

الوكالة الوطنية للتأمين الصحي

تم إنشاء الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بموجب المادة 57 من القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية. وتعتبر الوكالة مؤسسة عمومية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتخضع لوصاية الدولة.

ووفقا لمقتضيات المادتين 58 و59 من القانون السالف الذكر، تناط بالوكالة الوطنية للتأمين الصحي مهمة السهر على حسن سير نظام التغطية الصحية الأساسية والتأطير التقني للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، والسهر على إعداد الوسائل الكفيلة بضبط منظومته. وبالإضافة إلى ذلك، تتولى الوكالة، وفقاً لمقتضيات المادة 60 من القانون رقم 65.00، تدبير الموارد المرصودة لنظام المساعدة الطبية في إطار الشروط المحددة بموجب هذا القانون والنصوص المتخذة لتطبيقه.

ويضم الهيكل التنظيمي للوكالة الوطنية للتأمين الصحي بالإضافة إلى إدارة عامة، ثلاث مديريات، مديرية الاتفاقيات والمعايير، ومديرية الدراسات الاقتصادية والاكثوارية، والمديرية الإدارية والمالية، بالإضافة إلى قسمين (2)، يتعلق الأمر بقسم الشؤون القانونية والمؤسسية، وكذا قسم الأنظمة المعلوماتية..

وفيما يخص الموارد البشرية، يبلغ عدد موظفي الوكالة الوطنية للتأمين الصحي 91 موظفاً. أما بخصوص الموارد المالية، فقد ارتفعت ميزانية الوكالة من 34.099.585,56 درهماً في سنة 2006، إلى 80.125.420,00 درهماً سنة 2017، أي بزيادة تتجاوز 135%. وبالنسبة لمساهمة الهيئات المدبرة لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في ميزانية الوكالة، فقد انتقلت من 21.000.000,00 درهم في سنة 2006 إلى 69.000.000,00 درهم في سنة 2017 مسجلة ارتفاعاً بنسبة 229%.

I. ملاحظات وتوصيات المجلس الأعلى للحسابات

أسفرت مهمة مراقبة تسيير الوكالة الوطنية للتأمين الصحي عن تسجيل مجموعة من الملاحظات وإصدار توصيات بخصوص المحاور التالية.

أولاً. موقع الوكالة الوطنية للتأمين الصحي في منظومة التغطية الصحية الأساسية

1. غياب الوضوح في اختصاصات الوكالة الوطنية للتأمين

إن قراءة القانون رقم 65.00، السالف الذكر وكذا مراسيم تطبيقه، تجعل من الصعب تحديد الدور الذي من المفترض أن تضطلع به الوكالة الوطنية للتأمين الصحي. ويتجلى ذلك في التفاوت بين القانون المذكور أعلاه ونصوصه التنفيذية والذي يجعل صلاحيات الوكالة كهيئة ضبط لمنظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض مبهمة، مما لا يسمح لها بالسهر على حسن سير نظام التغطية الصحية الأساسية على النحو المنصوص عليه في المادة 58 من القانون رقم 65.00 المذكور أعلاه.

وحسب هذه المادة، فإن الوكالة هي الهيئة التي تسهر على حسن سير نظام التغطية الصحية الأساسية، في حين أن المادة 59 تنيب فقط بالوكالة الوطنية للتأمين الصحي "اقترح الإجراءات الضرورية لضبط منظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض...".

كما يفترض في الوكالة الوطنية للتأمين الصحي الاضطلاع بمهمة الإشراف على تنفيذ القوانين والأنظمة المتعلقة بنظام التغطية الصحية الأساسية، وإن اقتضت الضرورة، استبعاد مقدمي الخدمات الطبية من الاتفاقيات الوطنية، و"إبداء الرأي" في أي قرار تعتبره مخالفاً للنصوص. غير أن بعض المقتضيات القانونية الانتقالية لا تزال قائمة، ويتعلق الأمر بالمادتين التاليتين:

- المادة 44 والتي تتعلق بالفصل بين مهمة تقديم الخدمات الطبية ومهمة تدبير نظام من أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. ولا تزال هذه المادة غير مفعلة من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، حيث يواصل تقديم خدمات الرعاية الصحية للمؤمن عليهم من خلال مختلف المستشفيات المتعددة الاختصاصات التابعة للصندوق. كما لم تتوقف الصيدلية التابعة للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي عن تقديم خدماتها إلا في سنة 2016، وذلك بعد الاستفادة من تمديد ثلاث سنوات تلي الفترة الانتقالية؛
- المادة 114 والمتعلقة بتعميم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ليشمل جميع المستخدمين والموظفين، والتي تضل غير مفعلة مع غياب رؤية حول مآل مقتضياتها.

2. الوكالة الوطنية للتأمين الصحي قوة اقتراحية وليست هيئة للضبط

لقد حرص المشرع المغربي على إنشاء الوكالة الوطنية للتأمين الصحي للعب دور هيئة مسؤولة عن ضبط منظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. ومع ذلك، يتضح أنها لا تتمتع بجميع الصلاحيات الممنوحة لهيئات الضبط حتى تتمكن من أداء دورها بشكل كامل فيما يخص التحكم وضبط النظام والمعاقبة عند الاقتضاء. ويتضح ذلك على مستوى استقلالية الوكالة وعلى مستوى التباين القائم بين القانون ومراسيم تطبيقه، مما يؤثر سلباً على الأدوات الموضوعية لضبط منظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

◀ إشكالية استقلال الوكالة الوطنية للتأمين الصحي

لقد أنشئت الوكالة الوطنية للتأمين الصحي لضبط منظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، ولقد كان المشرع يهدف، من خلال إخضاعها لوصاية الدولة (المادة 58)، إلى الرفع من مستوى موقعها المؤسسي وذلك حفاظاً على استقلاليتها وسلطتها. وبالرغم من ذلك، فقد اعتبرت الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، منذ إنشائها، كفرع أو كمديرية تابعة لوزارة الصحة.

وتعزز رئاسة وزير الصحة لمجلس إدارة الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، بتفويض من رئيس الحكومة، ارتباطها بوزارة الصحة. بالرغم من أن الوزارة ليست سوى فاعلاً من بين مجموعة من الفاعلين في منظومة التغطية الصحية الأساسية.

وهكذا فإن وصاية وزارة الصحة على الوكالة الوطنية للتأمين الصحي يضيق من حيز صلاحيات هذه الأخيرة. فمن جهة، تقوم هذه الوزارة بالإشراف التقني على الوكالة وترأس مجلس إدارتها، ومن جهة أخرى توفر الوزارة الرعاية الصحية من خلال المستشفيات العمومية، مما يجعلها، بقوة القانون، خاضعة للوكالة كهيئة ضبط منظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

وباختصار، تقتصر صلاحيات الوكالة الوطنية للتأمين الصحي على إبداء الرأي وتقديم مقترحات وجب المصادقة عليها من طرف وزارة الصحة، قبل أن تصبح نافذة تجاه فاعلي منظومة التغطية الصحية الأساسية.

◀ عدم انسجام القانون رقم 65.00 ومراسيم تطبيقه

يتبين من خلال قراءة المقتضيات القانونية، وجود تباين، بين مواد القانون رقم 65.00 ومواد مراسيمه التطبيقية من جهة، وبين مواد القانون رقم 65.00 نفسها، وبين مواد المراسيم التطبيقية نفسها. من جهة أخرى.

وينعكس هذا التباين سلباً على صلاحيات الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، خاصة فيما يتعلق بإمكانية استبعاد مقدمي الخدمات الطبية من الاتفاقيات الوطنية. فحسب المادة 23 من القانون رقم 65.00 " ... يجب على كل مقدم للخدمات الطبية التقيد بجميع بنود الاتفاقية الوطنية المنضم إليها تحت طائلة تطبيق مقتضيات المادة 24 بعده".

وحسب المادة 24 من نفس القانون، يمكن للوكالة وضع مقدم الخدمات الطبية خارج الاتفاقية بسبب عدم احترامه لمقتضياتها أو خرق هذه المقتضيات بناء على طلب هيئة مكلفة بالتدبير وفقاً لشروط وكيفيات تحدد بنص تنظيمي.

ويفهم من وضع مقدم الخدمات الطبية خارج الاتفاقية الوطنية، من الناحية العملية، منع هذا الأخير من الاستفادة من أحكام هذه الاتفاقية. إلا أن المادة 25 من القانون رقم 65.00، المذكور أعلاه، تضمن إرجاع مصاريف الخدمات الطبية أو تحملها على أساس التعريف المرجعية الوطنية المحددة في الاتفاقية حتى لو كان مقدم الخدمات الطبية مستبعداً من الاتفاقية الوطنية.

ولكن المادة 23 من المرسوم رقم 2.05.733 المتعلق بالمصادقة على التعريفات المرجعية الوطنية المعتمدة لإرجاع أو تحمل الأجهزة التعويضية الطبية والأدوات الطبية برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، تناولت وضع مقدم الخدمات الطبية خارج الاتفاقية الوطنية بمزيد من الدقة، حيث تنص على إمكانية أن يشكل عدم انضمام مقدم علاجات طبية إلى الاتفاقية الوطنية سبباً من أسباب رفض تحمل المصاريف من طرف الهيئة المكلفة بالتدبير.

غير أن هذه المادة لاتهم إلا الخدمات المقدمة في إطار مبدأ الطرف الثالث المؤدي والتي لم يتم تعميمها بعد. ونتيجة لذلك، فإن وضع بعض مقدمي الخدمات الطبية خارج الاتفاقية الوطنية لن يكون له أي أثر إذا كانت الخدمات التي يقدمونها تتم فقط في إطار إرجاع المصاريف وليس تحملها.

وعليه يوصي المجلس الأعلى للحسابات رئيس الحكومة بما يلي:

- العمل على تناسق الإطار القانوني والتنظيمي لمنظومة التغطية الصحية الأساسية؛
- توضيح العلاقة بين الوكالة الوطنية للتأمين الصحي ووزارة الصحة.

ثانيا. مدى تنفيذ الوكالة الوطنية للتأمين الصحي للمهام المنوطة بها
بسبب تشابه وتكامل المهام المنوطة بالوكالة الوطنية للتأمين الصحي، ومن أجل تحليلها بشكل أفضل، تم تجميعها في فئات حسب طبيعة كل مهمة.

1. مهمة الضبط التقني لمنظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

يُكمن ضبط النظام الصحي في وضع مجموعة الإجراءات التي تسمح، في إطار ميزانية معينة، بضمان استعادة الجميع من خدمات طبية مستوفية لمعايير الجودة وبأفضل الأسعار، وفق سلة العلاجات المحددة في النصوص التشريعية والتنظيمية، بهدف تقليص الباقي على عاتق المؤمن عليه.

أ. سلة العلاجات والباقي على عاتق المؤمن عليه

تحدد المادتان 7 و8 من القانون رقم 65.00 السالف الذكر، قائمة الخدمات التي يضمنها التأمين الإجباري الأساسي عن المرض والخدمات المستثناة منه، محددة بذلك محتوى سلة علاجات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، طبقا للشروط والكيفيات المحددة بنص تنظيمي.

وتحدد سلة العلاجات، بالإضافة الى التعريف المرجعية الوطنية (الواردة في الاتفاقيات الوطنية)، مصنف الأعمال البيولوجية والطبية، ودليل الأدوية والمستلزمات الطبية المقبول إرجاع مصاريفها، وقائمة الأمراض المكلفة والمزمنة التي تعفي المؤمن عليه من الحصة المتبقية.

وباستثناء قائمة الأدوية المقبول إرجاع مصاريفها، لم تعرف سلة العلاجات تحديثات مهمة منذ دخول منظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض حيز التنفيذ سنة 2005 (المصنف العام للأعمال الطبية، ومصنف أعمال التحاليل الطبية البيولوجية، ودليل المستلزمات الطبية، والاتفاقيات الوطنية...)، مما يجعل التعريف المرجعية الوطنية الحالية متجاوزة.

وقد أدى عدم تحديث سلة العلاجات الى ارتفاع نسبة الباقي على عاتق المؤمن عليه لتصل إلى 35 % في سنة 2016 بدلاً من 28 % في سنة 2010. علما أن هذه النسب لا تتضمن الأعمال الطبية غير المقبول إرجاع مصاريفها، ولا تشمل المبالغ المسددة والتي لا يتم التصريح بها. وهذا يؤدي إلى ارتفاع العبء الملقى على كاهل المؤمن عليه الى نسب عالية، تقترب من نسبة النفقات المباشرة للأسر المغربية على الصحة والتي تناهز 51 % (تقرير الحسابات الوطنية للصحة لسنة 2015).

أما بخصوص الباقي على عاتق المؤمن عليهم المصابين بالأمراض المكلفة والمزمنة، فقد لوحظ ما يلي:

- عدم تحديث قائمة الأمراض المكلفة والمزمنة المحددة بموجب قرار وزير الصحة رقم 2518، وذلك منذ صدورهما بتاريخ 5 يناير 2005؛
- عدم توحيد نسبة الإعفاء من الحصة المتبقية المطبقة من طرف الهيئتين المدبرتين لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض؛
- عدم توحيد المعايير المعتمدة من طرف الهيئات المدبرة لاعتبار المؤمن عليهم مصابين بالأمراض المكلفة والمزمنة، وذلك في غياب وضع الوكالة الوطنية للتأمين الصحي لمعايير تقنية وطبية موحدة في هذا الصدد.

فيما يخص مؤني الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، فرغم أن الباقي على عاتق المؤمن عليه لا يمكن أن يتجاوز نسبة 10 % من التعريف المرجعية الوطنية للأمراض المكلفة والمزمنة. فإن الإعفاء الكلي لا يشمل إلا تكاليف الأدوية، أما باقي الخدمات الطبية المقدمة لهذه الفئة من المؤمنین فلا يشملها أي إعفاء. ولذلك فإن النهج الذي يتبعه الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي لا يتوافق مع روح التشريعات، ولا يتيح بلوغ القصد من القانون، وهكذا فإن الباقي على عاتق المؤمن عليه يتجاوز 10 % بالنسبة للمرضى الذين يعانون من الأمراض المكلفة والمزمنة.

أما بالنسبة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، فيتراوح معدل الإعفاء من الحصة المتبقية بين 0 % و30 % وذلك حسب طبيعة المرض المكلف والمزمن. ولقد حددت الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، بموجب القرار رقم 38 الصادر عن مجلس إدارتها في سنة 2009، عتبة الباقي على عاتق المؤمن عليه في 3000 درهم، كحد سنوي أقصى يتحمله المؤمن عليه. وتجدر الإشارة الى أنه ومنذ سنة 2009، وخاصة مع تطور التقنيات المستعملة في ميدان الطب، فإن نسبة الباقي على عاتق المؤمن عليه المطبقة حالياً من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي تتجاوز السقف السالف الذكر.

ب. الاتفاقيات الوطنية

- تعتبر الاتفاقيات الوطنية واحدة من الركائز التي يقوم عليها نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض حيث إنها:
 - تحدد، وفقاً لمقتضيات المادة 18 من القانون رقم 65.00 المذكور أعلاه، العلاقة بين الهيئات المدبرة ومقدمي الخدمات الطبية سواء كانوا تابعين للقطاع العام أو الخاص؛
 - تحدد، بموجب مقتضيات المادة 12 من نفس القانون، التعريف المرجعية الوطنية.

◀ إبرام الاتفاقيات الوطنية، عملية طويلة ومتعثرة

منذ انطلاق نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، سنة 2006، تم توقيع ست اتفاقيات وطنية مدتها ثلاث سنوات، كما هو منصوص عليه في المادة 28 من المرسوم رقم 2.05.733 السالف الذكر. وقد شهدت الفترة الممتدة من سنة 2009 إلى سنة 2011، العديد من المحاولات لتجديد هذه الاتفاقيات، كما شهدت طلبات صادرة عن الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، لوضع مجموعة من مقدمي الخدمات الطبية من القطاع الخاص خارج الاتفاقية. مما ترتب عنه مناخ تسوده عدم الثقة، ووصلت معه محاولات تجديد الاتفاقيات الوطنية إلى طريق مسدود.

ولتجاوز هذا الوضع، دعا وزير الصحة إلى استئناف المفاوضات بناء على التزامات جديدة، وقعت على أساسها الأطراف المعنية مذكرة تفاهم في سنة 2011، وتم الاتفاق، من جهة، على إبرام اتفاقيات وطنية جديدة في أجل أقصاه 31 يوليوز 2011، ومن جهة أخرى على تعليق أي قرار بوضع مقدم للخدمات الطبية خارج الاتفاقية الوطنية مما قيد منذ ذلك الحين صلاحيات للوكالة الوطنية للتأمين الصحي.

ومنذ ذلك الحين، وعلى الرغم من محاولات الوكالة الوطنية للتأمين الصحي لإنعاش عملية التجديد من خلال تنظيم عدة اجتماعات تضم الهيئتين المدبرتين ومقدمي الخدمات الطبية، فإن هذه المحاولات قد باءت بالفشل بسبب رفض هيئة مدبرة الالتزام بمخرجات هذه الاجتماعات.

ولتجاوز هذا الوضع، التمسّت الوكالة الوطنية للتأمين الصحي وساطة وزير الصحة، الذي عقد اجتماعاً بتاريخ 20 يوليوز 2015، ضم مدراء الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، والوكالة الوطنية للتأمين الصحي، والتزمنا لأطراف المعنية بالتوقيع الوشيك في أجل أقصاه شتنبر 2015 على ثلاث اتفاقيات وطنية، ويتعلق الأمر بتلك المتعلقة بالصيدلة والإحيائيين وأطباء الأسنان.

وبتاريخ 18 شتنبر 2015، أرسل الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي مراسلة إلى الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، يشترط من خلالها تخفيض تعريف الأجهزة التعويضية لتقويم الأسنان لضمان نجاح المفاوضات، ليتلو هذه المراسلة طلبات متكررة لتأجيل انعقاد الاجتماعات حول المفاوضات.

وأمام هذا الوضع قامت الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بمراسلة رئيسا لحكومة بتاريخ 9 نونبر 2015، لشرح الوضع القائم وطلب تدخله لاتخاذ الإجراءات اللازمة لإنهاء هذا الوضع. ولكن هذا الطلب لم يثر أي رد فعل من طرف رئاسة الحكومة.

وهكذا لم يتم توقيع أول اتفاقية وطنية إلا بتاريخ 15 مارس 2016، وذلك بعد مفاوضات عسيرة، خاصة مع الهيئتين المدبرتين لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، ويتعلق الأمر باتفاقية بين الهيئتين المدبرتين والصيدلة.

وتعرف عملية التفاوض لتجديد الاتفاقيات الوطنية الأخرى انسداداً حقيقياً، راجع من جهة، إلى تحفظ الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على بعض المواضيع وغياب الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي عن اجتماعات المفاوضات. ومن جهة أخرى، إلى متطلبات بعض مقدمي الرعاية الطبية. وموازية مع هذا الوضع، تجدر الإشارة إلى أن الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي قد اتخذ قرارات انفرادية دون التشاور مع باقي الفاعلين، ويتجلى ذلك في:

- التطبيق السابق لأوانه للاتفاقية الوطنية مع الصيدلة؛
- إضافة أدوية إلى لائحة الأدوية المعنية بنظام الثالث المؤدي خلافا للمعايير المحددة ودون التشاور مع باقي الفاعلين؛
- اتخاذ قرارات انفرادية لتعليق نظام الثالث المؤدي على بعض مقدمي الخدمات الطبية؛
- رفض كل من الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، لتدابير تتبع الاتفاقية التي تربط بين هاتين الهيئتين المدبرتين والصيدلة في شقها المتعلق بمكافحة الاحتياطي؛
- تطبيق شروط جديدة بشأن ملفات إرجاع المصاريف باستثناء بعض الأعمال الطبية المقبول استرجاع مصاريفها الصادرة بقرار لوزير الصحة (couronnes céramo-céramiques، الخ).

وبناء على ما سبق، يوصي المجلس الأعلى للحسابات وزارة الصحة والوكالة الوطنية للتأمين الصحي، بالعمل على تجديد الاتفاقيات الوطنية، وذلك في حدود صلاحياتهما.

ج. تدابير وأدوات التقنين

بالإضافة إلى الاتفاقيات، تكمل أدوات ومراجع أخرى مجموعة وسائل الوكالة الوطنية للتأمين الصحي لتقنين منظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

◀ إجراءات تأطير المواد الطبية

ويتعلق الأمر أساسا بالأدوية والمستلزمات الطبية، التي يشترط إدراجها في القوائم التي تصدر بقرار لوزير الصحة، لقبول إرجاع مصاريفها.

أ. الأدوية

وفقا للمادة 8 من المرسوم رقم 2.05.733 السالف الذكر، تحدد قائمة الأدوية المقبولة إرجاع مصاريفها بقرار لوزير الصحة حسب الخدمة الطبية المقدمة.

ولكي يتم إدراج دواء ما في قائمة الأدوية المقبولة إرجاع مصاريفها، يجب تقييمه على المستويين العلمي والاقتصادي. لذلك، تعتمد الوكالة الوطنية للتأمين الصحي على لجنتين تقنيتين أحدهما مجلس إدارتها، ويتعلق الأمر بلجنة الشفافية⁵⁵ ولجنة التقييم الاقتصادي والمالي للمواد الطبية. ويتم التقييم بناء على طلب صادر من المختبر الصيدلي المعني.

وتقوم بعد ذلك الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بإعداد دليل الأدوية المقبولة إرجاع مصاريفها، والذي يترجم تقنيا القرار الوزاري إلى قائمة للمحضرات الصيدلانية والثمن الذي يتم على أساسه التعويض.

ومكنت هذه العملية، حتى الآن، من الانتقال من 1000 إلى أكثر من 4000 دواء مقبول إرجاع مصاريفه، (دليل الأدوية المقبولة إرجاع مصاريفها: القرار السابع، الإصدار 23، بتاريخ 21 يونيو 2018). ولكن هذه العملية تعرف بعض الاختلالات، نذكر منها:

- عدم مشاركة الهيئتين المدبرتين، منذ أبريل 2015، في أعمال لجنة التقييم الاقتصادي والمالي للمواد الطبية على الرغم من أنهما ممثلتان فيها؛
- القرارات الانفرادية الصادرة عن الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، في شكل مذكرات داخلية، وإرجاع مصاريف محضرات صيدلانية لا تندرج ضمن إلى القائمة التي أصدرتها وزارة الصحة (الدورازيم تارسيف، الخ)؛
- تسجيل حالات تأخير كبير بين تقديم طلب تسجيل الدواء في دليل الأدوية المقبولة إرجاع مصاريفها ونشره في الجريدة الرسمية؛
- البدء في إرجاع مصاريف الأدوية المقبولة إرجاع مصاريفها، انطلاقا من تاريخ نشر دليل الأدوية في الجريدة الرسمية. ولكن الوكالة الوطنية للتأمين الصحي تتأخر في إرسال النسخة المحيئة من دليل الأدوية المقبولة إرجاع مصاريفها. مما يتقل كاهل المؤمن عليه فيما يخص مصاريف الأدوية؛
- قيام المختبرات بتغيير بعض المعلومات مثلا لشيفرة الخطية (code à barres) وسعر الأدوية، دون أن تبلغ وزارة الصحة هذه التغييرات إلى الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، التي لا تتوفر على إمكانية جمع المعلومات بشكل آني، مما يؤخر تحيين دليل الأدوية المقبولة إرجاع مصاريفها.

ب. المستلزمات الطبية

وكما هو الشأن بالنسبة للأدوية المقبولة إرجاع مصاريفها، يحدد القرار الوزاري رقم 2314.08 (الذي تم تعديله بموجب قرار وزير الصحة رقم 3207.15) قائمة الأجهزة التعويضية الطبية والألات الطبية المقبولة إرجاع مصاريفها أو تحملها. وباستثناء خفض تعريف 20 مستلزما طبيا (من بين 869 المضمنة في القائمة) في سنة 2015، لم تتم مراجعة قائمة المستلزمات الطبية وتعريفاتها المرجعية الوطنية منذ إنشائها سنة 2008.

وتجدر الإشارة إلى أن تعديل قائمة المستلزمات الطبية تتجاوز منظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. فمن جهة، لم يصبح القانون رقم 84-12 المؤطر للمستلزمات الطبية ساري المفعول إلا بعد نشر مرسومه التطبيقي في شتنبر 2014. ومن جهة أخرى، لم يتم، إلى حدود سنة 2018، نشر أي مرجع للأسعار على الرغم من نشر القرار رقم 4217.15 المتعلق بكيفيات تحديد سعر البيع للعموم وسعر فوترة المستلزمات الطبية.

55 أحدثت لجنة الشفافية بموجب المادة 8 من المرسوم رقم 2.05.733 والقرار رقم 06/4 الصادر عن مجلس إدارة الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بتاريخ 27 ماي 2007.

- وعلى ضوء ما سبق، يوصي المجلس الأعلى للحسابات الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بما يلي:
- تعزيز وتحسين المنهجية الحالية لإدراج الأدوية في دليل الأدوية المقبول إرجاع مصاريفها؛
 - توسيع قائمة المستلزمات الطبية ووضع مرجع لأسعارها.

◀ إجراءات خاصة بمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

في إطار الإجراءات الخاصة بمقدمي الخدمات الطبية، اقترحت الوكالة الوطنية للتأمين الصحي مجموعة من الوسائل لتوحيد المعايير الإدارية والطبية والتقنية (مصنفات الأعمال الطبية، البروتوكولات العلاجية، الخ)

• مصنفات الأعمال الطبية

تضم مصنفات الأعمال الطبية، المصنف العام للأعمال الطبية، ومصنف أعمال التحاليل الطبية البيولوجية. وتمت المصادقة عليها بموجب قرار لوزير الصحة بعد استشارة الهيئة المهنية المعنية. وقد أثار مراجعة هذه المصنفات ملاحظات بينت:

- أن هذه المصنفات قديمة وغير مكتملة وغير منظمة ولم يتم تحيينها؛
 - أنه وعلى الرغم من إحداث اللجنة الوطنية لمصنفات الأعمال بقرار من وزير الصحة في سنة 2007، من أجل مماثلة أعمال غير مدرجة في مصنف الأعمال الطبية. إلا أن هذه اللجنة لم تنجح إلا في مماثلة 13 إجراء متعلق بطب الأسنان و22 إجراء جراحي و134 إجراء بيولوجي.
- علاوة على ذلك، ومن أجل إعادة تنشيط عملية تعديل المصنف العام للأعمال الطبية، والذي تقع مسؤولية تعديله على وزارة الصحة. وفي حدود صلاحيات الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، اعتمد مجلس إدارة الوكالة، في دجنبر 2014، خطة عمل تتضمن خمس توجهات استراتيجية، وتمتد لثلاث سنوات للانتقال من اعتماد المصنف العام للأعمال الطبية، إلى التصنيف الموحد للأعمال الطبية.

غير أن الإجراءات الاستراتيجية المعتمدة في هذا الصدد، لم تنفذ بالكامل. فمن بين 15 إجراء مبرمجا، تم تنفيذ اثنين فقط. وعلى الرغم من أن خطة العمل المعتمدة كانت تهدف إلى الانتقال من اعتماد المصنف العام للأعمال الطبية، إلى التصنيف الموحد للأعمال الطبية في نهاية سنة 2017، إلا أن تنفيذ العديد من الإجراءات عرف تأخيرا كبيرا.

أما فيما يخص مصنف أعمال التحاليل الطبية البيولوجية، والذي تم إصداره سنة 2006. فقد كان هناك مشروع لتعديله في إطار تجديد الاتفاقية الوطنية التي تربط الهيئات المدبرة بالإحيائيين من القطاع الخاص، دون أن يكمل هذا المشروع بالنجاح.

• البروتوكولات العلاجية

تعتبر البروتوكولات العلاجية أداة متميزة للتحكم في المصاريف الطبية. ومن أجل وضع مراجع لهذه البروتوكولات، تم توقيع اتفاقية شراكة بتاريخ 8 يناير 2007، بين الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، ووزارة الصحة، والجمعية المغربية للعلوم الطبية، بالإضافة إلى الهيئة الوطنية للطببيات والأطباء كطرف موقّع لاتفاقية الشراكة بتاريخ 30 ماي 2005. ومنذ ذلك الحين، وحتى نهاية سنة 2011، تم وضع 16 مرجعا لأفضل الممارسات الطبية، صادقت ونشرت وزارة الصحة ثلاثة منها.

غير أنه وفي الفترة الممتدة بين سنتي 2012 و2014، لم تتجاوز المراجع المتبقية مرحلة الإعداد، وبالتالي لم يتم لا المصادقة عليها ولا نشرها.

وهكذا بقيت الوضعية كما هي حتى بداية عام 2014، حيث تم فتح ورش جديد يهدف إلى إعداد ونشر عشرة بروتوكولات علاجية سنويا، وإلى مراجعة التزامات الأطراف المعنية.

ومن أجل الوصول إلى هذا الهدف، تم تجديد الاتفاقية الوطنية (الإطار) لإعداد البروتوكولات العلاجية، بين وزارة الصحة، والوكالة الوطنية للتأمين الصحي، والجمعية المغربية للعلوم الطبية، والهيئة الوطنية للطببيات والأطباء وذلك بتاريخ 10 شتنبر 2014.

وصادقت وزارة الصحة بتاريخ 20 ماي 2015، على ست بروتوكولات علاجية تتعلق بأمراض مزمنة ومتكررة ومكلفة. أما بالنسبة لباقي البروتوكولات فقد تم تقديمها إلى اللجنة الطبية والتقنية قصد الموافقة عليها، قبل عرضها على وزارة الصحة للمصادقة عليها.

ويجب التذكير بأن الاتفاقية الوطنية الإطار، نصت على التوقيع سنويا على اتفاقية محددة بين الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، والجمعية المغربية للعلوم الطبية، من أجل تحديد قائمة الأمراض موضوع البروتوكولات العلاجية التي سيتم إعدادها وقيمة المساهمة المالية التي يجب أن تضعها الوكالة الوطنية للتأمين الصحي تحت تصرف الجمعية المغربية للعلوم الطبية.

وقد أسفرت هذه الاتفاقية، عن إبرام العقد رقم 2014/08 بين الطرفين سالف الذكر، والذي يحدد توزيع المساهمة المالية للوكالة الوطنية للتأمين الصحي والتي تبلغ قيمتها 5.000.000 درهم. وقد تبين بعد فحص هذا العقد أن الوكالة الوطنية للتأمين الصحي قد دفعت 4.000.000 درهم لصالح الجمعية المغربية للعلوم الطبية بموجب الاتفاقية المحددة لعام 2014، دون أن تكون هذه الجمعية قد قامت بتنفيذ جميع الإجراءات المنصوص عليها، خصوصاً نشر البروتوكولات العلاجية المصادق عليها من قبل وزارة الصحة بتاريخ 20 ماي 2015، وإعداد العشرة بروتوكولات علاجية الأخرى المتعاقد بشأنها.

وتبعاً لما سلف، يوصي المجلس الأعلى للحسابات الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بتوحيد الممارسات الطبية من خلال وضع بروتوكولات علاجية كمياري لتحسين التحكم في المصاريف، وتكاليف الرعاية الصحية والفحوصات الطبية.

2. مهمة التأطير المالي للصندوقين والنظام المعلوماتي الخاص بتدبير التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

من أجل السهر على تحقيق التوازن المالي الإجمالي بين الموارد والنفقات بالنسبة لكل نظام من أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، تعتمد الوكالة الوطنية للتأمين الصحي على البيانات المقدمة من الهيئتين المكلفتين بالتدبير، إلى جانب بيانات الدراسات التي تجريها.

وحسب المادة 43 من القانون رقم 65.00 السالف الذكر، فإنه يتعين على الهيئات المكلفة بالتدبير، أن توافي سنوياً الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بالوثائق الإحصائية والمعلومات المتعلقة بالاستهلاك الطبي للمؤمنين، وتبديرها ومحاسبتها وفق الشروط المنصوص عليها في المادة 39 من المرسوم رقم 2-05-733 المذكور أعلاه.

ويتعين على الهيئات المكلفة بالتدبير، حسب هذه المادة، أن توافي الوكالة الوطنية للتأمين الصحي عند نهاية الثلاثة أشهر الأولى من كل عام، بعدد الأشخاص المؤمنين وذوي حقوقهم وحصيلة الاستهلاك الطبي للمستفيدين وعددهم بالنسبة للسنة المالية المنصرمة فيما يخص الخدمات المقدمة والتدفقات المالية المتعلقة بهذه الخدمات.

ومن أجل تفعيل هذه المادة، كلف مجلس إدارة الوكالة لجنة الدراسات والتتبع بتحديد طبيعة البيانات الإحصائية والمعلومات المتعلقة بالاستهلاك الطبي، وتبديرها ومحاسبتها، والتي يتعين موافاة الوكالة بها.

ولكن النموذج الذي تم وضعه لهذا الغرض، لا يشمل كل المعلومات اللازمة لقيام الوكالة الوطنية للتأمين الصحي برصد التوازن المالي للصندوقين. ويرجع ذلك لعدم توفرها على الإحصائيات الخاصة باستهلاك الأدوية، وتجدر الإشارة إلى أنه وبخصوص البيانات المتبقية والتي كان يجب أن يتوفر عليها النموذج، لا يمكن ربط الاستهلاك الطبي بالمعطيات الخاصة بالمستفيدين (سواء كانوا مصابين أو غير مصابين بالأمراض المزمنة والمكلفة)،

هكذا، وبالنظر إلى العناصر المذكورة أعلاه، فإن الوكالة الوطنية للتأمين الصحي لا تتوفر على المعلومات اللازمة للاضطلاع بمهمتها المتعلقة بالتأطير المالي للصندوقين، وذلك في غياب بيانات إحصائية مفصلة ودقيقة وبصورة آنية، كما سبق التطرق إليه.

وبالإضافة إلى ذلك، يتعين على الوكالة الوطنية للتأمين الصحي إعداد تقرير سنوي شامل عن الموارد والنفقات، والمعطيات المتعلقة بالاستهلاك الطبي الخاص بمختلف أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، والعمل على نشرها.

ولكن، ونظراً لقلّة المعلومات المتوصل بها، فإن الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، كهيئة مقننة لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، لا يمكن أن تعد تقارير تضم مؤشرات وتوجهات تسمح ببلورة رؤية مستقبلية تحدد فيها أولويات هذا النظام، وتدابير التقنين الكفيلة بالتحكم في المصاريف.

وعلى ضوء ما سبق، يوصي المجلس الأعلى للحسابات الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بإنشاء نظام معلوماتي يربط بين مختلف الشركاء (وزارة الصحة ومقدمي الرعاية الطبية والهيئتين المكلفتين بالتدبير والوكالة الوطنية للتأمين الصحي).

3. مهمة التحكيم

وفقاً للمادة 59 من القانون رقم 65.00 السالف الذكر، تضطلع الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بمهمة التحكيم في النزاعات التي تقوم بين مختلف المتدخلين في ميدان التأمين الصحي، وذلك بالاعتماد على لجنة الشفافية ولجنة الخبراء. وفي هذا السياق، تتلقى الوكالة شكايات كل من الهيئتين المكلفتين بالتدبير، والمؤمن عليهم، ومهنيي قطاع الصحة، والقطاعات الوزارية. وقد تلقت الوكالة الوطنية للتأمين الصحي 831 شكاية خلال سنة 2017.

ويتبين بعد فحص ملفات الشكايات، أن 311 شكاية فقط قد أحييت على اللجنتين سالفتي الذكر قصد إجراء الخبرة. أما الباقي، أي 520 شكاية، فلا تتطلب إجراء خبرة لكونها تتعلق بانتهاك النصوص التنظيمية أو أحد بنود التعريفات الواردة في الاتفاقيات (احترام الثمن الذي يتم على أساسه التعويض، تجاوز التعريف، الخ).

وتجدر الإشارة إلى أن القرارات الصادرة عن هاتين اللجنتين، يتم تبليغها إلى المعنيين بالأمر عن طريق البريد. ويوضح الجدول التالي حصيلة عمل اللجنتين:

ملفات الشكايات التي تمت إحالتها على لجنتي الشفافية والخبراء برسم سنة 2017

ملفات التي تمت إحالتها على لجنة الخبراء	ملفات التي تمت إحالتها على لجنة الشفافية	قرار اللجنة
169	108	قرار إيجابي
10	22	قرار سلبي
2		قرارات أخرى
181	130	مجموع الملفات التي تمت إحالتها على اللجنتين

المصدر: قسم الشؤون القانونية والمؤسساتية

وعلى الرغم من أن قرارات هاتين اللجنتين ملزمة لجميع الأطراف، فإن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لم يقبل إرجاع مصاريف الأدوية غير المقبول إرجاع مصاريفها، والتي صدر بشأنها قرار إيجابي، إلا ابتداء من تاريخ 26 دجنبر 2016، وذلك بعد اعتماد القرار رقم 135 في الدورة الثامنة عشرة لمجلس إدارة الوكالة الوطنية للتأمين الصحي.

4. مهمة تدبير الموارد المرصودة لنظام المساعدة الطبية

وفقاً لمقتضيات القانون رقم 65.00 السابق الذكر، والمرسوم رقم 2.08.177 الصادر في 28 من رمضان 1429 (29 سبتمبر 2008) بتطبيق مقتضيات الكتاب الثالث من نفس القانون، كما تم تغييره وتنظيمه، يضطلع بتسيير نظام المساعدة الطبية كل من:

- وزارة الداخلية، المسؤولة عن تحديد لائحة الأشخاص المؤهلين؛
- وزارة الصحة، المسؤولة عن توفير الخدمات الطبية؛
- الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، المسؤولة عن التسجيل، وإصدار وتوزيع بطائق المساعدة الطبية، وجمع مساهمات المستفيدين الموجودين في وضعية هشاشة.

← ثغرات قانونية في إدارة الموارد المالية لنظام المساعدة الطبية

وفقاً للمادتين 60 و 127 من القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، تضطلع الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بتدبير الموارد المالية المخصصة لنظام المساعدة الطبية.

إلا أن المرسوم رقم 2.08.177 كما تم تغييره وتنظيمه بموجب المرسوم رقم 2.11.199 الصادر بتاريخ 6 شتنبر 2011، قد أوكل إدارة الموارد المالية الخاصة بنظام المساعدة الطبية إلى وزارة الصحة، وحصر دور الوكالة الوطنية للتأمين الصحي (المادة 25) في تحصيل المساهمة السنوية الجزئية للمستفيدين الموجودين في وضعية هشاشة وتحويل المبالغ المحصل عليها إلى الحساب المرصود لأموال خصوصية والمسمى «الحساب الخاص بالصيدلية المركزية» التابع لوزارة الصحة.

وتتنوع مصادر تمويل نظام المساعدة الطبية، حيث تشكلت سنة 2017، على النحو التالي:

- إجمالي مساهمة المستفيدين الموجودين في وضعية هشاشة: 154.579.758,00 درهما؛
- إجمالي مساهمة الجماعات الترابية (المستفيدين الموجودين في وضعية الفقر): 1.489.730.560,00 درهما؛
- مساهمة الدولة: 36.215.000,00 درهما (إعانة الاستثمار والتسيير).

ولكن في الواقع، لا تتلقى الوكالة الوطنية للتأمين الصحي من مجموع موارد نظام المساعدة الطبية إلا مساهمات المستفيدين الموجودين في وضعية هشاشة المقدرة بـ 154.579.758,00 درهما، والتي لا يتم تحويلها إلى مقامي الخدمات الطبية العموميين بسبب الإكراهات القانونية السالفة الذكر.

وبالإضافة إلى ذلك، يتم تحويل مساهمات الجماعات الترابية إلى الحساب المرصود لأموال خصوصية المسمى "الحساب الخاص بالصيدلية المركزية" (المادة 26 من المرسوم 2.08.177). وتقدر هذه المساهمات بـ 1.489.730.560,00 درهم. وفي غياب آلية لتتبع هذه المساهمات، لا يمكن تحديد المبلغ الذي تساهم به كل جماعة

ترايبية، ومقارنته بالمبلغ الإجمالي لمساهمة المستفيدين الموجودين في وضعية الفقر، الذي يتم احتسابه على أساس مبلغ 40 درهما لكل شخص، وبناء على البيانات التي ترسلها الوكالة الوطنية للتأمين الصحي لوزارة الداخلية. وبالإضافة الى المعوقات السالفة الذكر، تؤثر مجموعة من الإكراهات العملية على نظام المساعدة الطبية، والتي يمكن تلخيصها في ما يلي:

- النقص في التواصل مع المستفيدين من نظام المساعدة الطبية وتوعيتهم بشأن حقوقهم وواجباتهم؛
- اكتشاف مجموعة من حالات الانتماء المزدوج لنظام المساعدة الطبية ونظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض⁵⁶، مما لفت انتباه الفاعلين إلى ضرورة دراسة الأسباب وتقديم مقترحات كفيلة بضمان صدقية طلبات الترشيح؛
- تجديد بطائق المساعدة الطبية، والتي لا تتعدى مدة صلاحيتها ثلاث سنوات، يعرف صعوبات تستلزم وضع آليات تسمح لنظام المساعدة الطبية بتحقيق الزخم اللازم؛
- غياب نظام معلوماتي مندمج.

⁵⁶ حسب الرسالة رقم 2018/81، من قسم العمليات ونظام المساعدة الطبية بالوكالة الوطنية للتأمين الصحي، الى السيد العامل مدير الأنظمة المعلوماتية والتواصل بوزارة الداخلية، والمتعلقة بالأشخاص الذين لديهم حق الاستفادة من خدمات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، والمتوفرين على بطائق نظام المساعدة الطبية.

II. جواب المدير العام للوكالة الوطنية للتأمين الصحي

(نص مقتضب)

أولاً. (... موقع الوكالة الوطنية للتأمين الصحي في منظومة التغطية الصحية الأساسية

1. بالنسبة لغياب وضوح في اختصاصات الوكالة الوطنية للتأمين الصحي

(...) نشير إلى أن الوكالة هي هيئة ضبط وتأطير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وليست هيئة تقنين، تطبيقاً للمادة 59 من القانون رقم 65.00، وأن دور الوكالة في التقنين حدده المشرع فقط في إبداء رأيها بشأن مشاريع النصوص التشريعية والتنظيمية المتعلقة بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض التي تحال عليها من قبل الإدارة، واقتراح الاجراءات الضرورية لضبط منظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض على الإدارة، وبصفة خاصة الآليات الملائمة للتحكم في تكاليف التأمين الإجباري الأساسي عن المرض والسهر على احترامها.

وفيما يخص اضطلاع الوكالة بمهمة الإشراف على تنفيذ القوانين والأنظمة المتعلقة بالتغطية الصحية الأساسية، نشير في هذا الصدد أن القانون خول للوكالة مهمة الاضطلاع بالتحكيم في النزاعات بين مختلف المتدخلين في النظام، تفصل فيها بكل موضوعية وذلك في إطار التقيد بالنصوص التشريعية والتنظيمية المتعلقة بها. لكن هناك معوقات قانونية تآثر على قرارات الوكالة وعلى السير العادي لعملها سيتم تداركها في مشروع تعديل القانون رقم 65.00 الذي اقترحتة الوكالة وتم عرضه على وزارة الصحة من أجل دراسته، يشمل تعديل المواد 44 و114 (...).

فبالنسبة للمادة 44 من القانون رقم 65.00 المتعلقة بحالات التنافي وجب التذكير أن معالجة إشكالية التنافي، التي تتطلب الفصل بين تدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وتدبير مؤسسات تقدم خدمات في مجال التشخيص أو العلاج أو الاستشفاء، لم تتحقق رغم التعديلات التي عرفتها المادة 44 المذكورة، فبعد أن حددت مهلة ثلاث سنوات من أجل تفويض تدبير هذه المؤسسات إلى هيئات أخرى، تم تمديد هذه المهلة بموجب القانون رقم 19.11 حتى تاريخ 31 دجنبر 2012، ولم يتوقف الأمر عند هذا الحد، بل تم أيضاً تقديم مشروع قانون 143.12 اقترح تمديداً جديداً حتى تاريخ 2014/12/31 لم تتم المصادقة عليه بعد.

وأمام هذا الوضع نرى أن حل إشكالية التنافي يجب أن تتم أيضاً على مستوى قانون التعاضد، ويتعين في هذا الصدد التسريع بإخراج مدونة التعاضد إلى حيز الوجود.

وبخصوص المادة 114 من القانون رقم 65.00، نشير إلى أنه في أفق إيجاد حلول فيما يخص الإشكالات المطروحة بصدد تفعيل هذا النص، وضمان انخراط جميع المشغلين، الذين يؤمنون لمأجورهم تغطية صحية اختيارية، في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، تم تقديم مشروع قانون بتغيير وتتميم هذه المادة.

وحرصاً منها على ضمان احترام مقدمي الخدمات الطبية للنصوص التشريعية والتنظيمية ولا سيما الاتفاقيات المرجعية الوطنية، قدمت الوكالة مقترح تعديل المرسوم 2.05.733 شمل المادة 30 منه، في أفق وملاءمتها مع المادة 24 من القانون رقم 65.00 المذكور (...).

2. الوكالة الوطنية للتأمين الصحي قوة اقتراحية وليست هيئة للتقنين

استناداً إلى المادة 59 من القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، تناط الوكالة بمهمة التأطير التقني للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، والسهر على إعداد الوسائل الكفيلة بضبط منظومته في إطار التقيد بأحكام التشريعية والتنظيمية المتعلقة به، ولهذه الغاية تكلف باقتراح الاجراءات الضرورية لضبط منظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض على الإدارة، وبصفة خاصة الآليات الملائمة للتحكم في تكاليف التأمين الإجباري الأساسي عن المرض والسهر على احترامها.

وحسب القانون رقم 65.00 المذكور، تقدم الوكالة الوطنية للتأمين الصحي مقترحتها بخصوص فويرة الخدمات الطبية (المادة 11)، والإطار الاتفاقي النموذجي لكل اتفاقية وطنية (المادة 20)، وكذا بشأن تحديد نسبة الاشتراك (المادة 48). كما تقدم اقتراحها بخصوص تحديد التعريفات المرجعية الوطنية من أجل ارجاع مصاريف الاجهزة التعويضية والأدوات الطبية تطبيقاً للمادة 11 من القانون المذكور والمادة الأولى من المرسوم 2.06.802 صادر في فاتح فيراير 2007 بشأن تفويض السلط لوزير الصحة.

وحتى تتمكن الوكالة الوطنية للتأمين الصحي من القيام بمهمة الضبط المنوطة بها على الوجه الأفضل، فإنه يتعين تعزيز أدوارها، وذلك بإشراكها وجعلها طرفاً أساسياً في عملية المراقبة التقنية للنظام المنصوص عنها في المادة 40، ولهذه الغاية قامت الوكالة بتقديم مقترح يرمي إلى تعديل مقتضيات المرسوم رقم 2.05.733 عرضته على

وزارة الصحة، وشمل هذا التعديل مقتضيات المادة المذكور 40 في اتجاه إشراك الوكالة في عملية المراقبة التقنية (...).

← (...التناسق بين الإطار القانوني والتنظيمي لمنظومة التغطية الصحية الأساسية:

فيما يخص عدم الانسجام بين القانون رقم 65.00 ومراسيم تطبيقه، أشار مشروع ملاحظات المجلس الأعلى للحسابات إلى وجود تناقض بين المواد 24 و25 من القانون رقم 65.00 والمادة 23 من المرسوم رقم 2.05.733، وتعقبا على ذلك نشير إلى أنه بالرجوع إلى أحكام المادة 23 المذكورة، نجدها حولت للهيئة سلطة تقديرية في رفض التحمل حيث نصت على أنه يمكن أن يشكل عدم انضمام مقدم علاجات طبية إلى الاتفاقية الوطنية سببا من أسباب رفض تحمل المصاريف من قبل الهيئة المكلفة بالتدبير، وهي نفس السلطة التي منحها المادة 24 المذكورة للوكالة والهيئات المدبرة، التي نصت على أنه يمكن أن تقرر الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بناء على طلب هيئة مكلفة بالتدبير وضع مقدم خارج الاتفاقية بسبب عدم احترامها لأحكامها أو خرقه هذه الأحكام بعد تمكينه من تقديم ملاحظاته وذلك علاوة على العقوبات الصادرة عن الهيئة.

لذلك، تبعا لهذه المقارنة يتضح أنه ليس هناك أي تعارض بين أحكام المادة 23 من المرسوم رقم 2.05.733 والمادة 25 من القانون رقم 65.00، ذلك أن المادة 25 المذكورة هي القاعدة والمبدأ حيث "يتم ارجاع مصاريف الخدمات الطبية المضمونة بموجب هذا القانون أو تحملها على أساس التعريف المرجعية الوطنية المحددة في الاتفاقية سواء كان مقدم الخدمات الطبية منضما إلى الاتفاقية أو غير منضما إليها"

والاستثناء من هذه القاعدة هو السلطة التقديرية "يمكن" التي منحها المشرع في المادتين 24 من القانون المذكور والمادة 23 من المرسوم السالف الذكر للهيئات المكلفة بالتدبير.

أما بخصوص عدم التناسق بين المادتين 25 و23 المذكورتين المتمثل في أن هذه الأخيرة تتعلق فقط بالتحمل على خلاف المادة 25 المذكورة أنفا التي تخص التحمل والتعويض معا، نشير إلى أن الوكالة قدمت مقترح تعديل المرسوم رقم 2.05.733 في أفق تحقيق انسجام بعض مقتضياته مع مقتضيات القانون رقم 65.00 وتم تدارك هذه الملاحظة على مستوى المادة 23 منه المذكورة في اتجاه وملاءمتها مع مقتضيات المادة 25 المذكورة أعلاه (...).

← (... توضيح العلاقة بين الوكالة الوطنية للتأمين الصحي ووزارة الصحة

بالنسبة للملاحظة المثارة بشأن استقلالية الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، تجدر الإشارة إلى أن علاقة الوكالة بوزارة الصحة كما هي محددة في القانون رقم 65.00 والنصوص التنظيمية المتخذة لتطبيقه، هي علاقة تتعلق بالصيانة التقنية للوزارة على الوكالة الهدف منها إعطاء قوة قانونية للتدابير والإجراءات المقترحة لضبط وتأطير منظومة التغطية الصحية الأساسية، وبالتالي فهذا النوع من الوصاية لا يمكن إلا أن يعزز من الإجراءات الضبطية والتأطيرية لمنظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ككل ووضعها في المسار الصحيح.

ثانيا. تنفيذ الوكالة الوطنية للتأمين الصحي للمهام المنوطة بها

1. مهمة التقنين التقني لمنظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

(...)

أ. سلة العلاجات والباقي على عاتق المؤمن عليه

إن أهم تحديات نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض هو التقليل من المبلغ المتبقي على عاتق المؤمن والحفاظ على التوازنات المالية، ومن التدابير التي اشتهلت عليها الوكالة بتنسيق مع باقي الفاعلين هو التشجيع على وصف واستخدام الأدوية الجنيسة، وفي هذا الصدد أحدثت الوكالة بمعية كافة المتدخلين في ميدان التأمين الإجباري الأساسي عن المرض من مقدمي الخدمات الطبية، والهيئات المدبرة، وممثلي المؤمنین لجنة لتشجيع الأدوية الجنيسة، تتمثل مهمتها في اقتراح مخطط عمل يحدد التدابير والأعمال الأكثر ملائمة للسياق الوطني من أجل النهوض بالدواء الجنيس (...).

وحرصا منها على تتبع سير أشغال هذه اللجنة فقد تم بتاريخ 17 أبريل 2019 بمناسبة انعقاد الدورة الواحدة والعشرون المجلس الإداري للوكالة الوطنية للتأمين الصحي المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، بموجب القرار رقم 152، إحاطة أعضاء المجلس الإداري للوكالة علما، بسير تقدم أشغال اللجنة المتعلقة بالتشجيع على الأدوية الجنيسة (...).

وللتنكير، فقد بلغ عدد الأدوية الجنيسة المدرجة في لائحة الأدوية معوض عنها برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض حوالي 2875 دواء جنيس نهاية سنة 2018.

من جهة أخرى نشير، إلى أن تجديد الاتفاقية سيتمكن من خفض نسبة الباقي تحمله، لذلك فإن نجاح ذلك يقتضي توفير كل الدعم والتزام الاطراف بالانخراط التام من أجل تجاوز المواقف المتشددة لأن الوضعية الحالية تجعل المؤمنين ضحايا ممارسات يترتب عنها تحملهم لباقي أداؤه يفوق قدراتهم.

وكما أسلفنا أن التقليل من الباقي على عاتق المؤمن يعد من أهم التحديات، لذلك فإن الموضوع يتعين النظر فيه من جميع الجوانب، التقدم الطبي وتكلفته، مصلحة المؤمنين، التوازنات المالية للأنظمة وغير ذلك.

من جانب آخر، تعد مسألة المراقبة والتتبع للهيئات المدبرة ومقدمي الخدمات مهمة من أجل ضمان حماية أكثر لحقوق المؤمنين، لذا لا بد من التأكيد على ضرورة تفعيل المراقبة التقنية المنصوص عليها في المادة 40 من المرسوم رقم 2.05.733. وجعل الوكالة، باعتبارها هيئة ضبط نظام التأمين الإلزامي الأساسي عن المرض طبقا للمادة 59 من القانون رقم 65.00، طرف أساسي في هذه المراقبة إلى جانب وزارة الصحة من أجل تحقيق تكامل وتنسيق ما بين ضبط النظام ومراقبته. وهذا هو التوجه الذي سلكته الوكالة الوطنية للتأمين الصحي في مقترح تعديل المادة 40 من المرسوم رقم 2.05.733 المتعلقة بالمراقبة التقنية (...).

◀ تحديث قائمة الأمراض المكلفة والمزمنة المحددة بموجب قرار وزير الصحة رقم 2518.05

حسب المادة 9 من القانون رقم 65.00 تحدد بنص تنظيمي قائمة الأمراض التي تخول الحق في الإعفاء وكذا الشروط التي يمنح بموجبها هذا الإعفاء. وتطبيقا لذلك، صدر قرار رقم 2518.05 بتحديد قائمة الأمراض الخطيرة والأمراض التي يترتب عنها عجز طويل الامد أو باهض الثمن بالجريدة الرسمية، بتاريخ يناير 2006.

وللإشارة، لم يتوقف الأمر عند هذه اللائحة بل عملت الوكالة بالتعاون مع الهيئات المدبرة على توسيع قائمة الأمراض طويلة الأمد، بإدراج ثلاث أمراض نادرة ومزمنة ومكلفة، تنفرع إلى 251 مرض يمكن من الإعفاء من الجزء المتبقي على عاتق المؤمن.

هذا وستقوم الوكالة بإنجاز تقييم من أجل اصلاح لائحة الأمراض الطويلة الأمد والمزمنة التي تخول الاعفاء من الجزء المتبقي على عاتق المؤمن. وقد برمجت ضمن مخطط عملها لسنة 2019 إطلاق أشغال إعادة صياغة مرجع أمراض طويلة الأمد.

◀ عدم توحيد المعايير المعتمدة من طرف الهيئات المكلفة المدبرة لاعتبار المؤمن عليهم مصابين بالأمراض المكلفة والمزمنة، وذلك في غياب وضع الوكالة لمعايير تقنية وطبية موحدة في هذا الصدد في هذا الصدد نشير إلى أن الوكالة قامت بإعداد مخطط عمل من أجل مراجعة لائحة الأمراض المكلفة والمزمنة بما في ذلك المعايير والشروط المعتمدة في قبول المؤمن كمصاب بمرض مزمن. وكذا شروط الإعفاء من الجزء الباقي على عاتق المؤمن المصاب بهاته الأمراض، والأشغال جارية بشأنه.

ب. الاتفاقيات الوطنية

◀ (...) تجديد الاتفاقيات الوطنية

نشير إلى أنه بالنسبة إلى مراجعة الاتفاقيات الوطنية، فإن الوكالة اقتناعا منها كون هذه الاتفاقيات تعتبر الإطار الأساسي لضمان حقوق جميع الأطراف المكونة لمنظومة التأمين الإلزامي الأساسي عن المرض، فقد سخرت جميع الوسائل اللازمة من أجل إنجاز مسلسل تجديد هذه الاتفاقيات، وذلك عبر عقد مجموعة من اللقاءات، في إطار توافقي وتشاوري، مع جميع المتدخلين. بالإضافة إلى إحداث لجن "تقنية- قانونية" لتحديد التعريفات، وقد قطعت هذه الأخيرة أشواط متقدمة.

ومن أجل الخروج من وضعية الجمود المسجلة حاليا، لا بد من توفير الدعم الكافي والتزام وتعهد من طرف جميع الفاعلين من أجل تجاوز المواقف المتشددة لبعض الأطراف، لأن وضعية الجمود المسجلة تآثر على مصداقية الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، وتجعل المؤمنين يواجهون ممارسات يترتب عنها تحملهم لباقي أداؤه يفوق قدرتهم، وتؤدي إلى الإفلات من العقاب الذي تبلور من خلال مذكرة التفاهم لسنة 2011.

وبخصوص القرارات الانفرادية المتخذة من قبل الصندوق الوطني للمنظمات الاحتياط الاجتماعي لتعليق نظام الثالث المؤدي بالنسبة لبعض الخدمات الطبية، نشير إلى أن الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، قامت تبعا للشكايات التي توصلت بها من أحد المؤسسات، بكافة الاجراءات والمساعي من أجل تسوية المشكل بين هذه الأخيرة والصندوق الوطني للمنظمات الاحتياط الاجتماعي، بما فيها عقد جلسة بحث بين الأطراف.

وقد تم التأكيد خلال هذا اللقاء، على أن الوكالة الوطنية للتأمين الصحي هي المؤسسة الوحيدة المؤهلة لاتخاذ قرار بوضع مقدم الخدمات الطبية خارج الاتفاقية بسبب عدم احترامه لأحكامها أو خرقه لها، تطبيقا لأحكام القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، والنصوص المتخذة لتطبيقه، وأن المسطرة المعمول بها في هذا الشأن جد واضحة.

وقد اسفرت الجهود المبذولة عن تراجع الصندوق عن قراره بإعادة علاقة الثالث المؤدي التي تربطه بالمؤسسة، بشرط الالتزام التام للمؤسسة بالتقيد ببنود الاتفاقية، وكذا الشروط التنظيمية، والحرص على احترام التعريف الوطنية المرجعية سواء بالنسبة للمرضى الذين يتم تحملهم في إطار الثالث المؤدي أو المرضى الذين يدفعون مصاريف العلاج، وذلك وفقا لبنود الاتفاقية الوطنية المبرمة بين الهيئات المدبرة والمؤسسات العمومية للعلاج والاستشفاء المماثلة للمؤسسة، وطبقا لمذكرة الضبط، المرجع ANAM/RC/06، وفي المقابل تعهدت المؤسسة باحترام القانون والنصوص التنظيمية الجاري بها العمل.

ج. التدبير وأدوات الضبط

◀ إجراءات تأطير المواد الطبية

▪ (...) تعزيز وتحسين المنهجية الحالية لإدراج الأدوية المقبولة ارجاع مصاريفها

تجسيدا لمخطط عمل الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، فقد قامت بتقوية منظومة الضبط والسهر على تطبيقها وتنظيمها، وخاصة في الشق المتعلق بالأدوية والأدوات الطبية الذي يمتص لوحده ثلث نفقات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، إضافة إلى ذلك فإن الوكالة في مواكبة اصلاحية مستمرة للسياسة الدوائية، وذلك من أجل جعل المنتوجات الصيدلانية والأدوات الطبية في متناول الساكنة المؤمنة، ويبقى مشكل تحمل المواطن أكثر من 50 في المائة من النفقات الاجمالية الصحية مرتبط بالكلفة العلاجية للأمراض، نظرا لغلاء الأدوية التي تشكل أهم عائق للتقليل من أعبائها.

وحتى يتسنى للوكالة الاضطلاع على الوجه الأكمل بهذه المهمة وتحقيق أهدافها، وملاءمتها مع المتطلبات العلمية والطبية، فقد عمل المجلس الإداري للوكالة الوطنية للتأمين الصحي على إحداث لجنة مستقلة تدعى لجنة الشفافية،

ومن ضمن المهام المنوطة بهذه اللجنة، تقديم رأيها المبرر للوكالة الوطنية للتأمين الصحي ولوزير الصحة بشأن الخدمة الطبية والدوائية المقدمة من خلال تقييم وإدراج الأدوية المرخص لها بالتداول في السوق ضمن لائحة الأدوية المقبولة ارجاع مصاريفها أو اقصائها منها. وإضافة الى ذلك فإن اللجنة تعمل جاهدة على البت في ملفات الشكايات المتعلقة بالأدوية غير المتداولة في المغرب وكذا الأدوية الموصوفة

خارج إرشادات ودواعي الاستعمال المنصوص عليها في الإذن بالتسويق، حرصا منها على سلامة المواطن بالاستخدام الآمن لهذه الأدوية من جهة، والتحكم في نفقاتها بالتقليل من أعبائها على الساكنة المؤمنة من جهة أخرى.

واستنادا لمقتضيات المادة 8 من المرسوم رقم 2-05-733 فإن قائمة الأدوية المقبولة ارجاع مصاريفها تحصر بقرار وزير الصحة، ويتم ارجاع مصاريف أي مستحضر صيدلي على أساس الثمن العمومي للدواء الجنييس للمستحضر المرجعي في حالة وجوده والذي يحمل نفس الاسم المتعارف عليه دوليا.

وفي هذا الشأن، فقد تم لحد الآن إصدار سبعة (7) لوائح للأدوية المقبولة ارجاع مصاريفها بقرار لوزير الصحة، علما أن توسيع لائحة الأدوية المقبولة ارجاع مصاريفها في تدرج مستمر حيث انتقلت من 1000 دواء سنة 2006 إلى 4373 دواء نهاية سنة 2018 منها 2857 دواء جنييس.

وتعمل الوكالة جاهدة على تحيين هذا الدليل بكيفية منتظمة ومستمرة أخذا في الاعتبار جميع الأدوية المرخص لها بالتداول في السوق، ويتم إرساله الى الهيئات المدبرة، مع تنزيله على البوابة الالكترونية للوكالة.

وبغية ضمان الولوج الفعال للعلاجات وضمان جودتها، فإن الوكالة عملت مؤخرا على تعيين أطباء خبراء، ومن بين المهام الموكلة لها النظر في النزاعات بين المؤمنين والهيئات المدبرة أو بين مهنيي الصحة والهيئات المدبرة، التي تهم الملفات المرضية والدوائية والتقنيات الطبية.

وفي الأخير، لا بد من التأكيد على أن عملية إدراج الأدوية والتعويض عنها في إطار التأمين الاجباري الأساسي عن المرض هي عملية مقننة، وتحرص الوكالة في إطار المهام الموكولة إليها، على ضمان ولوج الساكنة المؤمنة إلى منتوجات صيدلانية جيدة وبأقل تكلفة مع الأخذ بعين الاعتبار التوازنات المالية لهذا النظام من جهة، والبت في الشكايات المتعلقة بها بكل مهنية من جهة أخرى.

وبالنظر للأجل الذي يفصل بين الحصول على الإذن بعرض الدواء في السوق، وتعويضه من قبل الهيئات المدبرة لنظام التأمين الإجباري الأساسي، ولكون بعض الأدوية تشكل البدائل العلاجية الوحيدة التي تدخل في علاج المرض.

تم بموجب القرار رقم 135 الصادر عن المجلس الإداري للوكالة السماح للوكالة الوطنية للتأمين الصحي والهيئات المكلفة بتدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، بصفة استثنائية، تعويض الأدوية السالف الذكر، وذلك في انتظار إدراجها في لائحة الأدوية المقبولة ارجاع مصاريفها برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض (...).

ولذا فقد أصبح من الضروري اشراك الوكالة الوطنية للتأمين الصحي في عملية تحديد الأئمة وكذا في عملية الإذن بالعرض في السوق من أجل تجاوز ذلك التأخير الحاصل بين عرض الدواء في السوق وبين نشر لائحة الأدوية المعوض عنها برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في الجريدة الرسمية، وادراج الدواء في دليل الأدوية المقبول إرجاع مصاريفها.

▪ (... توسيع قائمة المستلزمات الطبية ووضع مرجع لأسعارها

تجدر الإشارة إلى أن الوكالة الوطنية للتأمين الصحي قامت بتحديد تعريفات 20 مستلزم طبي يتعلق بجراحة القلب والشرايين، توج بإصدار قرار لوزير الصحة سنة 2015.

وبعد صدور مرسوم رقم 2.15.878 الذي فوض السلطة للوزير الصحة بشأن كفاءات تحديد سعر البيع وسعر فواتر المستلزمات الطبية والذي أوكله مهمة تحديد الكفاءات تحديد السعر والفواتر بقرار. وبالرغم من صدور القرار رقم 4217.15 الذي يتعلق بتحديد كفاءات تحديد سعر البيع للعموم وفواتر المستلزمات الطبية، لم تحدد الوزارة هاته الأسعار والفواتر، وتجد الوكالة نفسها أمام إشكال قانوني، حيث لا يمكنها في غياب أي تحديد لهاته الأسعار أن تشتغل على تحديد تعريفات المستلزمات الطبية برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

لذا نوصي وزارة الصحة بتسريع تحديد الأسعار وفواتر المستلزمات الطبية، وذلك حتى تتمكن الوكالة من العمل على تحديد تعريفات المستلزمات الطبية برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

◀ إجراءات خاصة بمهني الصحة ومؤسسات العلاج

▪ بخصوص مصنفات الأعمال الطبية

نشير إلى أن مصنفات الأعمال تعتبر ركيزة أساسية للضبط والتحكم الطبي في المصاريف وأساسية من أجل إعداد التعريفات و بناء نظام معلوماتي فعال، إلا أن المصنفات الجاري بها العمل حاليا تبقى قديمة وناقصة وغير منظمة، كما تعتبر عملية قبول الأعمال أو مماثلتها في إطار المصنف العام للأعمال المهنية ومصنف أعمال البيولوجيا الطبية بيطئة (فقط 13 عمل متعلق بعلاجات الانسان، 22 عمل جراحي و134 عمل متعلق بالبيولوجيا تمت مماثلتها، من طرف اللجنة الوطنية للمصنف) مما ترتب عنه صعوبات في تدبير التعريفات ولاسيما رفض تحمل وتعويض المؤمنين.

وبالرغم من المرحلة التجريبية التي أجرتها وزارة الصحة والوكالة الوطنية للتأمين الصحي المتعلقة بإحداث التصنيف الموحد للأعمال الطبية على مستوى 13 موقع نموذجي، وكذا التقدم المحرز من قبل الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بخصوص تنزيل أعمال المصنف العام للأعمال المهنية على مستوى التصنيف الموحد للأعمال الطبية فإن المرور الكامل من المصنف العام للأعمال المهنية إلى التصنيف الموحد للأعمال الطبية لازال متعثرا، وتحميل هذا التصنيف في إطار نظم المعلومات للهيئات المدبرة يبقى غير مؤكد.

▪ (... توحيد الممارسات الطبية من خلال وضع بروتوكولات علاجية كمييار لتحسين التحكم في

المصاريف، وتكاليف الرعاية الصحية والفحوصات الطبية

إن الوكالة الوطنية للتأمين الصحية تعي أهمية البروتوكولات العلاجية ودورها في ضبط المصاريف والخدمات الصحية والعلاجية والتحكم فيها، وبالنظر إلى هذه الأهمية، أدرجت ضمن مخطط عملها لسنة 2019 إعادة الدينامية لعملية إعداد البروتوكولات العلاجية كأحد الأولويات التي ستعمل الوكالة جاهدة على تحقيقها.

2. التأطير المالي للصندوقين والنظام المعلوماتي الخاص بتدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن

المرض

من باب التذكير، أنط المشرع المغربي، بموجب المادة 59 من القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، بالوكالة الوطنية للتأمين الصحي مهمة تحقيق التوازن المالي الإجمالي بين الموارد والنفقات بالنسبة لكل نظام من أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. وكذا بإعداد تقرير سنوي شامل عن الموارد والنفقات والمعطيات المتعلقة بالاستهلاك الطبي الخاص بمختلف أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض والسهر على نشرها.

وبالنظر إلى أن الوضعية الحالية لا تساعد على تحقيق ذلك لاعتبارات التي وردت في مشروع ملاحظات المجلس الأعلى للحسابات، بالإضافة إلى عدم توصل الوكالة من الهيئات المدبرة بتقرير الافتحاص المحاسبي والمالي، كما تنص على ذلك المادة 52 من القانون المذكور رقم 65.00.

وحتى تتمكن الوكالة من الاضطلاع بدورها على أفضل وجه وبالتالي تجاوز الوضعية الحالية، قامت بإدراج ضمن مشروع تعديل القانون رقم 65.00 تعديلا للمادة 43 منه، سيتوجب بموجبه على الهيئات المدبرة إرسال، خلال فترة زمنية وإطار تحده الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، معلومات مفصلة حول الاستهلاك الطبي للمؤمنين، وكذا الموارد والنفقات المرتبطة بها. وأيضا موافاتها كل ستة أشهر بتوقعاتها المالية (...).

← (... إنشاء نظام معلوماتي يربط بين مختلف الشركاء (وزارة الصحة ومقدمي الرعاية الطبية والهيئتين المكلفتين بالتدبير والوكالة الوطنية للتأمين الصحي)

وجب التذكير أن الوكالة الوطنية للتأمين الصحي قامت بدراسة من أجل وضع نظام وطني للمعلومات المتعلقة بالتغطية الصحية الأساسية، اعداد الشطر الأول (تقييم الوضعية الحالية)، كما تعمل على اثناء مرجعها وتطوير نظام تبادل المعطيات من خلال تقوية القدرات التقنية للمعالجة المعلوماتية وتبادل المعطيات المتعلقة بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض مع كافة الأطراف المتدخلة باستعمال تطبيقات آمنة ومتطورة.

3. مهمة التحكيم

فقط ومن أجل توضيح ما ورد في التقرير بخصوص القرار رقم 135 الصادر عن المجلس الإداري للوكالة، وجب الإشارة إلى أن هذا القرار تم اعتماده من طرف المجلس الإداري للوكالة الوطنية للتأمين الصحي، وذلك بالنظر للأجل الذي يفصل بين الحصول على الإذن بعرض الدواء في السوق، وتعويضه من قبل الهيئات المدبرة لنظام التأمين الإجباري الأساسي، ولكون بعض الأدوية تشكل البدائل العلاجية الوحيدة التي تدخل في علاج المرض (...).

وبالنظر لهذه الاعتبارات، تم بموجب هذا القرار السماح للوكالة الوطنية للتأمين الصحي والهيئات المكلفة بتدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، بصفة استثنائية، تعويض الأدوية السالف الذكر، وذلك في انتظار إدراجها في لائحة الأدوية المقبولة إرجاع مصاريفها برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

4. بخصوص الملاحظات المتعلقة بتدبير نظام المساعدة الطبية

← إدارة الموارد المرصدة لنظام المساعدة الطبية

لقد أفرز التناقض الحاصل بين القانون رقم 65.00 والمرسوم 2.08.177 بتطبيق مقتضيات الكتاب الثالث من القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية كما تم تغييره وتتميمه، عن غياب في الرؤية وعدم الوضوح في تدبير موارد نظام المساعدة الطبية.

وبسبب هذا التناقض الحاصل بين القانون ومرسوم تطبيقه تبقى مساهمات المستفيدين في وضعية هشاشة، مجمدة في حساب الخاص بالوكالة ولا يتم تحويلها إلى الحساب المرصود لأموال خصوصية المسمى "الحساب الخاص بالصيدلية المركزية".

وأمام هذا الوضع، من أجل وضع أدوات وآليات ضرورية للحكامة الجيدة وضمان تحمل أفضل للمستفيدين، وضمان ديموم نظام المساعدة الطبية، كان من الضروري اعتماد تدبير أمثل للنظام المذكور. وفي هذا السياق عملت وزارة الصحة بالتشاور مع وزارة الداخلية ووزارة الاقتصاد والمالية والوكالة على إصلاح نظام المساعدة الطبية، وذلك تنفيذا لتوجيهات جلالة الملك محمد السادس نصره الله.

← بخصوص النقص في التواصل مع المستفيدين من نظام المساعدة الطبية وتوعيتهم بشأن حقوقهم

فيما يخص التواصل مع المستفيدين من نظام المساعدة الطبية نشير إلى أنه بالنظر إلى الأشكال القانوني المتمثل في التناقض الحاصل بين القانون رقم 65.00 والمرسوم 2.08.177، يتعذر قيام حملة تواصلية مع المستفيدين، لاسيما وأن الأمر يتطلب تخصيص إمكانات مادية وبشرية. بالإضافة إلى ذلك فإن الوكالة تكلف فقط بإعداد واطار بطائق الاستفادة.

← اكتشاف حالات الانتماء المزدوج لنظام المساعدة الطبية ونظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

تعقبا على هذه التوصية تجدر الإشارة إلى أنه من أجل حكامة جيدة لنظام المساعدة الطبية قامت الوكالة بتعزيز عملية مراقبة ازدواجية التسجيل في أنظمة التغطية الصحية الأساسية تفادي للجمع بين نظامين أو أكثر من أنظمة التغطية الصحية.

← النظام المعلوماتي مندمج

من أجل إعادة تموقع الوكالة الوطنية للتأمين الصحي في أفق بلوغ التغطية الصحية الشاملة بالموازاة مع المحاور الاستراتيجية المتعلقة بإصلاح التغطية الصحية الأساسية، يهدف النظام المعلوماتي المندمج للتدبير والمعلومات لنظام المساعدة الطبية، إلى وضع أداة لتبادل المعطيات بين الفاعلين في نظام المساعدة الطبية وذلك من خلال الأعمال التالية:

- تحديد المستفيدين من نظام المساعدة الطبية من خلال بطاقة نظام المساعدة الطبية ذكية إلكترونية؛
- تحديث آليات تجميع وتوزيعها وتدبير معلومات نظام المساعدة الطبية؛
- توحيد المعطيات بين المؤسسات الصحية والهيئة المدبرة والوكالة وباقي المتدخلين؛

- ترشيد الموارد والتحكم في المصاريف من خلال استهلاك طبي حديث ومراقبة صارمة ضد التدليس. وللإشارة فقد تم البدء في العمل عليه، وسيتم توجيهه بعد الانتهاء منه عبر سلسلة من التجارب التقنية قبل تعميمه على كافة التراب الوطني، وذلك بالتشاور والمواربة من طرف وزارة الصحة ومساعدة من مقدم الخدمة.

III. جواب وزير الصحة

(نص مقتضب)

أولاً. بخصوص الملاحظات حول موقع الوكالة الوطنية للتأمين الصحي في منظومة التغطية الصحية الأساسية

1. غياب وضوح في اختصاصات الوكالة الوطنية للتأمين الصحي

تعبيراً على ملاحظة المجلس الأعلى للحسابات بشأن التفاوت الحاصل بين القانون والنصوص المتخذة لتطبيقه وعدم الوضوح في اختصاصات الوكالة كهيئة مقننة، نشير إلى أن الوكالة هي هيئة ضبط وتأطير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وليست هيئة تقنين، تطبيقاً للمادة 59 من القانون رقم 65.00، وأن دور الوكالة في التقنين حدده المشرع فقط في إبداء رأيها بشأن مشاريع النصوص التشريعية والتنظيمية المتعلقة بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض التي تحال عليها من قبل الإدارة، واقتراح الإجراءات الضرورية لضبط منظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض على الإدارة، وبصفة خاصة الآليات الملائمة للتحكم في تكاليف التأمين الإجباري الأساسي عن المرض والسهر على احترامها.

فيما يخص اضطلاع الوكالة بمهمة الإشراف على تنفيذ القوانين والأنظمة المتعلقة بالتغطية الصحية الأساسية، نشير إلى أن القانون حول للوكالة مهمة الاضطلاع بالتحكيم في النزاعات بين مختلف المتدخلين في النظام، تفصل فيها بكل موضوعية وذلك في إطار التقيد بالنصوص التشريعية والتنظيمية المتعلقة بها. لكن هناك معيقات قانونية تؤثر على قرارات الوكالة وعلى السير العادي لعملها سيتم تداركها في مشروع تعديل القانون رقم 65.00 الذي اقترحه الوكالة وتم عرضه على الوزارة من أجل دراسته، يشمل تعديل المواد 44 و114 (...).

فبالنسبة للمادة 44 من القانون رقم 65.00 المتعلقة بحالات التنافي، وجب التذكير أن معالجة إشكالية التنافي، التي تتطلب الفصل بين تدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وتدبير مؤسسات تقدم خدمات في مجال التشخيص أو العلاج أو الاستشفاء، لم تتحقق رغم التعديلات التي عرفتها المادة 44 المذكورة، فيعد أن حددت مهلة ثلاث سنوات من أجل تفويض تدبير هذه المؤسسات إلى هيئات أخرى، تم تمديد هذه المهلة بموجب القانون رقم 19.11 حتى تاريخ 31 دجنبر 2012، وتم أيضاً تقديم مشروع قانون 143.12 اقترح تمديداً جديداً حتى تاريخ 2014/12/31 لم تتم المصادقة عليه بعد.

أمام هذا الوضع نرى أن حل إشكالية التنافي يجب أن تتم أيضاً على مستوى قانون التعاضد، ويتعين في هذا الصدد التسريع بإخراج مدونة التعاضد إلى حيز الوجود.

بخصوص المادة 114 من القانون رقم 65.00، نشير إلى أنه في أفق إيجاد حلول فيما يخص الإشكالات المطروحة بصدد تفعيل هذا النص، وضمن انخراط جميع المشغلين، الذين يؤمنون لمأجورهم تغطية صحية اختيارية، في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، تم تقديم مشروع قانون بتغيير وتنظيم هذه المادة، يهدف إلى تمديد الفترة الانتقالية إلى ثلاث سنوات تحتسب من تاريخ نشره في الجريدة الرسمية، وبالتالي لن يبقى تنزيلها معلقاً على صدور جميع النصوص التطبيقية للقانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية.

وحرصاً منها على ضمان احترام مقدمي الخدمات الطبية للنصوص التشريعية والتنظيمية ولا سيما الاتفاقيات المرجعية الوطنية، قدمت الوكالة مقترح تعديل المرسوم 2.05.733 شمل المادة 30 منه، في أفق ملاءمتها مع المادة 24 من القانون رقم 65.00 المذكور.

ومن الناحية الشكلية فقط، حبذا لو تم تصحيح الخطأ المادي الذي ورد في الفقرة الأولى الخاصة بهذه الملاحظة، حيث يتعلق الأمر بـ"النصوص التنظيمية" وليس "التنفيذية" وذلك انسجاماً مع ما هو منصوص عليه في القانون رقم 65.00.

2. الوكالة الوطنية للتأمين الصحي قوة اقتراحية وليست هيئة للتقنين

استناداً إلى المادة 59 من القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، تناط بالوكالة مهمة التأطير التقني للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، والسهر على إعداد الوسائل الكفيلة بضبط منظومته في إطار التقيد بالأحكام التشريعية والتنظيمية المتعلقة به.

وحسب القانون رقم 65.00 المذكور، تقدم الوكالة مقترحاتها بخصوص فويرة الخدمات الطبية (المادة 11)، والإطار الاتفاقي النموذجي لكل اتفاقية وطنية (المادة 20)، وكذا بشأن تحديد نسبة الاشتراك (المادة 48). كما تقدم اقتراحها بخصوص تحديد التعريفات المرجعية الوطنية من أجل إرجاع مصاريف الأجهزة التعويضية والأدوات الطبية تطبيقاً للمادة 11 من القانون المذكور والمادة الأولى من المرسوم 2.06.802 صادر في فاتح فبراير 2007 بشأن تفويض السلط لوزير الصحة.

وقد قامت الوكالة بتقديم مقترح يرمي إلى تعديل مقتضيات المرسوم رقم 2.05.733، بخصوص المادة المذكورة 40 في اتجاه إشراك الوكالة في عملية المراقبة التقنية. (...).

3. العمل على تحقيق تناسق بين الإطار القانوني والتنظيمي لمنظومة التغطية الصحية الأساسية

نشير إلى أنه لا تعارض بين أحكام المادة 23 من المرسوم رقم 2.05.733 والمادة 25 من القانون 65.00، ذلك أن المادة 25 المذكورة هي القاعدة والمبدأ، حيث "يتم إرجاع مصاريف الخدمات الطبية المضمونة بموجب هذا القانون أو تحملها على أساس التعريف المرجعية الوطنية المحددة في الاتفاقية سواء كان مقدم الخدمات الطبية منضمًا إلى الاتفاقية أو غير منضم لها"

والاستثناء من هذه القاعدة هو السلطة التقديرية "يمكن" التي منحها المشرع في المادتين 24 من القانون المذكور والمادة 23 من المرسوم السالف الذكر للهيئات المكلفة بالتدبير.

أما بخصوص عدم التناسق بين المادتين 25 و23 المذكورتين المتمثل في أن هذه الأخيرة تتعلق فقط بالتحمل على خلاف المادة 25 التي تخص التحمل والتعويض معاً، نشير إلى أن الوكالة قدمت مقترح تعديل المرسوم رقم 2.05.733 في أفق تحقيق انسجام بعض مقتضياته مع مقتضيات القانون رقم 65.00 وتم تدارك هذه الملاحظة على مستوى المادة 23 منه المذكورة في اتجاه ملاءمتها مع مقتضيات المادة 25 المذكورة أعلاه. (...)

4. التوصية الموجهة إلى السيد وزير الصحة من أجل توضيح العلاقة بين الوكالة الوطنية للتأمين الصحي ووزارة الصحة

تجدر الإشارة إلى أن علاقة الوكالة بوزارة الصحة كما هي محددة في القانون رقم 65.00 والنصوص التنظيمية المتخذة لتطبيقه، هي علاقة تتعلق بالوصاية التقنية للوزارة على الوكالة الهدف منها إعطاء قوة قانونية للتدابير والإجراءات المقترحة لضبط وتأطير منظومة التغطية الصحية الأساسية، وبالتالي فهذا النوع من الوصاية لا يمكن إلا أن يعزز من الإجراءات الضبطية والتأطيرية لمنظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ككل ووضعها في المسار الصحيح.

ثانياً. مدى تنفيذ الوكالة الوطنية للتأمين الصحي للمهام المنوطة بها (...)

1. سلة العلاجات والباقي على عاتق المؤمن عليه

إن أهم تحديات نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض هو التقليل من المبلغ المتبقي على عاتق المؤمن والحفاظ على التوازنات المالية، ويعد من الأولويات التي تحظى باهتمام بالغ، ومن التدابير التي اشتغلت عليها الوكالة بالتنسيق مع باقي الفاعلين هو التشجيع على وصف واستخدام الأدوية الجنيسة، وفي هذا الصدد أحدثت الوكالة بمعونة كافة المتدخلين في ميدان التأمين الإجباري الأساسي عن المرض من مقدمي الخدمات الطبية، والهيئات المدبرة، وممثلي المؤمنين، بموجب توصية رقم 142 بمناسبة انعقاد مجلس الإداري للوكالة الوطنية للتأمين الصحي بتاريخ 28 ماي 2018 لجنة لتشجيع الأدوية الجنيسة تتكون من وزارة الصحة، ووزارة الاقتصاد والمالية، والوكالة الوطنية للتأمين الصحي، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، والمجلس الوطني لهيئة الطبيبات والأطباء، والمجلس الوطني لهيئة الصيدلة، والمجلس الوطني لهيئة جراحة الأسنان، تتمثل مهمتها في اقتراح مخطط عمل يحدد التدابير والأعمال الأكثر ملائمة للسياق الوطني من أجل النهوض بالدواء الجنيس. (...)

وقد تم عقد ثلاث اجتماعات سنة 2018 مكنت من:

- تبادل المواقف والانتظارات الخاصة بكل الأطراف (الأطباء، وأطباء الأسنان والصيدلة والصناعيين والهيئات المدبرة)؛
- جرد للوضعية الحالية على المستوى التنظيمي والتطبيقي وإبراز نقاط القوة والضعف ومكامن الفرص والمخاطر للنهوض بالدواء الجنيس؛
- عرض الدراسة المقارنة حول الممارسات المطبقة ببلدان أخرى في مجال النهوض بالأدوية الجنيسة.

وستخصص الاجتماعات الأخرى المقررة لتحديد واقتراح الإجراءات والتدابير الأكثر ملائمة للسياق الوطني من أجل النهوض بالدواء الجينيس على المدى القصير والمتوسط والطويل.

وحرصاً منها على تتبع سير أشغال هذه اللجنة، فقد تم بتاريخ 17 أبريل 2019 بمناسبة انعقاد الدورة الواحدة والعشرون المجلس الإداري للوكالة الوطنية للتأمين الصحي المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، بموجب القرار رقم 152، إحاطة أعضاء المجلس الإداري للوكالة علماً، بسير تقدم أشغال اللجنة المتعلقة بالتشجيع على الأدوية الجينية. (...)

وللتذكير، فقد بلغ عدد الأدوية الجينية المدرجة في لائحة الأدوية معوض عنها برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض حوالي 2875 دواء جينيس نهاية سنة 2018.

من جهة أخرى نشير، إلى أن تجديد الاتفاقية سيمكن من خفض نسبة الباقي تحمله، ونجاح ذلك يقتضي توفير كل الدعم والتزام الأطراف بالانخراط التام من أجل تجاوز المواقف المتشددة لأن الوضعية الحالية تجعل المؤمنين ضحايا ممارسات يترتب عنها تحملهم لباقي أداؤه يفوق قدراتهم.

◀ عدم توحيد نسبة الإعفاء من الحصص المتبقية المطبقة من طرف الهيئتين المكلفتين المدبرتين لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

تجدر الإشارة إلى أن المجلس الإداري للوكالة الوطنية للتأمين الصحي، حرصاً منه على ضرورة تحقيق انسجام وملائمة بين الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي من أجل تدبير عقلاني وموحد، صادق في دورته الخامسة بتاريخ 20 مارس 2009 على قرار رقم 38 قضى باعتماد مقياس 3000 درهم كحد أقصى بمثابة قيمة المصاريف السنوية المتبقية على عاتق المؤمن فيما يتعلق بالأمراض المزمنة والمكلفة. (...)

وأخضع كافة الخدمات الطبية المقدمة في معالجة هذه الأمراض بما في ذلك الخدمات المتنقلة من تحاليل بيولوجية وطب إشعاعي وأدوية موصوفة، إلى نفس نسبة الإعفاء الخاصة بالمرض المعني.

إن التقليل من الباقي على عاتق المؤمن يعد من أهم التحديات، لذلك يتعين النظر فيه من جميع الجوانب، التقدم الطبي وتكلفته، مصلحة المؤمن، التوازنات المالية للأنظمة وغير ذلك.

كذلك، فإن توحيد هذه النسبة بين الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، تعترضه صعوبات منها اختلاف في آليات التمويل، اختلاف في نسب الاشتراك وكذا سلة الخدمات.

◀ تحديث قائمة الأمراض المكلفة والمزمنة المحددة بموجب قرار وزير الصحة رقم 2518.05

حسب المادة 9 من القانون رقم 65.00 تحدد بنص تنظيمي قائمة الأمراض التي تخول الحق في الإعفاء وكذا الشروط التي يمنح بموجبها هذا الإعفاء. وتطبيقاً لذلك، صدر قرار رقم 2518.05 بتحديد قائمة الأمراض الخطيرة والأمراض التي يترتب عنها عجز طويل الأمد أو باهض الثمن بالجريدة الرسمية عدد 5384 بتاريخ 05 يناير 2006.

للإشارة، عملت الوكالة بالتعاون مع الهيئات المدبرة على توسيع قائمة الأمراض طويلة الأمد، بإدراج 03 أمراض نادرة ومزمنة ومكلفة، تتفرع إلى 251 مرض يمكن من الإعفاء من الجزء المتبقي على عاتق المؤمن.

هذا وستقوم الوكالة بإنجاز تقييم من أجل إصلاح لائحة الأمراض الطويلة الأمد والمزمنة التي تخول الإعفاء من الجزء المتبقي على عاتق المؤمن. وقد برمجت ضمن مخطط عملها لسنة 2019 إطلاق أشغال إعادة صياغة مرجع أمراض طويلة الأمد.

◀ عدم توحيد المعايير المعتمدة من طرف الهيئات المكلفة المدبرة لاعتبار المؤمن عليهم مصابين بالأمراض المكلفة والمزمنة، وذلك في غياب وضع الوكالة لمعايير تقنية وطبية موحدة

في هذا الصدد نشير إلى أن الوكالة قامت بإعداد مخطط عمل من أجل مراجعة لائحة الأمراض المكلفة والمزمنة بما في ذلك المعايير والشروط المعتمدة في قبول المؤمن كمصاب بمرض مزمن. وكذا شروط الإعفاء من الجزء الباقي على عاتق المؤمن المصاب بهاته الأمراض، والأشغال جارية بشأنه.

2. الاتفاقيات الوطنية

◀ التوصية الموجهة إلى وزارة الصحة والوكالة الوطنية للتأمين الصحي من أجل العمل على تجديد الاتفاقيات الوطنية

نشير إلى أنه بالنسبة لمراجعة الاتفاقيات الوطنية، فإن الوكالة اقتناعاً منها بكون هذه الاتفاقيات تعتبر الإطار الأساسي لضمان حقوق جميع الأطراف المكونة لمنظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، فقد سخرت جميع الوسائل اللازمة من أجل إنجاز مسلسل تجديد هذه الاتفاقيات، وذلك عبر عقد مجموعة من اللقاءات، في

إطار توافقي وتشاوري، مع جميع المتدخلين. بالإضافة إلى إحداث لجن "تقنية- قانونية" لتحديد التعريفات، وقد قطعت هذه الأخيرة أشواطاً متقدمة.

ومن أجل الخروج من وضعية الجمود المسجلة حالياً، لا بد من توفير الدعم الكافي والتزام وتعهد من طرف جميع الفاعلين من أجل تجاوز المواقف المتشددة لبعض الأطراف، لأن وضعية الجمود المسجلة تؤثر على مصداقية الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، وتجعل المؤمنين يواجهون ممارسات يترتب عنها تحملهم لباقي أدائه يفوق قدرتهم.

وبخصوص القرارات الانفرادية المتخذة من قبل الصندوق الوطني للمنظمات الاحتياط الاجتماعي لتعليق نظام الثالث المؤدي بالنسبة لبعض الخدمات الطبية، نشير إلى أن الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، قامت تبعاً للشكايات التي توصلت بها من أحد المؤسسات، بكافة الإجراءات والمساعي من أجل تسوية المشكل بين هذه الأخيرة والصندوق الوطني للمنظمات الاحتياط الاجتماعي، بما فيها عقد جلسة بحث بين الأطراف.

وقد تم التأكيد خلال هذا اللقاء، على أن الوكالة الوطنية للتأمين الصحي هي المؤسسة الوحيدة المؤهلة لاتخاذ قرار بوضع مقدم الخدمات الطبية خارج الاتفاقية بسبب عدم احترامه لأحكامها أو خرقه لها، تطبيقاً لأحكام القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، والنصوص المتخذة لتطبيقه، وأن المسطرة المعمول بها في هذا الشأن جد واضحة.

وقد أسفرت الجهود المبذولة عن تراجع الصندوق عن قراره بإعادة علاقة الثالث المؤدي التي تربطه بالمؤسسة، بشرط الالتزام التام للمؤسسة بالتقيد ببنود الاتفاقية، وكذا الشروط التنظيمية، والحرص على احترام التعريفات الوطنية المرجعية سواء بالنسبة للمرضى الذين يتم تحملهم في إطار الثالث المؤدي أو المرضى الذين يدفعون مصاريف العلاج، وذلك وفقاً لبنود الاتفاقية الوطنية المبرمة بين الهيئات المدبرة والمؤسسات العمومية للعلاج والاستشفاء المماثلة للمؤسسة، وطبقاً لمذكرة الضبط، المرجع ANAM/RC/06، وفي المقابل تعهدت المؤسسة باحترام القانون والنصوص التنظيمية الجاري بها العمل.

3. التدبير وأدوات التقنين

(...)

< التوصية الموجهة إلى الوكالة من أجل تعزيز وتحسين المنهجية الحالية لإدراج الأدوية المقبولة مراجع مصاريفها

تجسيدا لمخطط عمل الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، فقد قامت بتقوية منظومة الضبط والسهر على تطبيقها وتنظيمها، وخاصة في الشق المتعلق بالأدوية والأدوات الطبية الذي يمتص لوحده ثلث نفقات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، إضافة إلى ذلك فإن الوكالة في مواكبة إصلاحية مستمرة للسياسة الدوائية، وذلك من أجل جعل المنتجات الصيدلانية والأدوات الطبية في متناول الساكنة المؤمنة، ويبقى مشكل تحمل المواطن أكثر من 50 في المائة من النفقات الاجمالية الصحية مرتبط بالكلفة العلاجية للأمراض وبكلفة الأدوية.

وكما هو معلوم، فإن المشاركة في تفعيل السياسة الدوائية ببلادنا و عقلنة تدبيرها، والتحكم في نفقاتها، يعد من ضمن أولويات الوكالة التي تسعى جاهداً لتحقيقها.

وحتى يتسنى للوكالة الاضطلاع على الوجه الأكمل بهذه المهمة وتحقيق أهدافها، وملاءمتها مع المتطلبات العلمية والطبية، فقد عمل المجلس الإداري للوكالة على إحداث لجنة مستقلة تدعى لجنة الشفافية، بموجب قرار رقم 4 سنة 2006، تم تعديله بالقرار رقم 80 بتاريخ 22 يناير 2014، وهي تعمل تحت إشراف الوكالة. كما قامت الوكالة بتجديد أعضائها من خلال فتح باب الترشيح للعضوية فيها، وتم إحداث لجنة لهذا الغرض.

من ضمن المهام المنوطة بهذه اللجنة، تقديم رأيها المبرر للوكالة ولوزير الصحة بشأن الخدمة الطبية والدوائية المقدمة من خلال تقييم وإدراج الأدوية المرخص لها بالتداول في السوق ضمن لائحة الأدوية المقبولة مراجع مصاريفها أو اقصائها منها. وإضافة إلى ذلك فإن اللجنة تعمل جاهدة على البث في ملفات الشكايات المتعلقة بالأدوية غير المتداولة في المغرب وكذا الأدوية الموصوفة خارج إرشادات ودواعي الاستعمال المنصوص عليها في الإذن بالتسويق، حرصاً منها على سلامة المواطن بالاستخدام الآمن لهذه الأدوية من جهة، والتحكم في نفقاتها بالتقليل من أعبائها على الساكنة المؤمنة من جهة أخرى.

واستناداً لمقتضيات المادة 8 من المرسوم رقم 733-05-2014 فإن قائمة الأدوية المقبولة إرجاع مصاريفها تحصر بقرار وزير الصحة، ويتم إرجاع مصاريف أي مستحضر صيدلي على أساس الثمن العمومي للدواء الجنييس للمستحضر المرجعي في حالة وجوده والذي يحمل نفس الاسم المتعارف عليه دولياً.

وفي هذا الشأن، فقد تم لحد الآن إصدار سبعة (7) لوائح للأدوية المقبولة إرجاع مصاريفها بقرار وزير الصحة، علماً أن توسيع لائحة الأدوية المقبولة إرجاع مصاريفها في تدرج مستمر حيث انتقلت من 1000 دواء سنة 2006 إلى 4373 دواء نهاية سنة 2018 منها 2857 دواء جنيس.

ومن أجل تعزيز وتقوية مهمة الضبط المنوطة بالوكالة ودراسة الأثر الاقتصادي والمالي، فقد عمل المجلس الإداري للوكالة على إحداث وتفعيل لجنة التقييم الاقتصادي والمالي للموارد الطبية بناء على القرار رقم 82 للمجلس المذكور، والتي تعمل وفق نظامها الداخلي المصادق عليه من قبل السيد وزير الصحة تبعاً للقرار رقم 83 للمجلس المذكور.

تجدر الإشارة أنه منذ أكتوبر 2013 إلى اليوم، عملت الوكالة على إغناء دليل الأدوية المقبولة إرجاع مصاريفها ب 2775 من الأدوية الجنيسة التي تم قبول التعويض عنها، مما ساهم في الرفع من حصيلة عدد الأدوية المقبولة إرجاع مصاريفها إلى 4373 دواء.

وتعمل الوكالة على تحيين هذا الدليل بكيفية منتظمة أخذاً في الاعتبار جميع الأدوية المرخص لها بالتداول في السوق، ويتم إرساله إلى الهيئات المدبرة، مع تنزيله على البوابة الإلكترونية للوكالة.

وبغية ضمان الولوج الفعال للعلاجات وضمن جودتها، فإن الوكالة عملت مؤخراً على تعيين أطباء خبراء، ومن بين المهام الموكلة لها النظر في النزاعات بين المؤمنين والهيئات المدبرة أو بين مهنيي الصحة والهيئات المدبرة، التي تهم الملفات المرضية والدوائية والتقنيات الطبية.

ولا بد من التأكيد على أن عملية إدراج الأدوية والتعويض عنها في إطار التأمين الإجباري الأساسي عن المرض هي عملية مقننة، وتحرص الوكالة في إطار المهام الموكولة إليها، على ضمان ولوج الساكنة المؤمنة إلى منتجات صيدلانية جيدة وبأقل تكلفة مع الأخذ بعين الاعتبار التوازنات المالية لهذا النظام.

وبالنظر للأجل الذي يفصل بين الحصول على الإذن بعرض الدواء في السوق، وتعويضه من قبل الهيئات المدبرة لنظام التأمين الإجباري الأساسي، ولكون بعض الأدوية تشكل البدائل العلاجية الوحيدة التي تدخل في علاج المرض، تم بموجب القرار رقم 135 الصادر عن المجلس الإداري للوكالة السماح للوكالة الوطنية للتأمين الصحي والهيئات المكلفة بتدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، بصفة استثنائية، تعويض الأدوية السالف الذكر، وذلك في انتظار إدراجها في لائحة الأدوية المقبولة إرجاع مصاريفها برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

← **التوصية الموجهة إلى الوكالة من أجل توسيع قائمة المستلزمات الطبية ووضع مرجع لأسعارها**
تجدر الإشارة إلى أنه بقرار وزير الصحة سنة 2015 تم تحديد تعريفات 20 مستلزماً طبياً يتعلق بجراحة القلب.

← **إجراءات خاصة بمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج**

• مصنفات الأعمال الطبية

رغم أن مصنفات الأعمال الطبية الجاري بها العمل حالياً تحتاج للتجديد والتسريع فقد تم، فإن 13 عمل متعلق بعلاجات الأسنان، 22 عمل جراحي و134 عمل متعلق بالبيولوجيا تمت موائمتها، من طرف اللجنة الوطنية للمصنف.

كما أن الوكالة ستعمل على تفعيل القرار رقم 136 لمجلس الإدارة المتعلق بإحداث لجنة تقييم الأعمال الطبية بغية تقييم الخدمة المقدمة للأعمال الطبية لإدراجها في مصنف الأعمال المعوض عنها برسم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وبالتالي ستحدد التعريفات الوطنية المرجعية بالاستناد على "لجنة التفاوض والتتبع" المحدثة في إطار الاتفاقيات الوطنية وذلك بالانخراط في الإطار المنطقي للتصنيف الموحد للأعمال الطبية.

• **توحيد الممارسات الطبية من خلال وضع بروتوكولات علاجية كمياري لتحسين التحكم في المصاريف، وتكاليف الرعاية الصحية والفحوصات الطبية**

إن الوكالة تعي أهمية البروتوكولات العلاجية ودورها في التحكم وضبط المصاريف والخدمات الصحية والعلاجية، لذا أدرجت ضمن مخطط عملها لسنة 2019 إعادة الدينامية لعملية إعداد البروتوكولات العلاجية كأحد الأولويات التي ستعمل الوكالة جاهدة على تحقيقها.

← **التأطير المالي للصندوقين والنظام المعلوماتي الخاص بتدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض**

للتذكير، أنط المشرع المغربي، بموجب المادة 59 من القانون 65.00، بالوكالة الوطنية للتأمين الصحي مهمة تحقيق التوازن المالي الإجمالي بين الموارد والنفقات بالنسبة لكل نظام من أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن

المرض. وكذا بإعداد تقرير سنوي شامل عن الموارد والنفقات والمعطيات المتعلقة بالاستهلاك الطبي الخاص بمختلف أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض والسهر على نشرها.

وبالنظر إلى أن الوضعية الحالية لا تساعد على تحقيق ذلك لاعتبارات التي وردت في مشروع ملاحظات المجلس الأعلى للحسابات، بالإضافة إلى عدم توصل الوكالة من الهيئات المدبرة بتقرير الافتحاص المحاسبي والمالي، كما تنص على ذلك المادة 52 من القانون المذكور رقم 65.00.

وحتى تتمكن الوكالة من الاضطلاع بدورها على أفضل وجه وبالتالي تجاوز الوضعية الحالية، قامت بإدراج ضمن مشروع تعديل القانون رقم 65.00 تعديلا للمادة 43 منه، سيتوجب بموجبه على الهيئات المدبرة إرسال، خلال فترة زمنية محددة، معلومات مفصلة حول الاستهلاك الطبي للمؤمنين، وكذا الموارد والنفقات المرتبطة بها. وأيضا موافقاتها كل سنة أشهر بتوقعاتها المالية. (...)

◀ التوصية الرامية إلى إنشاء نظام معلوماتي يربط بين مختلف الشركاء (وزارة الصحة ومقدمي الرعاية الطبية والهيئتين المكلفتين بالتدبير والوكالة الوطنية للتأمين الصحي)

وجب التنكير أن الوكالة الوطنية للتأمين الصحي قامت بدراسة من أجل وضع نظام وطني للمعلومات المتعلقة بالتغطية الصحية الأساسية، اعداد الشطر الأول (تقييم الوضعية الحالية)، كما تعمل على اثناء مرجعها وتطوير نظام تبادل المعطيات من خلال تقوية القدرات التقنية للمعالجة المعلوماتية وتبادل المعطيات المتعلقة بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض مع كافة الأطراف المتدخلة باستعمال تطبيقات آمنة ومتطورة.

◀ مهمة التحكيم

فقط ومن أجل توضيح ما ورد في التقرير بخصوص القرار رقم 135 الصادر عن المجلس الإداري للوكالة، وجب الإشارة إلى أن هذا القرار تم اعتماده من طرف المجلس الإداري للوكالة، وذلك بالنظر للأجل الذي يفصل بين الحصول على الإذن بعرض الدواء في السوق، وتعويضه من قبل الهيئات المدبرة لنظام التأمين الإجباري الأساسي، ولكون بعض الأدوية تشكل البدائل العلاجية الوحيدة التي تدخل في علاج المرض. (...)

وبالنظر لهذه الاعتبارات، تم بموجب هذا القرار السماح للوكالة الوطنية للتأمين الصحي والهيئات المكلفة بتدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، بصفة استثنائية، تعويض الأدوية السالف الذكر، وذلك في انتظار إدراجها في لائحة الأدوية المقبولة إرجاع مصاريفها برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

◀ تدبير نظام المساعدة الطبية

● إدارة الموارد المرصدة لنظام المساعدة الطبية

لقد أفرز التناقض بين القانون 65.00 والمرسوم 2.08.177 بتطبيق مقتضيات الكتاب الثالث من القانون 65.00 كما تم تغييره وتتميمه، عن عدم الوضوح في تدبير موارد نظام المساعدة الطبية.

وبسبب هذا التناقض بين القانون ومرسوم تطبيقه تبقى مساهمات المستفيدين في وضعية هشاشة، مجمدة في حساب الخاص بالوكالة ولا يتم تحويلها إلى الحساب المرصود لأموال خصوصية المسمى "الحساب الخاص بالصيدلية المركزية".

أمام هذا الوضع، من أجل وضع أدوات وآليات ضرورية للحكامة الجيدة وضمان تحمل أفضل للمستفيدين، وضمان ديمومة نظام المساعدة الطبية، كان من الضروري اعتماد تدبير أمثل للنظام المذكور. وفي هذا السياق عملت وزارة الصحة بالتشاور مع وزارة الداخلية ووزارة الاقتصاد والمالية والوكالة على إصلاح نظام المساعدة الطبية، وذلك تنفيذاً لتوجيهات جلالة الملك محمد السادس نصره الله.

● التواصل مع المستفيدين من نظام المساعدة الطبية وتوعيتهم بشأن حقوقهم

في هذا الصدد، فإن الوكالة سخرت في حدود الامكانيات المتوفرة لديها والمسموح بها، بعض الوسائل من أجل التجاوب مع ملاحظات واستفسارات المواطنين والمواطنات، ولهذه الغاية وضعت رهن إشارتهم أرقام هاتفية وخصصت يومين في الأسبوع من أجل استقبال المواطنين والمواطنات بمكاتبها من قبل مستخدمين عينتهم لهذا الغرض.

وبرسم سنة 2018 بلغ عدد المكالمات الواردة على الوكالة 6666 بنسبة 58 في المائة، فيما تم استقبال 4686 مواطن بنسبة قدرت ب 41 في المائة.

● الانتماء المزدوج لنظام المساعدة الطبية ونظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

تجدد الإشارة إلى أنه من أجل حكامة جيدة لنظام المساعدة الطبية قامت الوكالة بتعزيز عملية مراقبة ازدواجية التسجيل في أنظمة التغطية الصحية الأساسية تفاديا للجمع بين نظامين أو أكثر من أنظمة التغطية الصحية.

للتذكير، نصت المادة 59 من القانون 65.00 على أنه تكلف الوكالة بمهمة التأكد من أن كل شخص مسجل في نظام للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض أو تم قبوله للاستفادة من نظام المساعدة الطبية وعند الاقتضاء، ذوي حقوقه، لا يستفيدون إلا من النظام الذي ينتمون إليه. وأضافت أنه، من أجل تمكين الوكالة من القيام بهذه المهمة، يتعين على جميع الهيئات والمؤسسات والجهات التي تقدم خدمات في مجال التغطية الصحية لفائدة منخرطيها أو المؤمنين لديها وذوي حقوقهم، تقديم المعلومات المتعلقة بهؤلاء التي تطلبها الوكالة المذكورة، وفق الإجراءات المحددة بنص تنظيمي.

وتطبيقاً لأحكام المادة 59 المذكورة أعلاه، نصت المادة 39 المكررة من المرسوم رقم 2.05.733 كما تم تنميته بموجب المرسوم رقم 2.15.657 بتطبيق القانون رقم 116.12 المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، على أنه يتعين على الهيئات والمؤسسات والجهات المشار إليها في الفقرة الأخيرة من المادة 59 المذكورة أن توافي الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، كلما طلبت هذه الأخيرة ذلك، بلوائح منخرطيها أو المؤمنين لديها وذوي حقوقهم تتضمن بالنسبة لكل واحد منهم، على الخصوص اسمه وتعريفه ووضعيته العائلية وعنوانه.

ومن أجل ضمان صحة طلبات الترشيح، تحرص الوكالة ومختلف الشركاء على احترام الأجل في تحيين المعطيات وتبادل المعلومات بين مختلف المتدخلين في التغطية الصحية الإجبارية.

ونشير إلى أن تبادل البيانات والمعطيات المتعلقة بالمستفيدين من التغطية الصحية الإجبارية يتم عبر آلية النظام المعلوماتي المعد لهذا الغرض، وذلك في إطار التكامل بين جميع المتدخلين في التغطية الصحية من وزارة الداخلية والهيئات المدبرة لنظم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض والوكالة الوطنية للتأمين الصحي، يتم الحرص من خلاله على ضمان الشفافية والموضوعية.

ويتجسد هذا التنسيق والتكامل بين الوكالة ووزارة الداخلية والصناديق المدبرة لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض على مستوى نظام المساعد الطبية، في قيام مصالح وزارة الداخلية بالمرقبة القبلية بناء على المعطيات والبيانات التي توافيها بها الهيئات المدبرة، فيما تتولى الوكالة الوطنية للتأمين الصحي القيام بالمرقبة البعيدة لهذه المعطيات والبيانات قصد ضمان شفافية أكبر في ضبط حالات الانخراط المزدوج بين أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ونظام المساعدة الطبية وكذا الاستعمال الأمثل للموارد.

وفي هذا الصدد، قامت الوكالة بتطوير عملية تبادل المعطيات مع الهيئات المدبرة حتى أصبحت أكثر سلاسة، كان لها وقع إيجابي على الجودة وأجال الجواب. حيث وجب الإشارة إلى أنه برسم سنة 2018 مكنت هذه المراقبة من تجنب تسجيل أكثر من 4093 شخص برسم نظام المساعدة الطبية وبالموازاة تفادي إصدار أكثر من 2821 بطاقة، ويفضل هذه المراقبة تم رفض تسجيل مؤمني نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في نظام المساعدة الطبية.

● تجديد بطائق نظام المساعدة الطبية التي أشير في التقرير إلى أنها تعرف صعوبات تستلزم وضع آليات تسمح لنظام المساعدة الطبية بتحقيق الزخم اللازم

جواباً على ذلك نشير إلى أنه وبعد مرور ستة سنوات على تعميم نظام المساعدة الطبية وإن تم تسجيل نسبة محتشمة سنة 2015 حددت في 14% في المائة فقد انتقلت هذه النسبة بفضل الجهود المبذولة إلى 31 في المائة سنة 2016 وثم 46 سنة 2017 وصولاً إلى تحقيق نسبة 49 في المائة سنة 2019.

وأخذاً في الاعتبار هذه المؤشرات، فإن تقييم الحصيلة على مدى ستة سنوات من تعميم نظام المساعدة الطبية، يؤكد على أن هناك تحسن وتطور ملموس في النسب المسجلة سنة تلو الأخرى.

● النظام المعلوماتي المندمج

من أجل إعادة تموقع الوكالة في أفق بلوغ التغطية الصحية الشاملة بالموازاة مع المحاور الاستراتيجية المتعلقة بإصلاح التغطية الصحية الأساسية، يهدف النظام المعلوماتي المندمج للتدبير والمعلومات لنظام المساعدة الطبية إلى وضع أداة لتبادل المعطيات بين الفاعلين في نظام المساعدة الطبية وذلك من خلال الأعمال التالية:

- تحديد المستفيدين من نظام المساعدة الطبية من خلال بطاقة ذكية إلكترونية؛
- تحديث آليات تجميع وتوزيع وتدبير معلومات نظام المساعدة الطبية؛
- توحيد المعطيات بين المؤسسات الصحية والهيئة المدبرة والوكالة وباقي المتدخلين.
- ترشيح الموارد والتحكم في المصاريف من خلال استهلاك طبي حديث ومراقبة صارمة ضد التدليس.

وللإشارة فقد تم البدء في العمل عليه، وسيتم توجيئه بعد الانتهاء منه عبر سلسلة من التجارب التقنية قبل تعميمه على كافة التراب الوطني، وذلك بالتشاور والمواكبة من طرف وزارة الصحة ومساعدة من مقدم الخدمة.