2017.

وفيما يتعلق بنفقات هذا النظام، فقد ارتفعت هذه الأخيرة من 3,077 مليار درهم سنة 2009 إلى 4,499 مليار درهم سنة 2017.

⁵⁹ بالنسبة لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة الطلبة، بلغ عدد مؤسسات التعليم العالي المنخرطة منذ دخول هذا النظام حيز التنفيذ 601 مؤسسة. حيث بلغ عدد الطلبة المنخرطين 3.3081 و65.553 طالب برسم سنتي 2016 و2017 على التوالي.

⁶⁰ بالنسبة لنظام التغطية الصحية الأساسية لفائدة ضحايا انتهاكات حقوق الإنسان، ارتفع عدد المؤمنين من 2.383 سنة 2008 إلى 8.306 سنة 2017. فيما بلغ العدد الإجمالي للمستفيدين 18.417 سنة 2017، موزعين بين المؤمنين وذوي حقوقهم.

I. ملاحظات وتوصيات المجلس الأعلى للحسابات

أسفرت مهمة مراقبة تسيير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام الذي يديره الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي عن إثارة مجموعة من الملاحظات وإصدار عدد من التوصيات، همت الجوانب التالية.

أولاً. حكامه نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

تم تقييم حكامه نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض من خلال فحص الإطار القانوني والشروط المتعلقة بإدارة وتسيير ومراقبة هذا النظام. وفي هذا الصدد، تم تسجيل ما يلي:

1. الإطار القانوني لنظام لتأمين الإجباري الأساسي عن المرض

ممكن فحص مقتضيات القانون رقم 65.00، وكذا تلك المتعلقة بنصوصه التطبيقية من رصد ما يلي:

◀ عدم اكتمال الإطار التنظيمي

لقد تم تنظيم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام بمقتضى أحكام مدونة التغطية الصحية الأساسية، غير أن تنزيل مجموعة من هذه المقتضيات يحيل على نصوص تنظيمية لم يتم إصدارها بعد. وهو ما أثر سلباً على تدبير هذا النظام بشكل سليم. ويتعلق الأمر، على سبيل المثال، بالنصوص المتعلقة بتحديد قواعد الفوترة، وتحديد الشروط التي تضمن للمؤمن الحفاظ على حقوقه في حالة توقفه عن العمل، وكذا النصوص المتعلقة بتحديد قائمة الوثائق المثبتة لمصارف العلاجات المدفوعة مسبقاً من طرف المؤمن.

◀ تأخر في تطبيق نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض على جميع مستخدمي القطاع العام

بعد الاطلاع على قاعدة المعطيات المتعلقة بالمنخرطين في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام، تبين أن هناك العديد من المؤسسات والمقاولات العمومية التي لم تنخرط بعد في هذا النظام. وخاصة أولئك المشار إليهم في المادة 114 من القانون رقم 65.00 سالف الذكر. وفي غياب معطيات مفصلة لدى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، يقدر عدد المأجورين المعنيين بحوالي 250.000 يعملون في 32 مؤسسة عمومية.

2. إدارة وتسيير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

يعهد بتدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، والجمعيات التعاقدية المتألف منها الصندوق المذكور، وذلك طبقاً لمقتضيات المادة 73 من القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية. وفي هذا الإطار، تمت ملاحظة ما يلي:

◀ اختلالات في انعقاد وفي ممارسة مهام المجلس الإداري

يدير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام مجلس إدارة الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي. ويرأسه واحد من رؤساء التعاقدات الأعضاء في هذا المجلس. ويتشكل نصف أعضائه من ممثلي الدولة، ومن ممثلي التعاقدات والنقابات العمالية بالنسبة للنصف الباقي. وذلك طبقاً لمقتضيات المادة 84 من القانون رقم 65.00.

وقد كشف فحص محاضر انعقاد دورات المجلس الإداري خلال الفترة 2009-2017 أن السير العادي لهذا المجلس وقيامه بالمهام المنوطة به، بموجب المادة 85 من القانون رقم 65.00، تشوبه الاختلالات التالية:

- عدم انعقاد المجلس الإداري منذ شهر يوليوز 2016 بسبب عدم تجديد ولاية بعض الأعضاء، ويتعلق الأمر بـ ممثلي النقابات؛
- عدم حصر ميزانية سنة 2017 وميزانية سنة 2018؛
- عدم حصر أرصدة الحسابات المتعلقة بالسنتين الماليتين 2016 و2017؛
- وعدم مصادقة مجلس الإدارة على التقرير المالي والتقرير المتعلق بنشاط الصندوق عن سنة 2016 وعن سنة 2017

◀ عدم جود ميزانية خاصة بالصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي

يقوم الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي بتدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بالقطاع العام وفقاً لمقتضيات الباب الثاني من القسم الثاني من الكتاب الثاني من القانون رقم 65.00، كما يقوم بتدبير، بصفة مستقلة، نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالطلبة، وذلك بمقتضى المادة 20 من القانون رقم

116.12. وفي هذا الصدد، يقوم الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي بإعداد ميزانية خاصة لكل نظام. وبالتالي، بتنفيذ ميزانيتين منفصلتين. ويتعلق الأمر ب:

- ميزانية خاصة بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام التي نصت عليها المادة 90 من القانون رقم 65.00؛
- ميزانية خاصة بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة الطلبة التي نصت عليها المادة 20 من القانون رقم 116.12.

وفيما يتعلق بتنفيذ هاتين الميزانيتين، فإن الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي يقوم بإطلاق طلبات عروض منفصلة خصوصا عندما يتعلق الأمر بنفقات خاصة بكل نظام وبتوظيفات حسب القانون الإطار الملحق بميزانيتينهما مع معالجة محاسبائية منفصلة.

وبالتالي، لا يتوفر الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، إلى جانب الميزانيتين سالفتي الذكر، على ميزانية خاصة به، يتم فيها إدراج مجموع نفقاته سواء تلك المتعلقة بالاستثمار أو تلك المتعلقة بالاستغلال، مع توضيح كيفية احتساب نفقات التسيير المرتبطة بكل نظام، وكذا المعايير التي تم اعتمادها من أجل تحديد وتوزيع النفقات المشتركة.

◀ وجود تعاضديات في حالة تناف

طبقا لمقتضيات المادة 83 من القانون رقم 65.00، وقع الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي سنة 2006 اتفاقية مع التعاضديات المكونة له، تم بموجبها تكليف هذه الأخيرة بمعالجة الملفات المتعلقة بالعلاجات المتنقلة. غير أنه لوحظ أنه تم توقيع هذه الاتفاقية دون مراعاة مقتضيات المادة 44 من القانون رقم 65.00، مما أدى إلى وجود العديد من التعاضديات في حالة تناف بصفتها طرف في تدبير النظام وكذا تدبير مؤسسات تقدم خدمات في مجال العلاج. حيث تتوفر هذه التعاضديات على وحدات طبية تقدم خدمات استشفائية للمؤمنين، وتستفيد من نفقات هذا النظام في إطار نظام الطرف الثالث.

ويقدم الجدول الموالي المبالغ التي تم أداءها من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي لفائدة الوحدات الطبية التابعة لهذه التعاضديات برسم سنة 2017.

جدول حول توزيع النفقات التي تم أداءها لفائدة القطاع التعاضدي عن الخدمات الطبية لصالح المؤمن برسم سنة 2017

التعاضدية	عدد الأشخاص المستفيدين	عدد الملفات	مبلغ المصاريف المسترجعة (بالدرهم)
عيادة طب الأسنان (MGPAP)	8.640	12.694	5.031.484
عيادة طب الأسنان (OMFAM)	42.023	90.086	42.398.694
عيادة طب الأسنان (MFA)	12.528	29.187	8.144.724
عيادة طب الأسنان (MGEN)	17.609	26.774	10.722.768
عيادة طب الأسنان "FRATERNELLE DE POLICE"	311	436	157.395
مصحة "MGEN"	5.967	10.881	3.036.321
مختبر "MGEN"	11.213	16.874	7.760.240
المجموع	98.291	186.932	77.251.626

المصدر: الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي.

◀ غياب المراقبة التقنية

بموجب مقتضيات مدونة التغطية الصحية الأساسية، تم إخضاع الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي بصفته مدبرا لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام، وإلى جانب المراقبة المالية المنصوص عليها في المادة 53 من القانون رقم 65.00، إلى المراقبة التقنية للدولة. ويتعلق الأمر بنوعين من المراقبة:

- مراقبة تقنية منوطة بوزارة الصحة، حيث أنه، طبقا لأحكام للمادة 55 من القانون رقم 65.00، وكذا المادة 40 من المرسوم رقم 2.05.733 بتطبيق مدونة التغطية الصحية الأساسية، يقوم بهذه المراقبة أطباء وأطباء أسنان وصيدالدة مفتشين يعينهم وزير الصحة لهذا الغرض من بين الموظفين. وتتم هذه المراقبة إما على الوثائق أو في عين المكان بمبادرة من وزير الصحة أو بطلب من الوكالة الوطنية

للتأمين الصحي. إلا أنه، منذ دخول نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض حيز التنفيذ، لم تقم وزارة الصحة بأي مهمة رقابة تقنية في هذا الصدد؛

- مراقبة تقنية منوطة بهيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي. فبعد إحداث هذه الهيئة بموجب القانون رقم 64.12، تم تكليف هذه الهيئة بالمراقبة التقنية التي كانت منوطة بوزارة المالية طبقاً لأحكام المادتين 54 و55 من القانون رقم 65.00. وتتنصب هذه المراقبة خصوصاً على الجوانب المتعلقة بالوضعية المالية وبالديمومة. إلا أنه، منذ دخول نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض حيز التنفيذ، لم تقم هذه الهيئة بأي مهمة مراقبة في عين المكان (سواء على مستوى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي أو على مستوى التعاضديات).

ثانياً. تغطية مصاريف العلاجات

تم تقييم مستوى التغطية الصحية التي يقدمها نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض عن طريق فحص الدلائل والمراجع المؤطرة للنظام، أخذاً بعين الاعتبار سلة الخدمات الطبية المشمولة بالتغطية الصحية، وكذا نسبة تغطية مصاريف العلاجات الطبية. وفي هذا الصدد، تم تسجيل ما يلي:

1. التأخير التقني

من أجل ملائمة الممارسات الطبية وتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمؤمنين ووضع أسس للمراقبة الطبية، وجب تزويد نظام التغطية الصحية الأساسية بمراجع وأدوات تقنية محينه ومتكاملة. غير أن هناك نقائص في هذه الأدوات بشكل تأثر سلبي على فعالية هذا النظام. وفي هذا الصدد، تم تسجيل ما يلي:

◀ عدم شمولية الدليل المرجعي الوطني لمهنيي الصحة

لوحظ أن الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي يتلقى من الوكالة الوطنية للتأمين الصحي دليلاً وطنياً مرجعياً لمهنيي الصحة يتضمن معلومات غير محينه وغير شاملة عنهم. وذلك بسبب غياب مقتضيات قانونية تلزم مقدمي الخدمات الطبية بالتوفر على الرقم الوطني الاستدلالي (Code INPE) والحصول عليه من لدى الوكالة الوطنية للتأمين الصحي.

◀ عدم تحيين دليل المصنفات العامة للأعمال الطبية

لم يتم تحيين دليل المصنفات العامة للأعمال الطبية منذ وضعها سنة 2006. علماً أنه، مع التقدم المستمر للعلوم الطبية، هناك أعمال طبية جديدة تظهر باستمرار. ولم يتم إدراجها ضمن هذه المصنفات. وبالتالي، تبقى غير مشمولة بالتغطية الصحية.

◀ عدم تغطية البروتوكولات العلاجية المعتمدة لجميع الأمراض

لا يتضمن دليل البروتوكولات العلاجية سوى تسع بروتوكولات علاجية، تمت المصادقة عليها من طرف الأطراف المعنية. وتبقى العديد من الأمراض غير مشمولة بهذه البروتوكولات. فعلى سبيل المثال، تتضمن لائحة الأمراض المزمنة والمكيفة، والمشمولة بالتغطية الصحية، حوالي 47 صنفاً فقط، في حين أن لائحة هذه الأمراض تشتمل على ما يناهز 149 مرضاً. وبالتالي، فإن غياب البروتوكولات العلاجية الخاصة بجل الأمراض، يحد من فعالية ونجاعة التغطية الصحية التي يضمنها نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام.

2. سلة الخدمات الطبية

بموازاة مع سلة الخدمات الطبية المشمولة بالتغطية الصحية المشار إليها في المادة 7 من القانون رقم 65.00. يعرف نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض توسيعاً مستمراً للوائح الأعمال الطبية والأدوية والمعدات الطبية والتحاليل التي يمكن استرجاع المصاريف المتعلقة بها. وبالرغم من ذلك، لازالت هناك عدة أعمال طبية غير مشمولة بالتغطية الصحية. ويبرهن على ذلك عدد الاستثناءات الإسمية المقدمة من طرف الوكالة الوطنية للتأمين الصحي للمؤمن بناء على طلبه. حيث يمكن للمؤمن طلب استرجاع مصاريف أعمال طبية غير واردة في سلة العلاجات المشار إليها طبقاً لمقتضيات المادة 9 من المرسوم رقم 02-05-733 المشار إليه.

وتبعاً لذلك، يقوم الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي بإرجاع مصاريف بعض العلاجات غير المصنفة في سلة الخدمات الطبية بناء على الآراء الإسمية التي تصدرها الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، والممنوحة بشكل حصري لفائدة المؤمن بناء على طلبه كما سبقت الإشارة إلى ذلك. ففي الفترة الممتدة ما بين سنتي 2009 و2017، تم منح 735 رأي إسمي متعلق بالأدوية، وثلاث آراء متعلقة بالمعدات الطبية. وبالإضافة إلى ذلك، لوحظ أن الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي قد قام بإرجاع مصاريف ثلاث معدات طبية معتمدة في ذلك على مجرد رأي اللجنة الطبية التابعة له.

3. مستوى تغطية مصاريف العلاجات

تطبيقاً لمقتضيات المرسوم رقم 2.05.733 ولبنود الاتفاقيات الوطنية التي تحدد التعريف المرجعية الوطنية بالنسبة للأعمال الطبية، فإن نسبة تغطية مصاريف العلاجات الطبية المتحملة من طرف نظام التأمين الصحي الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام، تتراوح بين 70 و100 في المائة. غير أنه، بعد مقارنة مبالغ المصاريف المسترجعة بمبلغ المصاريف المتحملة من طرف المؤمن، تبين ما يلي:

← ارتفاع مصاريف العلاجات الباقية على عاتق المؤمن

خلال الفترة المعنية بالمراقبة، لوحظ أنه، بالنسبة للعلاجات المتنقلة، بلغت نسبة التغطية حوالي 58 في المائة في المعدل مقارنة بالتعريف المرجعية الوطنية. مع العلم أنه، في سنة 2017، لم تصل نسبة استرجاع مصاريف العلاجات إلى 70 في المائة بالنسبة لأزيد من 61 في المائة من الملفات المودعة.

أما بالنسبة للعلاجات المقدمة في إطار الطرف الثالث المؤدي، فإن نسبة تغطية مصاريف العلاجات تصل في المعدل إلى حوالي 93 في المائة خلال نفس الفترة. غير أن هذه النسبة تبقى مغلوطة ولا تعكس الواقع، إذ أن حسابها يتم مقارنة مع الأئمة الواردة في التعريف الوطنية المرجعية، علماً أن المصاريف المتبقية على عاتق المؤمن تفوق بكثير هذه التعريف. إذ في غالب الأحيان، يدفع المؤمنون مبالغ تفوق هذه التعريف، ولا يتم التصريح بها لدى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي أو تبقى غير مفوترة. وتجدر الإشارة إلى أنه لم يتم تجديد الاتفاقيات الوطنية المحددة للتعريف الوطنية المرجعية منذ سنة 2009، وذلك لأجل الأخذ بعين الاعتبار تكاليف العلاجات المعمول بها. مما يفسر ضعف تغطية مصاريف العلاجات وارتفاع مبالغ مصاريف العلاجات الباقية على حساب المؤمن.

← محدودية التغطية الصحية التكميلية

يستفيد أغلب المنخرطين في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام من تأمين تكميلي مقدم من طرف التعاضديات. وتبقى مساهمة هذه التغطية في سد مصاريف العلاجات المتنقلة ضعيفة، حيث لا تتعدى ست (6) في المائة في المعدل من المبالغ الإجمالية لمصاريف العلاجات، وذلك فيما يتعلق بالفترة 2009-2017.

ثالثاً. التوازن المالي لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

أبان فحص الوضعية المالية للنظام في الفترة ما بين سنتي 2009 و2017 عن وجود عجز تقني في الوضعية المالية للنظام، حيث سجل أول عجز تقني سنة 2016، بمبلغ قدره 225 مليون درهم، ليستقر في 302 مليون درهم سنة 2017. فيما سجلت النتيجة الصافية ما يعادل 22,5 مليون درهم عند متم سنة 2017، كما يوضح ذلك الجدول التالي: الوضعية المالية لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام

عن الفترة 2010-2017 (بمليون درهم)

السنة المالية	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
النتيجة التقنية (الاشتراكات - النفقات)	376	224	176	552	459	364	60	-225	-302
النتيجة الصافية (الموارد - النفقات)	576	447	402	807	729	725	439	119	-22,5

المصدر: الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي.

وتعزى هذه الوضعية إلى تراكم عوامل عديدة، نذكر منها ما يلي:

← ضعف تطور المداخل

اتسمت مداخل نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام، بضعف معدل تطورها خلال الفترة 2009-2017. ويرجع ذلك بالأساس إلى ضعف معدل التطور السنوي للاشتراكات الذي لم يتجاوز 3 في المائة، حيث مرت من 3,46 مليار درهم سنة 2009 إلى 4,9 مليار درهم سنة 2017.

← تدهور النسبة الديموغرافية

يبلغ عدد المؤمنین المتقاعدين ما مجموعه 436.822 مستفيد برسم سنة 2017. أي ما يمثل نسبة تناهز 36 في المائة من مجموع المؤمنین (1.229.931 مؤمن)، مسجلاً بذلك ارتفاعاً قدره 91 في المائة ما بين سنتي 2009 و2017. ويعكس تطور عدد المستفيدين من هذا النظام شيخوخة المؤمنین المسجلين فيه، وتدهور النسبة الديموغرافية (أي نسبة تغطية المنخرطين النشيطين للمسجلين من أصحاب المعاشات)، حيث بلغت هذه الأخيرة ما يعادل 1,81 سنة 2017، مقارنة بما يناهز 3,26 سنة 2009. وتجدر الإشارة إلى أن هذه الفئة من المؤمنین تتعرض أكثر للإصابة بالأمراض، لاسيما المزمنة والمكلفة مقارنة بالفئة النشيطة، كما أن نسبة واجب الاشتراك للمؤمنین أصحاب المعاشات محددة في

2,5 في المائة، مقابل 5 في المائة بالنسبة للمؤمنين النشيطين دون تجاوز سقف اشتراك في حدود 400 درهم في الشهر.

أهمية النفقات المتعلقة بالأمراض المزمنة والمكلفة

عرف عدد المستفيدين الذين يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل، وكذا النفقات التي تمت لفائدتهم، تطورا مهما خلال الفترة الممتدة بين سنتي 2010 و2017، حيث انتقل عددهم من 94.025 مريض إلى 169.243 مريض، وتطورت المصاريف المرجعة المتعلقة بهم من 1.619.153.001 درهم إلى 2.045.368.437 درهم، أي بنسبة زيادة قدرها 80 في المائة و26 في المائة على التوالي. وتجدر الإشارة إلى أن هذه الفئة لا تمثل سوى 5,6 في المائة من المستفيدين من التأمين الإجباري على المرض لفائدة موظفي ومتقاعدي القطاع العام، في حين تستهلك 49 في المائة من مصاريف العلاجات.

تطور مؤشر الإصابة بالمرض

كشفت تقييم عمل نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة الأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام، أن عدد المستفيدين الذين أودعوا ملفا مرضيا أو أكثر تطور من 1.081.705 سنة 2009 ليصل إلى 1.349.003 سنة 2017، مسجلا بذلك 45 في المائة في المعدل كمؤشر عن الإصابة بالمرض. ويدل هذا المعدل على الإقبال الملحوظ على خدمات هذا النظام قصد تغطية المصاريف المحتملة من طرفهم، وكذا على تطور نسبة الإصابة بالمرض. وهكذا ارتفع عدد الملفات المودعة من 4.018.282 سنة 2009 إلى 4.598.163 سنة 2017، مسجلا بذلك 3,5 كمعدل لعدد الملفات المودعة عن كل شخص مصاب بمرض خلال سنة 2017.

الارتفاع المستمر للنفقات

ارتفعت نفقات النظام من 3,077 مليار درهم سنة 2009 إلى 4,499 سنة 2017. وتضم هذه النفقات المتعلقة بالخدمات العلاجية ونفقات التسيير.

ففيما يتعلق بنفقات الخدمات العلاجية، فقد سجلت ارتفاعا بمعدل 43 في المائة خلال الفترة 2009-2017، لتصل إلى 4,18 مليار درهم عند متم 2017. ومن خلال تحليل توزيع هذه النفقات حسب نوعية الخدمات الطبية، تبين أن خمسة أنواع من الخدمات الطبية تستهلك حوالي 62 في المائة من مجموع نفقات الخدمات العلاجية، بكلفة بلغت 2,6 مليار درهم سنة 2017. ويتعلق الأمر بالأدوية وبالتحاليل البيولوجية والطبية وبالعلاجات الأسنان والفحوصات والزيارات الطبية وبالنظارات الطبية. حيث عرفت هذه الخدمات الطبية الخمس تطورا ملحوظا بين 2009 و2017. فقد سجلت نفقات الأدوية حوالي 1,4 مليار درهم سنة 2017، والتحاليل البيولوجية الطبية 384 مليون درهم، وعلاجات الأسنان 348 مليون درهم، والنظارات الطبية 212 مليون درهم، والفحوصات والزيارات الطبية 261 مليون درهم، مسجلة بذلك ارتفاعا بمعدل 261 في المائة مقارنة بسنة 2009.

أما فيما يخص نفقات التسيير، فقد ارتفعت من 167 مليون درهم سنة 2009 إلى 319 مليون درهم سنة 2017، مسجلة بذلك معدل ارتفاع ناهز 90 في المائة. وتتوزع هذه النفقات على الشكل التالي:

- نفقات التسيير الخاصة بالصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، والتي بلغت 226 مليون سنة 2017 درهم، بعدما كانت في حدود 123 مليون درهم سنة 2009؛
- نفقات التسيير المدفوعة للتعاضديات مقابل معالجة ملفات العلاجات المتنقلة. حيث ارتفعت من 22,8 مليون درهم إلى 60,5 مليون درهم خلال نفس الفترة؛
- المساهمات المدفوعة لدعم ميزانية الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، والتي بلغت 31,7 مليون درهم سنة 2017، مقابل 20,7 مليون درهم سنة 2009.

ضعف جاذبية المراكز الاستشفائية العمومية

بعد تحليل توزيع مجموع نفقات النظام المتعلقة بالخدمات الطبية خلال الفترة 2009-2017 المتعلقة بالطرف الثالث المؤدي (tiers payant)، اتضح أن القطاع الخاص استفاد من حصة 67 في المائة من مجموع هذه النفقات، متبوعا بالقطاع التعاضدي بنسبة 19 في المائة، ثم القطاع العام بنسبة 12 في المائة، وبعد ذلك تأتي العلاجات خارج أرض الوطن في حدود 2 في المائة.

وهكذا ارتفعت حصة النفقات لفائدة القطاع الخاص من 53 في المائة سنة 2009 إلى 84 في المائة سنة 2017. وموازا مع ذلك، انخفضت نسبة النفقات لفائدة القطاع التعاضدي من 33 في المائة سنة 2009 إلى 4 في المائة سنة 2017. أما بالنسبة لحجم النفقات التي استفادت منها المستشفيات العمومية، فقد حافظت على نفس الوزن خلال الفترة 2009-2017، أي في حدود 12 في المائة.

وتبقى استفادة القطاع العام من التمويلات التي يتيحها النظام جد محدودة مقارنة بالقطاع الخاص، رغم توفره على طاقة سريرية تفوق بكثير القطاع الخاص، ويستفيد من عدة امتيازات كالإعفاء من الحصة المتبقية على عاتق المؤمن، وتبسيط الإجراءات المتعلقة بمسطرة الحصول على الموافقة المسبقة على تحمل تكاليف العلاجات.

رابعا. ديمومة نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

نظرا للعجز الذي بدأ يسجله النظام في وضعيته المالية منذ سنة 2016، يبقى التساؤل مطروحا حول ديمومة هذا النظام على المدى المتوسط والبعيد.

ومن أجل ذلك، ونظرا لعدم توفر الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي على دراسات اکتوارية (études actuarielles) تمكن من تتبع التوقعات حول الوضعية المالية للنظام، إذ إن آخر دراسة اکتوارية قام بها الصندوق تعود إلى سنة 2010، فقد تمت بلورة بعض التوقعات اکتوارية بتشاور مع الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي. وتهدف هذه التوقعات إلى محاكاة تطور الوضعية المالية للنظام خلال الفترة 2018-2022، وكذا محاكاة تأثير تغيير منحى بعض العوامل على تطور هذه الوضعية. وقد تم اعتماد منهجية تروم الرفع من الموارد أو التحكم في نفقات النظام في التوقعات سائلة الذكر بغية استرجاع التوازن المالي للنظام.

وبعد تحليل نتائج التوقعات اکتوارية لمختلف السيناريوهات، تبين أنه، في حالة استمرار الوضع على ما هو عليه، أي استقرار جميع العوامل الحالية، قد تتفاقم الوضعية المالية للنظام، فمن المنتظر أن يتعدى العجز الصافي للنظام مليار درهم برسم سنة 2022.

وخلص المجلس إلى أن الاعتماد على الرفع من واجب الاشتراكات فقط، أو على التحكم في النفقات فقط، يبقى غير كاف لضمان ديمومة النظام. كما لوحظ أن رفع استفادة المستشفيات العمومية من نفقات النظام قد يؤثر بشكل ملحوظ في تحسين الوضعية المالية للنظام.

وعليه، يبقى ضمان ديمومة نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام على المدى البعيد رهينا بإصلاح يأخذ بعين الاعتبار العوامل سائلة الذكر.

ولأجل ذلك، يوصي المجلس الأعلى للحسابات رئيس الحكومة بما يلي:

- باعتباره رئيس لجنة إصلاح منظومة التغطية الصحية الأساسية، باعتماد إصلاح يأخذ بعين الاعتبار جميع العوامل المؤثرة في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام النظام، من أجل استعادة توازنه المالي وضمان ديمومته على المدى البعيد. ويكون مبنيا أساسا على تحسين مستوى العلاجات المشمولة بالتغطية الصحية وعلى تعبئة الموارد اللازمة وعلى التحكم في النفقات وتحسين جاذبية المستشفى العمومي؛
- إصدار جميع النصوص التطبيقية المتعلقة بتنزيل مقتضيات القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، لاسيما تلك المتعلقة بتحديد قواعد الفوترة، وبالشروط التي تضمن للمؤمن الحفاظ على حقه في التأمين الصحي عند توقفه عن العمل، وكذا بتحديد قائمة الوثائق المثبتة لمصاريف العلاجات المؤداة مسبقا من طرف المؤمنين؛
- العمل على انخراط جميع المؤسسات العمومية المعنية بمقتضيات المادة 114 من القانون رقم 65.00 في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام. كما يوصي المجلس الأعلى للحسابات وزارة الصحة بما يلي:
- تحسين جاذبية المؤسسات الصحية العمومية قصد استقطاب عدد أكبر من المؤمنین والاستفادة من التمويلات التي يتيحها نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض عن طريق تنمية العرض الصحي، وتقليص آجال التكفل وإمداد المراكز الاستشفائية بالوسائل الضرورية؛
- السهر على تجديد الاتفاقيات الوطنية ومراجعة التعريفات الوطنية المرجعية؛
- الحرص على التحيين المستمر لأدوات التأطير التقني لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، خاصة فيما يتعلق بمصنفات الأعمال الطبية والبروتوكولات العلاجية والمرجع الوطني لمهنيي الصحة؛
- تفعيل المراقبة التقنية على تدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض كما تنص على ذلك المادة 55 من القانون رقم 65.00، وكذا المادة 40 من المرسوم التطبيقي رقم 2.05.733.

ويوصي هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي بالقيام بالمراقبة التقنية المفروضة على تدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام بمقتضى المادتين 54 و55 من القانون رقم 65.00، سواء على مستوى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، أو على مستوى التعاضديات المعنية بتدبير هذا النظام.

ويوصي، أيضاً، الصندوق المغربي للتأمين الصحي الذي حل محل الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، بمراعاة أحكام المادة 44 من القانون رقم 65.00 عند إبرام اتفاقية مع التعاضديات تتعلق بمعالجة الخدمات المرتبطة بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام.

II. جواب مدير الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي

(نص مقتضب)

(...)

بشأن الإحصائيات المتعلقة بنشاط الصندوق لسنة 2017

إن الأرقام المتعلقة بسنة 2017 لا تأخذ بعين الاعتبار مبلغ احتياطي المصاريف الباقية الواجب دفعها (665 مليون درهم موزعة ما بين 402 م.د في إطار العلاجات العادية و263 م.د في إطار الثالث المؤدي)، وهي تتعلق بـ 505.144 ملف مرض (424.488 ملف علاجات عادية و80.665 ملف في إطار الثالث المؤدي).

(...)

أولا. حكمة نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

1. الإطار القانوني لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

◀ عدم اكتمال الإطار التنظيمي

بالفعل إلى يومنا هذا لم يتم إصدار كل النصوص التطبيقية للقانون رقم 65.00، مما يطرح العديد من المشاكل والعراقيل أمام الصندوق في تدبيره لنظام التأمين الإجباري عن المرض، هذا في الوقت الذي أبانت عدة مقتضيات قانونية وتنظيمية عن محدوديتها وعدم مواكبتها للتطور الذي عرفه النظام، مما يستدعي إضافة إلى استكمال إطاره التنظيمي، مراجعة مقتضيات القانون رقم 65.00 ونصوصه التطبيقية بشكل شمولي يسمح بتكليفها وملاءمتها مع متطلبات التدبير الناجع.

◀ تأخر في تطبيق نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض على جميع مستخدمي القطاع العام

(...) أما فيما يخص إدراج الفئة المعنية بالمادة 114 في النظام طبقا لتوصية المجلس الأعلى للحسابات فالأكيد أنه سيكون له وقع مالي سلبي على توازنات النظام.

2. إدارة وتسيير نظام التأمين الإجباري عن المرض

◀ اختلالات في انعقاد وفي ممارسة مهام المجلس الإداري

نؤكد بهذا الصدد أنه منذ تفعيل نظام التأمين الإجباري عن المرض تم عقد مجالس إدارة الصندوق بشكل منتظم. إلا أنه وبسبب التأخير الكبير في تعيين بعض الممثلين على مستوى مجلس إدارة الصندوق سنة 2016، تأجل انعقاد الدورة 19 لهذا المجلس للسنتين الماليتين 2016 و2017 إلى غاية 20 فبراير 2019.

وخلال هذه الدورة، قرر المجلس الإداري للصندوق بالنظر لخضوع القوائم التركيبية للتأمين الإجباري عن المرض للمراقبة الخارجية واعتمادا على ما حظيت به حسابات الصندوق من مصادقة تامة بدون تحفظ من طرف المحاسب المالي الخارجي، حصر الحسابات والقوائم التركيبية للتأمين الإجباري عن المرض للسنتين المحاسبتين 2016 و2017؛ والمصادقة على التقرير المالي والتقرير المتعلق بنشاط الصندوق برسم هاتين السنتين.

ولا بد من التأكيد هنا على أن الصندوق قبل صدور مقرر رئيس الحكومة وانعقاد مجلسه الإداري سنة 2019، قام بالمساعي الضرورية لتجاوز هذا الوضع الاستثنائي عبر استصداره تأشير استثنائي على ميزانيته سنة 2017 وسنة 2018 من طرف السيد رئيس الحكومة.

◀ عدم وجود ميزانية خاصة بالصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي:

لا بد من التذكير هنا، على أن المشرع بموجب القانون رقم 65.00 لم يجعل للصندوق ميزانية خاصة به على أساس أنه مؤسسة مكلفة قانونا بتدبير التأمين الإجباري عن المرض، وبالتالي، فإن مكونات ميزانيته هي نفسها مكونات ميزانية النظام. وهو ما تدل عليه المادة 90 من القانون رقم 65.00 التي جاء فيها "تشمل ميزانية الصندوق" ولم يقل "تشمل ميزانية النظام".

ويجدر التذكير هنا، بأن المادة 13 من المرسوم بقانون رقم 781-18-2 الصادر بتاريخ 10 أكتوبر 2018، المحدث للصندوق المغربي للتأمين الصحي، وحدت ميزانية الصندوق بحيث أصبح يشمل بندين:

- بند ميزانية الاستثمار والتسيير موحدة بالسبب لجميع الأنظمة.
- بند ميزانية الخدمات المضمونة في إطار كل نظام من أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض المدير بكيفية مستقلة.

◀ وجود تعاضديات في حالة تناف

(...)

تتطلب النقط المتعلقة بالقطاع التعاضدي إبداء الملاحظات التالية:

- اتفاقية تفويض التدبير للتعاضديات تم توقيعها في 20 نونبر 2006 وتجديدها في 26 يوليوز 2010 أي خلال الفترة الانتقالية التي خولتها المادة 44 وفق التعديل الذي كرسه القانون رقم 19.11، والذي مدد الفترة الانتقالية إلى غاية 31 ديسمبر 2012. وهو ما ينفي كون توقيع هذه الاتفاقية تم دون مراعاة مقتضيات المادة 44.
- نلاحظ أن الإحصائيات المضمنة في الجدول المخصص لتوزيع النفقات التي أداها الصندوق لفائدة القطاع التعاضدي عن الخدمات الطبية المقدمة لمؤمنيه برسم سنة 2017، لا يشمل مخصصات المصاريف الباقية الواجب دفعها إلى حدود تاريخ 31 دجنبر 2017.

◀ غياب المراقبة التقنية

(...)

يرى الصندوق أن نجاعة هذا النوع من المراقبة رهين بتوفير شروط مسبقة تتمثل أساسا في توفير المراجع الطبية وإرساء بروتوكولات العلاج لتشمل جميع الأمراض المزمنة وطويلة الأمد، والتي بدونها لا يمكن تقييم عمل المراقب الطبي أو نجاعة العلاج. ثم بعد ذلك، ينبغي تحديد نطاق وطرق ممارسة هذه الرقابة التقنية والقائمين عليها بنص تنظيمي.

(...)

بالنسبة للتوصية الموجهة للصندوق المغربي للتأمين الصحي بمراعاة المادة 44 عند إبرام اتفاقية تفويض التدبير مع التعاضديات

نذكر في هذا الإطار أن المادة 83 من القانون رقم 65.00 والتي تنص على مراعاة المادة 44 منه عند إبرام اتفاقية تفويض التدبير مع التعاضديات، سيتم نسخها حسب ما نصت عليه المادة 24 المرسوم بقانون رقم 2.18.781 المحدث للصندوق المغربي للتأمين الصحي، بعد مرور الفترة الانتقالية (5 سنوات) المحددة في المادة 21 من هذا المرسوم بقانون، وعليه فإن الصندوق المغربي للتأمين الصحي سيصبح خاضعا في علاقته الاتفاقية بالتعاضديات إلى المقتضيات الجديدة التي يكرسها هذا المرسوم بقانون.

ثانيا. تغطية مصاريف العلاجات

1. التأطير التقني

انظر بهذا الشأن ملاحظات الصندوق السابقة.

2. سلة الخدمات الطبية

"...لا زالت هناك عدة أعمال طبية غير مشمولة بالتغطية الصحية، ويبرهن على ذلك عدد الاستثناءات الإسمية المقدمة من طرف الوكالة الوطنية للتأمين الصحي للمؤمن بناء على طلبه..." (...)

بناء على ما سبق، فإن الأجدر هو إعادة النظر في سلة العلاجات المضمونة بما يسمح بالتحكم في تطورها وقصرها على الخدمات المستحقة طبيا ذات الجودة والفاعلية.

"...لنلاحظ أن الصندوق قد قام بإرجاع مصاريف ثلاث معدات طبية معتمدة في ذلك على مجرد رأي للجنة الطبية التابعة له."

نؤكد هنا على أن القرار الذي اتخذته الصندوق بالنسبة لجهازين من الأجهزة الطبية الثلاث يتعلق بأجزاء مكونة لجهازين مدرجين في الأصل ضمن لائحة المستلزمات الطبية المقبولة لإرجاع مصاريفها، ولكن تم إغفال إدراجها -باعتبارها قطع استبدال ضمن اللائحة المذكورة المصادق عليها بقرار لوزير الصحة رقم 2315.08 المحدد للتعريف المرجعية للمستلزمات الطبية، مع العلم أن تغطية مصاريف الجهاز الأصلي من المفروض أن تشمل قطع استبداله وهو أمر معتمد بأنظمة التأمين على المرض بدول أخرى كفرنسا. وبالتالي فإن قرار الصندوق إرجاع مصاريف هذه الأجزاء المكتملة والمقدرة بـ 53.000 و 150.000 درهم، كان الهدف منه تيسير ولوج المؤمن للاستفادة من علاجه دون أن يضطر إلى تغيير كل المستلزم الطبي بسبب عدم شمول التغطية لأجزائه المكتملة،

وهو ما مكن الصندوق في نفس الوقت من توفير الكلفة المرتفعة التي كان يتطلبها استبدال المستلزمين الطبيين واقتناء آخرين بمبلغ 144.000 درهم و 180.000 درهم على التوالي.

- Dispositif de base : « implant cochléaire » 144 000 DH ;
Dispositif forfaitisé par la CNOPS : « processeur externe de l'implant cochléaire » : 53000 DH ;
- Dispositif de base : « Stimulateur pour stimulation cérébrale profonde » : 180 000DH
Dispositif forfaitisé par la CNOPS : « boîtier de stimulateur pour stimulateur cérébral profonde » :150 000DH.

أما فيما يخص الجهاز الطبي الثالث، فالأمر يتعلق بطلب تحمل تقدم به مؤمن مصاب بمرض مزمن (تمدد الأوعية الدموية الأبهري البطني anévrysme de l'aorte abdominale)، والذي تطلب علاجه تقنية طبية داخل الأوعية مخصصة للإشارات الجراحية عالية الخطورة. وبالنظر لحالة الاستعجال التي تطلبتها الحالة الصحية للمؤمن وما يتصف به الجهاز الطبي الضروري لإتمام هذا التدخل الجراحي endoprothèse aortique abdominale من سعر مرتفع (145.000 درهم)، فقد قرر الصندوق تغطية مصاريف هذا الجهاز الطبي. وللتأكيد فإن هذا القرار كان محل تأييد لاحق من طرف الوكالة الوطنية للتأمين الصحي.

3. مستوى تغطية مصاريف العلاجات

← ارتفاع مصاريف العلاجات الباقية على عاتق المؤمن

(...) إن الأسباب الحقيقية لارتفاع هذه الحصة التي يتحملها المؤمن والتي تقلصت نسبتها من 48% سنة 2006 إلى ما يقل عن 32% سنة 2017 دون الأخذ بعين الاعتبار التغطية التكميلية التي تزيد من تخفيض هذه الحصة إلى 26%-، تكمن في العوامل الرئيسية التالية:

- عدم احترام التعريفات المرجعية من قبل العديد من منتجي العلاج في القطاع الخاص، دون إغفال مطالبة المؤمن داخل المصحات الخاصة بدفع مبالغ نقدية إضافية مباشرة للطبيب المعالج تفوق المبلغ المفوتر للصندوق.
- عدم وصف الدواء الجنييس الذي يعد سعره هو أساس التعويض عن مصاريف الأدوية.
- عدم توجه المؤمن للعلاج في القطاع العمومي خاصة بالنسبة للعلاجات العادية.

وفي غياب اتخاذ التدابير الزجرية لقاء هذا النوع من الممارسات اللاقانونية، سيستمر منتجو العلاج في القطاع الخاص باتباع نفس هذه الممارسات بما لا يسمح بالتقليل من الحصة المتبقية للمؤمن حتى وإن تحققت مراجعات جديدة للتعريفات المرجعية الوطنية. وهو ما يبرهن عليه الواقع من عدم احترام منتجي العلاج بالقطاع الخاص للتعريفات المرجعية الوطنية وذلك منذ إبرام الاتفاقيات الوطنية المتضمنة لها سنة 2006، بل واستمر هذا الخرق الصريح حتى بعد المراجعة نحو الارتفاع التي شملت سنة 2008 التعريفات المرجعية لمجموعة من التدخلات الطبية على رأسها: العملية القيصرية، إزالة المياه البيضاء من عدسة العين cataracte، استئصال اللوزتين، علاج الأورام، زرع نخاع العظم، وأيضاً بالرغم من وجود تعريفات متضخمة تفوق الكلفة الحقيقية لإنتاجها ونخص بالذكر هنا: جراحة القلب، والأعمال البيولوجية، وعلاجات الأسنان والمستلزمات الطبية.

← محدودية التغطية الصحية التكميلية

يستفيد مؤمنو الصندوق وذوي حقوقهم من تغطية تكميلية تضمنها لهم التعاقدات، بل إن عددا منهم ممن ينتمون لقطاعات مثل التربية الوطنية والصحة والداخلية والمالية، يتوفرون على تغطية تكميلية ثانية مدبرة من طرف مقاولات التأمين والتي لا يتوفر الصندوق بشأنها على إحصائيات، غير أن هذه التغطية التكميلية في غياب إطار قانوني يقن أهدافها ويطور أداؤها في تكامل مع التغطية الصحية الأساسية، تظل مقتدة للفعالية المرجوة منها لكونها تتم في غياب منطق التكامل والتنسيق مع التغطية الصحية الأساسية، بل إنها تكون أحيانا سببا في تضخم نفقات بعض العلاجات العادية. ومن هنا تأتي أهمية تصميم رؤية جديدة للعمل المتكامل بين التغطية الأساسية والتغطية التكميلية من قبل الهيئات المعنية (وزارة الاقتصاد والمالية، وزارة الشغل وهيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي) لتعزيز تغطية الصحية لفائدة كل فئات المؤمنين.

(...)

ملاحظات الصندوق بشأن توصيات المجلس الأعلى للحسابات المتعلقة بمحور تغطية مصاريف العلاجات

- السهر على تجديد الاتفاقيات الوطنية ومراجعة التعريفات الوطنية المرجعية

أكد الصندوق في مختلف مراسلاته الرسمية للوزارات المعنية وللوكالة الوطنية للتأمين الصحي، على أن مراجعة التعريفات المرجعية الوطنية، بغض النظر عن وقعها السلبي على توازنات النظام، يجب أن تتم بعد وضع تأطير ميزانياتي « cadrage budgétaire » يأخذ بعين الاعتبار مطالب مراجعة التعريفات التي تقدمها جميع فئات منتجي

العلاج ومن ثمّ تعبئة الموارد المالية اللازمة لهذه المراجعة. موازاة مع تطوير مناهج أكثر عقلانية لشراء الخدمات الصحية (...).

- **الحرص على التحيين المستمر لأدوات التأطير التقني لنظام التأمين الإجباري الأساسي على المرض، خاصة فيما يتعلق بمصنفات الأعمال الطبية والبروتوكولات العلاجية والمرجع الوطني لمهنيي الصحة** من الضروري استكمال هذه التوصية بإلقاء الضوء على مكامن القصور في دور التأطير التقني للنظام وما تطرحه من صعوبات أمام الصندوق كهيئة مدبرة،

من ناحية أخرى، إذا كانت المصنفات العامة للأعمال الطبية تتطلب تحيينا لتشمل أعمالا طبية غير مدرجة تيسيرا لولوج المؤمن للعلاج، إلا أن هذا لا يجب أن يؤدي في أي حال من الأحوال إلى الاستمرار في إدراج علاجات مبتكرة جد مكلفة في هذا المصنف، دون أن تكون موضوع دراسات علمية تشهد على قيمتها العلاجية الإضافية (...).

ثالثا. التوازن المالي لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

← **توضيحات بشأن الوضع المالي للنظام** (...)

لا بد هنا من التأكيد، على أنه بالإضافة للعوامل المفسرة للعجز التي وردت في التقرير، فإن هناك عوامل أخرى لا تقل عنها أهمية تتعلق بالآتي بيانه:

← **عوامل مفسرة لمحدودية الاشتراكات**

- **جمود نسبة الاشتراكات (5% للنشيطين و2.5% لأصحاب المعاشات) وعدم مراجعتها منذ سنة 2005**، مما جعلها غير كافية لمواكبة الارتفاع المضطرد لنفقات العلاج، خصوصا في ظل بيئة موسومة بشيخوخة البنية الديمغرافية للسكانة المؤمنة (...)

- **اعتماد سقف للاشتراكات لا يتجاوز 400 درهم**، إذ وفقاً لنتائج الدراسة الاكتوارية التي تم إجراؤها في إطار المهمة الحالية للمجلس الأعلى للحسابات، تقدر الخسائر السنوية للصندوق في ظل الحفاظ على هذا السقف بأكثر من 500 مليون درهم، مع العلم أن اشتراكات "الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي" لا تخضع لأي سقف.

- **التأثير السلبي لبرنامج المغادرة الطوعية لسنة 2005**، والذي استفاد منه 38 173 نشيط في القطاع العام، حملَ الصندوق خسارة اشتراكات تقدر بـ 700 مليون درهم (الدراسة الاكتوارية للصندوق سنة 2010).

هناك نقطة أخرى تتعلق بمرودية العائدات المالية لتوظيف احتياطات الصندوق المودعة بحكم القانون لدى "صندوق الإيداع والتدبير"، (...)

← **عوامل مفسرة لتضخم نفقات الخدمات المضمونة**

- **غلاء سعر بعض الخدمات العلاجية**، بسبب تعريفها المرجعية المرتفعة وتسعيرتها المفرطة مقارنة مع سعر السوق سواء المحلي أو الدولي، ويتعلق الأمر بصفة خاصة بغلاء سعر الأدوية، كنتيجة مباشرة لإغلاق صيدلية الصندوق واعتماد السعر العمومي لبيع الأدوية المكلفة، مع العلم أن بند نفقات الأدوية يستحوذ حاليا على 33% من النفقات الإجمالية للنظام. ناهيك عن غلاء أسعار المستلزمات الطبية وارتفاع تكلفة علاجات الفم والأسنان والأعمال البيولوجية في القطاع الخاص.

- **الانتقال إلى اعتماد التعريف المرجعية الوطنية بدلا من تعريف المسؤولية في تغطية مصاريف** بعض الخدمات أدى إلى ارتفاع النفقات المرتبطة بها، خاصة فيما يتعلق بعلاجات الفم والأسنان.

- **التوسيع المضطرد لسلة العلاجات التي يضمنها النظام**، بحيث تم توسيع لائحة الأدوية المقبولة إرجاع مصاريفها من 1001 دواء سنة 2006 إلى 4236 دواء سنة 2017، فضلا عن إضافة مستحضرات دوائية أخرى مستحدثة باهظة الثمن، كما تم توسيع لائحة المستلزمات الطبية إلى مستلزمات جد مكلفة (من 167 إلى 887). هذا بالإضافة إلى إدخال أعمال طبية وبيولوجية جديدة مؤمن عليها، فضلا عن توسيع لائحة الأمراض طويلة الأمد من 41 مرض إلى 54 مرض (...). كل العوامل السابقة كانت سببا في ارتفاع الكلفة المتوسطة للملف طبي ما بين سنة 2006 (480 درهم) وسنة 2018 (970 درهم) أي بمعدل 100%.

توضيحات بشأن ارتفاع نفقات التسيير

صنّف التقرير الحالي الارتفاع المستمر للنفقات ضمن العوامل المفسرة للعجز، مدرجا نفقات التسيير ضمن هاته العوامل المفسرة، مما قد يفهم منه أن مشكل العجز مرده أيضا ارتفاع نفقات تسيير النظام، في حين أن الصندوق طوال سنوات تدبيره للنظام لم تتجاوز في المتوسط هذه النفقات نسبة 6% من الاشتراكات، بل تحكّم فيها محافظا على حد أدنى من المصاريف يستهلك أقل من معدل الاقتطاع المسموح به قانونا والمتمثل في 9.4%، اذ يعتبر ارتفاع نفقات تسيير النظام نتيجة حتمية للتطور الذي عرفه النظام طوال السنوات السابقة (13 سنة) وما شهده من تزايد لعدد المؤمنين وتفاقم لمعدل الإصابة بالمرض، ودخول فئات جديدة من المؤمنين كمستخدمي ومتقاعدي المكتب الوطني للسكك الحديدية، وكل ما تطلبه الوضع من تعبئة الموارد البشرية والمادية لتغطية نفقات التسيير والاستثمار الضرورية، كخلق مندوبيات جديدة وعصرنة أدوات التدبير واقتناء نظام معلوماتي جديد وتحسين ظروف العمل واستقطاب كفاءات جديدة في سبيل تجويد الخدمة المقدمة للفئات المؤمنة.

ضعف جاذبية المراكز الاستشفائية العمومية

بالفعل تضخم نفقات الخدمات يجد تبريره في ضعف حصة المستشفى العمومي من إجمالي النفقات الصحية للتأمين الإجباري عن المرض، بالنظر لارتفاع الكلفة المتوسطة للملف الطبي على مستوى القطاع الخاص بأكثر من 5 أضعاف مقارنة مع نظيره في القطاع العام، والسبب في ذلك هو الفارق الكبير في التعريفات المعتمدة بين القطاعين بالإضافة إلى انخفاض لجوء المؤمنين إلى العلاج القطاع العمومي، وأيضا بسبب قلة لجوء المؤمنين لتلقي العلاج في القطاع العمومي ولاسيما بالنسبة للعلاجات العادية.

وجوابا على ما ورد فإن:

- مجموع النفقات الإجمالية للنظام بما فيها المتعلقة بالعلاجات العادية وبالتالي المؤدي لا يتجاوز وزن القطاع العمومي فيها 6% من إجمالي النفقات.
- يعود سبب انخفاض حصة القطاع التعاوضي من 33% إلى 4% بين عامي 2009 و2017 بشكل أساسي إلى إغلاق صيدلية الصندوق وفقاً للمادة 44 من القانون 65.00.

رابعاً. ديمومة التأمين الإجباري عن المرض

تجدر الإشارة إلى أنه تم الاتفاق سنة 2015 بين الهيئات المدبرة والوكالة الوطنية للتأمين الصحي على إجراء دراسة اكتوارية لنظام التأمين الإجباري عن المرض تشمل الصندوقين المدبرين معا. وقد استشرفت حينها إسقاطات هذه الدراسة حقيقة الصعوبات المالية التي يعيشها النظام اليوم، حيث توقعت تسجيل عجز ابتداء من السنة المالية 2016-2017، على الرغم من أن هذه الدراسة قامت على أساس فرضيات انتقصت من تقدير حجم مصاريف الخدمات في حين بالغت في تقدير الاشتراكات المحتملة. (النتائج النهائية لهذه الدراسة لم يتم إرسالها إلى الصندوق من طرف الوكالة الوطنية للتأمين الصحي).

(...)

وبالنظر للوضعية المالية الحرجة للصندوق في ظل شروط التمويل الحالية لنظامه المتسمة بضعف آليات التحكم في نفقات العلاج، فإنه من المؤكد أن الوقع المالي الإضافي الذي قد يترتب عن اعتماد توصيات المجلس، وخاصة ما تعلق منها بإدماج الفئات المعنية بالمادة 114 ومراجعة التعريفات المرجعية الوطنية وتوسيع سلة العلاجات، سيؤدي لامحالة إلى تأزم الوضع المالي للنظام وإحاقه في عجز هيكلي لا رجعة فيه.

(...)

وانطلاقا مما سبق، نقترح بأن يتم مواكبة كل عبء مالي جديد للنظام بتعبئة موارد إضافية كافية تضمن توازنه، وهو الأمر الذي يقتضي لزوما مراجعة الاشتراكات في النظام من حيث نسبها وسقفها، مع الأخذ بعين الاعتبار كل العوامل المؤثرة فيه.

وختاما حان الوقت للتفكير في تنويع مصادر تمويل النظام وتطوير استراتيجيات قائمة على التمويل المبتكر على ضوء ما هو معمول به لدى دول أخرى (مساهمات مختبرات الأدوية، وفرض جبايات على المواد الضارة بالصحة والاقتطاع من واجبات الانخراط في شركات الاتصالات...).

III. جواب وزير الشغل والإدماج المهني

(نص مقتضب)

(...)

يشرفني أن أوافيكم بالتوضيحات التالية عن الملاحظات المثارة (...):

أولاً - بخصوص تعميم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام، ولاسيما الفئات المعنية بأحكام المادة 114 من القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، فقد صدر بتاريخ 11 شتنبر 2016 القانون رقم 120.13 القاضي بتغيير وتتميم أحكام المواد 73، 83 و 93 من القانون رقم 65.00 المذكور، بهدف تمكين التعاضديات غير المتألف منها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، بتدبير جزء من المهام الموكولة لهذا الأخير برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بمقتضى اتفاقية موقعة مع الصندوق المذكور على غرار التعاضديات المتألف منها.

وفي هذا الصدد، وقعت في سنة 2015 اتفاقية التدبير المفوض لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بين الصندوق المذكور وتعاضدية الاحتياط الاجتماعي للسككيين، ودخلت إلى حيز التنفيذ في فاتح يناير 2016، وارتفع عدد مؤمني الصندوق من 2.935.123 سنة 2015 إلى 3.024.179 سنة 2016، ثم إلى 3.093.421 سنة 2018.

وتجدر الإشارة، إلى أن ممثلي مستخدمي ومقاعدي المؤسسات العمومية المعنيين بأحكام المادة 114 أعلاه، عبروا في عدة مناسبات عن عدم رغبتهم في الانخراط في الصندوق، وتمسكوا بالاستمرار في الاستفادة من التغطية الصحية التي يخضعون لها حالياً. وفي المقابل، فإن اللجنة بين الوزارية لقيادة إصلاح منظومة التغطية الصحية الأساسية المحدثة بموجب منشور رئيس الحكومة لسنة 2013، أكدت خلال مناقشتها موضوع تعميم التغطية الصحية الأساسية على ضرورة الإسراع بانتقال الأشخاص المعنيين بمقتضيات المادة 114، وبطريقة تدريجية، إلى نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، ودعت إلى إيلاء عناية خاصة للمؤمنين حالياً لدى الصناديق الداخلية التابعة للمؤسسات العمومية وإنهاء كافة أشكال التمييز، وإعفاء هذه المؤسسات من عبء نشاط التأمين الذي لا يدخل في نطاق مهامها. كما أن اللجنة الموضوعاتية المكلفة بالتغطية الصحية التابعة للجنة بين الوزارية المكلفة بإصلاح منظومة الحماية الاجتماعية المحدثة بموجب منشور رئيس الحكومة رقم 2018/06 الصادر بتاريخ 30 مارس 2018 وضعت في جدول أعمالها مناقشة هذا الموضوع، وهو الآن في طور الدراسة.

ثانياً - بالنسبة للملاحظة المتعلقة بعدم عقد المجلس الإداري للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، فإن هذه الوزارة بادرت فور انتهاء ولاية أعضاء المجلس الإداري في نونبر 2016 إلى مراسلة جميع القطاعات الوزارية والمركزيات النقابية الممثلة بالمجلس الإداري لاقتراح ممثليهم داخل هذا المجلس.

غير أن بعض الاقتراحات المتوصل بها، كانت تتنافى مع مقتضيات المرسوم رقم 2.03.681 الصادر بتاريخ 7 يونيو 2004 المتعلق بتطبيق المادة 84 من القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة للتغطية الصحية الأساسية، فيما يتعلق بمجلس إدارة الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، كما وقع تغييره وتتميمه، والتي تحصر ولاية ممثلي الإدارة والمركزيات النقابية بالمجلس الإداري في ثلاث سنوات قابلة للتجديد مرة واحدة فقط، مما ترتبت عن تطبيقها مجموعة من الصعوبات أدت إلى تأخر صدور مقرر رئيس الحكومة القاضي بتعيين هؤلاء الممثلين بالمجلس الإداري.

ولم يتم حل هذه الإشكالية إلا بعد تعديل المرسوم رقم 2.03.681 السالف الذكر بتاريخ 31 دجنبر 2018، وإصدار مقرر رئيس الحكومة رقم 3.01.19 بتاريخ 21 يناير 2019 القاضي بتعيين أعضاء مجلس إدارة الصندوق، وهو ما سمح بانعقاد المجلس الإداري لهذا الصندوق بتاريخ 20 فبراير 2019.

ثالثاً - بخصوص تكليف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي للتعاضديات المتألف منها بتدبير ملفات العلاجات العادية رغم توفرها على وحدات صحية، مما يجعلها في حالة التنافي المنصوص عليها في المادة 44 من القانون رقم 65.00 السالف الذكر، فإنه تجدر الإشارة إلى أن بعض هذه التعاضديات قامت باتخاذ تدابير لمعالجة حالة التنافي، طبقاً لأحكام الفقرة الثانية من المادة 44 المذكورة، كما وقع تغييرها وتتميمها.

وفي هذا السياق، تم إحداث وتأسيس تعاضديات جديدة مستقلة عن التعاضديات المتألف منها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي من طرف نفس منخرطي هذه التعاضديات، وحددت مهامها في إحداث وتدبير وحدات الخدمات الصحية من أجل الملائمة مع مقتضيات المادة 44 أعلاه. وقد اتخذت الجموع العامة لجل التعاضديات المعنية قرارات تقضي بفصل تدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض عن تدبير المؤسسات ذات الطابع الصحي، والتخلي عن مهمة تدبير الوحدات الصحية، وإسناد تدبير الوحدات التي تمتلكها إلى

التعاضديات الجديدة المحدثة في إطار التدبير المفوض، في أفق تحويل هذه الوحدات من التعاضديات المعنية إلى التعاضديات الجديدة المحدثة.

وفي هذا الإطار تمت المصادقة ونشر الأنظمة الأساسية لثلاث تعاضديات بالجريدة الرسمية، وهي:

- تعاضدية الوحدات الاجتماعية والصحية للهيئات التعاضدية لموظفي الإدارات والمصالح العمومية بالمغرب؛
- تعاضدية الوحدات الصحية والاجتماعية لمستخدمي ومتقاعدي مكتب استغلال الموانئ؛
- تعاضدية الوحدات الصحية والاجتماعية للقوات المساعدة.

علاوة على ذلك، تم إحداث تعاضديتين جديدتين الأولى من طرف منخرطي التعاضدية العامة للتربية الوطنية، والثانية من طرف منخرطي الجمعية الأخوية للتعاون المشترك وميتم موظفي الأمن الوطني. أما التعاضدية العامة للبريد والمواصلات وتعاضدية الجمارك والضرائب غير المباشرة فلا تتوفران على وحدات صحية من هذا النوع.

رابعا - علاقة بمحدودية التغطية الصحية المقدمة من طرف التعاضديات، فتجدر الإشارة أن بعض التعاضديات المكونة للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، قامت في الأونة الأخيرة بعدة إجراءات تهدف إلى تحسين الخدمات على مستوى الاستقبال وأجال استرداد المصاريف بالرغم من ارتفاع عدد المنخرطين وارتفاع عدد الملفات. كما عملت من جهة أخرى على إعداد دراسات حول سبل تطوير التغطية الصحية التكميلية، وأسفرت عن الرفع من نسبة وقيمة بعض التعويضات الخاصة ببعض مصاريف الأدوية المقبول إرجاع مصاريفها، وتلك الخاصة بمصاريف الاستشارات الطبية والكشوفات الإشعاعية ومصاريف النظارات، وذلك بمقتضى قرارات مشتركة لوزير الشغل والادماج المهني ووزير الاقتصاد والمالية.

وأخيرا فإن هذه الوزارة تنوّه بالمجهود المبذول في إعداد هذا التقرير، والذي يعد مرجعا لتحديد الإشكاليات المطروحة في تدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بالقطاع العام، لاسيما وأنه ورش مفتوح في الأونة الأخيرة، وهو الآن معروض على أنظار اللجنة الموضوعاتية المتعلقة بالتغطية الصحية الأساسية المحدثة لدى لجنة القيادة المكلفة بإصلاح وحكامة منظومة الحماية الاجتماعية بالمغرب التي أنشئت بمقتضى منشور رئيس الحكومة رقم 2018/06 الصادر بتاريخ 30 مارس 2018، والتي سطرت في جدول أعمالها العديد من النقط والمواضيع التي ذكرها تقريركم القيم.

(...)