المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي
المملكة المغربية
Royaume du Maroc
ⵓⵔⵔⴰⵡ ⵓⵏⵉⵎⵓⵔⵉ ⵏ ⵓⵙⵎⵓⵙⵙⵓⵔ ⴷ ⵓⵎⵙⵙⵓⵔⵉⵡ
Conseil Economique, Social et Environnemental

رأي

المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض: حصيلة مرحلية

تقدم اجتماعي ينبغي تعزيزه وتحديات يتعين رفعها

إحالة ذاتية رقم 2024/80

المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي
المملكة المغربية
Royaume du Maroc
ⵓⵔⵔⵣⵔ ⵓⵏⵎⵙⵙⵏ ⴰ ⵜⵓⵎⵙⵙⵏ ⴰ ⵜⵎⵔⵜⵓⵔ
Conseil Economique, Social et Environnemental

رأي

المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض: حصيلة مرحلية تقدم اجتماعي ينبغي تعزيزه وتحديات يتعين رفعها

اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن

رئيس اللجنة: جواد شعيب

مقرر الموضوع: فؤاد ابن الصديق

الخبيران الداخليان: نادية السبتي ومحمد الخمليشي

إحالة ذاتية رقم 2024/80

طبقاً للمادة 6 من القانون التنظيمي رقم 128.12 المتعلق بالمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، قرر المجلس، في إطار إحالة ذاتية، إعداد رأي حول الحصيلة المرحلية لتعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. وتندرج هذه الإحالة الذاتية في إطار مهمة تتبع السياسات العمومية التي يضطلع بها المجلس بموجب قانونه التنظيمي المشار إليه (المادة 2، البند 2).

وقد عَهِدَ مكتب المجلس إلى اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن[1] بإعداد هذا الرأي.

وخلال دورتها 163 العادية، المنعقدة بتاريخ 31 أكتوبر 2024، صادقت الجمعية العامة للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالأغلبية على الرأي الذي يحمل عنوان «**تعميم التغطية الصحية، حصيلة مرحلية : تقدم اجتماعي ينبغي تعزيزه وتحديات يتعين رفعها**».

وقد جاء هذا الرأي، الذي جرى إعداده وفق مقاربة تشاركية، ثمرة نقاشات موسعة بين مختلف الفئات المكوِّنة للمجلس، فضلا عن مخرجات جلسات الإنصات المنظمة مع الفاعلين الرئيسيين المعنيين[2]، بالإضافة إلى نتائج بحث ميداني لاستقاء تمثلات المواطنات والمواطنين بشأن تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض[3].

1 – الملحق رقم 1: لائحة أعضاء اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن

2 – الملحق رقم 2: لائحة المؤسسات والفاعلين الذين تم الإنصات إليهم

3 – الملحق رقم 3: ملخص نتائج البحث حول تمثلات 1083 شخصا بشأن تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

ملخص

يتناول هذا الرأي، الذي يندرج في إطار اضطلاع المجلس بِمُهِمَّةِ تتبع السياسات العمومية الاقتصادية والاجتماعية والبيئية، بِمُوجِبِ قانونه التنظيمي، الحصيلة المرحلية للمشروع الطموح المتعلق بتعميم التامين الإجباري الأساسي عن المرض. وقد وقف المجلس، من خلال هذا الرأي، على أهم النتائج التي حققها هذا الورش منذ انطلاقه سنة 2021، مُسلِّطاً الضَوْء على التحديات الوَاجبِ رفْعُها، ومقدماً مجموعةً من التوصيات الرامية إلى استكمال تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وفِعْلِيَة استفادة الجميع من خدماته طبقا للتوجيهات الملكية السامية ومقتضيات القانون الإطار المتعلق بالحماية الاجتماعية.

وتم إعداد هذا الرأي وفق مقاربة تشاركية، عبر النقاشات المستفيضة بين مختلف الفئات المُمَثَّلَة داخل المجلس، فضلا عن جلسات الإنصات الموسعة التي تم تنظيمها مع الأطراف الرئيسية المعنية. وقد صادقت عليه الجمعية العامة للمجلس بالأغلبية خلال دورتها العادية المنعقدة بتاريخ 31 أكتوبر 2024.

تطبيقا للتوجيهات الملكية السامية، أطلقت المملكة ورشا واسع النطاق لتعميم الحماية الاجتماعية، والذي يشكل التأمين الإجباري الأساسي عن المرض أحد محاوره الرئيسية. ويرمي هذا المشروع المُهيكِل إلى توسيع مزايا التغطية الصحية لتشمل مجموع المواطنات والمواطنين. وقد تم في ظرف وجيز تحقيق تقدم ملحوظ في بلوغ هذا الهدف، إذ أضحى اليوم أزيد من 86.5 في المائة من السكان مسجلين في نظام التأمين عن المرض، مقابل أقل من 60 في المائة سنة 2020.

وفي هذا الصدد، مَكَّنَ التطور المُتَوَاصِل الذي شَهِدَهُ الإطارُ القانوني والبنياتُ التحتية التقنية من تكريسِ حقِ جميع المواطنات والمواطنين في الولوج إلى التغطية الصحية. كما انخرطت هيئاتُ التدبير في هذه الدينامية الفُضلى، بالسرعة والفعالية المطلوبة، في معالجة الملفات الصحية التي ارتفع حجمُها ودرجةُ تعقيدِها.

وفي إطار هذا التقدم، ومن أجل الاستجابة لحاجيات مختلف فئات المجتمع، تم إحداثُ أنظمة جديدة التأمين عن المرض:

- **أمو-تضامن**، ويَهُمُّ المواطنات والمواطنين غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك، وهو ما يُمَكِّنُهُم من استرجاع مصاريف الأدوية والاستشارات الطبية في العيادات الخاصة، وكذا من الاستفادة من التكفل بِمصاريفْ الاستشفاء لَدَى المصحات الخاصة، وفق التعريفة المرجعية الوطنية، بالإضافة إلى الاستفادة من مَجانية كاملة بالمستشفيات العمومية؛
- **أمو-العُمَّال** غير الأجراء، ويَهُمُّ المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا ؛
- ثم نظام **أمو- الشامل**، الذي يَهُمُّ باقي الأشخاص الذين لا تَشْمَلُهُم أنظمة التأمين الأخرى.

لقد أدى تنزيل هذا المشروع، الذي يتميز بطابعه المعقد وبتطوره المستمر، إلى تحقيق تقدم ملموس، مما أسس لمنظومة تأمين تعزز الأمن الصحي في بلادنا. غير أنه ثمة عدداً من التحديات التي تَنَاوَلَها هذا الرأي وطَرَحَها الفاعلون والخبراء الذين جرى الإنصاتُ إليهم، والتي ينبغي إيلاؤُها أهميةً خاصة لضمان نجاح هذا المشروع على الوَجْهِ الأمثل. فإلى حدود اليوم، ما يزال 8.5 مليون من المواطنات والمواطنين خارج دائرة الاستفادة من هذه الحماية الصحية، لعدم تسجيلهم في منظومة التأمين (تقريبا 5 ملايين)، أو لِوجودهم، حتى في حالةِ تسجيلِهم، في وضعية «الحقوق المغلقة» (3.5 مليون) الناجمة عن عدم كفاية مدة التصريح بهم أو عدم أداء واجبات الاشتراك لدى أنظمة التأمين التي ينتسبون إليها، لأسباب مختلفة.

بالإضافة إلى ذلك، قد تتجاوز نسبة المصاريف الصحية التي يتحملها المُؤَمَّنون مباشرة 50 في المائة في إجمالي المصاريف، وهي نسبة تبقى مرتفعة مقارنة مع سقف 25 في المائة الذي توصي به منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، مما يدفع بعض المؤمنين أحيانا إلى العدول عن طلب علاجات أساسية لأسباب مالية.

وفضلا عن ذلك، فإن الوضعية المالية لمنظومة التأمين الصحي تَعْتَرِيهَا بَعضُ مظاهر الهشاشة مِنْ حيثُ تغطيةُ الاشتراكاتِ للتعويضات مَع تسجيلِ تَفَاوُتٍ بين الوضعيات المالية للأنظمة المختلفة. فإذا كانت الأنظمة الخاصة بأجراء القطاع الخاص ونظام «أمو – تضامن» قد سَجَّلَتْ توازناً مالياً سنة 2023، فإن باقي الأنظمة ما زالت تُعاني لأسبابٍ مختلفة من عجز مالي تقني في تغطية الاشتراكات للتعويضات (72 في المائة بالنسبة لـ«أمو- العمال غير الأجراء»، و21 في المائة بالنسبة لـ «أمو- القطاع العام»)، مما يُؤَثِّرُ على آجال تعويض المؤمَّنين وأداء المُستحقات لمُقدمي الخدمات الصحية.

وثمة تحدٍّ آخر، يكمن، في توزيع نفقات التأمين الصحي الإجباري الأساسي عن المرض، بحيث يلاحظ أن معظم هذه النفقات تتجه نحو مؤسسات العلاج والاستشفاء الخصوصية، وذلك نظرا لضُعف عَرض وجاذبية القطاع العام. هذا، ويلاحظ كذلك أن متوسط كلفة تحمل ملف صحي واحد في القطاع الخاص قد يفوق أحيانا نظيره في القطاع العام بحوالي 5 مرات، لغياب بروتوكولات علاجية مُلزِمة، مما قد يؤدي إلى التأثير سلبا على الاستدامة المالية لمنظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

ومن أجل استكمال التعميم الفعلي للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، يوصي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالتوجه نحو نظام إجباري موحد قائم على مبادئ التضامن والتكامل والالتقائية بين مختلف أنظمة التأمين التي يتألف منها، مع تعزيزه بنظام تغطية إضافي واختياري تابع للقطاع التعاضدي و/أو التأمين الخاص. ويتمثل الهدف الأسمى من هذه الرؤية في ضمان تغطية صحية فعلية للجميع، مع الحفاظ على توازن الوضعية المالية للأسر وضمان استدامة منظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

وبموازاة ذلك، يتعين مواصلةِ وتسريع وتيرة تأهيل العرض الصحي الوطني، بما يُعزز جودة وجاذبية القطاع العام، ويُحافظُ على مكانته المركزية ضمن عرض العلاجات. وفي الوقت ذاته، ينبغي دعم التطوير المنسق والمتكامل لعرض العلاجات الذي يوفره كل من القطاع الخاص والقطاع الثالث التضامني والقطاع التعاضدي.

ولتحقيق هذه الرؤية، يقدم المجلس عددا من التوصيات نذكر منها ما يلي :

- جعل التسجيل في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض إجراء إلزاميا للجميع، وإلغاء وضعية «الحقوق المغلقة»، مع الحرص على تنويع مصادر تمويل منظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.
- النظر في إمكانية إحداث شريحة وسطى من المُؤَمَّنين بين نظام (أمو – تضامن) ونظام (أمو – الشامل)، يتحمل اشتراكاتها المؤمنون والدولة، وهو تدبير من شأنه أن يسمح بالاستجابة بشكل أفضل للاحتياجات الصحية والوضع الاجتماعي والاقتصادي للمواطنات والمواطنين الذين يعانون من الهشاشة، المؤهلين حاليا للاستفادة من نظام (أمو–الشامل) إلا أنهم يقعون مباشرة فوق عتبة الأهلية لنظام «أمو– تضامن».
- تحسين نسبة إرجاع المصاريف عن الأعمال والاستشارات الطبية عموما، لا سيما تلك الرامية إلى الكشف المبكر عن مخاطر الأمراض، وضمان التعويض الكامل عن الفحوصات والتحاليل الطبية للكشف عن أمراض القلب والشرايين والسرطان في مراحل وأعمار حرجة يتم تحديدها.
- إرساء تغطية شاملة عن المخاطر المرتبطة بحوادث الشغل والأمراض المهنية وجعلها جزءا لا يتجزأ من المنظومة الوطنية للحماية الاجتماعية، بما يكفل حماية جميع العاملين.
- تعزيز الضبط الطبي للنفقات من خلال تطوير وتنويع عدد البروتوكولات العلاجية الملزمة لهيئات تدبير التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ومهنيي الصحة، مع إشراك الفاعلين المؤهلين في هذه الدينامية.
- إضفاء طابع تعاقدي على العلاقات مع المؤسسات الاستشفائية والأطباء، في أفق وضع إطار قانوني لتصنيف ومنح الاعتماد للعيادات والمؤسسات الصحية.
- تحسين الولوج إلى الأدوية من خلال مراجعة الإطار القانوني لتقنين وتحديد الأسعار، مع تعزيز وحماية الإنتاج الوطني للأدوية الجنيسة والمماثلة الحيوية.
- إدماج أنظمة التغطية الصحية التي تؤطرها لحد الآن المادة 114 من القانون رقم 65.00، في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

تقديم

يتناول المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي في هذا الرأي واقع حال وآفاق نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وذلك في أعقاب تعميمه بموجب القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية. ويأتي هذا العمل امتداداً للرأي الذي سبق أن أصدره المجلس سنة 2018، حول الحماية الاجتماعية بالمغرب[4]، كما يندرج في إطار مهمة تتبع السياسات العمومية الاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي يضطلع بها المجلس بموجب قانونه التنظيمي رقم 128.12 (المادة 2، البند 2).

ويعتبر تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، ورشا إصلاحيا بالغ الأهمية، إذ يهدف إلى المساهمة في تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بغية الإعمال الفعلي للحق الأساسي الذي يجب أن تتمتع به الساكنة في مجموع التراب الوطني في الولوج إلى خدمات صحية ملائمة، سواء كانت وقائية أو علاجية، ووفق شروط مالية معقولة.

السياق والدواعي

يتمثل الهدف من توسيع التغطية الصحية الإجبارية، الذي تم الإعلان عنه في الخطاب الملكي السامي بمناسبة عيد العرش في 29 يوليوز 2020 ثم في الخطاب الملكي السامي خلال افتتاح الدورة التشريعية بتاريخ 9 أكتوبر 2020 حول تعميم الحماية الاجتماعية، في «تعميم التغطية الصحية الإجبارية، في أجل أقصاه نهاية 2022، لصالح 22 مليون مستفيد إضافي، من التأمين الأساسي على المرض، سواء ما يتعلق بمصاريف التطبيب والدواء، أو الاستشفاء والعلاج»[5].

ويقف هذا الرأي عند الحصيلة المرحلية لتنزيل ورش التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ابتداء من صدور القانون رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية[6]. وقد عرف هذا الورش العديد من التطورات المهمة. فنظام المساعدة الطبية (راميد) الذي كان يسمح للفئات «المعوزة» بالولوج المجاني للعلاجات في القطاع العمومي، تحول إلى نظام للتأمين عن المرض يسمى (أمو – تضامن) أي نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك. وهو ما مكن هؤلاء الأشخاص من الاستفادة من استرجاع جزء من مصاريف العلاجات المتنقلة عند لجوئهم لخدمات العيادات الطبية الخاصة، وكذا من الاستفادة من التكفل بجزء من مصاريف الاستشفاء لدى المصحات والمراكز الطبية الخاصة وفق التعرفة المرجعية الوطنية، بالإضافة إلى الاستفادة من تكفل كامل ومجاني بالمستشفيات العمومية[7]. بالموازاة مع ذلك، جرى توسيع نطاق التأمين عن المرض ليشمل فئة المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا، وذلك في إطار نظام خاص بهم يسمى اختصارا (أمو – العمال غير الأجراء) (AMO-TNS). كما تم بداية سنة 2024

4 https://www.cese.ma/media/202408//%D8%A7%D984%%D8%B1%D8%A3%D98%A-%D8%A7%D984%%D8%AD%D985%%D8%A7%D98%A%D8%A9-%D8%A7%D98%4%D8%A7%D8%AC%D8%AA%D985%%D8%A7%D8%B9%D98%A%D8%A9-%D981%%D98%A-%D8%A7%D984%%D985%%D8%BA%D8%B1%D8%A8.pdf

5 – مقتطف من الخطاب السامي الذي وجهه جلالة الملك بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الخامسة من الولاية التشريعية العاشرة، 9 أكتوبر 2020.

6 – صدر بتاريخ 23 مارس 2021 ونُشر في الجريدة الرسمية في 5 أبريل 2022

7 – انظر « دليل التأمين الإجباري عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك»، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

https://www.cnss.ma/sites/default/files/old/files/files/Guide%20Ramedistes_ar%2002_12.pdf

إحداث نظام إضافي يحمل اسم (أمو – الشامل) موجه للأشخاص غير المؤهلين للاستفادة من نظام أمو–تضامن ولا من أي نظام آخر.

الأهداف

إن الوقوف عند واقع حال تنزيل التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في هذه المرحلة المبكرة من مسار تعميمها يكتسي أهمية بالغة. بحيث إن أي نظام للتأمين الإجباري عن المرض، بالقدر ما يحمل من آثار إيجابية مهيكلة ينبغي تعزيزها، بالقدر ما يواجه صعوبات بل وينطوي على مخاطر بنيوية محتملة يجب التحكم فيها. وذلك بهدف تعزيز النظام العام الصحي والاجتماعي والمالي مع النهوض بالتنمية الاقتصادية من خلال مساهمة نفقات التأمين الصحي واستهلاك الخدمات العلاجية.

هكذا، يقف هذا الرأي عند المكتسبات المحققة من تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، ويبرز المسالك الضرورية والممكنة من أجل تعزيز نجاعته واستدامته. ويرتكز الرأي في هذا الصدد على التوجيهات الملكية السامية المتعلقة بتعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، كما يستند إلى الإطار المرجعي التالي:

• أحكام دستور المملكة، لاسيما الفصل 31؛

- المعايير الدولية ذات الصلة، من قبيل اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102 بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي (سنة 1952)، وتوصية منظمة العمل الدولية رقم 202 بشأن الأرضيات الوطنية للحماية الاجتماعية (سنة 2012)؛

- القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، والقانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية (2021).

وثمة ملاحظتان أساسيتان في تشخيص واقع الحال: **أولاهما** تهم التطور الذي شهده الإطار التشريعي والتنظيمي وكذا البنية التحتية التدبيرية والتقنية اللازمة لتنزيل تعميم التغطية الصحية، وهو ما أدى إلى تسجيل أزيد من 86 في المائة من مجموع السكان في نظام للتأمين الصحي، مقابل أقل من 60 في المائة سنة 2020. وعلاوة على ذلك، فإن قياس مستوى أداء أي نظام للتغطية الصحية ينبغي ألا يقتصر على النظر في حجم الساكنة المسجلة فحسب، بل يجب أن يسلط الضوء أيضا على مدى التفاعل الإيجابي والمستدام بين توسيع التأمين الصحي والنهوض بعرض العلاجات. وذلك سعيا لتحقيق هدف أسمى ألا وهو : ضمان الأمن المالي للأفراد إزاء تبعات المصاريف الصحية، مع المساهمة في التحسين المستمر للوضعية الصحية في بلادنا.

أما **الملاحظة الثانية**، فإن التقدم الملحوظ الذي شهده نطاق تعميم التأمين عن المرض، في حاجة للمزيد من الجهود من أجل استكماله وضمان استدامته. هكذا نجد أن حوالي 8.54 مليون شخص لا يلجون بعد إلى خدمات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وذلك إما بسبب عدم تسجيلهم في منظومة التأمين (4.97 مليون شخص)، أو، حتى في حالة تسجيلهم، بسبب تواجدهم في وضعية «الحقوق المغلقة» نتيجة عدم كفاية مدة التصريح بهم أو عدم أداء واجبات الاشتراك لدى أنظمة التأمين التي ينتسبون إليها، سواء بإرادتهم أو بسبب ظروف خارجة عن إرادتهم. وتبلغ نسبة الأشخاص

الموجودين في وضعية «الحقوق المغلقة» أزيد من 11 في المائة من إجمالي المسجلين بالتأمين عن المرض، أي ما يعادل أكثر من 3.56 مليون شخص. كما يشكلون 24.55 في المائة من مجموع الأشخاص وذوي حقوقهم المسجلين في أنظمة التأمين عن المرض بالقطاع الخاص والتي يشرف على تدبيرها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (الأجراء، العمال غير الأجراء، والأشخاص المسجلون في نظام التأمين «أمو – الشامل»).

بالنسبة للأشخاص في وضعية الحقوق المفتوحة، فإن التغطية تشمل إرجاع المصاريف والتكفل بالعلاجات الطبية المتنقلة، والاستشفاء، والأدوية. غير أن أزيد من نصف المصاريف الفعلية يظل على عاتق المؤمنين.

من جهة أخرى، يشار إلى أن معظم نفقات التأمين الصحي الإجباري الأساسي عن المرض تتجه نحو مؤسسات العلاج والاستشفاء الخصوصية . إذ تستقطب هذه الأخيرة أكثر من 90 في المائة من نفقات الهيئات المكلفة بتدبير أنظمة التأمين عن المرض لفائدة الأجراء والموظفين في القطاعين الخاص والعام. هذا، ويفوق متوسط كلفة تحمل ملف صحي واحد في القطاع الخاص نظيره في القطاع العام بـ 5.6 مرات.

مؤطر 1 : بحث للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول تمثلات المشاركين للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض

كشف بحث[8] عن تمثلات المستجوبين حول تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، أجري في إطار إنجاز هذه الإحالة الذاتية، بين شهري ماي ويونيو 2024، أنه رغم التقدم الملحوظ في عدد السكان المشمولين بالتغطية الصحية، إلا أن المنظومة الوطنية للتأمين عن المرض لا تزال في حاجة إلى تحسين جملة من الجوانب التي تهم على الخصوص : توفير المعلومات للعموم بشأن بنياتها وآليات الولوج إليها وتوضيح كيفيات اشتغالها، بالإضافة إلى جعلها أكثر إدماجا وفعالية وإنصافا. وأظهرت نتائج البحث رضاً متوسطاً للمستجوبين المسجلين في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، في حين نجد أن المستجوبين غير المستفيدين من التغطية الصحية غير راضين عنه. هذا ويعتبر غالبية المستجوبين، بمن فيهم المُؤَمَّنون، أن نظام التأمين الإجباري عن المرض «معقد»، و«لا يوفر القدر الكافي من الحماية»، كما يرونه أنه يعوزه «الوضوح الكافي بشأن الخدمات المشمولة بالتأمين، وكلفتها،

وشروط الاستفادة منها، وكيفيات استرداد النفقات». كما سلط البحث الضوء على «استمرار الحاجز المالي»، بحيث صرح 60 في المائة من المستجوبين غير المستفيدين من التغطية الصحية و36 في المائة من المستجوبين المؤمنين بأنهم يعدلون أحياناً عن طلب العلاج لأسباب مالية.

لقد أبرزت الدراسة أيضًا الشعور بوجود تفاوتات في الولوج إلى الرعاية الطبية والعلاجات، حيث اعتبر المشاركون أن العلاجات المتخصصة «باهظة الثمن ولا يتم تعويضنا عنها بسرعة»، مما يستدعي من المؤمنين الأداء المسبق لمبالغ كبيرة وانتظار استرداد جزء منها، مما يشكل عبئًا ماليًا قد يكون ثقيلاً، خاصة بالنسبة للأسر ذات الدخل المحدود.

8 – بحث جرى إنجازه في صفوف عينة مؤلفة من 1083 شخص. انظر ملخص نتائج البحث في الملحق رقم 3 من هذا الرأي.

ويرى المستجوبون أن نسبة إرجاع المصاريف منخفضة للغاية، (إذ لا تغطي سوى أقل من ثلث المصاريف الفعلية)، وقد جاء في بعض الإجابات أن «التكاليف التي نؤديها من مالنا الخاص مرتفعة، لاسيما بالنسبة للعلاجات المتخصصة». كما سلط المستجوبون الضوء على التفاوتات بين الجهات وبين القطاعين العام والخاص على مستوى عرض العلاجات.

لقد سمح تحليل الرصيد الوثائقي حول الموضوع، ومخرجات جلسات الإنصات، واللقاءات التي جرى عقدها مع عدد من الفاعلين الرئيسيين، والاطلاع على آراء جميع الأطراف المعنية، بالإضافة إلى إنجاز بحث لاستقاء تمثلات عينة تمثيلية من السكان، بالوقوف في الآن ذاته على أهمية التقدم المحرز في مجال التأمين عن المرض ببلادنا، وعلى نقاط اليقظة التي يتعين أخذها بعين الاعتبار. وإذا كان مسلسل تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض يشكل أحد أهم المنجزات غير المسبوقة في المجال الاجتماعي في تاريخ المغرب الحديث، فإن استكماله يواجه جملة من التحديات التي تشترك فيها جميع أنظمة التأمين الصحية الحديثة عبر العالم. وهي تحديات تتطلب إجراء تدقيقات قانونية وتقنية وتنظيمية من أجل توحيد جميع الأنظمة الحالية – التي لا تزال تعمل بشكل منعزل – في إطار منظومة وطنية للتأمين الأساسي عن المرض، يكون شاملا للجميع، وتضامنيا وموفرا للحماية ومستداماً. وتحقيقا لهذه الغاية، يقدم هذا الرأي عددا من التوصيات على المدى القصير والمتوسط والطويل.

أ- تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض : المنجزات والإسهامات

1. أصبح التأمين عن المرض حقا وواجبا بمقتضى القانون

لقد تم إصدار مختلف القوانين والمراسيم المتعلقة بتوسيع التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بوتيرة مطردة. وبموجب القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، أصبحت التسجيل في نظام للتأمين عن المرض حقا وواجبا، في الآن ذاته، لمجموع المواطنات والمواطنين المغاربة.

توسيع نطاق التغطية الصحية : ارتفاع عدد الأشخاص المسجلين

استناداً إلى المعطيات التي تم الحصول عليها من لدن العديد من الفاعلين[9] ، فإن عدد المسجلين في نظام للتأمين عن المرض بالمغرب بلغ نهاية شتنبر 2024 أزيد من 31.8 مليون شخص، أي بنسبة 86.48 في المائة[10] من مجموع ساكنة المملكة البالغ 36.8 مليون نسمة.

إلا أنه يتبين من خلال استعراض معايير تدبير مختلف أنظمة التأمين عن المرض[11]، أن ما يناهز 11 في المائة من الأشخاص المسجلين يوجدون في ما يُسمى بوضعية «الحقوق المغلقة».

ورغم أن هدف تعميم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في أفق 2022 لفائدة 22 مليون مستفيد إضافي لا يزال قد التحقيق، إلا أن هذه المرحلة عرفت تطورا مهما تمثل في تسجيل حوالي 14.6 مليون شخص جديد في منظومة التأمين، منهم حوالي 11 مليونا تم تحويلهم من نظام المساعدة الطبية «راميد» السابق نحو نظام (أمو – تضامن).

في المقابل، يُلاحظ أن عملية تسجيل فئات المهنيين، والعمال المستقلين، والأشخاص غير الأجراء الذين يمارسون نشاطاً خاصا في نظام التأمين عن المرض الخاصة بهم، والمسمى اختصارا (أمو- العمال غير الأجراء)، تكتسي طابعا معقدا. وقد كان من المقرر أن يغطي هذا النظام حوالي 11 مليون من النشيطين ضمن هذه الفئة[12]. هذا، وإذا كان عدد الأشخاص المسجلين في هذا النظام، كما تم إحصاؤهم حتى بداية أكتوبر 2024، قد بلغ أزيد من 3.5 مليون شخص (المؤمنون وذوو الحقوق)، فإن ثلثي هذه العدد يوجد في وضعية «الحقوق المغلقة» (أي 2.3 مليون شخص). وقد نص القانون 09.21 بالنسبة لهذه الفئة المتسمة باختلافها على مستوى الوضعية والدخل وطبيعة النشاط والتنظيم والتمثيلية على أن يشمل التأمين الإجباري الأساسي عن المرض «كل الفئات المعنية، واعتماد الآليات اللازمة لهذا الغرض، لاسيما تبسيط مساطر أداء وتحصيل الاشتراكات المتعلقة بهذا التأمين»[13].

9 – وزارة المالية، الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. وتجدر الإشارة إلى أنه ثمة تفاوتات في المعطيات بين الهيئات المكلفة بالتدبير والتقنين، لذلك يوصي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي في هذا الرأي، بأحداث آلية وطنية لتجميع وتوحيد وتتبع حسابات الحماية الاجتماعية.

10 – كان المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي قد سجل في تقريره حول الحماية الاجتماعية لسنة 2018، أنه مع نهاية سنة 2016، كانت نسبة السكان المغاربة المشمولين بالتغطية الصحية، باحتساب كل أنظمة التأمين عن المرض، في حدود 54.6 في المائة من مجموع الساكنة. وحسب مذكرة أمدت بها الوكالة الوطنية للتأمين الصحي المجلس بتاريخ 8 أكتوبر 2024، فإن نسبة المُؤَمَّنين وصلت إلى 88 في المائة من مجموع السكان (رقم «مؤقت» في إطار المصادقة عليه من لدن المجلس الإداري للوكالة)

11 – انظر «تحدي الشمولية»

12 – ظهير شريف رقم 1.21.30 صادر في 9 شعبان 1442 (23 مارس 2021) بتنفيذ القانون – الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية (الديباجة والمواد 1 و2 و5)

13 – المصدر نفسه، المادة 5

إطلاق مسلسل إصلاح المنظومة الصحية الوطنية

بالموازاة مع تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، أطلق القطاع الحكومي المكلف بالصحة والحماية الاجتماعية مخططا يرمي إلى «إصلاح المنظومة الصحية الوطنية وتأهيلها»[14]. وقد تجسد هذا الإصلاح[15] بشكل خاص في إصدار ترسانة من القوانين، منها القانون الإطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، والقانون رقم 09.22 المتعلق بالوظيفة الصحية، و القانون رقم 08.22 بإحداث المجموعات الصحية الترابية[16]، والقوانين المتعلقة بإحداث الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية[17]، والوكالة المغربية للدم ومشتقاته[18]، والهيئة العليا للصحة[19]، بالإضافة إلى توقيع اتفاقية إطار بتاريخ 22 يوليوز 2022 حول تنفيذ برنامج للرفع من عدد مهنيي قطاع الصحة في أفق سنة 2030[20].

تنزيل التعميم : التنسيق والقيادة على أعلى مستوى حكومي

اتخذت السلطات العمومية تدابير استباقية من أجل تنزيل ورش تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، همت الإطار القانوني وتعبئة التمويل والحكامة.

وقد مكن إحداث اللجنة الوزارية لقيادة إصلاح منظومة الحماية الاجتماعية التي يرأسها رئيس الحكومة من ضمان تنسيق وتتبع مسلسل تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بوتيرة مطردة[21].

هذا، وبلغت الاشتراكات التي تتحملها الدولة برسم نظام «أمو تضامن»، التي تم تحويلها إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، مع متم شتنبر 2024 ما مجموعه 15.51 مليار درهم منها 665 مليون درهم برسم شهر دجنبر 2022، و8.14 مليار درهم برسم السنة المالية 2023، و6.7 مليار درهم برسم التسعة أشهر الأولى من سنة 2024. بالإضافة إلى ذلك، وبهدف تقليص حصة التكاليف الصحية للتأمين الإجباري عن المرض لفائدة المستفيدين من هذا النظام، تتكفل الدولة بتحمل الجزء الباقي على عاتق المؤمن بالنسبة للخدمات المقدمة بالمؤسسات الاستشفائية العمومية، وذلك بميزانية سنوية قدرها مليار درهم.

14 – المصدر نفسه

15 – جلستا الإنصات لممثلي وزارة الاقتصاد والمالية، ووزارة الصحة والحماية الاجتماعية اللتان نظمهما المجلس بتاريخ31 يناير 2024 و07 فبراير 2024 على التوالي

16 – ظهير شريف رقم 1.23.50 صادر في 9 ذي الحجة 1444 (28 يونيو 2023)

17 – ظهير شريف رقم 1.23.54 صادر في 23 ذي الحجة 1444)12 يوليو 2023)

18 – ظهير شريف رقم 1.23.55 صادر في23 ذي الحجة 1444 (12 يوليو 2023)

19 – ظهير شريف رقم 1.23.84 صادر في 16 جمادى الأولى 1445 (30 نوفمبر 2023)

20 – يروم هذا البرنامج الرفع من عدد مهنيي الصحة إلى 45 لكل 10.000 نسمة في أفق سنة 2030، وهو ما يستدعي الرفع من عدد خريجي كليات الطب والصيدلة وطب الأسنان مرتين، وعدد خريجي المعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة ثلاث مرات في أفق 2025.

21 – تم سنة 2023 إصدار المرسوم السابع والعشرين المتعلق بتطبيق القانون رقم 98.15 المتعلق بالنظام الخاص بالمهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء، فيما يخص فئة «القيميين الدينيين المكلفين».

2.1. مؤهلات وآثار إيجابية : خبرة الهيئات المكلفة بالتدبير والتقنين، آثار سوسيو اقتصادية مهيكلة بفضل التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

فعالية إجرائية للهيئات المكلفة بالتدبير

يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، باعتباره مؤسسة عمومية مكلفة بتنزيل ورش تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، بتأمين تغطية 24 مليون مسجل لحد الآن، عوض 8 ملايين سنة 2021. ويعالج حاليا 100.000 ملف يوميا في المتوسط، مقابل 22.000 ملف سنة 2021.

وقد وضع الصندوق نظام معلومات مرتبط بعدة إدارات مركزية ومؤسسات صحية. ومكّنت استراتيجية التحول الرقمي التي وضعها من تطوير خدمات إلكترونية ملائمة لكل فئة من فئات المُؤَمَّنين، والتعويض عن الخدمات بطريقة إلكترونية والأداء متعددة القنوات لواجبات الاشتراك. كما ارتكزت هذه الدينامية على تعزيز الموارد البشرية، وتوسيع تواجد الصندوق بالمجالات الترابية من خلال شبكة وكالاته[22]. ويبلغ حاليا متوسط مدة تعويض المؤمنين لدى الصندوق عن المصاريف الصحية 9 أيام، بدل 12.4 يوماً سنة 2021[23]. كما عمل الصندوق على التعريف بشكل واسع النطاق بالحقوق الجديدة التي أصبحت متاحة مع تعميم التأمين الإجباري عن المرض وكيفيات الاستفادة منها، وذلك من خلال تنظيم حملات تحسيسية متعددة القنوات (قوافل، وسائل الإعلام، الفضاء الرقمي، التواصل المباشر، إلخ).

لمواكبة ارتفاع حجم الملفات المعروضة عليه، وفي انتظار رقمنة جميع عمليات معالجة ملفات المرضى، يستعين الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بخدمات أكثر من 3000 «نقطة قرب» موزعة على صعيد التراب الوطني، تتولى استلام الملفات. وتغطي هذه الآلية حاليا 93 في المائة من ملفات طلبات إرجاع المصاريف، كما تم تعزيزها بإنشاء مركز جديد لمعالجة ملفات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وإطلاق مركز لخدمة المرتفقين، عهد به أيضا لمقدم خدمات خارجي. غير أن إسناد هذه العمليات لفاعلين خارجيين قد يثير بعض المخاطر المتعلقة بحماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، وبظروف وجودة استقبال المؤمنين وفق ما تقتضيه منظومة الضمان الاجتماعي. وقد أكد الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي خلال جلسات الإنصات أنه يسهر على تتبع هذه المخاطر والتحكم فيها.

من جانبه، أحدث الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي[24] منذ سنة 2008، منظومة تواصلية متعددة القنوات، توفر 30 خدمة عبر الأنترنت، ثم مركز نداء انطلق سنة 2014، وتطبيقا على الهواتف الذكية سنة 2016 خاص بالصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (Smart CNOPS)، بالإضافة إلى توسيع شبكة فروع الصندوق على المستوى الترابي، إذ أصبحت تضم 32 مندوبية. يتم توفير خدمات نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض والخدمات التعاضدية التكميلية الموجهة لمختلف الفئات المشمولة بأنظمة التغطية الصحية التي يشرف على تدبيرها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، عبر نظام معلومات يتم استغلاله بشكل مشترك مع 9 تعاضديات يتألف منها الصندوق.

22 – أزيد من 170 وكالة و65 وكالة متنقلة، و19 كشك، و12 فرع للربط

23 – معطيات تم التوصل بها من لدن ممثلي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي خلال جلسة الإنصات المنظمة بتاريخ 21 فبراير 2024

24 – مذكرة قدمها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي في مارس 2024 تحت عنوان «التأمين الإجباري الأساسي عن المرض : مكتسبات، آفاق وتحديات التغطية الصحية الشاملة»

وتوفر هذه المنصة، التي تسمح بمعالجة أكثر من 6 ملايين ملف طبي سنوياً، شباكاً وحيداً يتيح للمؤمنين بشكل متزامن استرجاع المصاريف الصحية، سواء برسم التأمين الأساسي أو التكميلي. علاوة على ذلك، قام الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي برقمنة نظام التكفل في إطار صيغة «الثالث المؤدي» المعمول بها مع العديد من مقدمي الخدمات (مثل المصحات الخاصة، ومراكز تصفية الدم، ومراكز الأنكولوجيا)، مما مكنه من تعزيز جهود مكافحة الغش في هذا المجال. وفي هذا الإطار، طور الصندوق بكفاءات داخلية برنامجا معلوماتيا يحمل اسم (CNOPS 360) والذي يمكن المؤسسة من استثمار التكنولوجيا الرقمية في تتبع استهلاك المؤمنين وذوي حقوقهم للخدمات الطبية، كما أنه يربط هذه المعلومات بكل المهنيين الذين وصفوا العلاجات. وقد عمل الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي على تكوين قاعدة معطيات وفرت المادة التوثيقية اللازمة لإنجاز العديد من الدراسات ذات النفع العام. وتعطي هذه الدراسات معلومات حول بنية استهلاك العلاجات وكلفتها، والأدوية، وبعض الأعمال الطبية الخاصة (مثل علاج الأسنان، والولادات القيصرية، إلخ).

تأثيرات إيجابية متوقعة على الإطار الماكرواقتصادي

لا توجد لحد الآن دراسات حول الآثار الاقتصادية والمالية لتعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في المغرب. لكن تشير المؤسسات الدولية العاملة في مجال التنمية، مثل البنك الدولي، إلى أنه بالإضافة إلى دورها في تقليص الفقر، فإن للتغطية الصحية تأثير إيجابي على الصحة والتعليم وإنتاجية الساكنة. كما يمكن أن يؤدي تخفيض النفقات الشخصية الموجه للمجال الصحي إلى دعم القدرة الشرائية، وتحفيز الاستهلاك والنهوض بالنمو الاقتصادي.

النهوض بالقطاع الخاص

يسمح تعميم التأمين الاجباري الأساسي عن المرض بتحفيز الطلب والعرض في مجال العلاجات الطبية، كما يشكل رافعة توفر فرصا مواتية للنهوض بالاستثمار الخاص في قطاع الصحة، لا سيما في مجال المصحات، وصناعة وتوزيع الأدوية، والتجهيزات الطبية. وحسب البنك الدولي[25]، فإن ارتفاع نسبة الساكنة المشمولة بنظام التأمين عن المرض بـ10 في المائة، يمكن من رفع معدل النمو الاقتصادي بـ0.3 في المائة.

وحسب جمعية الوطنية للمصحات الخاصة، فإن وزارة الصحة والحماية الاجتماعية منحت في بحر سنة (ما بين 14 شتنبر 2022 و27 غشت 2023) الترخيص النهائي لفتح 76 مؤسسة صحية خاصة جديدة[26].

25 - World Bank. (2016). The State of Social Safety Nets 2016. Washington, DC: World Bank

26 – بلاغ للجمعية الوطنية للمصحات الخاصة، 7 دجنبر 2023

تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض من شأنه تعزيز الشمول البنكي والمالي للأسر[27]

تنص المساطر المتعلقة بإرجاع المصاريف الصحية على إلزامية التوفر على حساب بنكي أو حساب أداء من أجل الاستفادة من هذه الخدمة[28]. بالإضافة إلى ذلك، وحسب المعطيات التي قدمها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، فقد تم إدراج حوالي مليوني رقم حساب بنكي جديد ضمن نظام التدبير الذي يعتمده الصندوق. ويتيح هذا الشمول المالي تحسين ولوج الأسر والأفراد إلى الخدمات المالية، مما يسهم في تقليص التداول النقدي تدريجيا.

3.1. هيكلة النظام الجديدة للتأمين الإجباري عن المرض : مكتسبات يتعين تعزيزها ومخاطر يجب التحكم فيها

من شأن التأمين الإجباري عن المرض المساهمة في الأمن المالي للأفراد إزاء أعباء المصاريف الصحية، وكذا التحسين الملموس للوضعية الصحية الوطنية، نظرا لتحقيقه لثلاثة شروط متكاملة: 1) التسجيل الكامل لجميع السكان في منظومة التأمين عن المرض؛ 2) الولوج الشامل إلى جميع الخدمات الطبية الأساسية سواء الوقائية أو العلاجية؛ 3) تقليص نسبة النفقات المباشرة التي تظل على عاتق المؤمنين وتحمل تكاليف الرعاية الصحية للأشخاص المعوزين في إطار التضامن الوطني.

في هذه المرحلة الأولى، يتشكل التأمين الإجباري عن المرض بالمغرب من مجموعة من أنظمة التغطية الصحية المتجاورة، تم تصميمها على أساس معايير سوسيو-مهنية، وتقوم على خصائص ومعايير متباينة على مستوى شروط الانخراط، ومدة التدريب السابقة لفتح الحقوق، ونسبة الاشتراك، ومستويات التغطية وسلة العلاجات، ونطاق تطبيق صيغة الثالث المؤدي، والتكفل، واستمرارية الحقوق في حالة الأمراض طويلة الأمد والمُكَلِّفة، والتي يترتب عنها عجز، والمساطر والكيفيات الإدارية للتسجيل، إلخ)[29].

في الوقت الراهن، ورغم طابعه الإلزامي، إلا أن التأمين عن المرض لم يعمم بعد بشكل كامل ولا زال تنزيله على نطاق واسع يواجه صعوبات ناجمة عن إكراهات تقنية، وإدارية، واجتماعية وأخرى متعلقة بالحكامة.

27 – جلسة إنصات لممثل بنك المغرب، بتاريخ 13 مارس 2024

28 – حسب المعطيات التي قدمها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للمجلس، فإن نسبة التوفر على حساب بنكي تبلغ 68.90 في المائة في صفوف المستفيدين من المعاش و49.40 في المائة لدى العمال غير المأجورين، و97.30 في المائة لنظام (أمو – الشامل) و70 في المائة لنظام (أمو – تضامن)، أي بمتوسط 69.3 في المائة.

29 – تشكلت هذه الأنظمة بشكل منفصل وعلى مراحل، منذ بداية فترة الحماية الفرنسية. تعود المبادرة الأولى إلى سنة 1919، مع إحداث «الجمعية الأخوية للتعاون المشترك وميتم موظفي الأمن الوطني». وجرى تدريجيا إنشاء صناديق وتعاضديات للاحتياط الاجتماعي تغطي قطاعات الجمارك، والإدارة، التعليم، والبريد والمواصلات السلكية واللاسلكية، والموانئ، والمناجم، إلخ. وفي سنة 1942، أسس أرباب العمل «صندوق المساعدة الاجتماعية» لفائدة موظفي القطاع الخاص، والذي يعتبر الصيغة الأولى لصندوق الضمان الاجتماعي (CNSS) حاليا. وفي سنة 1950، التأمت خمس تعاضديات عمومية في إطار جامعة أصبحت فيما بعد الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (CNOPS). وكان يتم توفير التكفل الطبي بالفئات الفقيرة والتي تعاني من الهشاشة من خلال إصدار «شهادة الاحتياج» التي تتيح لهم الولوج المجاني إلى المستشفيات العمومية الكبرى. وعند حصوله على الاستقلال، وجد المغرب نفسه إزاء منظومة للتغطية الصحية مكونة من العديد من أنظمة الضمان الاجتماعي منفصلة عن بعضها البعض، وممولة أساسًا من الأجور، وموجهة لفئة من أجراء القطاع الخاص وموظفي القطاع العام، في حين أن معظم السكان النشطين كانوا غير مشمولين بالحماية الاجتماعية.

منظومة تأمينية

على خلاف المنظومة المزدوجة للتغطية الصحية التي أحدثها القانون رقم 65.00 المتعلق بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض والتي تضم من جهة نظاما للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض موجها للنشيطين والمتقاعدين القادرين على تحمل واجبات الاشتراك، ومن جهة أخرى نظاما للمساعدة الطبية (راميد)، لفائدة «السكان المعوزين»، فإن المنظومة التي نص عليها القانون الإطار 09.21 المنشور في 5 أبريل 2021 تقوم حصريا على منطق التأمين. ويرتكز هذا النظام، حسب المادة 11 من هذا القانون، على آليتين : 1) آلية قائمة على الاشتراك بالنسبة للأشخاص القادرين على المساهمة في تمويل هذه الحماية الاجتماعية؛ و2) آلية قائمة على التضامن لفائدة الأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك، يحمل اسم (أمو – تضامن)، وهو نظام تأمين تموله الدولة. ويتم تحديد الأهلية للاستفادة منه بناء على مستوى التنقيط الممنوح للأشخاص المصنفين ضمن الفئة المعوزة بعد تسجيلهم في السجل الاجتماعي الموحد، وذلك بناءً على آلية لجمع وتحيين ومراقبة المعلومات المتعلقة بمستوى معيشة واستهلاك الأشخاص المعنيين.

يتعين توفر ثلاث شروط مجتمعة لتصنيف شخص ما ضمن الفئة المؤهلة للاستفادة من نظام «أمو-تضامن» وهي : أن يكون الشخص غير نشيط، وبدون دخل وفي وضعية هشاشة تعادل أو تقل عن عتبة معينة. وبالتالي، فإن أي شخص نشيط لكن له دخل محدود للغاية ويعيش في وضعية هشاشة، ويعاني من مرض مزمن أو يترتب عنه عجز، قد لا يكون مؤهلا للاستفادة من هذا النظام التأميني التضامني. إن هذا التصنيف، القائم أساسا على الوضع السوسيو-مهني، لا يأخذ بعين الاعتبار مدى خطورة الوضع الصحي للأشخاص ومدى استعجالية حاجتهم للعلاج أو لإعادة التأهيل أو للأجهزة والمستلزمات الطبية.

بعد سنة من دخول قانون التأمين الصحي الإجباري حيز التنفيذ، تم حداث نظام يحمل اسم (أمو-الشامل) خاص بالتأمين عن المرض لفائدة الأشخاص القادرين على تحمل واجبات الاشتراك الذين لا يزاولون أي نشاط مأجور أو غير مأجور[30]. ويهم هذا النظام الأشخاص الذين لا يدخلون ضمن خانة ذوي حقوق المُؤَمَّنين، ولا ينتمون إلى الفئات النشيطة، كما أن مستويات إنفاقهم أو ممتلكاتهم أو مداخيلهم، وفق ما جرى تحديده في إطار السجل الاجتماعي الموحد، تقع مباشرة فوق عتبة الأهلية لنظام (أمو-تضامن). ولا يخلو هذا الحل من إكراهات تعتري عملية التحديد والتسجيل التلقائي للأشخاص المؤهلين لهذا النظام ، وتحديد وتحصيل اشتراكاتهم، مما يرهن تطبيق مبدأ إلزامية التأمين عن المرض.

ورغم أن نظام (أمو-الشامل) كما تشير إلى ذلك تسميته موجه «للأشخاص القادرين على تحمل واجبات الاشتراك الذين لا يزاولون أي نشاط مأجور أو غير مأجور»، إلا أن المشرع ترك أمر التسجيل في هذا النظام لاختيار الشخص المعني بالأمر، وهو ما يعرض النظام لخطر الانتقاء العكسي، مما يرفع من مخاطر وقوعه في وضعية عجز بنيوي.

وكما يتضح من الجدول أدناه، فإن 92 في المائة من المؤمّنين المسجلين في التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص القادرين على تحمل واجبات الاشتراك الذين لا يزاولون أي نشاط مأجور

30 – القانون رقم 60.22 المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص القادرين على تحمل واجبات الاشتراك الذين لا يزاولون أي نشاط مأجور أو غير مأجور (15 يونيو 2023))

أو غير مأجور (أمو-الشامل) هم من الأشخاص الذين يتجاوز مؤشرهم بالسجل الاجتماعي الموحد عتبة الأهلية بقليل، أي ضمن أول شريحتين (يتراوح واجب الاشتراك بين 144 و176 درهم شهرياً). يتعلق الأمر بساكنة تعيش وضعية هشاشة، مما يجعل قدرتها المالية على المساهمة في نظام التأمين عن المرض ضعيفة للغاية.

مستوى التنقيط	مبلغ الاشتراك الشهري المستحق	نسبة المؤمنين
يفوق 9,3264284 و لا يتجاوز 9,5124369	144	42 في المائة
يفوق9,5124369 و لا يتجاوز9,743001	176	50 في المائة
يفوق9,743001 و لا يتجاوز 9,9903727	224	6 في المائة
يفوق9,9903727و لا يتجاوز 10,237316	287	2 في المائة
يفوق10,237316 و لا يتجاوز 10,431048	355	1 في المائة
يفوق10,431048و لا يتجاوز 10,739952	454	0 في المائة (91 شخص)
يفوق 10,739952 و لا يتجاوز 11,013068	611	0 في المائة (29 شخص)
يفوق 11,013068	1164	0 في المائة (24 شخص)

المصدر : وزارة الاقتصاد والمالية، 12 مارس 2024

منظومة لم يتم استكمال تعميمها بعد

لا تزال العديد من الفئات غير مدمجة في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. ومنهم المساعدون العائليون الذين يشكلون حوالي مليوني شخص نشيط ولا يخضعون لأي نظام من الأنظمة التي جرى إحداثها بموجب النصوص القانونية الصادرة في خضم دينامية توسيع نطاق التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وبالتالي يظلون بدون تغطية صحية مؤسساتية.

من جهة أخرى، لا يزال الأجراء بالقطاع الخاص والمؤسسات العمومية المعنيون بالاستثناء الذي نصت عليه لمرحلة انتقالية المادة 114 من القانون رقم 65.00، يستفيدون من تغطية صحية إما بواسطة عقود جماعية لدى شركات التأمين، وإما لدى التعاضديات، وإما في إطار صناديق داخلية. ويقدر عددهم بـ1.7 مليون شخص (المُؤَمَّنون وذوو الحقوق). ويبلغ حجم اشتراكاتهم 4.5 مليار درهم[31]. يخضع أفراد القوات المسلحة الملكية وذوو حقوقهم لتشريع خاص، بالإضافة إلى ذلك، هناك مقتضيات تهم «فئات خاصة»، وهي : قدماء المقاومين وأعضاء جيش التحرير، و«الشيوخ» و«المقدمين» والطلبة، وضحايا ماضي الانتهاكات الجسيمة لحقوق الإنسان خلال الفترة الممتدة من 1956 إلى 1999[32].

من جهة أخرى، أثار الشروع في تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض تحفظ بعض المنظمات المهنية، التي أشارت أساسا إلى خصوصيات أنظمتها الأساسية وطبيعة نشاطها المهني، إضافة إلى

31 – معطيات قدمتها هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي خلال جلسة الإنصات التي نظمها المجلس بتاريخ 28 فبراير 2024

32 – يستفيد ضحايا ماضي الانتهاكات الجسيمة لحقوق الإنسان من التغطية الصحية بموجب اتفاقية مبرمة بين الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والمجلس الاستشاري لحقوق الإنسان (المجلس الوطني لحقوق الإنسان حاليا)

التراجع الذي قد يهدد بعض الحقوق المكتسبة لأعضائها. فعلى سبيل المثال، أعربت جمعية هيئات المحامين بالمغرب عن تحفظها على إدراج أعضائها ضمن فئة العمال غير الأجراء، مشيرة إلى خصوصية وضعية المحامين والمحددة بشكل قانوني. كما أكدت الجمعية من جهة أخرى أن جميع أعضائها يستفيدون من تأمين إجباري ضد مخاطر المرض في إطار تعاضديتهم المهنية وهي «التعاضدية العامة لهيئات المحامين بالمغرب» التي تأسست سنة 2008. وتضم هذه التعاضدية حاليا حوالي 18.000 من المحامين وذوي حقوقهم. ويتم تمويلها من خلال جزء من الرسوم الإدارية المطبقة على كل ملف قضائي. وتوفر التعاضدية هذه التغطية نظير اشتراك سنوي جزافي عن كل منخرط، تتكفل الجمعية بأدائه كاملا بغض النظر عن حجم نشاط المحامين أو دخلهم[33].

القطاع التعاضدي : فاعل أساسي ينبغي إشراكه في دينامية التعميم

يتكون القطاع التعاضدي في المغرب من 28 تعاضدية واتحاد واحد[34]. وقد نجحت هذه التعاضديات، بين سنتي 1919 و2005، في تقديم خدمات التغطية الصحية بفضل المساهمات المالية لأعضائها فقط. ومنذ دخول أول قانون لتعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض حيز التنفيذ سنة 2005 (القانون رقم 65.00)، اضطلعت التعاضديات بدور فعّال في الحفاظ على التغطية الصحية التكميلية باعتبارها حقاً مكتسباً. ويتوفر هذا القطاع التعاضدي على 232 وحدة طبية اجتماعية[35]. وعلى سبيل المقارنة، تشكل خدمات الرعاية والدعم التي تقدمها التعاضديات بفرنسا أكبر شبكة صحية واجتماعية غير ربحية بالبلاد، حيث تضم أكثر من 2600 مؤسسة صحية و15.000 مهني في مجال الصحة.[36]

هذا، وقد أشارت تعاضديات القطاعين العام والخاص التي جرى الإنصات إليها أنه يتعين التشاور معها بشأن النصوص التطبيقية للقانون الإطار المتعلق بالحماية الاجتماعية (رقم 09.21) ، بما في ذلك مشروع القانون رقم 54.23 بتغيير وتتميم القانون رقم 65.00 المتعلق بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، الذي جاء إعمالا للمادة 15 من القانون الإطار المشار إليها والتي تنص على اعتماد هيئة موحدة لتدبير مختلف أنظمة الحماية الاجتماعية، يتعين أن يشكل موضوع دراسة تأثير مسبقة.

33 – جلسة الإنصات مع رئيس جمعية هيئات المحامين بالمغرب والتعاضدية العامة لهيئات المحامين بالمغرب بتاريخ 02 أكتوبر 2024

34 – 11 تعاضدية تم إحداثها من طرف العاملين بالقطاع العام؛ 7 تعاضديات تم إحداثها من طرف العاملين في بعض المؤسسات العمومية؛ 10 تعاضديات محدثة من طرف أجراء مقاولات القطاع الخاص والعمال المستقلين؛ اتحاد واحد هو الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، المكون من 9 تعاضديات

35 – تم تقديم هذه المعطيات خلال جلسة الإنصات التي نظمها المجلس مع ممثلين عن بعض التعاضديات المكونة للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، بتاريخ 15 ماي 2024

36 – المصدر نفسه

II- تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض: رهانات وتحديات وجب رفعها

1.2. تحدي الشمولية

إلى حدود بداية أكتوبر 2024، بلغ عدد المسجلين لدى مختلف أنظمة التأمين عن المرض 31.8 مليون شخص. واستحضارا لمجموع ساكنة المملكة، البالغ 36.8 مليون نسمة، فإن ذلك يعني أن 13.55 في المائة من السكان لا يزالون غير مسجلين في أي نظام للتأمين على المرض. وبالإضافة إلى هذه الفئة غير المسجلة، هناك أكثر من 3.5 مليون شخص مسجلون فعلياً في منظومة التأمين عن المرض لكنهم في وضعية «الحقوق المغلقة»، وبالتالي لا يستفيدون من تغطية مصاريف العلاجات. وفي المحصلة، هناك أزيد من 8.5 ملايين من السكان لا يستطيعون الولوج إلى العلاجات.

السكان المسجلون والسكان المُؤَمَّنُون بشكل فعلي				
الفئة السوسيو مهنية	المؤمنون الرئيسيون	ذوو الحقوق	مجموع المؤَمَّنين	المؤمنون في وضعية «الحقوق المغلقة»
الموظفون والمتقاعدون بالقطاع العام الطلبة (القطاع العام) الطلبة (القطاع الخاص) ضحايا ماضي الانتهاكات الجسيمة لحقوق الإنسان	1 442 879 631 874 89 8 700	1 684 621 – – 9 065	3 127 500 631 874 89 17 765	82 348 144 976 126 533
مجموع المشمولين بأنظمة التأمين عن المرض بالقطاع العام المشرف على تدبيرها صندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (معطيات محينة بتاريخ 30 شتنبر 2024)	2 083 542	1 693 686	3 777 728	227 983 6.03 في المائة من المؤمنين

الأجراء والمتقاعدون بالقطاع الخاص	4 452 349	5 425 636	9 877 985	930 753 9.42 في المائة من المُؤَمَّنين
العمال المستقلون وغير الأجراء (TNS)	1 649 100	1 906 607	3 555 707	2 337 088 65.72 في المائة من المُؤَمَّنين
نظام (أمو – الشامل) : هناك فترة تدريب من ثلاثة أشهر تسبق فتح الحقوق في هذا النظام	139 892	24 292	164 184	70 780 43.11 في المائة من المؤمنين
مجموع المشمولين بأنظمة التأمين عن المرض القائمة على الاشتراك التابعة للقطاع الخاص والمشرف على تدبيرها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (معطيات محينة بتاريخ 08 أكتوبر 2024)	6 241 341	7 356 535	13 597 876	3 338 621 24.55 في المائة من المؤمنين
نظام (أمو – تضامن) : ممول من طرف الدولة	4 052 221	6 921 495	10 973 716	
مجموع المُؤَمَّنين التابعين للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (معطيات محينة بتاريخ 08 أكتوبر 2024. المصدر : الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي)	10 293 562	14 278 030	24 571 592	
الأنظمة المشمولة بالاستثناء بموجب المادة 114 من القانون65.00 القطاع العام القطاع الخاص	81.000 625 900	– –	– –	
مجموع المؤَمَّنين لدى الأنظمة المشمولة بالاستثناء (حسب تقديرات الوكالة الوطنية للتأمين الصحي برسم سنة 2022)	706 900	944 300	1 651 200	–
القوات المسلحة الملكية (تقديرات الوكالة الوطنية للتأمين الصحي) الأنظمة الخاصة (قدماء المقاومين، الشيوخ والمقدمين)	– –	– –	1 300 000 550 000	
مجموع الساكنة المسجلة في نظام للتأمين عن المرض (كما قدر إلى حدود 08 أكتوبر 2024)	31 850 020	86.48 في المائة من مجموع ساكنة المملكة (البالغ 36.8 مليون نسمة)		

الأشخاص المسجلون ذوو الحقوق المغلقة (كما قدر إلى حدود 08 أكتوبر 2024)	3 566 604	11.19 في المائة من مجموع المسجلين
الساكنة غير المشمولة بالتغطية (الأشخاص غير المسجلين والأشخاص المسجلون لكنهم في وضعية «الحقوق المغلقة»). كما قدر إلى حدود 08 أكتوبر 2024	8 544 914	23.20 في المائة من إجمالي ساكنة المملكة البالغ 36.8. مليون نسمة

يوجد في وضعية «الحقوق المغلقة» حوالي 25 في المائة من الأشخاص المسجلين في أنظمة التأمين عن المرض بالقطاع الخاص والتي يتكلف بالإشراف عليها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. وتهم هذه الوضعية:

- أكثر من 930.000 مؤمَّن من الأجراء في نظام التأمين عن المرض التابع للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، أي ما يعادل 9.42 في المائة من مجموع المؤمَّنين لدى هذا النظام. وقد يعزى هذا الوضع بالنسبة لحوالي 30 في المائة منهم إلى عدم أداء واجبات الاشتراك، سواء نتيجة تعثر أو صعوبات مالية يواجهها مشغلهم. ويوجد ضمن هذه الفئة أيضا الأشخاص الذين لم يستوفوا شرط أن يكون المؤمن له مصرحا به 54 يوم خلال مدة لا تتجاوز 6 أشهر مع أداء الاشتراكات[37]. وتجدر الإشارة إلى أن القانون رقم 65.00 نص على أن تخويل الحق في استفادة المؤمن من خدمات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض يتوقف على الأداء المسبق لمبالغ الاشتراك من طرف المشغل، غير أن المادة 32 من القانون نفسه استثنت من تطبيق هذا المقتضى المؤمن المعني أو أحد من ذوي حقوقه المصاب بمرض طويل الأمد أو مرض يترتب عنه عجز أو مرض يستلزم علاجا خاصا ومكلفا، بحيث نصت على الاستمرار في تقديم الخدمات لهؤلاء الأشخاص، حتى في حالة عدم أداء واجب الاشراك. كما نصت المادة نفسها على أنه يتعين على الهيئة المكلفة بالتدبير «إلزام المشغل المعني بالأمر بتسوية وضعيته إزاء مصالح التحصيل التابع لها». هذا، ويشار إلى أن المعطيات المتعلقة بأعداد المؤمنين المستفيدين من هذا الاستثناء غير منشورة.
- 2.3 مليون شخص، أي ما يعادل 65.72 في المائة[38] من مجموع المؤمنين في نظام التأمين عن المرض لفائدة العمال غير الأجراء. ونتيجة لذلك، وجد هؤلاء الأفراد أنفسهم محرومين من الاستفادة التغطية الصحية ومطالبين في الوقت ذاته بسداد مبالغ الاشتراكات المتراكمة غير المدفوعة، بالإضافة إلى غرامات التأخير ومصاريف المتابعات، وذلك طبقا للمادتين 27 و28 من القانون رقم 98.15.
- 70.780 شخصاً من المستفيدين من نظام (أمو – الشامل)، أي ما يعادل 43.11 في المائة من إجمالي المؤمنين في هذا النظام. ولعل اشتراط إتمام فترة تدريب من ثلاثة أشهر قبل تخويل الحق في الاستفادة من خدمات التأمين يعد من العوامل التي تفاقم من حدة هذه النسبة المرتفعة من ذوي الحقوق المغلقة، خصوصا أن الأمر يتعلق بنظام يعتمد على الاشتراك الطوعي.

37 – حسب المعطيات التي توصل بها المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

38 الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي)

وهناك 220.000 مؤمن لدى الأنظمة التي يدبرها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، أي ما يعادل 6.03 في المائة من مجموع المستفيدين من هذه الأنظمة، معنيون أيضا بوضعية الحقوق المغلقة. ويعود السبب في ذلك غالبا إلى تغيير في الوضعية المهنية[39] للمعني بالأمر. ويعكس هذا الوضع عدم التقائية مختلف الأنظمة وغياب آلية تُيسر التشغيل البيني لقواعد بياناتها، بما بشطب أو نقل المعلومات الخاصة بالأشخاص الذين يتحولون من فئة سوسيو-مهنية إلى أخرى[40].

ولمواجهة هذه الصعوبات، اتخذت السلطات العمومية تدابير تحفيزية وأخرى ملزمة. بحيث قررت من جهة إلغاء الديون المستحقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة العمال غير الأجراء، وذلك بموجب القانون رقم 41.23 الصادر بتاريخ 4 دجنبر 2023[41]. ومن جهة أخرى، عملت على ربط الاستفادة من الدعم أو الإعانة العمومية بالتسجيل في نظام التأمين عن المرض (بالنسبة للمستفيدين من «أمو – الشامل»)[42] وتسوية وضعية أداء واجبات الاشتراك المستحقة[43].

بالإضافة إلى ذلك، ينص مشروع القانون رقم 02.24 بتغيير وتتميم الظهير الشريف بمثابة القانون المتعلق بنظام الضمان الاجتماعي، على تخويل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي الاختصاصات المنصوص عليها في القانون رقم 15.97 بمثابة مدونة تحصيل الديون العمومية. وستتيح هذه الصلاحيات للصندوق اللجوء إلى مساطر التحصيل الإجباري، لا سيما مسطرة الإشعار للغير الحائز. لكن، قد يكون لاستخدام هذا النوع من المساطر، الذي يفترض أن يكون الدين المستحق ثابتا ونقديا، تأثير سلبي على ثقة المؤمَّنين وعلى الأهداف المتعلقة بتشجيع التعامل البنكي.

2.2. تحدي الولوج إلى عرض العلاجات

التأمين الصحي وسيلة تتمثل غايتها المثلى في تحقيق التغطية الصحية الشاملة لجميع المواطنات والمواطنين. لقد اختارت بلدان مثل بريطانيا وإسبانيا اعتماد تغطية صحية شاملة دون اللجوء إلى نظام تأميني إجباري قائم على الاشتراك، بل من خلال تطوير بنيات تحتية عمومية للوقاية والعلاجات الطبية، مجانية الولوج وممولة عن طريق الضرائب. أما المغرب فقد تبنى نموذجا يقوم أساسا على مبدأ التأمين عن المرض. وهو اختيار يتطلب رفع تحدي مزدوج يتمثل من جهة في ضمان الولوج المالي[44] من خلال اشتراكات المؤمنين، ومن جهة أخرى في ضمان الولوج الجغرافي لعرض صحي ذي جودة.

39 – حسب الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي فإن الأشخاص ذوي الحقوق المغلقة لم يعودوا مؤهلين للاستفادة من الأنظمة التي يشرف على تدبيرها الصندوق وذلك للأسباب التالية: الوفاة، بلوغ حد السن، تغيير النظام (الاستقالة، العمل في القطاع الخاص، الأطفال أو الأزواج الذين يصبحون مؤمنين رئيسيين عندما يبدأون بمزاولة نشاط ربحي، إلخ).

40 – وفي هذا السياق، نصت المادة 74 من القانون 65.00 على إصدار نص تنظيمي يحدد «قواعد التنسيق بين مختلف الهيئات المعهود إليها بتدبير التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في حالة تنقل المأجورين بين القطاعين العام والخاص».

41 – للاستفادة من الإعفاء يتعين على الشخص المعني الشروع في أداء الاشتراكات خلال فترة التأهيل للاستفادة من الإلغاء التي تمتد من يناير إلى أبريل 2024؛ الانتظام في تسديد الاشتراكات طيلة فترة اثني عشر شهرا متتالية تبتدئ من الشهر الموالي للشهر الذي شرع فيه في أداء الاشتراكات. كما يخضع المؤمن المؤهل للاستفادة من الإلغاء لمدة تدريب تحدد في ثلاثة أشهر تبتدئ من الشهر الموالي للشهر الذي شرع فيه في أداء الاشتراكات.

42 – القانون رقم 21.24 بسن أحكام خاصة تتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص القادرين على تحمل واجبات الاشتراك الذين لا يزاولون أي نشاط مأجور أو غير مأجور

43 – القانون رقم 46.23 القاضي بتغيير وتتميم القانون رقم 98.15 المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بفئات المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا.

44 – انظر «تحدي الشمولية»

وتطرح هذه الوضعية عدة انشغالات بالنظر إلى التفاوتات بين مختلف المجالات الترابية على مستوى العرض الصحي. ذلك أن المؤسسات الصحية، من القطاعين العام والخاص، تتركز بشكل كبير في خمس جهات من جهات المملكة (الدار البيضاء-سطات، الرباط-سلا-القنيطرة، طنجة-تطوان-الحسيمة، فاس-مكناس ومراكش-آسفي) والتي تضم مجتمعة 64 في المائة من المؤسسات الاستشفائية وبنيات دعم الشبكة الاستشفائية، و79 في المائة من المصحات الخاصة و82 في المائة من الأسِرَّة الطبية بالقطاع الخاص[45]، مما يبرز الفوارق القائمة في الولوج إلى العلاجات على المستوى الوطني.

كما أن النقص الحاد في مهنيي الصحة يعد عاملا مقلقا: فقد سجلت المملكة سنة 2022 عجزا في عدد مهنيي الصحة يقدر بـ 32.000 من الأطباء و65.000 من الممرضات والممرضين مقارنة مع معايير منظمة الصحة العالمية[46]. ويزداد هذا الوضع تفاقماً بسبب محدودية قدرات بلادنا في مجال تكوين الكفاءات والاحتفاظ بها.

يتم تنزيل ورش تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وفق جدول زمني دقيق وديناميي. لكن، قد يؤدي ضعف التنسيق بين الاستحقاقات والآجال والمنجزات المتعلقة بهذا الورش وتلك الخاصة بمشروع إصلاح المنظومة الوطنية للصحية، إلى الحد من تأثير وفعالية ديناميية تعميم التأمين الإجباري عن المرض.

بالموازاة مع ذلك، يشهد الاستثمار الخاص وتطوير المجموعات الطبية الخاصة نمواً ملحوظا، دون أن يكون ذلك في إطار منسق مع عرض العلاجات العمومي. وإن هذه التطورات، التي تتسم بتوجيه متزايد لنفقات نظام التأمين الإجباري عن المرض ونفقات الأسر نحو القطاع الخاص، قد تؤدي إلى الرفع من تكاليف الرعاية الصحية التي يتحملها نظام لتأمين الإجباري عن المرض.

بالمقابل، يبدو أن إمكانات تطور المراكز الطبية التي أحدثتها التعاضديات وآفاق إسهامها في عرض العلاجات توجد حاليا في وضعية جمود. وحسب الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي[47] تخضع المصحات التابعة له لإعادة هيكلة بدأت تعطي نتائج جيدة، علما أن هذه المؤسسات، التي تم تمويلها في الأصل دون مساهمة من الدولة وإنما بجزء من العائدات المالية لاحتياطيات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لدى صندوق الإيداع والتدبير، لعبت دوراً رائداً وتوفر خدماتها الوقائية والعلاجية في احترام للتعريفة الوطنية المرجعية.

45 – رأي مجلس المنافسة عدد ر/4/22 حول «وضعية المنافسة داخل السوق الوطنية للرعاية الطبية المقدمة من لدن المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها»، أكتوبر 2022

46 - Interview exclusive du ministre de la Santé et de la Protection Sociale au site d'information électronique Hespress, le 16 janvier 2023, https://fr.hespress.com/298031-couverture-sociale-le-maroc-a-besoin-de-32000--medecins-et-65000--infirmiers.html. Séances de questions orales au Parlement, novembre 2023.

47 – في مذكرة قدمها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي في 10 أكتوبر 2024 أشار الصندوق إلى أن المصحات التابعة له «تشهد مرحلة إعادة هيكلة وأن هذه العملية تعطي نتائج جيدة. إذ تم تقليص العجز بأزيد من 60 في المائة، كما جرى تطوير عرض العلاجات التي توفره هذه المصحات وتعزيز بنياتها التحتية. وهو ما يبرز أن أمامها مستقبل واعد».

3.2. تحدي الإنصاف والتضامن

لكي يتسم أي نظام للتأمين الإجباري عن المرض بالشمولية والولوج المتاح للجميع، يتعين أن يرتكز على مبدأين أساسيين، وهما أي يكون تمويله قائما على التضامن وأن تكون الاستفادة من خدماته قائمة على مبدأ الإنصاف. غير أنه يصعب تحقيق هاذين المبدئين في سياق لا يتحقق فيه تجانس أنظمة التغطية الصحية.

وينجم عن غياب التجانس بين الأنظمة جملة من أشكال التفاوتات التي تتجلى في أكثر من صعيد :

- **تفاوت في نسب الاشتراك بين مختلف الأنظمة** : هناك اختلاف في نسب الاشتراك المعمول بها بين أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، مما يعكس تباينات ملموسة في جهود المساهمة المطلوبة من مختلفة فئات المؤمنين. هكذا، تُحدَّد نسبة الاشتراك لدى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في 5 في المائة من مجموع الأجور، موزعة مناصفة بين المؤمن ومشغله، على ألا تتجاوز قيمة الاشتراك الشهري 800 درهما كحد أقصى، في حين تبلغ هذه النسبة 6.37 في المائة بالنسبة لمؤمني الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، دون تحديد سقف لقيمة الاقتطاع. أما فيما يخص نسبة الاشتراك لذوي المعاشات فتبلغ 2.5 في المائة من المبلغ الإجمالي للمعاشات بالنسبة الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي مع 400 درهما كحد أقصى لقيمة الاقتطاع الشهري، فيما تصل إلى 4.52 في المائة بالنسبة لذوي المعاشات المؤمنين لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، دون تحديد سقف لقيمة الاقتطاع. وفي الوقت الذي تؤدي فيه بعض الفئات من المنخرطين مبلغ الاشتراك على أساس دخلهم الحقيقي (موظفو القطاع العام وأجراء القطاع الخاص)، تؤدي فئات أخرى واجب اشتراكٍ جزافي (أمو – العمال غير الأجراء) أو حسب المؤشر المحصل عليه برسم السجل الاجتماعي الموحد (أمو – الشامل). وفي هذا الصدد، نجد أن موظفا يؤدي برسم حصته كمؤمن واجب اشتراك يبلغ 144 درهم أو 176 درهم، إذا كان يتقاضى أجرا في حدود 5760 درهم أو 7040 درهم على التوالي، أي أقل بثلاث مرات المبلغ الأقصى للاشتراك في نظام (أمو – الشامل) والبالغ 1164 درهم.

- **تفاوت في مستوى التغطية** : يستفيد المؤمنون لدى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي من مستوى تغطية أعلى بشكل ملحوظ مقارنةً بالمؤَمَّنين لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. إذ يغطي الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي مصاريف الاستشفاء في القطاعين العام والخاص بنسبة 100 في المائة و90 في المائة من التعريفة الوطنية المرجعية على التوالي، مقابل 90 في المائة و70 في المائة على التوالي بالنسبة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. ويسري المنطق نفسه على العلاجات المتنقلة التي يتم تعويضها بنسبة 80 في المائة من التعريفة الوطنية المرجعية من لدن الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، مقابل 70 في المائة بالنسبة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. وبخصوص الأدوية الموصوفة للأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة والمكلفة، وكذا المستلزمات الطبية، فإن الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي يعوض عنها بنسبة 100 في المائة، حتى في إطار العلاجات المتنقلة. كما يغطي الصندوق نفسه الأدوية المقتناة في إطار اتفاقية الثالث المؤدي مع الصيدليات بنسبة 100 في المائة، إلى جانب

تغطية مصاريف تصفية الدم في القطاعين العام والخاص. هذا، ويتعزز مستوى تغطية المؤَمَّنين العاملين بالقطاع العام من خلال تغطية تعاضدية تكميلية وتأمين إضافي يتم الاشتراك فيه عبر مؤسسات وجمعيات الأعمال الاجتماعية لدى شركات تأمين خاصة.

- **تفاوت في كيفيات التكفل بمصاريف الولوج إلى العلاجات :** تختلف الممارسات المعمول بها بالنسبة لصيغة «الثالث المؤدي» حسب الهيئة المكلفة بتدبير نظام التأمين عن المرض. فباستثناء نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك (أمو – تضامن) الذي تتم فيه بموجب المادة 120 المكررة من القانون رقم 00-65 تغطية مصاريف الخدمات التي تباشر داخل المؤسسات الصحية العمومية عن طريق التحمل المباشر من لدن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، دون إلزامية الحصول على الموافقة المسبقة، فلا توجد أي أحكام تنظم آليات وضع وتدبير اتفاقيات «الثالث المؤدي» مع المؤسسات الصحية من القطاعين العام والخاص، بما يتيح للمؤمنين الولوج إلى العلاجات دون الأداء المسبق للمصاريف. وهكذا، تتحمل بعض الهيئات التكاليف دون اشتراط الموافقة مسبقة بالنسبة لبعض الأمراض الخطيرة والمكلفة[48]، في حين تشترط هيئات أخرى موافقة مسبقة من أجل الاستفادة من صيغة الثالث المؤدي. وتتحمل بعض الهيئات مباشرة تكاليف العلاجات المتنقلة التي يجريها المؤمنون التابعون لها، لا سيما في المؤسسات الصحية العمومية أو المؤسسات الصحية غير الربحية، وذلك عندما تتجاوز تلك التكاليف مبلغاً معيناً، بينما تقتصر هيئات أخرى على تحمل تكاليف الاستشفاء فقط.

- **غياب تدابير حماية فعالة لفائدة النساء كفيلة بتقليص هشاشتهن فيما يتعلق بالولوج إلى العلاجات :** لا يتضمن مسلسل تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض تدابير خاصة تهدف إلى الوقاية من التفاوتات بين الجنسين والقضاء عليها. فالأمهات المطلقات ربات الأسر، غالباً ما يتحملن أداء المصاريف الطبية لأبنائهن، والحال أن هؤلاء الأطفال يُعتبرون من ذوي حقوق الأب، الذي يستفيد في المقابل من استرجاع المصاريف. كما أن النساء المطلقات تصبحن في وضعية «الحقوق المغلة» بعد مرور سنة من طلاقهن. وتصنف الأرامل اللاتي لا يستفدن من تحويل معاش الزوج المتوفى في الخانة نفسها بعد مرور سنتين، ويقع على عاتقهن، إن كن غير نشيطات، القيام بالإجراءات الإدارية اللازمة للتسجيل في نظام التأمين عن المرض المناسب لوضعهن السوسيو مهني، تحت طائلة الحرمان من التغطية الصحية.

- **تفاوت في تغطية خدمات التأمين عن المرض والتعويضات اليومية عن المرض/الولادة :** طبقا لمقتضيات اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102 بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي، فإن التكفل الجزئي أو الكلي بمصاريف العلاجات ترافقه في معظم أنظمة الضمان الاجتماعي، آلية قائمة على الاشتراك تمنح بموجبها تعويضات يومية عن جزء من دخل أيام التوقف عن العمل بسبب المرض أو الأمومة. ويوجد هذا النظام التأميني لمنح التعويضات عن المرض والأمومة ضمن خدمات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي منذ إحداثه سنة 1959، وهو موجه لفائدة أجراء القطاع الخاص. أما بالنسبة

48 – تيسيرا للولوج إلى خدمات تصفية الدم والعلاج الكيميائي، يقوم الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي بالنسبة للعلاجات المتعلقة بتصفية الدم بمنح تكفل سنوي يغطي جميع جلسات العلاج التي يتم إجراؤها خلال السنة، ويقوم بدفع تكاليفها شهرياً إلى مراكز تصفية الدم، كما يقوم بالتكفل ببروتوكولات العلاج الكيميائي لدى مراكز الأنكولوجيا الخاصة، دون الحاجة إلى طلب تكفل مسبق.

للموظفين العموميين، فإن هذه الخدمة تمول مباشرة من ميزانية الدولة. غير أن نظام التأمين عن المرض الذي خصص للعمال غير الأجراء، في سياق تعميم التأمين الإجباري عن المرض، لا يغطي هذه الخدمة.

- **تفاوت في معالجة ملفات ضحايا حوادث الشغل والأمراض المهنية** : لم يتم بعد إدراج مخاطر حوادث الشغل والأمراض المهنية ضمن نطاق التأمين الصحي، ومن ثم فليس كل الأشخاص النشطين مؤمنين ضد تداعيات حوادث الشغل والأمراض المهنية. وللتعاطي مع هذا الوضع، يتم في الغالب احتساب مصاريف العلاج المرتبطة بهذه الحوادث والأمراض ضمن منظومة التأمين الصحي. هذا وقد يؤدي أحيانا التعويض غير الكافي عن حوادث الشغل، المعتمد في التعريفة (60 درهم في اليوم)، إلى رفض بعض المؤسسات الصحية التكفل بالمرضى المعنيين، وإلى تشجيع ممارسات وضع فاتورات علاجية لا تتناسب والأعمال الطبية المنجزة.

4.2. تحدي الجودة والالتزام بالأخلاقيات

لكي تكتسي الخدمات الصحية التي يغطيها التأمين الصحي، الفعالية والمصداقية والجاذبية المطلوبة، يجب أن تكون منصبة على المريض، وأن تحترم كرامته وسلامته الجسدية والمعنوية، وأن تراعي مكامن هشاشته، وأن يتم تقديمها بطريقة إنسانية. ويتطلب تحقيق هذه الغاية أن يتم توفير العلاجات من لدن مهنيين لا يمتلكون المؤهلات والكفاءة اللازمة فحسب، وإنما يشتغلون في ظل شروط لائقة سواء على مستوى ظروف العمل أو الأجور، ويؤطر علمهم قانون أساسي ومدونة أخلاقيات ملزمان يحددان حقوقهم وواجباتهم تجاه الهيئات المكلفة بتدبير التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وتجاه مرضاهم، والمؤسسات الصحية التي يمارسون فيها.

غير أن عدم إضفاء الطابع الرسمي على هذه المبادئ الأساسية قد يفتح المجال أمام التجاوزات، وأحيانا قد يؤدي إلى حالات فساد، سواء في القطاع العام أو الخاص. ولتجاوز هذا الوضع، يتعين وضع إطار تعاقدي صارم بين مقدمي العلاجات (الأطباء والمؤسسات) وهيئات التأمين المكلفة بتدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. وينبغي أن يضمن هذا الإطار حماية فعلية للمُؤَمَّنين، على التقيد التام بأحكام القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب[49].

5.2. تحدي النجاعة

تشكل حماية الأمن المالي للأفراد عند لجوئهم إلى الخدمات الصحية إحدى الأبعاد الأساسية الثلاثة لأي منظومة للتغطية الصحية الشاملة. ويتطلب تحقيق هذه الحماية اعتماد استراتيجيات تمويل تمكن من تقليص مصاريف العلاج التي تتحملها الأسر، بحيث يتسنى، بفضل التضامن التعاضدي في تمويل المنظومة وقواعد ضبط البروتوكولات العلاجية، حماية الأفراد من مخاطر المصاريف الصحية التي قد تقوض وضعيتهم المالية، وتلقي بهم في وضعية الفقر، إن هي بلغت مستويات مرتفعة للغاية.

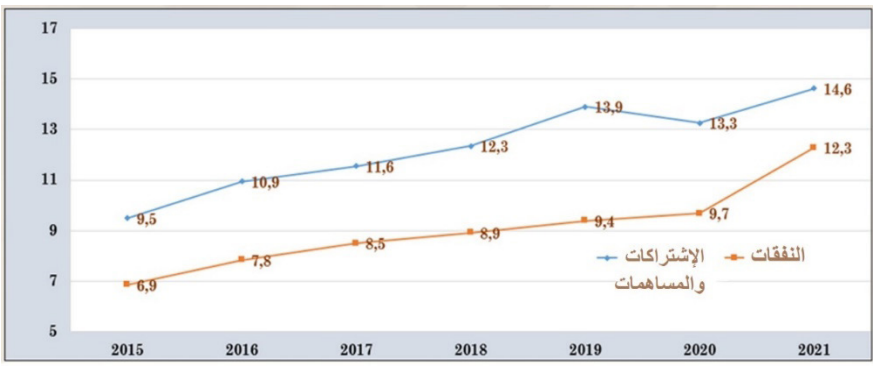
49 – خاصة إلزامية إعلان تعريفات الأعمال الطبية، وقائمة الممارسين داخل المؤسسة الصحية، وإعلان الأطباء انخراطهم من عدمه في الاتفاقيات الوطنية المبرمة في إطار التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وإلزام المصحة، في حالة الثالث المؤدي، بأن لا تطلب من الأشخاص المؤمنين أو ذوي حقوقهم ضمانة نقدية أو بواسطة شيك أو بأي وسيلة أخرى من وسائل الأداء، ما عدا المبلغ المتبقي على عاتقهم

توصي منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بالحرص على ألا تتجاوز المصاريف التي تتحملها الأسر مباشرة عتبة 25 في المائة من إجمالي المصاريف الصحية. وقد سعت الاستراتيجيات التي وضعها المغرب خلال السنوات الأخيرة إلى تحقيق هذا الهدف، أي 25 في المائة من إجمالي المصاريف الصحية[50]. إلا أنه وفقاً للحسابات الوطنية للصحة، فقد بلغت المصاريف الصحية التي تحملتها الأسر بشكل مباشر خلال سنة 2018 مبلغ 27.8 مليار درهم، وهو ما يمثل 45.6 في المائة من إجمالي المصاريف الصحية. هذا، وبإضافة الاشتراكات السنوية للأسر، تصل هذه النسبة إلى 59.7 في المائة من الحجم الإجمالي للمصاريف الصحية[51].

وحسب الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، ففي سنة 2021 بلغت المصاريف التي تحملها المؤمنون مباشرة[52] 31.5 في المائة بالنسبة لمنخرطي الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، و37.8 في المائة بالنسبة لمنخرطي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (يذكر على سبيل المثال، أنه خلال سنة 2021 بلغت نسبة المصاريف المتبقية على عاتق المؤمنين بفرنسا 6.3 في المائة من إجمالي المصاريف الصحية، فيما بلغت هذه النسبة على مستوى الاتحاد الأوروبي 14.5 في المائة في المتوسط[53]). ورغم أن المعطيات المحينة حول إجمالي النفقات الصحية غير متوفرة بعد ، إلا أنه من المحتمل أن تظل المصاريف الملقاة مباشرة على عاتق الأسر مرتفعة. ويعزى هذا الوضع إلى الفجوة بين التكلفة الفعلية للعلاجات التي يدفعها المرضى وبين الأسعار المحددة في التعريفة الوطنية المرجعية، والتي تشكل الأساس المعتمد في إرجاع مصاريف العلاجات من لدن هيئات التأمين والثالث المؤدي. هذا، ولم تشهد هذه التعريفة تعديلات مهمة منذ سنة 2006، باستثناء تعديل سنة 2008 الذي هَمَّ بعض الأعمال الطبية والجراحية الشائعة كالاستشارة في تخصص أمراض القلب مع تخطيط القلب، والولادة القيصرية، واستئصال اللوزتين، وجراحة ساد العين، وبعض الأعمال الطبية في تخصص الأنكولوجيا.

وتظل الوضعية المالية للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض وضعية هشة. ففي الفترة بين 2015 و2021 (وفق أحدث المعطيات المتوفرة)، ارتفعت نفقات نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بوتيرة أسرع من موارده، حيث سجلت زيادة بنسبة 13 في المائة مقابل 8.9 في المائة المسجلة في المتوسط سنوياً.

الرسم البياني 1: تطور مداخيل ونفقات نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بين سنتي 2015 و2021



المصدر : التقرير السنوي للوكالة الوطنية للتأمين الصحي. سنة 2021

50 - Ministère de la santé, « Comptes nationaux de la santé -2018 », page 54.

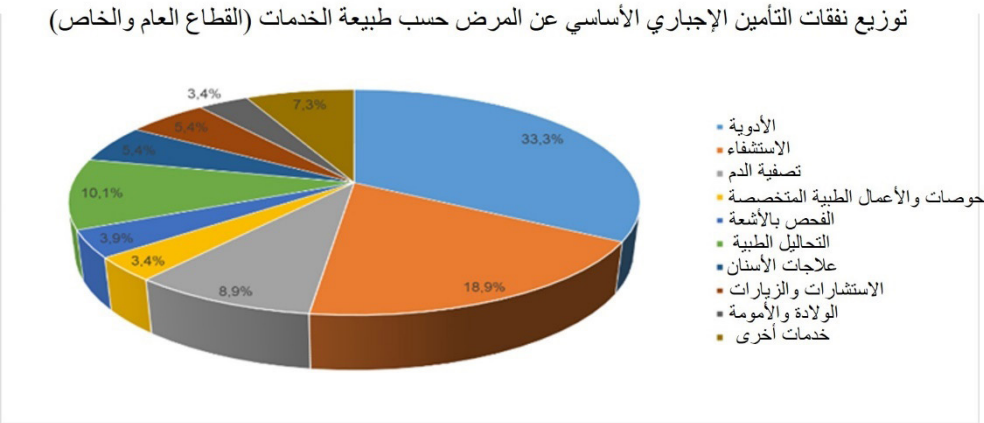
51 - Idem, page 54 et 55

52 – بعد خصم المبالغ التي ترجعها هيئات الضمان الاجتماعي بناءً على التعريفة الوطنية المرجعية وليس على المصاريف الفعلية

53 - https://socialsecurity.belgium.be/fr/chiffres-de-la-protection-sociale/focus-sur-les-chiffres/depenses-de-sante-charge-des-menages-sha

وتحتل الأدوية المرتبة الأولى في النفقات، إذ تمثل 33.3 في المائة من مجموع نفقات منظومة التأمين عن المرض (في فرنسا بلغت هذه النسبة 13.9 في المائة سنة 2022)[54].

الرسم البياني 2 : توزيع نفقات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض حسب طبيعة الخدمات (القطاع العام والخاص)



المصدر : الوكالة الوطنية للتأمين الصحي

كما كشفت دراسة أجراها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي بالتنسيق مع الإدارة العامة للجمارك والضرائب غير المباشرة سنة 2022، وهمت عينة مكونة من 321 دواءً قابلا للتعويض، أن الأسعار المعمول بها في المغرب أعلى بـ 3 إلى 4 مرات من نظيرتها في فرنسا أو بلجيكا، والحال أن هذين البلدين يُعتمدان كنقاط مرجعية في تحديد السعر الأدنى للدواء الموجه للعموم بالمغرب. وبالتالي، فإن أسعار الأدوية في المغرب ينبغي أن تكون أقل من الأسعار في الدول التي يتخذها كمرجع. وحسب بعض الفاعلين الذي جرى الإنصات إليهم[55]، فإن هذا الوضع يعزى إلى الأدوية المسماة «أدوية مبتكرة» التي يتم استيرادها بأسعار باهظة جدا. وينضاف إلى ذلك هامش ربح المستورد (10 في المائة من ثمن المصنع دون احتساب الرسوم)، مما يساهم بشكل مباشر في رفع السعر النهائي.

إن من شأن الاستراتيجية الوطنية للتحكم الطبي في النفقات الصحية المزمع وضعها مستقبلا أن تفتح الباب أمام ضبط أفضل لوصف العلاجات. كما أن هذه الاستراتيجية ستمكن من تطوير بروتوكولات علاجية (يُقدر عددها حاليا بـ 14 بروتوكولاً، ويوجد 29 بروتوكولاً قيد الإعداد)، فضلا عن الأطر المرجعية الصحية، وحزمة جزافية للتكفل، ووثائق مرجعية أو دلائل في مجال وصف الأدوية الباهظة والمبتكرة[56].

54 - Les dépenses de santé en 2022 – Édition 2023, Résultats des comptes de la santé, sous la direction de Franck Arnaud et Geoffrey Lefebvre

55 – الدكتور عبد المؤمن محلي، مدير الابتكار في شركة (Pharma 5) «فارما 5»، والمدير السابق للمختبر الوطني لمراقبة الأدوية بوزارة الصحة، ورئيس لجنة الشؤون التنظيمية بالفدرالية المغربية لصناعة الأدوية والابتكار الصيدلي.

56 – فرنسا على سبيل المثال

وتشير الوكالة الوطنية للتأمين الصحي في هذا الصدد، إلى وضعها خارطة طريق تهدف إلى «تحسين الولوج إلى الأدوية مع الحرص على الاستدامة المالية للأنظمة»[57]. وتبرز بنية نفقات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض هيمنة النفقات المرتبطة بالأمراض المزمنة والمكلفة، خاصة القصور الكلوي، والسرطانات الصلبة، وارتفاع ضغط الدم الحاد، ومرض السكري.

الأمراض المزمنة والمكلفة النفقات والساكنة المعنية	أجراء ومتقاعدو القطاع الخاص	موظفو ومتقاعدو القطاع العام	
	2022	2022	2023
النفقات المرتبطة بالأمراض المزمنة والمكلفة (بملايين الدراهم)	3 674	3 476	3 719
النسبة المئوية من إجمالي نفقات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض المدبر من لدن الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي	59 في المائة	51.3 في المائة	53.3 في المائة
النسبة المئوية للمؤمنين ذوي الأمراض المزمنة والمكلفة	11 في المائة	6.5 في المائة	6.8 في المائة

المصدر : الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي

6.2. تحدي الاستدامة

بلغ إجمالي الاشتراكات والمساهمات في الأنظمة الرئيسية للتأمين عن المرض حتى نهاية سنة 2023 أزيد من 33 مليار درهم، أي 2 في المائة من الناتج الداخلي الإجمالي. لقد أضحى الوزن الاقتصادي للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض يكتسي أهمية متزايدة وطابعا مهيكلا. ويتوقع أن يواصل منحاه التصاعدي بفعل الشيخوخة الطبيعية للسكان، وتحسن نطاق التغطية وتوسع عرض الخدمات الصحية، وزيادة استهلاك العلاجات. وأمام هذا التوجه الذي يطبع جميع الأنظمة الحديثة للتأمين عن المرض، يتعين التحلي بقدر عال من اليقظة لضمان الاستدامة المالية لمختلف أنظمة التأمين عن المرض.

ويسلط الجدول الموالي الضوء على الهشاشة البنيوية التي تعتري المنظومة ككل، وذلك رغم أن العجز المسجل يهم أنظمة تأمين حساباتها منفصلة عن بعضها البعض.

57 – تهم هذه الخارطة بشكل خاص اعتماد مسلسل موحد لكيفيات قبول التعويض عن الأدوية والحصول على الإذن بعرضها في السوق، بناء على تقييم علمي واقتصادي جديد للأدوية، والنهوض بالأدوية الجنيسة، وتحديد هدف وطني في ما يتعلق بنفقات التأمين الصحي، وضع سياسية لإرجاع مصاريف الأدوية مرتكزة على الأداء وتقاسم المخاطر.

فعالية تحصيل الاشتراكات والتوازن بين الخدمات والمداخيل نظامان في وضعية هشاشة : التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالقطاع العام والتأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالعمال غير الأجراء						
المؤشرات (بملايين الدرهم)	أمو - الأجراء	أمو - العمال غير الأجراء	أمو - تضامن	الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي - القطاع العام	الأنظمة الاستثنائية (تقديرات)	المجموع
الاشتراكات والمساهمات المستحقة	10788	3370	8228	6297	4600	33 297
الاشتراكات والمساهمات المحصلة	10033	754	8228	6311	4600	29 926
نسبة تحصيل الاشتراكات	%93	%29	%100	%99.8	غير متوفرة	%89.8
الخدمات/ الاشتراكات	%71	%172	%64	%121		

المصدر : إصدارات ومخرجات جلسة الإنصات لهيئات التدبير والتقنين: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي (الأرقام بملايين الدراهم).

من بين المخاطر المالية الأربعة الهامة التي أشار إليها تقرير البنك الدولي حول «تتبع الوضعية الاقتصادية» للمغرب [58] الصادر سنة 2024، نجد العجز المالي الذي يتهدد نظام التأمين عن المرض الخاص بالعمال غير الأجراء. حيث أشار التقرير إلى أن «بعض عناصر الإصلاح الجاري للنظام الوطني للتأمين عن المرض تنطوي على مخاطر مالية يجب إيلاؤها أهمية خاصة (...) لقد صمم نظام التأمين عن المرض الخاص بالعمال غير الأجراء، ليكون متوازنًا ماليًا بناء على فرضية انخراط الغالبية العظمى لهؤلاء العمال في هذا النظام، وأن تكون خدماته مشابهة لتلك المقدمة للعمال النظاميين. غير أن نسبة قليلة فقط من العمال غير الأجراء انخرطوا حتى الآن في النظام، كما أن المسجلين لديهم معدلات طلبات استرجاع المصاريف[59] مرتفعة بشكل غير طبيعي. وإذا كان لا يزال من الممكن لحد الآن التحكم في العجز الناجم عن هذا الوضع، إلا أنه قد يتفاقم بمرور الوقت.»

يكشف تحليل أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، برسم 2023 أن نظام التأمين عن المرض الخاص بأجراء القطاع الخاص ونظام (أمو-تضامن) يعرفان وضعية مالية متوازنة. أما النظام الخاص

58 https://documents1.worldbank.org/curated/en/099646407172428766/pdf/IDU1368cb79a160ae14ed01ba481846716dab978.pdf, page 16 ; les trois autres risques cités concernent les incertitudes sur le marché du travail, les charges à long terme pour l'État des « financements innovants » et les effets de la sécheresse

59 – بين «معدل استهلاك العلاجات»

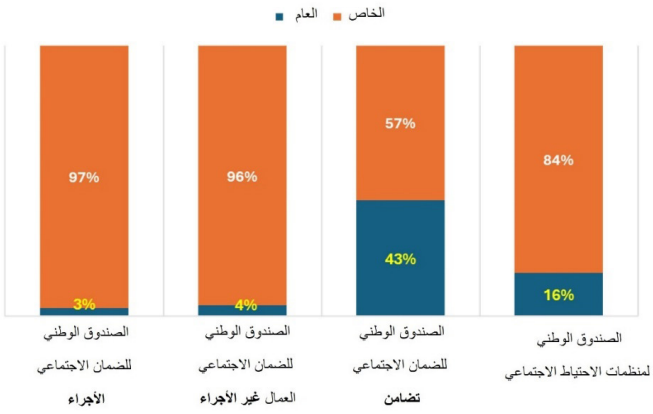
بالعمال غير الأجراء فهو يعاني من عجز مالي تقني يعزى أساساً إلى الصعوبات المتعلقة بتسجيل المؤمنين الجدد وتحصيل واجبات الاشتراك. كما أن نظام التأمين عن المرض (أمو – الشامل) الذي يُعد الانخراط فيه اختياريا والذي يعاني بدوره من إشكالات في التسجيل، فهو مهدد بالعجز بسبب ظاهرة «الانتقاء العكسي»، حيث لا ينخرط ويدفع الاشتراكات إلا الأشخاص الذين يحتاجون للعلاجات بشكل فوري.

من جانبه، يواجه نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بأجراء القطاع العام منذ سنة 2021 عجزا ماليا تقنياً أثر سلبا على آجال إرجاع المصاريف للمؤمنين وأداء المستحقات لمقدمي الخدمات الصحية. وإزاء هذا الوضع، قام الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي بتعبئة 1.6 مليار درهم من احتياطاته خلال سنة 2023 للتمكن من الوفاء بالتزاماته. وإذا استمر العجز في التفاقم، فمن المتوقع أن تُستنفَد احتياطيات الصندوق بحلول سنة 2026[60].

تتجه معظم نفقات التأمين الإجباري عن المرض نحو المؤسسات الصحية الخاصة

معظم نفقات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض أصبحت تتجه نحو المؤسسات الصحية بالقطاع الخاص. ذلك أن أكثر من 95 في المائة من نفقات أنظمة التأمين عن المرض بالقطاع الخاص (الخاصة بالأجراء وغير الأجراء)، وأكثر من 80 في المائة من نفقات المؤمنين لدى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، تتم لدى مؤسسات رعاية صحية خاصة. وهو توجه قد يؤدي، على المدى الطويل، إلى تهديد الاستدامة المالية لمنظومة التأمين الصحي الإجباري الأساسي. هذا، وحسب الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، فإن متوسط تكلفة ملف صحي واحد في القطاع الخاص يفوق نظيره في القطاع العام بـ 5.6 مرات.

الرسم البياني 3 : نفقات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بالقطاعين العام والخاص



المصدر : الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي

60 – يعزى العجز الذي يعاني منه الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي إلى تراكم عدة أسباب تهم : ارتفاع حجم المصاريف الصحية في سياق شيخوخة السكان المؤمنين، والارتفاع البنيوي للأمراض المزمنة والمكلفة، بالإضافة إلى تسقيف نسب الاشتراك في 800 درهم شهريًا موزعة مناصفة بين المؤمن ومشغله. وقد تفاقمت هذه الوضعية مع جائحة كوفيد19–، التي تحمل جراءها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي مجهودا ماليا إضافيًا قدره 663 مليون درهم، شمل المساهمة في الصندوق الخاص بتدبير الجائحة والتكفل بمصاريف اللقاح ضد كوفيد19–.

7.2. تحدي الحكامة

ضعف الحوار مع الأطراف المتدخلة

نص القانون – الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية على مبدأ المشاركة كأحد المبادئ الأساسية التي يستند عليها تعميم الحماية الاجتماعية، وذلك «من خلال انخراط كل المتدخلين في السياسات والاستراتيجيات والبرامج المتعلقة بالحماية الاجتماعية»[61]. وقد أحال هذا القانون في ديباجته صراحة على الاتفاقية رقم 102 بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي الصادرة عن منظمة العمل الدولية، والتوصية رقم 202 بشأن الأرضيات الوطنية للحماية الاجتماعية الصادرة عن المنظمة نفسها. وهما مرجعيتان تشددان على أهمية الحوار والتشاور والبناء المشترك كقواعد أساسية لبلورة أنظمة الضمان الاجتماعي. وقد أشار الفاعلون الذين أنصت إليهم المجلس في إطار إنجاز هذا الرأي إلى نقص المعطيات وضعف في آليات التشاور بشأن تعميم دينامية التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

التقنين: الوكالة الوطنية للتأمين الصحي وهيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، دور أساسي ينبغي تعزيزه

مهام الوكالة الوطنية للتأمين الصحي : في أفق تفعيل الهيأة العليا للصحة

أحدث القانون رقم 00-65 المتعلق بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، بموجب مادته 57، الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، كمؤسسة عمومية تناط بها مهمة «التأطير التقني للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، والسهر على إعداد الوسائل الكفيلة بضبط منظومته». وقد عملت الوكالة على إحداث هيئات للحكامة من قبيل لجنة الشفافية، ولجنة التقييم الاقتصادي والمالي للمواد الطبية، ولجنة تقييم الأعمال الطبية، وذلك بهدف دعم قراراتها المتعلقة بقبول إرجاع مصاريف الأدوية والمستلزمات والخدمات (تعويض سلة العلاجات، الأدوية والمستلزمات الطبية المقبول إرجاع مصاريفها، الأهمية السريرية والخدمة الطبية المقدمة...).

وبخصوص الإطار المرجعي، تقوم الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بشكل منتظم بتحيين ونشر دليل الأدوية المقبول إرجاع مصاريفها والإطار المرجعي للمهنيين والمؤسسات الصحية، وهما أداتان تضمنان ولوج الهيئات المكلفة بالتدبير والمؤمنين إلى المعلومات بشأن الأدوية ومقدمي العلاجات. كما قامت الوكالة بالإشراف على إعداد البروتوكولات العلاجية، إذ جرى اعتماد 14 منها سنة 2023، فيما يوجد 29 بروتوكولا قيد الإنجاز برسم سنة 2024. واضطلاعا بالمهام الموكولة إليها، وضعت الوكالة بنيات ومساطر مخصصة لجمع ومعالجة الشكايات والتحكيم في المنازعات بين المؤمنين وهيئات التدبير ومقدمي العلاجات. وخلال سنة 2023، عملت الوكالة على معالجة 4268 ملفًا، أغلبها عبارة عن شكايات تقدم بها المؤمنون بخصوص طلبات استرجاع مصاريف الأدوية.

غير أن عمل الوكالة الوطنية للتأمين الصحي لا يزال يواجه فراغا قانونيا ينبغي تجاوزه مع الهيأة العليا للصحة. ويهم هذا الفراغ على سبيل المثال : شروط تحمل مصاريف الفحوصات والعلاجات التي تبرر التنقل إلى الخارج وكيفيات إرجاع المصاريف (المادة 16 من مرسوم رقم 2.05.733)؛ إدماج الأجراء المشمولين

61 – المادة 3

بتغطية صحية اختيارية في التأمين الإجباري الأساسي عن المرض (المادة 114 من القانون رقم 65.00)؛ قواعد التنسيق بين مختلف الهيئات المعهود إليها بتدبير التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في حالة تنقل المأجورين بين القطاعين العام والخاص (المادة 74 من القانون رقم 65.00)؛ إجراءات التنسيق بين خدمات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وخدمات التعويض اليومي عن المرض والولادة وكذا التعويض عن الزمانة (المادة 80 من القانون رقم 65.00)؛ الشروط التي يبقى ضمنها المؤمن متمتعا بالحقوق في الخدمات في حالة الانقطاع عن العمل دون أجرة لأسباب نظامية أو تعاقدية (المادة 103 من القانون رقم 65.00)؛ شروط استمرار المؤمن وذوي حقوقه في التمتع بالحق في الاستفادة من الخدمات (المادة 104 من القانون رقم 65.00). ويقتضي تطبيق مقتضيات المادة 32 من القانون 65.00 المتعلقة بالاحتفاظ بالحق في الاستفادة من الخدمات بالنسبة للمؤمن المعني أو أحد من ذوي حقوقه المصاب بمرض طويل الأمد أو مرض يترتب عنه عجز أو مرض يستلزم علاجا خاصا ومكلفا، إصدار نص تنظيمي يهم جميع أنظمة التأمين، وليس فقط المؤمنين من أجراء أو متقاعدي القطاع الخاص.

هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي : مهام ينبغي تعزيزها

فضلا عن مقاولات التأمين وإعادة التامين، تضطلع هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، المحدثة منذ سنة 2016 بموجب القانون رقم 64.12، بمراقبة هيئات الاحتياط الاجتماعي. وتسهر الهيئة على حماية المؤمنين والمنخرطين والمشتركين والمستفيدين من الحقوق، من خلال مراقبة ملاءة الفاعلين، والسهر على احترام القواعد المطبقة على كل قطاع من طرف الفاعلين الخاضعين لمراقبتها، وتتبع الممارسات التجارية. وإذا كان إشراف الهيئة على قطاع التعاضد يقتضي أن يتم «بشكل مشترك مع الوزارة المكلفة بالشغل»، فإن هذه المهمة وكيفيات ممارستها وآثارها تستلزم وضع إطار تنظمي خاص، وذلك بالنظر إلى حجم التعاملات المالية لهذا القطاع وخصوصيته.

وهذا يقتضي كذلك تحديد أشكال التنسيق والالتقائية الممكنة بين مهام الوكالة الوطنية للتأمين الصحي وهيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، من أجل وضع وتحيين خرائط المخاطر، سواء ما يتعلق بجودة الخدمات، أو سلامة نظم المعلومات وتدبير هيئات التأمين، أو مقدمي العلاجات والأدوية، أو الجوانب التي تهم النقل الطبي أو تدبير النفايات الكيميائية والعضوية.

III- استكمال تعميم التأمين عن المرض في إطار منظومة عمومية إجبارية أساسية تقوم على التضامن والتكامل والالتقائية بين أنظمة التأمين الحالية، ومعززة بنظام تغطية تكميلي توفره التعاضديات أو قطاع التأمينات

يكفل الإطار القانوني الذي تم وضعه منذ إصدار القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية (5 أبريل 2021)، إلى جانب التدابير المتخذة لتنزيله، لكل شخص الحق في الانخراط في أحد أنظمة التأمين عن المرض الملائمة لوضعه المهني والأسري.

لذلك، ينبغي تعزيز واستكمال هذا الورش الذي يشكل تقدما اجتماعيا مهما، إذ لا يزال حوالي 8.5 مليون من الساكنة لا يستفيدون لحد الآن من التغطية الصحية، إما بسبب عدم تسجيلهم في نظام التأمين، أو بسبب وجودهم في وضعية «الحقوق المغلقة». كما تشكل مسألة العدول عن العلاج لأسباب مالية تحديا آخر سلطت عليه الضوء نتائج البحث الذي أنجزه المجلس حول تمثلات المشاركين بخصوص التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، بحيث صرح 60 في المائة من المستجوبين غير المسجلين في التأمين عن المرض و36 في المائة من المستجوبين المؤمنين بأنهم يعدلون عن طلب العلاج لأسباب اقتصادية.

لذلك يتعين إعادة النظر في هندسة المنظومة الوطنية للتأمين عن المرض بما يكفل تحقيق الالتقائية بين مختلف الأنظمة التي تتألف منها هذه المنظومة، وضمان تغطية صحية فعلية تشمل الجميع. ويقتضي هذا الأمر إعادة تركيز التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، سواء على مستوى التمويل، أو الخدمات، أو نمط التدبير، على تلبية الاحتياجات الصحية للأفراد، وعلى النهوض بالجودة وتوفير العلاجات. كما يتطلب تعزيز الالتقائية والجسور بين المكونات الحالية لمنظومة التغطية الصحية وتطويرها، بما يسهم في بناء تضامن صحي وطني فعلي، وذلك ضمن منظومة موحدة وشاملة للتأمين الأساسي عن المرض، تكون مستدامة على المستوى المالي وقادرة على الاستمرار على المدى الطويل، ومعززة بنظام تغطية تكميلي تابع لقطاع التعاضديات الصحية أو قطاع التأمينات.

كما يتعين أن تسير جهود بلوغ هذا الهدف المنشود بالتوازي مع مواصلة وتسريع وتيرة تأهيل العرض الصحي الوطني، بما يعزز جودة وجاذبية القطاع العام، ويحافظ على مكانته المركزية ضمن عرض العلاجات. وفي الوقت ذاته، ينبغي دعم التطوير المنسق والمتكامل لعرض العلاجات الذي يوفره كل من القطاع الخاص والقطاع الثالث والتضامني والتعاضدي.

من أجل تحقيق هذه الرؤية، يقترح المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي جملة من التوصيات تنتظم وفق المحاور الخمسة التالية :

المحور الأول : نحو منظومة وطنية موحدة للتأمين عن المرض تقوم على إجبارية تسجيل الجميع

على المدى القصير :

1. العمل في إطار الاختصاصات المخولة للهيئة العليا للصحة على إنجاز دراسات اكتوارية ودراسات للتأثير الطبي والاجتماعي والاقتصادي لجميع المتغيرات المرتبطة بتعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وذلك ارتكازا على فرضيات ومنهجية وأهداف يتقاسمها جميع الفاعلين في منظومة التأمين الصحي (هيئات التقنين، هيئات التدبير، التعاضديات، الشركاء الاجتماعيون، ممثلو المؤسسات الصحية، مهنيو الصحة). وينبغي العمل، انطلاقا من نتائج تلك الدراسات، على وضع تعريف واضح لسلة العلاجات، وتحيين لائحة الأدوية والمستلزمات الطبية المقبول إرجاع مصاريفها، والتعريفة الوطنية المرجعية، ونسب الاشتراك وإرجاع المصاريف، بالإضافة إلى إرساء منظومة وطنية محدد بدقة لآلية «الثالث المؤدي».

2. النظر في إمكانية إحداث شريحة وسطى من المُؤَمَّنين بين نظام (أمو-تضامن) ونظام (أمو-الشامل)، يتحمل اشتراكاتها المؤمنون والدولة، وهو تدبير من شأنه أن يسمح بالاستجابة بشكل أفضل للاحتياجات الصحية والوضع الاجتماعي والاقتصادي للمواطنات والمواطنين الذين يعانون من الهشاشة، المؤهلين حاليا للاستفادة من نظام (أمو-الشامل) إلا أنهم يقعون مباشرة فوق عتبة الأهلية لنظام «أمو- تضامن». ولتحقيق هذا الهدف، ينبغي مراجعة معايير أهلية الاستفادة من النظامين المذكورين، كما أن من شأن هذه المراجعة أن تسمح بإمكانية التنقل بينهما (فتح وتعليق ونقل الحقوق) استنادًا إلى عتبات انتقالية محددة.

3. ضمان حق المساعدين العائليين في التغطية الصحية (الأشخاص النشيطون الذي لا يتلقون أجرا نقديا ولا دخل ثابت لهم)، من خلال البحث عن كيفيات الإدماج الملائمة لوضعهم. ويمكن أن يتم ذلك عبر ربطهم بوحدة إنتاجية مسجلة في التأمين، أو عبر سن اشتراك خاص، يتم تحديده بناءً على دراسة اكتوارية منجزة بتشاور مع الهيئات المهنية المعنية.

4. مراجعة وملاءمة آليات التمويل والتدبير وكفيات التغطية المتعلقة بنظام التأمين عن المرض الخاص بفئات المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا (أمو – العمال غير الأجراء):

- بالنسبة للمهن المنظمة (المحامون والأطباء والصيادلة وغيرهم): إعادة فتح الحوار مع هيئات هذه المهن من أجل ضمان تسجيل المنتسبين إليها ومساهمتهم الفعلية في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض[62]. ومن شأن هذه المقاربة أن تسمح بالمحافظة على مكتسبات التعاضديات التي سبق إحداثها من قبل هذه المهن وتمكينها من تدبير التغطية التكميلية.
- بالنسبة للمهن غير المنظمة (الفلاحون والحرفيون والصناع التقليديون وغيرهم): وضع كيفيات مرنة لأداء الاشتراكات ملائمة لطبيعة العمل الموسمي والمتقطع.
- إجراء حصيلة اكتوارية لنظام التأمين عن المرض الخاص بالعمال غير الأجراء وذلك استنادا إلى أسس مرجعية وفرضيات معتمدة بتشاور مع ممثلي مختلف المهن.

5. التنصيص صراحة على إجبارية الانخراط في نظام (أمو – الشامل) من خلال تعديل القانون رقم 60.22 بما يمكن من التسجيل التلقائي للأشخاص غير المشمولين بنظام تأمين آخر في هذا النظام، وذلك استنادا إلى قدرتهم المالية كما يتم تحديدها في التصريحات الضريبية والنفقات (انظر المزيد من التفصيل حول هذا الجانب في التوصية 6) .

على المدى المتوسط والطويل

6. إعادة النظر في معايير الأهلية عبر إدراج الحق في الصحة والحاجيات الصحية، والقدرات المالية والضريبية والممتلكات، بدلاً من الاقتصار على معيار الوضعية السوسيو –مهنية للشخص المعني.
7. دراسة إمكانية القيام بإصلاحات تشريعية وتنظيمية وتقنية تمكن من وضع :

- مُعَرِّف وطني للضمان الاجتماعي يُمنح لكل المقيمين فوق التراب الوطني، ويقوم على التصريح الإجباري ويتم تحيينه بشكل منتظم. وتقتضي هذه العملية، التي يمكن أن يعهد بها للوكالة الوطنية للسجلات، مراجعة النصوص التشريعية والتنظيمية المتعلقة بالحكامة والتدبير الإداري والتقني والمالي لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.
- نظام وطني للتأمين عن المرض شامل إجباري وأساسي، قائم على الاشتراك وتضامني، وتضطلع بتدبيره هيئة عمومية للتأمين الصحي مكلفة خصيصا بهذا الفرع من منظومة الضمان الاجتماعي.
- سن إطار تشريعي خاص يمكن من إحداث وضمان استدامة أنظمة تغطية صحية تكميلية تضطلع بتدبيرها التعاضديات أو آليات تأمين عن المرض موجهة للمقاولات أو الأفراد.

8. إلغاء وضعية الحقوق المغلقة مع جعل التسجيل وتحصيل الاشتراكات أمرا تلقائيا (انظر النقطة الموالية)؛

62 – في فرنسا، تنص المادة (18–114–L) من قانون الضمان الاجتماعي على عقوبة تتراوح بين ستة أشهر وسنتين سجنًا وغرامة مالية تتراوح بين 15.000 و30.000 أورو في حق كل من يرفض عمدا الانخراط في نظام الضمان الاجتماعي أو يمتنع عن القيام بالإجراءات اللازمة للانخراط الإجباري» أو «يحرض الآخرين على التملص من إجبارية الانخراط في هيئة للضمان الاجتماعي

9. النظر في إمكانية فصل مهمة تدبير المداخيل عن مهمة تدبير العلاجات : إحداث هيئة عمومية مكلفة بمهام الجمع الممنهج للاشتراكات برسم نظام التأمين عن المرض، وكذا تحصيلها القانوني سواء بالطرق الاعتيادية أو عبر اللجوء إلى مساطر التحصيل الالزامي (الإشعار للغير الحائز (ATD) إن اقتضى الحال. ومن شأن هذه الآلية أن تكمل منظومة التسجيل التي سيتكلف بها السجل الوطني للسكان، كما هو وارد في التوصية رقم 7، مع الحفاظ على استقلالية هيئة تدبير نظام التأمين.

10. إدماج أنظمة التغطية الصحية التي تؤطرها لحد الآن المادة 114 من القانون رقم 65.00، في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. . ويمكن مواكبة هذا الإدماج بتخويل هيئات التدبير الحالية إمكانية الاستمرار، وفق إطار تعاقدي، في تدبير التأمين الأساسي عن المرض لحساب نظام التأمين الإجباري الأساسي العام، بالإضافة إلى توفير خدمات التأمين التكميلي.

المحور الثاني : تعزيز الربط بين تمويل منظومة التأمين عن المرض والنهوض بالعرض الوطني للعلاجات

على المدى القصير

11. توسيع نطاق «الثالث المؤدي» (Tiers payant) لتشمل جميع المؤمنين في التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وذلك من خلال :

- تحيين مقتضيات مرسوم رقم 2-05-733 صادر في 11 من جمادى الآخرة 1426 (18 يوليو 2005) بتطبيق القانون رقم 00-65 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، بما يسمح للمؤمنين لدى مختلف الأنظمة من الولوج، على غرار المؤمنين لدى (أمو-تضامن)، إلى العلاجات المتنقلة والاستشفائية بالمستشفيات العمومية وبنيات القطاع الاجتماعي والتضامني بدون أداء أو موافقة مسبقة للمصاريف.

12. مواءمة التعريفة وتعضيد مخاطر حوادث الشغل والمرض :

- ضمان تغطية شاملة للمخاطر المرتبطة بحوادث الشغل والأمراض المهنية وجعلها جزءا لا يتجزأ من المنظومة الوطنية للضمان الاجتماعي، بما يكفل حماية جميع العاملين.

- مواءمة تعريفة الأعمال الطبية الخاصة بحوادث الشغل مع التعريفة المعتمدة في إطار نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

13. تحسين ولوج النساء للتغطية الصحة وللعلاجات الملائمة لحاجياتهن وخصوصياتهن، من خلال:

- تمكين النساء غير النشيطات اللواتي فقدن صفة «ذوي الحقوق» على إثر طلاقهن (استفادة لا تتعدى سنة فقط) أو الأرامل غير النشيطات (استفادة لا تتعدى سنتين فقط)، من الحق في الاستفادة من التغطية الصحية، مع توفير المساعدة الإدارية لهن ووضع مسطرة للمرور التلقائي نحو نظام التأمين الملائم لوضعيتهن السوسيو-اقتصادية الجديدة.

- تحسين نسب إرجاع التعويض عن المصاريف بالنسبة للنساء، بل وضمان مجانية ولوج النساء للخدمات الصحية الوقائية والعلاجية المرتبطة بخصوصيتهن كنساء (الصحة الإنجابية، الحمل، الأمومة، الكشف، إلخ)

على المدى المتوسط

14. العمل، من خلال تعديل القانون رقم 98.15، على سن تعويض يومي عن المرض لفائدة العمال غير الأجراء.

المحور الثالث : ضمان الاستدامة المالية لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

على المدى القصير

15. مراجعة نسبة الاشتراك في التأمين الإجباري الأساسي عن المرض من خلال إلغاء تسقيف الاشتراكات بالنسبة للقطاع العمومي.

16. تعزيز الضبط الطبي لنفقات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، من خلال :

- وضع سياسة وطنية في مجال الدواء، مع إعطاء الأولوية لتخفيض أسعار الأدوية والأدوية المماثلة الحيوية المبتكرة؛
- اعتماد مسطرة موحدة وشفافة لكيفيات قبول إرجاع المصاريف والحصول على الإذن بالعرض في السوق، وذلك ارتكازا على تقييم طبي واقتصادي صارم للخدمة الطبية المقدمة؛
- تشجيع إرجاع مصاريف الأدوية الجنيسة والمماثلة الحيوية، لا سيما الأدوية المضادة للسرطان والعلاجات الحيوية، ودعم تطوير إنتاج الأدوية الجنيسة والرفع من عدد الجزيئات «الجنيسة» حسب الاحتياجات الصحية الوطنية؛
- تطوير وتنويع عدد البروتوكولات العلاجية الملزمة لهيئات تدبير التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ومهنيي الصحة، مع إشراك الفاعلين المؤهلين في هذه الدينامية؛
- وضع مسارات للعلاج منسقة، في إطار خرائط صحية محينة وإجرائية، وتطوير علاقات التعاقد بين نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض والمؤسسات الاستشفائية؛
- إضفاء الطابع التعاقدي على العلاقات مع المؤسسات الاستشفائية والأطباء لتشجيع التحكم في التكاليف الطبية، في أفق وضع إطار قانوني لتصنيف ومنح الاعتماد للعيادات والمؤسسات الصحية؛
- تعزيز جهود مكافحة الغش وتضخيم الفواتير والإغراق، ومحاربة ممارسات الفساد في منظومة التأمين الصحي سواء على مستوى التدبير أو تقديم الخدمات؛
- وضع خطة عمل للمراجعة المنتظمة للتعريفة المرجعية الوطنية ومراقبة مدى تطبيقها.

17. تعبئة تمويلات إضافية لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض :

- توسيع مصادر تمويل نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض من خلال النظر في إمكانية العمل، في إطار قانون المالية ووفق نسب وكيفيات محددة، على إرساء :
  - مساهمة اجتماعية مُعَمَّمَة (CSG) تُقْتَطَعُ بشكل مباشر من مجموع الدخول؛

- تخصيص نسب من الضريبة على القيمة المضافة للحماية الاجتماعية، لا سيما للتغطية الصحية التضامنية لفائدة الأشخاص غير القادرين على تحمل الاشتراكات في التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، سواء كانوا نشيطين أو غير نشيطين؛
- تعبئة مصادر مالية إضافية عبر اقتطاعات خاصة على مداخيل الأموال المنقولة والمعاملات المالية، وعلى جزء من مداخيل الضريبة الداخلية على الاستهلاك، ومداخيل رسوم التبغ، والمشروبات الكحولية، وألعاب الرهان، وكذا على مداخيل الفاعلين في مجال الاتصالات الذين يسوقون على الأنترنت ألعابا ذات تأثيرات إدمانية محتملة؛

- مراجعة الإطار التشريعي الحالي بما يسمح بتعبئة جزء من المنتجات المالية لاحتياطيات صناديق تدبير التأمين الصحي والتعاضديات من أجل دعم تقديم العلاجات للفئات الهشة.

المحور الرابع : تحسين جودة الخدمات الصحية : النهوض بالقطاع العام والقطاع الثالث وتقنين التكامل بين عرض العلاجات في القطاع الخاص والعام والتعاضدي

على المدى القصير

18. النهوض بالقطاع العمومي وجعله في صلب العرض الصحي الوطني، وذلك من خلال:

- تسريع وتيرة تنفيذ خطة إصلاح المنظومة الصحية عبر تقليص التفاوتات المجالية وتعزيز العلاجات الأساسية والنهوض بالمراكز الاستشفائية الجامعية؛

- جعل تحديث المستشفى العمومي (على مستوى التجهيزات والتنظيم والخدمات وآجال المواعيد، ومحاربة الفساد) في صلب إصلاح المنظومة الصحية، من أجل إعادة التوازن على مستوى عرض العلاجات بين القطاعين العام والخاص.

19. تطوير القطاع الثالث وتكريس صفة تحقيق المنفعة العامة على المستوى الصحي والاجتماعي التي تطبع أعماله، مع العمل على تطويره، وذلك من خلال :

- مراجعة المقتضيات القانونية الجاري بها العمل بما يسمح للتعاضديات بتدبير مرافق القرب للرعاية الصحية، في إطار شركات تابعة لها غير ربحية؛

- وضع إطار قانوني ينص على الاعتراف بعرض العلاجات الذي يقدمه الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لفائدة مجموع المؤمنين وذوي حقوقهم، وعلى ضمان استدامته. ويمكن أن يقتضي هذا الأمر توسيع شبكة المصحات متعددة التخصصات التابعة للصندوق على صعيد التراب الوطني، وذلك من خلال تخصيص جزء من المنتجات المالية المتأتية من احتياطيات الصندوق لتحقيق هذه الغاية.

20. تحسين نسب إرجاع المصاريف المتعلقة بالأعمال الطبية عموما، لا سيما الرامية إلى الكشف المبكر عن الأمراض، وضمان التعويض الكامل عن الفحوصات والتحاليل الطبية للكشف عن أمراض القلب والشرايين، والسرطان في مراحل وأعمار حرجة يتم تحديدها.

على المدى المتوسط

21. العمل بتشاور مع هيئات التقنين والتدبير والفاعلين في القطاع الطبي والتعاضدي والتأميني على وضع ميثاق لحقوق المرضى، مع إضفاء الطابع الإلزامي عليه.

22. بلورة مدونة وطنية للأخلاقيات ملزمة لجميع الأطراف المعنية؛ وضمان نزاهة عمليات الفوترة، تحت طائلة عقوبات زجرية إدارية وقضائية؛ وتعزيز الحق في الحصول على المعلومات وفي الموافقة المستنيرة؛ وسن إلزامية الإعلام حول حقوق المرضى في جميع مؤسسات الرعاية الصحية.

المحور الخامس : إرساء حكامة دامجة وتشاركية ومسؤولة

على المدى القصير

23. رفع جاذبية الاستثمار في القطاعات الصحية ذات الأولوية، مع تحسين مناخ الأعمال : وضع تدابير كفيلة بمنع عمليات المضاربة، وتعزيز قدرة السلطات العمومية على تقنين قطاع الصحة بفعالية.

24. تعزيز تمثيلية مجالس إدارة هيئات تدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وتقوية صلاحياتها ومسؤولياتها. وينبغي أن يتم القيام في هذا الإطار بإنجاز حصيلة، وتحليل مقارن لأفضل الممارسات في ما يتعلق بتركيبة المجالس، ونمط تعيين الأعضاء وتحديد مسؤولياتهم؛ وفصل أقوى بين مهام التوجيه والمراقبة ومهام التدبير؛ وضمان فعلية تمثيلية الأطراف المعنية داخل الأجهزة التداولية.

25. تشجيع تشكيل الائتلافات والنهوض بالتعاون في القطاع الصحي، من خلال تشجيع مضافرة الجهود بين التعاضديات وبين القطاعين العام والخاص، من أجل التدبير الأمثل للاستثمارات في منظومة الرعاية الصحية.

على المدى المتوسط والطويل

26. وضع حسابات وطنية للحماية الاجتماعية : تطوير نظام معلومات رقمي وطني لجمع وتحليل المعطيات وتتبع وتوقع النفقات وحجم استهلاك العلاجات، مع احترام سرية المعلومات الطبية.

27. العمل بتشاور مع الأطراف المعنية، على تحديد هدف وطني في ما يتعلق بنفقات التأمين الصحي (ONDAM)، يتم تضمينه في قانون المالية، وتخصيص محور خاص في هذا القانون لتمويل الحماية الاجتماعية عموما والتأمين الإجباري الأساسي عن المرض على وجه الخصوص.

28. تعزيز الحكامة والمحاسبة، وذلك من خلال :

- إحداث مجلس أعلى للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، كهيئة استشارية مستقلة وذات تركيبة تعددية، تضطلع بتيسير التشاور والتحليل الاستراتيجي والتوقعات الإكتوارية، وإصدار توصيات رامية إلى الحفاظ على المنظومة وتعزيزها.
- العمل، طبقا للمادة 15 من القانون رقم 09.21، على إناطة تدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لهيئة عمومية موحدة، مع العمل بتكامل مع الهيئات التعاضدية و/أو هيئات التأمين، على تغطية نفقات العلاجات التي تتجاوز سقف التعويض المحدد.

- العمل بشكل منتظم على عقد مناظرة وطنية للحماية الاجتماعية تضم مجموع الأطراف المعنية.
- تقوية دور ووسائل عمل هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي والمجلس الأعلى للتعاضد، بوصفهما فاعلين أساسيين في حماية حقوق المؤمنين وتطوير التأمين التضامني التكميلي.

الملاحق

الملحق رقم 1: لائحة أعضاء اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن

فئة الخبراء
فؤاد ابن الصديق (مقرر الموضوع)
حكيمة حميش
أمينة العمراني
عبد المقصود راشدي
فئة النقابات
أحمد بهنيس
محمد بنصغير (نائب مقرر اللجنة)
محمد دحماني (مقرر اللجنة)
محمد عبد الصادق السعيدي
لحسن حنصالي
جامع المعتصم
عبد الرحمان قنديلة (نائب الرئيس)
مصطفى اخلافة
فئة الهيئات والجمعيات المهنية
محمد حسن بنصالح
عبد الحي بسة
محمد بولحسن
فئة الهيئات والجمعيات النشيطة في مجالات الاقتصاد الاجتماعي والعمل الجمعوي
ليلى بربيش
جواد شعيب (**الرئيس**)
حكيمة الناجي
عبد الرحمان الزاهي
الزهرة زاوي

فئة الأعضاء المعينين بالصفة
عبد العزيز عدنان
خالد الشدادي
لطفي بوجندار
عثمان كاير

الخبراء الداخليون الذين واكبوا اللجنة في إعداد الرأي

الخبيران الداخليان بالمجلس	نادية السبتي محمد الخمليشي
المترجم	يوسف ستان

الملحق 2 : لائحة الفاعلين الذين جرى الإنصات إليهم

قطاعات وزارية	- وزارة الاقتصاد والمالية - وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
هيئات وطنية ومؤسسات عمومية	- مجلس المنافسة - بنك المغرب - هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي - الوكالة الوطنية للتأمين الصحي - الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي - الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - المندوبية السامية للتخطيط
مؤسسات علاجية	- المركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا - الجمعية الوطنية للمصحات الخاصة
هيئات تعاضدية	- خمس تعاضديات من بين التعاضديات المكونة للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي - الصندوق التعاضدي المهني المغربي - التعاضدية العامة لهيئات المحامين بالمغرب - المؤسسة المحمدية للأعمال الاجتماعية لقضاة وموظفي العدل
منظمات مهنية	- الغرفة الفلاحية لجهة بني ملال خنيفرة
مجتمع مدني	- الشبكة المغربية للدفاع عن الحق في الصحة والحق في الحياة
خبراء	- د. السملالي حسن - الطاوجني سعد
زيارات ميدانية	- الوكالة الوطنية للتأمين الصحي - الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي - الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - مختبر «فارما 5» لتطوير وتصنيع الأدوية

المحلق 3 : ملخص نتائج البحث حول تمثلات المواطنات والمواطنين بشأن تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

سياق الدراسة والمنهجية المعتمدة

تم إنجاز هذا البحث في إطار إعداد المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي لرأيه حول تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، الذي نص عليه القانون الإطار رقم 09.21. وقد عهد بهذا العمل لمكتب للدراسات مختص في إنجاز البحوث واستطلاعات الرأي. واستند مكتب الدراسات على مقاربتين متكاملتين من أجل الاضطلاع بهذه المهمة:

- مقاربة نوعية : من خلال إجراء مقابلات فردية (32 شخصا) وتنظيم مجموعة بؤرية مع مواطنات ومواطنين يستفيدون من التغطية الصحية وآخرين غير مستفيدين منها، بالإضافة إلى فاعلين في مجال التأمين عن المرض؛
- مقاربة كمية : من خلال إجراء مقابلات مباشرة مع 1000 شخص تتجاوز أعمارهم 18 سنة.

تم إجراء المقابلات أساسا في مدينتي الدار البيضاء والجديدة، اللتين تعدان من بين المناطق الأفضل من حيث توفر الخدمات الصحية. وقد استهدفت المقابلات مجموعة متنوعة من البروفايلات : العمال المستقلون، والموظفون، سواء الأطر أو غير الأطر، المشمولون بالتغطية الصحية التي يشرف على تدبيرها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي.

أبرز الملاحظات

على العموم، يتبين من خلال آراء المستجوبين أنه على الرغم من التقدم الملحوظ الذي جرى تحقيقه، فإن منظومة التأمين عن المرض لا تزال في حاجة إلى تحسين جملة من الجوانب تهم على الخصوص: توفير المعلومات للعموم بشأن بنياتها وآليات الولوج إليها وتوضيح كيفيات اشتغالها، بالإضافة إلى جعلها أكثر إدماجا ونجاعة وإنصافا.

وقد أظهرت نتائج البحث رضاً متوسطاً للمستجوبين المسجلين في نظام التأمين الإجباري الأساسي، في حين نجد أن المستجوبين غير المشمولين بالتغطية الصحية غير راضين عنه. هذا ويعتبر غالبية المستجوبين، بمن فيهم المُؤَمَّنين، أن نظام التأمين الإجباري عن المرض «معقد»، و«لا يوفر القدر الكافي من الحماية»، كما يرون أنه يعوزه «الوضوح الكافي بشأن الخدمات المشمولة بالتأمين، وكلفتها، وشروط الاستفادة منها، وكيفيات استرجاع المصاريف». وتهم أبرز النتائج المنبثقة عن البحث الجوانب التالية:

- استمرار الحاجز المالي : 60 في المائة من المستجوبين غير المستفيدين من التغطية الصحية و36 في المائة من المستجوبين المؤمنين يعدلون عن طلب العلاج لأسباب مالية؛
- تفاوت في الولوج إلى العلاجات : يعتبر المستجوبون أن العلاجات المتخصصة «باهظة الثمن ولا يتم التعويض عنها بسرعة»، مما يستدعي من المؤمنين الأداء المسبق لمبالغ كبيرة وانتظار استرجاع جزء منها، مما يشكل عبئًا ماليًا ثقيلاً ، خاصة بالنسبة للأسر ذات الدخل المحدود؛

- نسبة إرجاع المصاريف محدودة : يرى المستجوبون أن نسبة إرجاع المصاريف منخفضة للغاية، (أقل من ثلث النفقات الفعلية)، وقد جاء في بعض الإجابات أن «التكاليف التي نؤديها من مالنا الخاص مرتفعة، لاسيما بالنسبة للعلاجات المتخصصة». وتجد العائلات ذات الدخل المنخفض صعوبات في مواجهة هذه المصاريف حتى وإن كانت مشمولة بالتغطية الصحية : فقد يشكل الجزء المتبقي من المصاريف على عاتقها نسبة مهمة من مواردها المالية؛
- تفاوتات في الولوج إلى العلاجات بين الجهات وبين القطاعين العام والخاص؛
- تقدم المؤسسات الصحية في المناطق الحضرية والمدن الكبرى خدمات أفضل : «لا يتم تقديم نفس المستوى من العلاجات في جميع المؤسسات الصحية، فهناك فارق كبير بين المدن، وكذا بين الوسط الحضري والوسط القروي»؛
- يُنظر إلى القطاع الخاص على أنه يوفر رعاية صحية ذات جودة أعلى، ولكن بتكلفة مرتفعة، مما يؤدي إلى خلق تفاوتات في الولوج إلى العلاجات، إذ أبرز بعض المشاركين أن «الخدمات الصحية في المصحات الخاصة أفضل، لكن ليس بمقدور الجميع تحمل تكلفتها»؛
- ضعف الوعي بأهمية الانخراط في التأمين الإجباري الأساسي عن المرض : 52 في المائة من الأشخاص غير المشمولين بالتأمين الصحي ليسوا على استعداد للانخراط فيه؛
- ضعف التغطية الصحية التكميلية : 8 في المائة فقط من المؤمنين يستفيدون من تغطية تكميلية.

آراء ومقترحات الأشخاص غير المشمولين بالتأمين الصحي

يبقى مستوى رضا المؤمنين عن التغطية الصحية متوسطاً، فهم من جهة يقرون بفوائد التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، لكنهم في المقابل ينتقدون عددا من الجوانب في المنظومة تهم أساسا الأداء المسبق للمصاريف، والطابع المعقد للإجراءات الإدارية، وطول المساطر، وانعدام الوضوح بشأن مآل ملفات استرجاع المصاريف. وقد صرح المواطنون المشمولون فعليا بالتغطية أنهم يستفيدون من استشارات طبية منتظمة لتتبع الأمراض المزمنة (مثل السكري، وارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب). ومع ذلك، فهم يواجهون صعوبات في الولوج إلى العلاجات المتخصصة، بسبب ما وصفوه بارتفاع تكلفتها وضعف نسب إرجاع المصاريف المؤداة عنها.

مقترحات الأشخاص المشمولين بالتأمين الصحي:

- تحسين نسبة إرجاع المصاريف بالنسبة للعلاجات باهظة الثمن؛
- تقليص آجال إرجاع المصاريف؛
- تبسيط الإجراءات الإدارية، لاسيما من خلال اعتماد التكنولوجيا الرقمية.

آراء ومقترحات الأشخاص غير المشمولين بالتأمين الصحي

حسب نتائج البحث، يعاني المواطنون غير المشمولين بالتغطية الصحية من محدودية الولوج إلى العلاجات بسبب تكلفتها المرتفعة. لذلك، فهم يلجؤون إلى الاستشارات الطبية أساسا في الحالات المستعجلة أو الأمراض الخطيرة. والعديد منهم يعدلون عن تلقي العلاجات المنتظمة بسبب الإكراهات المالية. كما أن عدم معرفتهم بأنظمة التأمين عن المرض المتاحة والتصور السائد لديهم حول الطابع المعقد للمساطر اللازمة يمثلان عقبة تحول دون انخراطهم في هذه الأنظمة.

مقترحات الأشخاص غير المشمولين بالتغطية:

- تقليص مبلغ الاشتراكات بالنسبة للعمال المستقلين؛
- تبسيط مساطر الانخراط والإجراءات الإدارية؛
- توفير المعلومات الكافية للمواطنين حول مزايا التأمين عن المرض والخيارات المتوفرة.

آراء ومقترحات الشركاء في قطاع التأمين

يقر الشركاء بالتقدم الملحوظ الذي شهده ورش تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، الذي أضحى يغطي حاليا أكثر من 86 في المائة من الساكنة. غير أنهم أشاروا إلى استمرار عدد من التحديات، تهم على الخصوص إقصاء العمال المستقلين والفئات الهشة بسبب معايير الأهلية الصارمة والإجراءات الإدارية المعقدة. كما أكدوا على ضرورة تحسين التنسيق بين مختلف المؤسسات لتعزيز فعالية منظومة التأمين.

مقترحات الشركاء :

- رقمنة العمليات ووضع بطاقة رقمية من أجل تيسير الأداء وإرجاع المصاريف؛
- تحسين البنيات التحتية الصحية، لا سيما في المناطق القروية، من أجل ضمان الولوج المنصف للعلاجات؛
- تنويع مصادر التمويل من أجل ضمان الاستدامة المالية للمنظومة.

خلاصات وتوصيات

أشاد الشركاء بما يتسم به نظام التغطية الصحية من شمولية وطابع دامج، لكنهم أبرزوا في الوقت ذاته أنه لا يزال يعاني من العديد من العراقيل البنيوية. وأشاروا إلى أن التحديات الرئيسية المطروحة اليوم في هذا القطاع تهم : محدودية الولوج إلى العلاجات المتخصصة، إشكالية الأداء المسبق للتكاليف وما تشكله من عبئ على الأسر، ضعف نسبة إرجاع المصاريف والبطء الذي يعتري هذه العملية، الفوارق الجهوية، والتواصل غير الكافي بخصوص مزايا التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

تهم التوصيات الجوانب التالية :

- تبسيط المساطر الإدارية من خلال رقمنة الإجراءات وتقليص آجال إرجاع المصاريف؛
- مراجعة مبالغ الاشتراكات ونسب إرجاع المصاريف من أجل ملاءمتها مع دخل المؤمنين، لا سيما العمال المستقلين؛
- تعزيز البنيات التحتية الصحية في المناطق القروية من أجل تقليص الفوارق الجهوية؛
- التواصل بشكل أفضل حول الخدمات وحقوق المؤمنين، من أجل تشجيع انخراط أكبر عدد ممكن من الأفراد في التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

تقاطع زنقة المشمش وزنقة الدلبوت، قطاع 10، مجموعة 5
حي الريـــاض، 100 10 – الربـــاط
الهاتف : 00 03 01 538 (0) 212+ الفاكس : 50 03 01 538 (0) 212+
البريد الإلكتروني : contact@cese.ma