

مجلس المنافسة

المملكة المغربية
ROYAUME DU MAROC



ⵎⴰⵔⴷⵓ ⵏ ⵙⵉⵔ ⵏ ⵙⵉⵔ ⵏ ⵙⵉⵔ

CONSEIL DE LA CONCURRENCE

ⵎⴰⵔⴷⵓ ⵏ ⵙⵉⵔ ⵏ ⵙⵉⵔ ⵏ ⵙⵉⵔ

رأي مجلس المنافسة

حول وضعية المنافسة داخل السوق الوطنية
لرعاية الطبية المقدمة من لدن المصحات
الخاصة والمؤسسات المماثلة لها

د/4/22

www.conseil-concurrence.ma

رأي مجلس المنافسة

حول وضعية المنافسة داخل السوق الوطنية
للعناية الطبية المقدمة من لدن المصحات
الخاصة والمؤسسات المماثلة لها



صَاحِبُ الْجَلَالَةِ الْمَلِكُ مُحَمَّدُ السَّادِسُ نَصْرُهُ اللهُ

” وبنفس العزم، فإن التعاقد الاقتصادي الجديد، يقتضي الاهتمام بمنظومة الإنتاج الاقتصادي، وإذكاء روح المبادرة الحرة، خاصة من خلال تشجيع المقاولات الصغرى والمتوسطة، بما ينسجم مع روح الدستور الجديد، الذي يكرس دولة القانون في مجال الأعمال، ومجموعة من الحقوق والهيئات الاقتصادية، الضامنة لحرية المبادرة الخاصة، ولشروط المنافسة الشريفة، وآليات تخليق الحياة العامة، ولضوابط زجر الاحتكار والامتيازات غير المشروعة، واقتصاد الربيع، والفساد والرشوة.“

مقتطف من الخطاب الملكي السامي بمناسبة الذكرى الثانية عشرة
لعيد العرش، بتاريخ 28 شعبان 1432 الموافق لـ 30 يوليو 2011

طبقا لمقتضيات القانون رقم 20.13 المتعلق بمجلس المنافسة، اتخذ مجلس المنافسة المبادرة للإدلاء برأي حول وضعية المنافسة داخل السوق الوطنية للرعاية الطبية المقدمة من طرف المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها.

في هذا الصدد، وبناء على أحكام القانون رقم 20.13 المتعلق بمجلس المنافسة والقانون رقم 104.12 المتعلق بحرية الأسعار والمنافسة، وبعد الاستماع إلى المقرر العام وإلى المقررة المكلفة بملف مبادرة الإدلاء بالرأي، خلال اجتماع الدورتين التاسعة والعشرين والثلاثين للجلسة العامة للمجلس، والمنعقدتين على التوالي بتاريخ 03 ربيع الأول 1444 الموافق لـ 29 شتنبر 2022 و 29 ربيع الأول 1444 الموافق لـ 26 أكتوبر 2022، أصدر مجلس المنافسة هذا الرأي.

رأي مجلس المنافسة عدد ر/22/4

الصادر في 29 ربيع الأول 1444 الموافق لـ 26 أكتوبر 2022

حول وضعية المنافسة داخل السوق الوطنية للرعاية الطبية المقدمة من لدن المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها

إن مجلس المنافسة،

- بناء على القانون رقم 104.12 المتعلق بحرية الأسعار والمنافسة الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.14.116 الصادر في 2 رمضان 1435 الموافق لـ 30 يونيو 2014،
- وعلى القانون رقم 20.13 المتعلق بمجلس المنافسة الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.14.117 الصادر في 2 رمضان 1435 الموافق لـ 30 يونيو 2014،
- وعلى المرسوم رقم 2.14.652 الصادر في 8 صفر 1436 الموافق لفاتح دجنبر 2014 بتطبيق القانون رقم 104.12 المتعلق بحرية الأسعار والمنافسة،
- وعلى المرسوم رقم 2.15.109 الصادر في 16 شعبان 1436 الموافق لـ 4 يونيو 2015 بتطبيق القانون رقم 20.13 المتعلق بمجلس المنافسة،
- وتطبيقا لمقتضيات المادة 21 من النظام الداخلي لمجلس المنافسة،
- وبناء على قرار مجلس المنافسة عدد 18/ق/2022 الصادر بتاريخ 10 شعبان 1443 الموافق لـ 14 مارس 2022، والمتعلق باتخاذ المبادرة للإدلاء برأي حول وضعية المنافسة داخل السوق الوطنية للرعاية الطبية المقدمة من طرف المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها،
- وعلى قرار المقرر العام للمجلس، السيد خالد البوعياشي، رقم 037/2022 الصادر بتاريخ 13 شعبان 1443 الموافق لـ 17 مارس 2022، والقاضي بتعيين السيدة جنات بن حيدة مقررة مكلفة بالتحقيق ودراسة موضوع مبادرة الإدلاء برأي المجلس المشار إليه أعلاه، تطبيقا لأحكام المادة 27 من القانون رقم 104.12 المتعلق بحرية الأسعار والمنافسة،
- وبعد تحقق رئيس مجلس المنافسة من توفر النصاب القانوني، عملا بأحكام المادة 31 من النظام الداخلي للمجلس،
- وبعد تقديم مشروع الرأي من لدن المقرر العام والمقررة المكلفة بملف المبادرة، خلال اجتماع الدورة التاسعة والعشرين للجلسة العامة للمجلس المنعقدة بتاريخ 03 ربيع الأول 1444 الموافق لـ 29 شتنبر 2022؛
- وبعد التداول في مشروع الرأي خلال اجتماع الدورة الثلاثين للجلسة العامة للمجلس المنعقدة بتاريخ 29 ربيع الأول 1444 الموافق لـ 26 أكتوبر 2022، طبقا لأحكام المادة 14 من القانون رقم 20.13 المتعلق بمجلس المنافسة،

أصدر الرأي التالي:

فهرس

12	لائحة الجداول
13	لائحة الرسوم البيانية
15	أولا: تقديم عام لمضمون الرأي
15	أ. تقديم سياق ومضمون الرأي
16	ب. الإطار القانوني للرأي
16	ت. مسطرة التحقيق
17	ثانيا: ديباجة
17	أ. خصوصيات سوق الرعاية الصحية
18	ب. تحديد موضوع الرأي: المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها
	ثالثا: الإطار القانوني لسوق الرعاية الطبية المقدمة من طرف المصحات الخاصة
19	والمؤسسات المماثلة لها بالمغرب
23	رابعا: بنية سوق العلاجات المقدمة من طرف المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها بالمغرب
23	أ. تحليل بنية العرض
23	1. لمحة تاريخية عن تطور المصحات الخاصة بالمغرب
27	2. أهمية المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة في عرض العلاجات
29	3. بنية عرض المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها
32	4. الملكية والمساهمة في المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها
34	5. الوضع القانوني وهيكل المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها
36	6. التوزيع الجغرافي للمصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها
40	7. قدرة الجهات الفاعلة من حيث توفير أسرة الاستشفاء
42	8. نوعية وطبيعة الخدمات التي تقدمها المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها
43	9. الموارد البشرية
44	ب. بنية الطلب
45	1. استهلاك العلاجات والسلع الطبية في المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها
46	2. نفقات ورصيد نظام الضمان الاجتماعي في المصحات الخاصة
48	ت. حصص السوق ومؤشر التركيز
48	1. تحليل البنية الاقتصادية لقطاع المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها وتطور النسيج الاقتصادي
48	2. تحليل رقم معاملات المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها
53	3. التحليل حسب المؤشرات المالية الرئيسية
61	4. مؤشرات التركيز حسب صنف الطاقة السريرية والجهات
63	خامسا: السير التنافسي للسوق
63	أ. حواجز الدخول إلى السوق

63	.....1. الحواجز التنظيمية.
65	.....2. الحواجز غير المرتبطة بالتعريف.
65	.....ب. تحليل الدخول والخروج من السوق.
66	.....ت. آليات المنافسة في السوق المعنية.
67	.....ث. الممارسات التي من شأنها عرقلة سير المنافسة.
68	.....ج. الممارسات المتعلقة بالنشاط المزدوج.
69	.....سادسا: نظام السوق
69	.....أ. الهيئات المكلفة بتقنين سوق الرعاية الطبية.
69	.....ب. علاقة المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها مع هيئات التقنين.
71	.....ت. حصيله عمليات المراقبة التي أجريت على المصحات الخاصة في السنوات الأخيرة.
73	.....سابعا: تحليل مقارن لبعض التجارب الدولية
74	.....أ. أهمية المصحات الخاصة في عرض العلاجات.
76	.....ب. تصنيف المصحات الخاصة.
76	.....1. المصحات الخاصة الهادفة إلى الربح.
77	.....2. المصحات الخاصة غير الهادفة إلى الربح.
78	.....3. المؤسسات المماثلة.
78	.....ت. العوامل البيئية التي تسهل النهوض بالمصحات الخاصة.
79	.....1. الإطار التشريعي: عامل أول في تعزيز النهوض بسوق العلاجات.
80	.....2. تعميم التأمين عن المرض: ترسيخ منافسة نزيهة في سوق العلاجات بفضل ملاءة السكان.
81	.....3. مهنيو الصحة.
82	.....4. أنظمة التعريف.
83	.....ث. ضبط سوق الرعاية الطبية الخاصة والتأمين الصحي.
83	.....1. الدولة أو السلطات العمومية.
84	.....2. الهيئة المكلفة بتدبير التأمين الصحي أو الضمان الاجتماعي.
84	.....3. هيئات أخرى.
85	.....ثامنا: خلاصات وتوصيات
85	.....أ. خلاصات.
85	.....1. المصحات الخاصة كجهات فاعلة رئيسية في سوق الرعاية الطبية.
85	.....2. التوزيع الجغرافي غير المتكافئ وغير المتوازن للمصحات الخاصة بالمغرب.
85	.....3. غموض يلف سوق الرعاية الطبية المقدمة من قبل المصحات الخاصة.
86	.....4. غياب إطار قانوني معني بالمصحات الخاصة وتقدم النصوص التشريعية والتنظيمية المؤطرة له.
86	.....5. المصحات الخاصة غير الهادفة إلى الربح: قوة دافعة للنهوض بسوق الرعاية الطبية المقدمة من قبل
87	.....المصحات الخاصة.

- 87 6. تحديث تدريجي لأنماط تدبير المصحات الخاصة: في اتجاه إرساء نموذج المستشفى الخاص
- 88 7. معاناة جل المصحات الخاصة من ضعف رؤوس الأموال
- 88 8. انفتاح سوق الرعاية الصحية المقدمة من قبل المصحات الخاصة وارتفاع جاذبيته
- 89 9. استمرار حواجز الدخول إلى سوق الرعاية الطبية المقدمة من قبل المصحات الخاصة
10. ندرة بنيوية في الموارد البشرية الطبية وشبه الطبية واللجوء غير القانوني للمصحات الخاصة إلى موظفي القطاع العام
- 89 11. استمرار الممارسات التديسسية التي تحول دون ضمان حسن السير التنافسي لسوق الرعاية الصحي المقدمة من قبل المصحات الخاصة
- 90 90
- 90 ب. التوصيات
- 91 1. إعادة النظر في تكوين الموارد البشرية الطبية وغير الطبية والتسريع من وتيرته
- 91 2. إقرار تحفيزات هامة لمزاولة مهنة الطب في المغرب من طرف الأطباء الأجانب
- 92 3. إرساء كفاءات جديدة لمزاولة المهنة بالمصحات الخاصة
- 92 4. إزالة العقبات أمام ممارسة مهنة الطب وإرساء حركية للممارسة على الصعيد الوطني
- 92 5. تطوير الطب عن بعد كأحد الحلول لتدارك الخصاص في الموارد البشرية الطبية
- 92 6. مراجعة وتحسين المصنف العام للأعمال المهنية والتعريف المرجعية الوطنية مع مراعاة التكاليف الحقيقية لخدمات الرعاية الصحية
- 93 7. توسيع وتعميم حرية تحديد التعريف و ضمان شفافية فوترة العلاجات المقدمة
- 93 8. تعزيز مراقبة المصحات الخاصة عبر اللجوء بالخصوص إلى مكلفين بالأعمال معتمدين
- 94 9. محاربة الممارسة المتعلقة بشيك الضمان عبر إرساء صندوق ضمان
10. تفعيل المقتضيات القانونية المتعلقة بقواعد إشهار تعريفه الخدمات بالمصحات الخاصة، وإقرار عقوبات زجرية في حق المخالفين
- 94 11. فرض تعريف واضحة ومفصلة للعلاجات والأدوية المستهلكة
- 94 12. تعزيز عمليات المراقبة الجبائية للمصحات الخاصة وحثها على إجراء افتحاص منتظم لحساباتها بهدف محاربة ظاهرة التصريح الناقص المنتشر على نطاق واسع
- 94 13. تكريس شفافية الأعمال الجراحية لضمان حماية أفضل للمرضى والمتمرسين
- 95 14. تطوير وتحسين عرض الاستشفاء العمومي من أجل مضاعفة المنافسة في سوق الرعاية الصحية
- 95 15. تفعيل منظومة إعلامية صحية وطنية قائمة على تكنولوجيات الإعلام الجديدة
- 96 16. وضع خريطة صحية ورقمنة ملف المريض وإرجاع المصاريف
- 96 17. تحسيس المرضى باحترام مسار العلاجات المنسق من أجل ضمان استدامة صناديق الاحتياط الاجتماعي
- 96 18. ضمان حماية أفضل للمرضى أو المستهلكين
- 96 19. مراجعة الإطار التشريعي والتنظيمي المؤطر لنشاط المصحات الخاصة
- 97 20. تحيين وتوحيد المعايير التقنية
- 97 21. تطوير المصحات الخاصة غير الهادفة إلى الربح في المدن الكبرى للمملكة وتحسين شروط ولوج المرضى إليها

لائحة الجداول

- الجدول 1: العرض الاستشفائي الوطني حسب قطاع النشاط الطبي.....27
- الجدول 2: النفقات الصحية الجارية حسب نوع مقدم الخدمة.....28
- الجدول 3: عدد وحجم المصحات الخاصة حسب فئات الطاقة السريرية.....31
- الجدول 4: توزيع المصحات حسب مبلغ الرأسمال الاجتماعي لبنية الاستشفاء.....33
- الجدول 5: البنية الاجتماعية والقانونية للشركات القابضة.....34
- الجدول 6: توزيع المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها حسب الشكل القانوني.....35
- الجدول 7: توزيع المصحات حسب الوضع القانوني منذ عام 1990.....36
- الجدول 8: خريطة الاستشفاء بالقطاع الخاص على الصعيد الوطني.....38
- الجدول 9: توزيع المصحات حسب الجهات والأشخاص المؤمنين والمؤدين.....39
- الجدول 10: قدرة الفاعلين في المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها من حيث عرض الأسرة.....40
- الجدول 11: ترتيب العشرة مصحات الخاصة الأولى حسب الطاقة السريرية.....41
- الجدول 12: عدد والطاقة السريرية لمجموعات المصحات الخاصة الهادفة وغير الهادفة إلى الربح.....41
- الجدول 13: النفقات الصحية الجارية حسب نوع مقدم الخدمة.....45
- الجدول 14: مستوى نفقات الصحة بالمغرب مقارنة ببعض الدول.....47
- الجدول 15: ترتيب العشرة مصحات خاصة التي قدمت أعلى أرقام المعاملات المصرح بها.....48
- الجدول 16: رقم المعاملات المصرح به حسب حجم المصحات الخاص والمؤسسات المماثلة لها.....49
- الجدول 17: توزيع أرقام المعاملات المصرح بها حسب الجهات برسم 2019.....50
- الجدول 18: المراكز العشرة الأولى لغسيل الكلى حسب عدد المولدات.....50
- الجدول 19: المراكز العشرة الأولى لتصفية الدم حسب رقم المعاملات المصرح به.....51
- الجدول 20: المراكز العشرة الأولى للفحص بالأشعة حسب رقم المعاملات المصرح به.....51
- الجدول 21: أرقام المعاملات المصرح بها لمراكز غسيل الكلى ومراكز الأشعة حسب الجهة.....52
- الجدول 22: توزيع فئات المصحات الخاصة حسب التكاليف والنتائج برسم 2019.....53
- الجدول 23: توزيع المؤسسات المماثلة حسب التكاليف والنتائج في 2019.....55
- الجدول 24: توزيع المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها حسب تكاليف كل سرير ورقم المعاملات برسم 2019.....56
- الجدول 25: توزيع نتائج الاستغلال والنتيجة الصافية لكل سرير وحسب حجم المصحات الخاصة برسم 2019.....56
- الجدول 26: المؤشرات المالية لكل سرير حسب الجهات برسم 2019.....57
- الجدول 27: توزيع النتائج لكل مولد بمراكز تصفية الدم برسم 2019.....57
- الجدول 28: توزيع النتائج المالية لكل مولد بمراكز تصفية الدم حسب الجهة برسم 2019.....57
- الجدول 29: تطور المؤشرات المالية للمصحات الخاصة (1) برسم 2019.....58
- الجدول 29: تطور المؤشرات المالية للمصحات الخاصة (2) برسم 2019.....59
- مكرر:
- الجدول 30: تطور المؤشرات المالية لمراكز الفحص بالأشعة.....59

الجدول 31: تطور المؤشرات المالية لمراكز تصفية الدم برسم 2019.....	60
الجدول 32: تطور المؤشرات المالية لمراكز تصفية الدم لكل مولد برسم 2019.....	61
الجدول 33: مؤشرات التركيز حسب صنف الطاقة السريرية.....	61
الجدول 34: مؤشرات التركيز حسب الجهات.....	62
الجدول 35: توزيع المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها المحدثه منذ 1990.....	66
الجدول 36: ملخص عمليات المراقبة التي أجرتها وزارة الصحة والحماية الاجتماعية في الفترة من 2018 إلى 2022.....	72
الجدول 37: حصة عرض الاستشفاء بالقطاع الخاص بالمغرب مقارنة ببلدان المقارنة المعيارية (برسم 2021).....	75
الجدول 38: أهمية المصحات الخاصة غير الهادفة إلى الربح في بلدان الدراسة المقارنة.....	78
الجدول 39: مصادر تمويل العلاجات ببلدان المقارنة المعيارية حسب نموذج نظام التأمين.....	80
الجدول 40: الكثافة الطبية وشبه الطبية في المغرب وفي بلدان الدراسة المقارنة.....	82

لائحة الأشكال

الشكل 1: توزيع المبالغ المدفوعة مباشرة (في إطار الثالث المؤدي) حسب نوع مقدم خدمة العلاج.....	29
الشكل 2: فئة المصحات حسب الطاقة السريرية.....	31
الشكل 3: الطاقة السريرية حسب فئة المصحات الخاصة.....	31
الشكل 4: نوع أنشطة المصحات الخاصة.....	32
الشكل 5: التوزيع الجغرافي للمصحات الخاصة في المغرب.....	37
الشكل 6: الكثافة السريرية الخاصة كمكُون للكثافة السريرية الوطنية.....	75

أولاً: تقديم عام لمضمون الرأي

أ. تقديم سياق ومضمون الرأي

بواسطة قراره عدد 18/ق/2022 المؤرخ في 14 مارس 2022، اتخذ مجلس المنافسة مبادرة للإدلاء برأي بهدف التحقيق ودراسة وافتحاص وضعية المنافسة داخل السوق الوطنية للرعاية الطبية المقدمة من طرف المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها.

ويأتي هذا القرار على ضوء تفعيل إصلاحات كبيرة ذات الصلة بقطاع الصحة بالمغرب، وفي سياق تعميم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بحلول نهاية سنة 2022.

وعلى سبيل التذكير، عمل المغرب، على مدى العقود الماضية، على إصلاح قطاعه الصحي، لاسيما عن طريق إحداث أنظمة التغطية الصحية الأساسية، كما يتضح من خلال إدراج نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض سنة 2005 وتعميم نظام المساعدة الطبية (راميد) سنة 2012.

غير أنه، وعلى الرغم من الجهود المبذولة، يواجه المواطنون باستمرار عدة أوجه قصور تعتري منظومة الصحة العمومية، تتمثل في اختلال واضح بين الطلب المتزايد على حجم ونوعية الرعاية الصحية من جهة، وعدم كفاية عرض الخدمات الصحية العمومية الذي يتسم بجودة متوسطة أو حتى متواضعة في بعض الحالات، من جهة أخرى.

وقد أكدت أعلى سلطة في البلاد هذا التشخيص، إذ دعا صاحب الجلالة الملك محمد السادس نصره الله في خطابه الذي ألقاه بمناسبة الذكرى التاسعة عشرة لاعتلائه العرش بتاريخ 29 يوليوز 2018، إلى: "إعادة النظر، بشكل جذري، في المنظومة الوطنية للصحة، التي تعرف تفاوتات صارخة، وضعفا في التدبير". وحث خلال نفس المناسبة السلطات العمومية على "التركيز على المبادرات المستعجلة" لمعالجة هذه الوضعية.

وتتضمن هذه المبادرات ورش تعميم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض خلال سنتي 2021 و2022 والذي يحظى بأولوية مطلقة، وتوسيع قاعدة المستفيدين من هذا النظام، لتشمل 22 مليون شخص إضافي بما في ذلك الفئات الهشة المستفيدة من نظام المساعدة الطبية والمهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا حرا. وسيضاف هذا العدد إلى 11 مليوناً شخصاً يستفيدون إلى حد الآن من هذا النظام.

وبالموازاة مع هذا الورش، وبالنظر إلى التحديات التي فرضتها جائحة كوفيد-19، تقرر العمل على تعزيز القدرات الطبية الوطنية كورش ثان ذي أولوية. ويشمل ذلك فتح مزاولة مهنة الطب على الكفاءات الأجنبية، وتشجيع المصحات والمستشفيات العالمية المشهود لها بالتميز على الاستثمار في المغرب¹. وتشكل هذه الدينامية جزءاً من المستجدات المستمرة التي جاء بها القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب، الذي جرى تقديمه سنة 2015 ونص على افتتاح رأسمال المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها وإمكانية إحداثها وفقاً لأشكال قانونية جديدة، بشكل يمكن بالخصوص الفاعلين الاقتصاديين على الاستثمار في هذه المؤسسات.

وتتصب جميع التطورات المذكورة أعلاه (توسيع قاعدة المستفيدين من التغطية الصحية وفتح الاستثمار الأجنبي في المصحات الخاصة) في اتجاه إعادة تشكيل سوق الرعاية الطبية التي تقدمها المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها، مع الاستمرار في تعزيز دور القطاع الخاص في المنظومة الصحية، لاسيما من خلال

1 التعليمات الملكية السامية الواردة في الخطاب الملكي بمناسبة افتتاح البرلمان برسم سنة 2018.

الزيادة في الحصة النسبية للمؤسسات الخاصة في الطاقة الاستيعابية الوطنية المخصصة للاستشفاء مقارنة بالمستشفيات العمومية، والتي لا تزال طاقتها الاستيعابية محدودة.

في هذا السياق، أتاح القانون رقم 131.13 المشار إليه أعلاه إمكانية استثمار القطاع الخاص في رأسمال المصحات الخاصة خلال السنوات الأخيرة، مما عمل على دعمه وتعزيزه.

ويقترح مجلس المنافسة، في هذا الصدد، دراسة هذه الدينامية وتأثيرها على المنافسة على مستوى القطاع المعني. وبالتالي، سينكب على تحليل الإطار التشريعي والتنظيمي الذي يؤطره، وتقديم بنية السوق، لا سيما العرض والطلب ومستوى التركيز، ودراسة وضعية المنافسة داخل السوق المذكورة ونظامتها، فضلاً عن تحليل عينة من التجارب الدولية في مجال أسواق الرعاية الطبية المقدمة من طرف المؤسسات الخاصة. أخيراً، وانطلاقاً من التشخيص المنجز والإكراهات التنافسية المرصودة، يقترح المجلس توصيات بهدف تحفيز المنافسة في هذه السوق وتعزيز نموها، بشكل يمكن هذا القطاع من الاضطلاع بدوره بالكامل في تعزيز قدرات الرعاية الطبية ببلادنا، والتي أضحت أحد الشروط الحتمية لإقلاعه الاقتصادي.

ب. الإطار القانوني للرأي

يندرج هذا الرأي في إطار تطبيق مقتضيات المادة 4 من القانون رقم 20.13 المتعلق بمجلس المنافسة، والتي تنص في فقرتها الثالثة على أنه "يمكن للمجلس اتخاذ المبادرة للإدلاء برأي حول كل مسألة متعلقة بالمنافسة. وينشر الرأي المذكور بالجريدة الرسمية ليطلع عليها العموم".

وطبقاً لهذه الأحكام، اتخذ مجلس المنافسة بموجب قراره عدد 18/ق/2022 الصادر في 10 شعبان 1443 الموافق لـ 14 مارس 2022، المبادرة للإدلاء برأي بشأن وضعية المنافسة داخل السوق الوطنية للرعاية الطبية المقدمة من طرف المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها.

ت. مسطرة التحقيق

في إطار التحقيق في هذا الرأي، كلف مجلس المنافسة مكتب دراسات لأجل إجراء بحث ميداني شمل عينة مكونة من 30 مصحة خاصة و10 مؤسسات مماثلة، موزعة في مجموع التراب الوطني.

بالموازاة، وعلاوة على دراسة للوثائق المتاحة، انعقدت جلسات للاستماع للأطراف المعنية التالية:

- وزارة الصحة والحماية الاجتماعية،
- المديرية العامة للضرائب؛
- الوكالة الوطنية للتأمين الصحي،
- المجلس الوطني لهيئة الأطباء،
- هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي،
- الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي،
- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي،
- الجمعية الوطنية للمصحات الخاصة بالمغرب،

- الجمعية المغربية لمجموعات الصحة،
- الجمعية المغربية لمهنيي المستلزمات الطبية،
- الجمعية المغربية لمصالح سيارات الإسعاف والإنقاذ،
- الفيدرالية المغربية لصناعة الأدوية والابتكار الصيدلي،
- الجامعة المغربية لشركات التأمين وإعادة التأمين،
- الجامعة المغربية لحقوق المستهلك،
- جمعية السلام لحماية المستهلك،
- المستشفى الجامعي الدولي الشيخ خليفة،
- كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء،
- مجموعة "AKDITAL".

ثانياً: ديباجة

أ. خصوصيات سوق الرعاية الطبية

تضم سوق الرعاية الطبية خمسة مكونات رئيسية، وتشمل سوق العلاجات وسوق صناعة الأدوية وسوق المعدات الطبية وسوق التمويل الصحي (أو التأمين الصحي) وسوق التكوين الطبي وشبه الطبي.

وثمة خصوصيات تطبع هذه السوق، ويشار إليها على النحو التالي:

- ينص ميثاق منظمة الصحة العالمية والإعلان العالمي لحقوق الإنسان على أن الصحة تشكل حقاً أساسياً يستند إلى احتياجات السكان وليس إلى قدرتهم على تسديد تكاليف العلاجات. ويندرج دستور المملكة المغربية لسنة 2011 ضمن هذا الاتجاه، إذ يكرس الولوج إلى العلاجات والقدرة على تسديد تكاليفها باعتبارها حقاً من حقوق الإنسان على حد سواء. ومن تم، شجعت المبادئ المنصوص عليها في الدستور السلطات العمومية على تنزيل التغطية الصحية الأساسية، استناداً إلى مبادئ التضامن والإنصاف.
- على مستوى سوق الرعاية الطبية، تؤثر العوامل الديموغرافية ونسبة الإصابة بالأمراض بشكل أكبر على حجم السوق وتطورها مقارنة بالمحددات الاقتصادية المتعلقة باستهلاك العلاجات.
- من الضروري التمييز كذلك بين الطلب الأساسي للمريض، حين يقصد تلقائياً مرفقاً صحياً بناء على حاجة خاصة (قرار اللجوء إلى العلاجات) والطلب الثانوي المعبر عنه من قبل الطبيب، والذي يحث فيه المريض على إجراء فحوصات إضافية أو توصيف علاجات أوهما معاً. ويتغير الطلب الأولي على العلاجات بفعل الطلب الثانوي للطبيب (طلب مستحث). وبالتالي، يضطلع الطبيب بعدة أدوار في أسواق الرعاية الصحية، إذ يقوم في الوقت ذاته برصد الحاجة إلى العلاج، ويعبر عن طلب ثانوي بشأنه ويعمل على توفيره.
- يمكن اعتبار الطبيب، من منظور سوق تنافسية، بمثابة مقاول يهدف إلى جني الأرباح، بينما تعتبره الأخلاقيات المرتبطة بمزاولة مهنة الطب مسؤولاً مشهود له بنكران الذات. وتعد هذه الأخلاقيات بمثابة وسيلة لتعليق سلطة التقنين الذاتي لمهنة الطب. في المغرب، ومن أجل تكريس هذا المنظور المتعلق بالتنظيم المهني

للممارسات الطبية، عمل المجلس الوطني لهيئة الأطباء، في الآونة الأخيرة، على تحيين مدونة أخلاقيات مهنة الطب² بمقتضى مرسوم.

• تقوم التغطية الصحية بتعديل السعر النهائي الذي يسدده المريض المستفيد، وتتيح أحياناً إمكانية إلغاء هذا السعر في حالة التحمل الكامل. وبالتالي، يرتبط الطلب على الرعاية الطبية ارتباطاً وثيقاً بتطابق سلال الرعاية ومستوى استرداد النفقات الصحية. علاوة على ذلك، كلما جرى تعميم هذه التغطية، ازداد تحييد تأثير السعر لصالح تدبير مخاطر أخرى، على غرار الانتقاء العكسي³ والمخاطر المعنوية. زيادة على ذلك، يمكن تعميم التغطية الصحية شركات التأمين على الرعاية الصحية من التوقع كفاعلين رئيسيين في تنظيم قطاع الرعاية الصحية. ويتم ذلك من خلال التحكم في كمية اللجوء إلى العلاجات من قبل المؤمن عليهم وذوي حقوقهم، وكذلك قدرتهم على التأثير على التعريف المرجعية.

ب. تحديد موضوع الرأي: المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها

يتمحور هذا الرأي حول المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها. وتشكل هذه الهيئات القانونية جزءاً من المؤسسات الصحية التي توفر خدمات الرعاية الصحية بالقطاع الخاص، طبقاً لما هو منصوص عليه في القانون رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات. وقد يكون الغرض من هذه المؤسسات تحقيق الربح أم لا.

عرفت المادة 59 من القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب المصحات الخاصة على أنها "كل مؤسسة صحية خاصة تهدف إلى تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى والجرحى والنساء الحوامل أو بالمخاض في إطار الاستشفاء، طوال المدة التي تستدعيها حالتهم الصحية و/أو تقوم بتقديم خدمات تتعلق بإعادة تأهيلهم". ويدخل في إطار الاستشفاء، الخدمات المقدمة في "مستشفى النهار". وبالتالي، يستند تعريف المصحة الخاصة إلى وظيفتها في مجال الاستشفاء بالقطاع الخاص سواء تعلق الأمر باستشفاء كامل أو استشفاء نهارى.

وتشير صياغة المشرع لهوية المصحات الخاصة استناداً إلى وظيفة الاستشفاء بالقطاع الخاص إلى وجوب تأسيس وظيفة المؤسسات المماثلة للمصحات الخاصة على الاستشفاء كذلك. وبالتالي، تعد المؤسسات المماثلة بمثابة مرافق صحية خاصة، توفر العلاجات والخدمات الصحية في إطار الاستشفاء بالقطاع الخاص. وقد حدد القانون رقم 131.31 تسعة أنواع من المؤسسات المماثلة، فيما حدد مرسومه التطبيقي (المادة 16) أربعة أنواع إضافية. وتشكل قائمة المؤسسات، البالغ أنواعها 13، على النحو التالي:

- مراكز تصفية الدم،
- مراكز أمراض الدم السريرية،
- مراكز العلاج الإشعاعي،
- مراكز العلاج الإشعاعي الموضعي،
- مراكز العلاج الكيميائي،

2 المرسوم رقم 2.21.225 المؤرخ في 17 يونيو 2021.

3 فيما يتعلق بالرعاية الصحية، قد يشمل الانتقاء العكسي إخفاء المعلومات المتعلقة بالرأس المال الصحي عن شركة التأمين من أجل الحصول على عقد يوفر مزايا أكثر من الناحية المالية.

- مراكز القسطرة،
- مراكز النقاهاة أو الترويض،
- مراكز الاستحمام من أجل العلاج،
- وحدات متنقلة للتشخيص والعلاج،
- مراكز للعلاج الفيزيائي،
- مراكز للعلاج من الإدمان،
- مراكز خاصة بعلاج أشخاص ذوي احتياجات خاصة،
- مراكز للتصوير بالأشعة.

إضافة إلى ذلك، نص المرسوم رقم 2.15.447 المؤرخ في 16 مارس 2016 والقاضي بتطبيق القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب، على إمكانية تميم أو تغيير القائمة أعلاه بقرار وزاري، بعد رأي المجلس الوطني لهيئة الأطباء.

وتجدر الإشارة إلى أن غالبية أنواع المؤسسات المماثلة غير موجودة، إلى حدود الساعة، بالمغرب وأن المعايير التقنية المنصوص عليها بمقتضى القانون، باعتبارها معايير رئيسية في عملية منح الترخيص بفتح المؤسسات، لا تتواجد إلا بالنسبة لمراكز تصفية الدم. وفي السياق ذاته، تجدر الإشارة إلى أن بعض الأنشطة المزاوله من قبل المؤسسات المماثلة تجزها المصحات الخاصة، على غرار العلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي وأمراض الدم السريرية والقسطرة والتصوير بالأشعة.

ثالثا: الإطار القانوني لسوق الرعاية الطبية المقدمة من طرف المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها بالمغرب

ارتأى المغرب إرساء منظومة صحية مختلطة تتسم بوجود قطاعين عمومي وخاص لتوفير العلاجات، وبتمويل قائم على المساهمات وبالميزانية على حد سواء. وشهدت هذه المنظومة، على مر السنوات الماضية، إصلاحا شاملا، فرضته التحولات العميقة للمجتمع المغربي، وتطور التكنولوجيا والمعلومة الطبية، وكذا التقدم المحرز في مجال الطب، لاسيما فيما يتعلق بالعلاج.

من الناحية القانونية، يؤطر قطاع الصحة، علاوة على الأحكام الدستورية (ولا سيما الفصل 31 من الدستور الذي ينص على الحق في العلاج والتغطية الصحية باعتبارهما حقوقا أساسية)، بواسطة مجموعة من المدونات والقوانين ونصوصهما التطبيقية.

وفي هذا الصدد، تجدر الإشارة إلى أنه لا توجد نصوص تشريعية وتنظيمية خاصة بالمصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها. بيد أنه ثمة عدة نصوص تتضمن مقتضيات ذات الصلة بهذه المصحات والمؤسسات وكيفية تأطيرها، لاسيما:

- القانون الإطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.11.83 الصادر في 29 من رجب 1432 (2 يوليو 2011)، والذي يحدد المبادئ والأهداف الأساسية لعمل الدولة في مجال الصحة وتنظيم المنظومة الصحية. وتتكون هذه المنظومة من مجموع المؤسسات والموارد

والأعمال المنظمة لتحقيق الأهداف الأساسية للصحة. وتحدد المادة 14 منه المؤسسات الصحية في القطاع الخاص (لأسيما العيادات الطبية والصيدليات والمصحات والمؤسسات التي تدخل في حكمها)، وكذلك مضمون عرض العلاجات الذي يتضمن الموارد البشرية، ومجموع البنيات التحتية الصحية التابعة للقطاع العام أو الخاص، وكل المنشآت الصحية الأخرى الثابتة أو المتنقلة، وكذا الوسائل المسخرة لتقديم العلاجات والخدمات الصحية استجابة للحاجيات الصحية للأفراد والأسر والجماعات.

كما نص هذا القانون على إحداث خريطة صحية ومخططات جهوية لغرض العلاجات، وعلى منظومة إعلامية صحية وطنية تتولى جمع ومعالجة واستغلال كل المعلومات الأساسية المتعلقة بالمؤسسات الصحية العامة والخاصة وبأنشطتها وبمواردها وتقييم حجم وجودة العلاجات.

إضافة إلى ذلك، نص القانون على إحداث هيئات متخصصة تضطلع بمهام ضمان انسجام أعمال المنظومة الصحية وتحسين حكمتها وتمكين مختلف الشركاء من المساهمة الفعالة في هذه المنظومة. ويتعلق الأمر بالخصوص بـ "اللجنة الوطنية الاستشارية للتسيق بين القطاع العام والقطاع الخاص" و"اللجنة الوطنية للتقويم والاعتماد"، واللذان يفترض فيهما المساهمة في تنظيم التكامل بين القطاعين العام والخاص وتعزيز جودة العلاجات. غير أنه، ولحدود الساعة، لم يتم تفعيل الهيئات المذكورة أعلاه، وكذا المنظومة الإعلامية الصحية الوطنية.

• القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.15.26 الصادر في 29 ربيع الآخر 1436 (19 فبراير 2015)، ويعد بمثابة القانون الثاني المتعلق بمزاولة مهن الصحة والمخصص بالكامل لمزاولة مهنة الطب بعد القانون رقم 10.94. ويهدف إلى مواكبة تطوير مزاولة المهنة في القطاع الخاص بالمغرب. كما نص على فتح رأسمال المصحات والمؤسسات المماثلة لها عبر الترخيص للشركات التجارية بإحداث هذه المصحات والمؤسسات أو المساهمة فيها أو هما معا، شريطة أن يتم إسناد مسؤولية الإدارة الطبية إلى طبيب مقيم في جدول هيئة الأطباء (المادة 60). في الواقع، تنص المادة 60 على أنه يمكن أن تكون المصحات والمؤسسات المماثلة لها في ملكية:

- شخص ذاتي شريطة أن يكون طبيبا، ويجوز له تأسيس شركة ذات مسؤولية محدودة بشريك واحد،
- مجموعة من الأطباء، وفي هذه الحالة يجب عليهم أن يؤسسوا أحد أشكال الاشتراك أو أن يؤسسوا فيما بينهم شركة تخضع للقانون التجاري،
- شركة تجارية (شركة مساهمة أو شركة ذات مسؤولية محدودة)،
- شخص اعتباري خاضع للقانون الخاص ولا يهدف إلى الحصول على الربح. ويتعلق الأمر، بالنسبة للمصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها، بالمؤسسات والجمعيات.

يهدف فتح رأسمال المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها أمام المستثمرين من القطاع الخاص، بخلاف المستثمرين من الوسط الطبي، إلى تنويع وتوسيع عرض العلاجات بالقطاع الخاص من خلال تشجيع الاستثمارات الضخمة وتسهيل ولوج هذه المؤسسات إلى التقنيات المبتكرة.

زيادة على ذلك، تنص أحكام القانون المذكور أعلاه على ربط مزاولة مهنة الطب بشرط الامتثال للمعايير التقنية. في الواقع، يخضع منح الإذن المسبق بإحداث مصحة أو تغييرها أو توسيعها للامتثال للمعايير التقنية

المتعلقة بإنشاء المصحات وكل نوع من المؤسسات المماثلة لها وتجهيزها، والمعايير المتعلقة بعدد المستخدمين بها ومؤهلاتهم، أخذاً بعين الاعتبار وظائفها وأنشطتها الطبية وطاقاتها الاستيعابية، وعند الاقتضاء الاحتياجات الخاصة لمرتفقيها.

غير أنه كان يفترض تحديد المعايير المذكورة أعلاه، كما هي منصوص عليها في المادة 124، بنص تنظيمي وخلال مدة لا تتجاوز سنتين من تاريخ صدور القانون المذكورة في 19 مارس 2015. ويظهر جلياً أنه لم يتم بعد تحديد هذه المعايير. كما تظل الأذن تمنح استناداً إلى المعايير المحددة بمقتضى القرار الوزاري رقم 00-1693 المؤرخ في 2 نونبر 2000.

إلى جانب المعايير التقنية المذكورة أعلاه، نصت المادة 4 من نفس القانون على سن نظام لتأطير مزاولة مهنة الطب، يستند إلى التقيد في الهيئة الوطنية للأطباء.

ومن ثم، ارتأت السلطات العمومية سن نظام لتأطير مزاولة مهنة الطب وتنظيم الولوج إليها، مدفوعة بذلك بهدف المصلحة العامة. وتتجلى، في هذه الحالة، في حماية الصحة العامة من جهة، ومراعاة خصوصيات المهنة التي تتطلب تكويناً علمياً والتقيد بالمتطلبات الأخلاقية، من جهة أخرى.

علاوة على ما سبق، نص القانون رقم 131.13 على قواعد الإعلانات الخاصة بالعيادات الطبية والمصحات والمؤسسات المماثلة لها. وتتوافق هذه الأحكام مع أحكام المادة 3 من القانون رقم 31.08 المتعلق بحماية المستهلك⁴. وتتص المادة 46 على وجوب إعلان الأطباء لتعريف الأعمال الطبية والخدمات التي يقدمونها بشكل واضح ومقروء في أماكن الاستقبال أو في قاعات الانتظار داخل عياداتهم، وإعلان كذلك انخراطهم من عدمه في الاتفاقيات الوطنية المبرمة في إطار التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

فيما يتعلق بالمصحات والمؤسسات المماثلة لها، نصت المادة 75 من نفس القانون على وجوب الإعلان من طرف المصحة، وتحت مسؤولية المدير الطبي، قائمة الأطباء الممارسين داخلها، وتخصصاتهم في واجهات المصحة وفي أماكن الاستقبال. ونصت كذلك على إعلان بشكل واضح ومقروء، تحت مسؤولية المدير الإداري والمالي، في أماكن الاستقبال وفي واجهات مكاتب الفوترة كل المعلومات المتعلقة بأسعار الخدمات التي تعرضها المصحة وكذا أتعاب المهنيين الصحيين المزاولين بها. وأخيراً، نصت على إعلان، وفق الشروط ذاتها، انخراط المصحة من عدمه في الاتفاقيات الوطنية المبرمة في إطار التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

• القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.02.296 الصادر في 25 من رجب 1423 (3 أكتوبر 2002)، والذي أتاح وضع الأسس المؤسسية للتمويل الصحي بالمغرب، وأدرج آليتين للتمويل تركزان على مبادئ التضامن والإنصاف، وهما التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ونظام المساعدة الطبية. ونص القانون كذلك على إحداث الوكالة الوطنية للتأمين الصحي باعتبارها وكالة تعنى بتوحيد وتقنين التغطية الصحية الأساسية.

نصت المادة 57 من نفس القانون على إحداث الوكالة الوطنية للتأمين الصحي في شكل مؤسسة عمومية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي. ووفقاً لأحكام المادتين 58 و59 منه، تتمثل مهمة هذه الوكالة في السهر على حسن سير نظام التغطية الصحية الأساسية، وضمان التأطير التقني للتأمين الإجباري الأساسي

4 الظهير الشريف عدد 03-11-1 المؤرخ في 14 ربيع الأول 1432 (18 فبراير 2011) بإصدار القانون رقم 31.08 المتعلق بإجراءات حماية المستهلك - الجريدة الرسمية عدد 5932 بتاريخ 7 أبريل 2011.

عن المرض، وكذلك السهر على إعداد الوسائل الكفيلة بضبط منظومته. وتكلف أيضا بتدبير الموارد المرصدة لنظام المساعدة الطبية، طبقا لمقتضيات المادة 60 من القانون.

ونصت أحكام القانون (المادتان 19 و23) على أن الخدمات الطبية المقدمة من قبل القطاع الخاص تحدد في إطار الاتفاقيات الوطنية المبرمة بمبادرة وتوجيه من الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بين الهيئات المكلفة بالتدبير والمجالس الوطنية للهيئات المهنية والمنظمات النقابية لمقدمي العلاجات.

وسنت هذه الاتفاقيات مبدأ يعتبر بموجبه كل مقدم للخدمات الطبية، ينتمي إلى المهنة، منضما تلقائيا إلى الاتفاقية الوطنية المعتمدة، وبالتالي فهو مطالب بالامتثال لجميع بنودها. وإذا رغب في عدم الانضمام إلى الاتفاقية الوطنية، وجب عليه أن يصرح بذلك لدى الوكالة الوطنية للتأمين الصحي والهيئات المكلفة بالتدبير والهيئة المهنية التي ينتمي إليها.

ونص القانون المشار إليه أعلاه كذلك على الفصل بين وظائف إنتاج العلاجات وتمويلها، مانعا بالتالي أية هيئة مكلفة بتدبير التأمين الإجباري الأساسي عن المرض (الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي وصندوق الضمان الاجتماعي في هذه الحالة) من إحداث و/أو تدبير مصحة خاصة أو مؤسسة مماثلة لها.

• القانون رقم 08.12 المتعلق بالهيئة الوطنية للطبيبات والأطباء، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.13.16 الصادر في فاتح جمادى الأولى (13 مارس 2013): تتمتع الهيئة الوطنية للطبيبات والأطباء، طبقا لأحكام هذا القانون، بمهام المرفق العام وتسهر على تنظيم مهنة الطب. وحدد القانون بوضوح شروط التسجيل بجدول هيئة الطبيبات والأطباء، وكذا شروط تعيين المواطن المهني، وتلك المتعلقة بتغييره. كما أشار بطريقة شفافة إلى المساطر الشكلية ذات الصلة بقرار التسجيل ومساطر الطعن في حالة رفض التسجيل.

فضلا عن ذلك، حدد القانون بوضوح شروط رفض التسجيل، التي تستثني أية اعتبارات ذات طبيعة اقتصادية، وإمكانية الطعن في قرار الرفض لدى المجلس الوطني للهيئة وأمام المحكمة الإدارية المختصة. ومن ثم، لا يجوز للهيئة رفض أو عرقلة الولوج إلى مزاولة مهنة الطب بصرف النظر عن المعايير المحددة بمقتضى القانون أو النظام.

وعمل القانون كذلك على توسيع صلاحيات الهيئة المذكورة، وأجاز انتخاب رئيسها (وليس تعيينه). كما أتاح إرساء أول مدونة وطنية لأخلاقيات مهنة الطب (المرسوم رقم 2.21.225 المؤرخ في 17 يونيو 2021).

• القانون رقم 142.12 المتعلق بالأمن والسلامة في المجالين النووي والإشعاعي، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.14.149 الصادر في 22 غشت 2014، سن هذا القانون نظاما لترخيص ومراقبة المعدات الإشعاعية والنووية، وتوحيد تدابير السلامة والأمن والحماية من الإشعاع. كما أجاز إحداث هيئة تنظيمية مستقلة ممثلة في الوكالة المغربية للأمن والسلامة في المجالين النووي والإشعاعي.

• المرسوم رقم 2.12.507 الصادر في 28 من ربيع الأول 1436 (20 يناير 2015) يتعلق بوضعية الأطباء وأطباء الأسنان بالقطاع الخاص المتعاقدين مع وزارة الصحة: أجاز هذا المرسوم لوزارة الصحة، عندما تدعو حاجة المصلحة إلى ذلك، أن تلجأ عن طريق التعاقد إلى أطباء عامين أو متخصصين وإلى أطباء أسنان من القطاع الخاص لمزاولة مهنتهم لبعض الوقت بمؤسسات صحية تابعة للوزارة، واقعة في دوائر إدارية حيث يكون عرض العلاجات غير كاف إما من حيث عدد الأطباء أو أطباء الأسنان أو من حيث المؤهلات الطبية.

كخلاصة، يتضح أن سوق العلاجات المقدمة من قبل المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها توظف بواسطة منظومة تشريعية وتنظيمية متفرقة بين عدة نصوص. وتوظف هذه المنظومة الولوج إلى السوق المذكورة بالقطاع

الخاص بصفة عامة، وبالمصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها بصفة خاصة وسيرها، لاسيما الجوانب ذات الصلة بما يلي:

- الإذن بإحداث أو استغلال مصحة خاصة أو مؤسسة مماثلة لها،
- الإذن بمزاولة مهنة الطب،
- الإذن بتركيب معدات الأشعة الطبية،
- إذن بمزاولة الأعمال الطبية،
- التعريف المرجعية المتعلقة بالعلاجات والأدوية.

أخيراً، تجدر الإشارة إلى أن هذا الإطار القانوني سيخضع لتغييرات عميقة ناجمة عن الإصلاحات المرتقبة في مشروع القانون الإطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية المصادق عليه من قبل مجلس المستشارين المنعقد بتاريخ 25 أكتوبر 2022. ويستند مشروع القانون إلى أربع ركائز، تتمثل في الحكامة، وتهيئة الموارد البشرية، ورفع مستوى العرض الصحي، والرقمنة. ويهدف إلى تحفيز الإصلاح العميق، وتوفير الشروط المسبقة اللازمة لتنزيل ورش تعميم الحماية الاجتماعية.

فيما يتعلق بالحكامة، تتمثل المساهمة الرئيسية لمشروع القانون في إحداث هيئة عليا للصحة، تناط بها مهمة التأطير التقني للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض وتقييم جودة خدمات المؤسسات الصحية في القطاعين العام والخاص. وينص أيضا على إحداث مجموعات صحية ترايبية، تتولى أساسا تطوير وتنفيذ سياسة الدولة على الصعيد الجهوي وتعزيز آليات التعاون والشراكة بين القطاعين العام والخاص.

وفيما يتعلق بالموارد البشرية، تم اقتراح إرساء نظام جديد يتعلق بالوظيفة العمومية الصحية، يتخذ بقانون، بهدف تدارك النقص الحاصل في الموارد البشرية في قطاع الصحة، وكذلك إصلاح نظام التكوين والانفتاح على الكفاءات الطبية الأجنبية.

من أجل رفع مستوى عرض العلاجات، تم اقتراح إعادة تنظيم مسار العلاجات وإحداث نظام لاعتماد المؤسسات الصحية وشراكة بين القطاعين العام والخاص على أساس خلق الانسجام والتكامل من حيث البنية التحتية والموارد البشرية.

أخيراً، فيما يتعلق بالرقمنة، يقترح مشروع القانون المذكور إحداث منظومة معلوماتية مدمجة لجمع ومعالجة واستخدام المعلومات الرئيسية المتعلقة بالمنظومة الصحية.

رابعا: بنية سوق العلاجات المقدمة من طرف المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها بالمغرب

أ. تحليل بنية العرض

1. لمحة تاريخية عن تطور المصحات الخاصة في المغرب

لطالما كان القطاع الصحي الخاص مقرونا بتطور القطاع العام. ويرجع النص الأول الذي ينظم مهنة الطب الخاص في المغرب إلى سنة 1916⁵، حيث صدرت التراخيص الأولى للمزاولة سنة 1917، والتي أتاحت لأطباء أجانب وأطباء مغاربة مكونين بالخارج بالمزاولة في القطاع الخاص بصفتهم أطباء مستقلين (أحرار). أما

5 ظهير 12 أبريل 1916 المنظم لعمل الأطباء والصيدالدة وجراحي الأسنان والقابلات.

بالنسبة لتطور قطاع المصحات الخاصة منذ الاستقلال، فإن تحليله يجعل من الممكن تحديد أربع مراحل، كل منها يتوافق مع ظهور نموذج تنظيمي جديد للمصحات الخاصة:

- **مرحلة المنشأة (1956-1979)** حيث هيمن الأطباء الأجانب أو المكونين في الخارج على مزاوله المهنة في القطاع الخاص، وحيث كان حجم المصحات الخاصة صغيراً (10 إلى 30 سريراً)، على شكل "مصحة - فيلا"، وتمركزت في المدن الكبيرة. وفي سنة 1960، كان المغرب يتوفر بالفعل على 52 مصحة خاصة⁶. خلال هذه المرحلة، كان نشاط المصحات الخاصة يعتمد بشكل أساسي على الجراحة. وخضعت الممارسة الطبية، إلى جانب طرق تقديم العلاجات الأخرى، للظهير الشريف رقم 1.59.367 المؤرخ في 19 فبراير 1960 الذي تنظم بمقتضاه مزاوله مهن الأطباء والصيدلة وجراحي الأسنان والعقاقيريين والقوابل. وأفرد هذا النص مادة واحدة للمصحات الخاصة. وشهدت سنة 1977 مبادرة لخصوصية خدمة استشفائية متخصصة، من خلال إحداث العصبة الوطنية لمقاومة أمراض القلب والشرابين. وتعد هذه الأخيرة بمثابة مركز جامعي للتميز في أمراض القلب وجراحة القلب والشرابين. وتحتل مكانة استثنائية كمؤسسة خاصة لا تهدف إلى الربح وتقع داخل مستشفى ابن سينا التابع للمركز الاستشفائي الجامعي بالرباط.

- **مرحلة التطور (1979-1998)** تميزت بظهور نموذج المصحة "المستشفى الخاص"، من خلال تطوير المصحات الخاصة متعددة التخصصات وغير الهادفة إلى الربح من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. تم إحداث 13 مصحة متعددة التخصصات تابعة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بين سنتي 1979 و1990. يتميز هذا النموذج من تنظيم المصحات بحجم الطاقة الاستيعابية الأكثر أهمية مقارنة بالنموذج السائد السابق وبإضفاء الطابع الفردي على وظائف تديرها. قدم المستشفى الخاص نفسه كبديل للمستشفى العام الذي كان يعاني الكثير من النواقص وأوجه القصور. وتزامنت هذه المرحلة بقدوم الأفواج الأولى من المتخرجين من كليتي الطب بالرباط (تأسست عام 1962) والدار البيضاء (تأسست عام 1975) إلى سوق العلاجات. وبالتالي، تعزز قطاع المصحات الخاصة الهادفة وغير الهادفة إلى الربح من حيث هيئة الأطباء. كما شهد إنجاز استثمارات في المنصات التقنية. وقد توجت هذه المرحلة بإصدار القانون رقم 10.94 المتعلق بمزاوله الطب والقانون رقم 11.94 المتعلق بالهيئة الوطنية للطبيبات والأطباء في سنة 1996. وجرى سن هاذين القانونيين بهدف ضمان إطار قانوني وتنظيمي يحدد طرق مزاوله مهنة الطب في القطاع الخاص. وشكل القانون 10.94 أول وثيقة قانونية خصصت بالكامل لمزاوله المهنة في القطاع الخاص. وقد أفرد فصلاً كاملاً (مكون من 8 مواد) للمصحات الخاصة. كما أدرج مفهوم المؤسسة المماثلة لمصحة. إضافة إلى ذلك، نصت مقتضيات المادتين 56 و57 على الترخيص للأساتذة الباحثين بممارسة الطب بصفة حرة في المصحات الخاصة في إطار نظام الوقت الكامل المعدل.

- **مرحلة التوسع (1998-2015)**، والتي اتسمت بتعزيز المصحات الخاصة في المدن الجامعية من خلال المزاول في إطار نظام الوقت الكامل المعدل، وما صاحب ذلك من تطوير المصحات الخاصة الهادفة وغير الهادفة إلى الربح وكذلك شروع السلطات العمومية بإصلاح صحي شامل. وتعزز نموذج "المصحة-المستشفى الخاص" بفضل مؤسسة الشيخ زايد التي قامت بإحداث مستشفى الشيخ زايد الدولي بالرباط سنة 1998، والتي تناط بها، بالإضافة إلى مهمته في تقديم العلاجات، مهمة التكوين على الصعيد الدولي. ومن ثم، يعد

6 وزارة الصحة العمومية، تقرير عن الندوة الوطنية حول الصحة في المغرب، حقائق وآفاق، ورزازات، يوليو 1992.

هذا المستشفى شكلا من أشكال المستشفيات الخاصة الجامعية والنموذجية التي أطلقها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. ويشكل نوعا من "المصحة الجامعية" أو "المركز الاستشفائي الجامعي الخاص" غير الهادف إلى الربح. واعتبر كذلك جزءاً من المركز الاستشفائي الجامعي بالرباط بموجب المرسوم رقم 2.04.776 المؤرخ في 27 دجنبر 2004 والمتعلق بالمراكز الاستشفائية الجامعية. ووفقا للنموذج ذاته، قامت مؤسسة الشيخ خليفة بالدار البيضاء بإحداث مستشفى الشيخ خليفة الدولي. وجرى تطوير مكون التدريس والبحث في المؤسسات على شكل جامعة علوم الصحة. ويتيح إحداث هذه المؤسسات التنبؤ بخصائص من حيث الموارد البشرية في مجال الصحة المعلن عنها بالمغرب.

علاوة على ذلك، ومن أجل مواكبة الزيادة في الطلب على العلاجات وتنويعه، وتطوير التخصصات الطبية ودرج تقنيات جديدة في مجال التشخيص، لا سيما في مجال التصوير التشخيصي الطبي، شهدت المصحات الخاصة على شكل "مصحة-فيلا" خلال هذه المرحلة تطورا مزدوجا:

- الاتجاه نحو توسيع عرض العلاجات (التجهيزات والتخصصات والبنيات) لاحتضان أنشطة جديدة تتبع نموذج "مصحة-ليغو"⁷. وتشير هذه الأخيرة إلى أي شكل تنظيمي يمكن مقارنته بلعبة ليغو مع تشابك العديد من العناصر، وبشكل يحيل على العناصر التي تم تركيبها في بعضها البعض دون أي تماسك شامل حقيقي. ويظهر وكأن الأمر يتعلق بعدة مصحات صغيرة مجمعة في مصحة واحدة.

- الاتجاه نحو تطوير التخصص الأحادي (تصفية الدم، أمراض القلب، طب العيون، الطب النفسي، إلخ) الذي يشكل نموذجا آخر لتنظيم المصحات الخاصة "مصحات أحادية التخصص".

خلال هذه المرحلة، شرع المغرب في إصلاح شامل للصحة شمل إحداث آليات جديدة لتمويل العلاجات، وتحديث المستشفى العمومي وإضفاء الطابع الجهوي على قطاع الصحة.

في هذا السياق، جاء القانون رقم 65.00 (2002) المتعلق بمدونة التغطية الصحية الأساسية بهدف تكثيف جهود الدولة لضمان الملاءة المالية للمرضى عبر إحداث نظام التأمين الاجباري الأساسي عن المرض (AMO) في سنة 2005 ونظام المساعدة الطبية (RAMED) في سنة 2008. وأدرج هذا الإصلاح على مستوى محيط المصحات الخاصة فاعلة جديدة ذات أهمية خاصة في نظامه أنشطتها. وتشمل بالخصوص الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي.

بالإضافة إلى توسيع نطاق المصحات الخاصة الهادفة وغير الهادفة إلى الربح، استفاد في هذه المرحلة أيضاً المستشفى العمومي الذي خضع لإصلاح تنظيمه وتأهيل مرافقه. وأتاح هذا الإصلاح تحديث المستشفيات الجهوية وتوسيع المستشفيات الجامعية عبر إحداث مراكز استشفائية جامعية جديدة بمدن فاس ومراكش ووجدة. وبالتالي تحسين تنافسية المستشفى العمومي مقارنة بالمصحات الخاصة الهادفة وغير الهادفة إلى الربح. ومن تم، وبفضل تطوير جميع أشكال الاستشفاء (العمومي والخاص الهادف وغير الهادف إلى الربح)، أدرجت هذه المرحلة الاهتمام بالقدرة التنافسية وتموقع المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها في سوق الاستشفاء.

فيما يتعلق بتأطير الممارسة الطبية، شهدت هذه المرحلة إصدار القانون رقم 34.09 (2011) المتعلق بالخريطة الصحية والقانون رقم 08.12 (2013) المتعلق بإصلاح الهيئة الوطنية للطببيات والأطباء. ويميز القانون رقم 34.09 بين قطاعين من الممارسة الطبية (عام وخاص) ويحدد أنواع مؤسساتهم. ويشير إلى التكامل بين

7 هي لعبة بناء متكونة من أجزاء بلاستيكية يمكن دمجها.

القطاعين العام والخاص (المادة 9) ويضع آليات لتنظيمها ومعايير لنشرها (خريطة صحية والمخطط الجهوي لعرض العلاجات). وتعتبر هذه المعايير بمثابة عناصر إرشادية للقطاع الخاص ويتم تشجيع تطبيقها من خلال حوافز التعاون في إطار عقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص. كما تنص المادة 30 من القانون رقم 34.09 على إحداث "لجنة وطنية استشارية للتسيق بين القطاع العام والقطاع الخاص". غير أن النصوص التطبيقية لإرساء هذه الآليات المتعلقة بالشراكة لم تخرج بعد إلى حيز الوجود، رغم شكايات منعشي القطاع الخاص، لاسيما العاملين بقطاع المصحات الخاصة.

• **مرحلة الإصلاح (من 2015 إلى الوقت الراهن):** بدأت هذه المرحلة بإصدار القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب الذي عزز الإطار القانوني للمصحات الخاصة (34 مادة ذات الصلة). وتم ذلك عبر إجراء تغييرات رئيسية همت شروط إحداث واستغلال المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها والقوانين المتعلقة بسيرها وتنظيمها. وفي هذا الإطار، جرى الشروع في فتح رؤوس أموال هذه المصحات في وجه المستثمرين من غير الأطباء، وكذلك تعزيز حكمة هذه المصحات (لجنة طبية للمؤسسة ولجنة للأخلاقيات وإدارة طبية وإدارة مالية). وعلى امتداد هذه المرحلة، عرف مشهد المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها ظهور "مجموعات المصحات" في القطاع الهادف إلى الربح، والمعروفة أيضا باسم "المجموعات الصحية" والمنظمة في الغالب وفقاً لنموذج الشركة القابضة. وتضم عدة مصحات خاصة من حيث الحجم والموقع الجغرافي المختلفين، منضوية تحت حكمة واحدة. وبرزت الظاهرة نفسها في القطاع غير الهادف إلى الربح (المؤسسات) مع ظهور "الشبكات الصحية" التي تضم هياكل لتقديم العلاجات وهياكل مخصصة للتكوين (الطبي وشبه الطبي والطب الحيوي) والبحث، وذلك تحت حكمة واحدة. ويكتسيان هاذين النموذجين بعدا دوليا.

واتسمت هذه المرحلة الأخيرة بإطلاق مشروع تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض من طرف صاحب الجلالة الملك محمد السادس نصره الله لفائدة 22 مليون شخص إضافي بحلول سنة 2022. وأثار هذا المشروع حماس المهنيين في القطاع الخاص وتعبئتهم، حيث يحتمل أن يشجع لا محالة على المزيد من الاستثمارات في قطاع الصحة.

وعليه، تتمثل أبرز السمات التي طبعت مرحلة تطور قطاع المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها فيما يلي:

- زيادة متوسط حجم المصحات الخاصة،
- تطوير المنصات التقنية،
- تطوير التخصصات الطبية،
- تنويع النماذج التنظيمية في القطاعين الهادف وغير الهادف إلى الربح على حد سواء،
- ظهور "نماذج أعمال" جديدة تضم عدة أنواع من الشركات.

في الوقت الحالي، لا يمثل قطاع المصحات الخاصة مجموعة متجانسة من المؤسسات الصحية تشتغل بنفس النموذج الفردي وإن كان بمستوى أقل من المؤسسات المماثلة، حيث يشكل كل نوع منها نموذجا منفصلاً.

وترتب عن ارتفاع معدل الاستهلاك الطبي المقرون بالتقدم التكنولوجي (المنصات التقنية المتطورة والمكلفة بشكل متزايد) وتعزيز التخصص الطبي ظهور حتمية إنجاز استثمارات أكثر أهمية، وتجميع الممارسات الطبية، وتكييف الأشكال التنظيمية للمصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها.

2. أهمية المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة في عرض العلاجات

شهد قطاع الصحة الخاص تطوراً مستمراً في السنوات الأخيرة، إذ يشكل في الوقت الراهن مكوناً هاماً في مشهد العرض والطلب على العلاج بالمغرب. ويضم حالياً 52,3% من الأطباء الممارسين، و88,3% من هياكل العلاجات الأولية و33,6% من الطاقة الاستيعابية المخصصة للاستشفاء.

وحسب الحسابات الوطنية الأخيرة للصحية (2018)، يمثل مقدمو الخدمات الصحية بالقطاع الخاص أيضاً 69,8% من النفقات الصحية الحالية مقابل 23,1% بالقطاع العام.

أ. وزن المصحات الخاصة في العرض الوطني للاستشفاء

ازدادت الطاقة الاستيعابية للمصحات الخاصة 4,8 مرات على مدار الثلاثين سنة الماضية (389 مصحة و13603 سريراً في سنة 2020 مقابل 100 مصحة و2803 سريراً في سنة 1990)⁸. وتمثل حالياً 33,6% من الطاقة الاستيعابية الوطنية للاستشفاء مقارنة بـ 29% في سنة 2017.

وتهيمن المصحات الهادفة إلى الربح على عرض الاستشفاء بالقطاع الخاص بنسبة 82,6% من الطاقة الاستيعابية بالقطاع مقابل 17,4% إزاء المصحات غير الهادفة إلى الربح.

الجدول 1: العرض الاستشفائي الوطني حسب قطاع النشاط الطبي

نوع المؤسسة	عدد المؤسسات	عدد الأسرة	عدد الأسرة بالنسبة المئوية
مصحات خاصة هادفة إلى الربح	363	11 233	27,7
مصحات خاصة غير هادفة إلى الربح	26	2 370	5,9
مجموع المصحات الخاصة	389	13 603	33,6
مجموع المستشفيات العمومية (بما في ذلك المراكز الاستشفائية الجامعية)	162	26 926	66,4
المجموع العام ⁹	551	40 529	100

المصدر: وزارة الصحة، 2020

ب. وزن المؤسسات المماثلة في العرض المتخصص للعلاجات

علاقة بتحمل مرضى تصفية الدم، يضم القطاع الخاص 196 مركزاً مقابل 120 مركزاً في القطاع العام، أي ما يعادل نسبة 62% من عرض مراكز تصفية الدم. وفيما يخص تحمل مرضى السرطان، يضم القطاع الخاص 31 مركزاً للأورام مقابل 11 مركزاً عاماً، أي ما يعادل نسبة 74% من عرض المؤسسات المتخصصة في علاج الأورام. وارتباطاً بمراكز الأشعة، وعلى ضوء التطور الأخير لوضعها القانوني الذي تحول من عيادة متخصصة في طب الأشعة إلى مركز طب الأشعة (أي المؤسسات المماثلة) بمقتضى المرسوم التطبيقي للقانون رقم 131.13، توجد عدة عيادات قيد تغيير وضعها القانوني. وفي الوقت الحالي، تتوفر 8 مراكز فقط على وضعية مؤسسة مماثلة.

8 مصادر بيانات عام 1990: وزارة الصحة العمومية، تقرير عن الندوة الوطنية للصحة في المغرب، حقائق وآفاق. ورزازات، يوليو 1992.

9 باستثناء المستشفيات العسكرية.

ت. وزن المصحات الخاصة في الاستهلاك الطبي

تستنزف المصحات الخاصة الهادفة وغير الهادفة إلى الربح (مصحات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والتعاضديات) 11,2 مليار درهم كحصة من التمويل الصحي، أي ما يعادل 18,9% من النفقات الصحية الحالية (الحسابات الصحية الوطنية، 2018) مقابل 15,2% إزاء المستشفيات العمومية (بما في ذلك المراكز الاستشفائية الجامعية). وبالتالي، تشكل هذه المصحات ثاني أهم مقدم علاجات بالمغرب، بعد الصيداللة وموردي السع الطبية والذين يمثلون 23,4% من هذه النفقات.

الجدول 2: النفقات الصحية الجارية حسب نوع مقدم الخدمة

النسبة المئوية	النفقات الصحية الجارية (بالآف الدراهم)	مقدم العلاجات
15,18	8 970 558,97	(المستشفيات العمومية (بما في ذلك المراكز الاستشفائية الجامعية
6,79	4 012 179,43	مؤسسات تقديم العلاجات الأولية
1,12	663 595,57	مقدمو العلاجات الوقائية
23,09	13 646 333,97	المجموع الفرعي لمقدمي العلاجات بالقطاع العام
17,97	10 621 312,04	مصحات خاصة
0,97	574 248,05	المصحات التعاضدية ومصحات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
0,92	545 069,23	مراكز تصفية الدم
9,70	5 730 009,30	العيادات الطبية
4,72	2 791 582,65	عيادات طب الأسنان
12,07	7 135 059,88	المختبرات ومراكز التصوير بالأشعة
0,04	24 953,18	العلاج بالخارج
23,41	13 836 892,89	الصيدليات وموردو السلع الطبية
69,80	41 259 127,22	المجموع الفرعي لمقدمي العلاجات بالقطاع الخاص
4,97	2 938 618,23	مقدمو الخدمات الإدارية
2,13	1 262 383,09	مقدمو العلاجات آخرون
100,00	59 106 462,51	(المجموع العام) النفقات الصحية الجارية

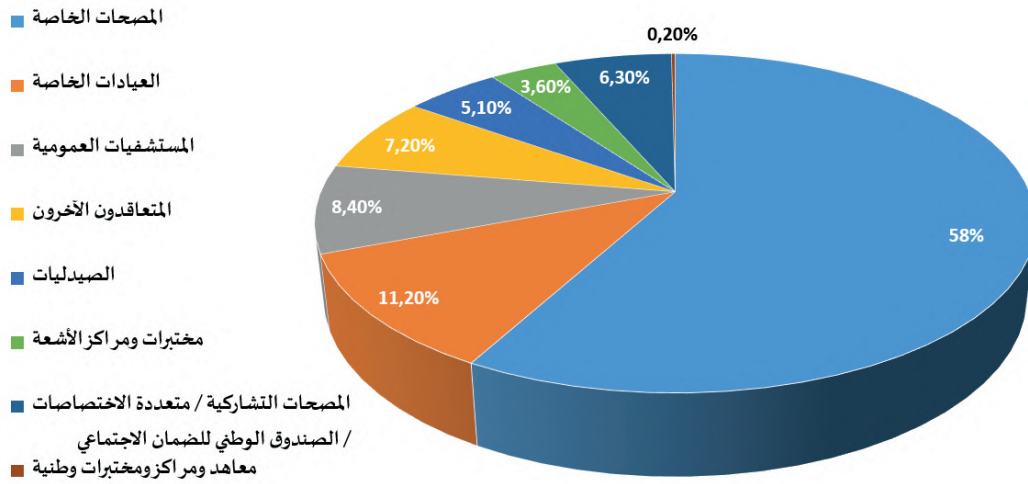
المصدر: الحسابات الصحية الوطنية، 2018

وفقاً للحسابات الصحية الوطنية لسنة 2018، بلغ مجموع المبالغ التي سددتها هيئات التأمين الصحي لمقدمي العلاجات، في إطار الثالث المؤدي، حوالي 7,2 مليار درهم برسم 2018، مقابل 4,3 مليار درهم في 2013، بزيادة بلغت 68,3%.

ويتبين من توزيع هذه المبالغ أن المصحات الخاصة الهادفة أو غير الهادفة إلى الربح تستحوذ على القسط الأكبر منها، حيث تصل حصتها إلى 61,4% من أداءات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في إطار الثالث المؤدي (58% بالنسبة للمصحات الخاصة و3,6% بالنسبة للمصحات التعاقدية ومصحات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي) مقابل 8,4% للمستشفيات (بما في ذلك المراكز الاستشفائية الجامعية)، بالرغم أنها تمثل فقط 33,6% من عرض الاستشفاء الوطني.

إضافة إلى ذلك، تمثل المصحات الخاصة 17,9% من النفقات المباشرة للأسر، التي تمثل نفقات يتحملها المريض من جيبه وغير قابلة للاسترداد، مقابل 6,9% بالنسبة للمستشفيات العمومية (بما في ذلك المراكز الاستشفائية الجامعية).

الشكل 1: توزيع المبالغ المدفوعة مباشرة (في إطار الثالث المؤدي) حسب نوع مقدم خدمة العلاج



المصدر: الحسابات الصحية الوطنية، 2018

3. بنية عرض المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة

عند متم يونيو 2021، كان المغرب يتوفر على 613 مصحة خاصة ومؤسسة مماثلة قيد الاستغلال، منها 389 مصحة خاصة و224 مؤسسة مماثلة¹⁰. ويتكون جل هذه الأخيرة من مراكز لتصفية الدم (196)، بينما الأصناف الأخرى من المؤسسات المماثلة (مراكز الفحش بالأشعة ومراكز النهار ومراكز الترويض ومراكز علاج الأورام) هي أقل عددا (28).

ويبلغ مجموع الطاقة السريرية للمصحات الخاصة (الهادفة وغير الهادفة إلى الربح) 13603 سريرا، أي ما يعادل 33,6% من العرض الوطني بالقطاع العام (دون احتساب المستشفيات العسكرية). ويبلغ حجم كثافة الأسرة الوطنية 1,17 سريرا لكل 1000 نسمة مقابل 3,3 ببلدان منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (2017)¹¹، والتي تشهد معظمها منعظفا جراحيا في اتجاه العلاجات المتقلبة.

زيادة على ذلك، تبلغ نسبة المصحات الهادفة إلى الربح 93% (363 مصحة)، فيما تصل نسبة المصحات غير الهادفة إلى الربح إلى 7% فقط (26 مصحة). غير أنه وعلى الرغم من عددها المحدود، تستحوذ المصحات غير

10 تتوافق قاعدة بياناتنا مع تصنيف القانون رقم 131.13، ولا سيما فيما يتعلق بالمؤسسات المماثلة، وهو ما لا يحدث غالباً في غالبية قواعد البيانات الأخرى للمؤسسات الخاصة.

الهادفة إلى الربح على 17% من الطاقة السريرية بالقطاع الخاص، إذ تشكل أغلبها من مصحات كبيرة الحجم (متوسط الحجم يقدر بـ 91 سريرا). وتتكون أساسا المصحات التابعة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ومستشفيات مؤسستي الشيخ زايد والشيخ خليفة ومصحات الهلال الأحمر المغربي. من جهتها، تعد مراكز مؤسسة النور بمثابة مؤسسات مماثلة.

وتشكل الطاقة السريرية مؤشرا موحدًا يسهل جمعه ونسبها مستقرا، يستخدم لتقييم حجم المصحات الخاصة بشكل تقليدي، إذ يتعين توجيه طلب إلى وزارة الصحة لإحداث أي تغيير في الطاقة السريرية المرخص لها.

بيد أنه تجدر الإشارة إلى كون أسرة الاستشفاء الكاملة هي التي تأخذ في الاعتبار في الكثير من الأحيان، ونادرا ما يجري احتساب الأماكن المخصصة للعلاج في مستشفى النهار، في حين يتجه تطور الممارسة الطبية نحو تعزيز العلاجات المتنقلة والتقليص من الاستشفاء الكامل. ومن تم، يتعين أخذ الطاقة السريرية في الاعتبار عند تحليل عرض العلاجات المتعلقة بالاستشفاء بالقطاعين العام والخاص.

ولأغراض تحليلية، يمكن تصنيف الطاقة السريرية إلى ثلاث فئات:

- **فئة طاقة سريرية تعادل أو تقل عن 30 سريرا (فئة أ):** تتوافق هذه الفئة مع "المصحات على شكل فيلا" التقليدية. ويتعلق الأمر بمصحات قديمة عموما وتأسست من لدن شريك واحد أو مجموعة صغيرة من الشركاء، ينتمون جميعا إلى هيئة الأطباء، على مساحة صغيرة الحجم. وتزاول نشاطا أحادي أو متعدد التخصصات لكن بعدد محدود للغاية من التخصصات. ويبلغ عددها 234 مصحة (60%) بطاقة سريرية متوسطة تصل إلى 19 سريرا ومكانا مخصصا للعلاج، وطاقة سريرية إجمالية تبلغ 4411 سريرا ومكانا مخصصا للعلاج (32%). ومن تم، تمثل 60% من المصحات الخاصة، غير أنها توفر الثلث من عرض الأسرة والأماكن المخصصة للعلاج.

- **فئة طاقة سريرية تتراوح ما بين 31 و99 سريرا (فئة ب):** تضم هذه الفئة بشكل عام المصحات الحديثة، والتي تزاول نشاطا هاما متعدد التخصصات أو نشاطا مرجعيا أحادي التخصص. ونظرا لحجمها، تتوفر هذه المصحات عامة على أفضل التجهيزات. ويبلغ عددها 137 (35%) بطاقة سريرية متوسطة تصل إلى 45 سريرا ومكانا مخصصا للعلاج وطاقة سريرية إجمالية تصل إلى 6192 سريرا ومكانا مخصصا للعلاج (46%). وبالتالي، تمثل ثلث المصحات وحوالي نصف العرض المتوفر من الأسرة والأماكن المخصصة للعلاج.

- **فئة طاقة سريرية تفوق أو تعادل 100 سريرا (فئة ت):** تمثل هذه الفئة المصحات التي ظهرت في أحدث الفترات (منذ سنة 1990). وتشكل معظمها إما من مصحات غير هادفة إلى الربح أو مصحات تتحكم فيها مجموعات. ويترتب عن حجمها إكراهات تقنية قوية، وبنية تحمل مختلفة. ولها تأثير مهم على عرض العلاجات. ويبلغ عددها 18 (5%) بطاقة سريرية متوسطة تصل إلى 167 سريرا ومكانا مخصصا للعلاج، وطاقة سريرية إجمالية تصل إلى 3000 سريرا ومكانا مخصصا للعلاج (22%). وبالتالي، تمثل واحدا من عشرين مصحة وخمس العرض المتوفر من الأسرة والأماكن المخصصة للعلاج.

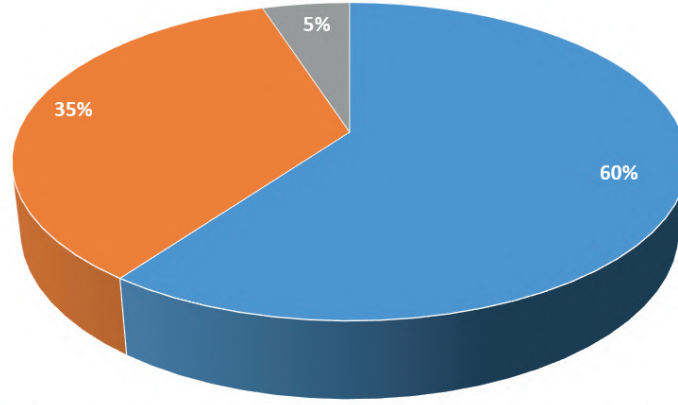
ويبلغ الحجم الإجمالي لأسرة المصحات الخاصة البالغ عددها 398 مصحة ما مجموعه 13603 سريرا، بمعدل يصل إلى 35 سريرا ومكانا مخصصا للعلاج لكل مصحة، فيما يحدد المتوسط في 20 سريرا. ومن تم، يتسم النسيج الاستشفائي بالقطاع الخاص بضعف مستمر من حيث الحجم، ويتخذ طابعا متشتتا وهاما بالرغم من ظهور توجه حديث لإحداث مؤسسات استشفائية خاصة أكبر حجما. علاقة بالطاقة السريرية، تمثل الفئتين الأولى والثانية 68% من إجمالي الأسرة بالمصحات الخاصة.

الجدول 3: عدد وحجم المصحات الخاصة حسب فئات الطاقة السريرية

الطاقة السريرية			عدد المصحات الخاصة		الطاقة السريرية
الحصة	المتوسط	المجموع	الحصة	العدد	
32%	19	4411	60%	234	فئة طاقة سريرية تعادل أو تقل عن 30 سريرا
46%	45	6192	35%	137	فئة طاقة سريرية تتراوح ما بين 31 و99 سريرا
22%	167	3000	5%	18	فئة طاقة سريرية تفوق أو تعادل 100 سريرا
100%	35	13603	100%	389	المجموع

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

الشكل 2: فئة المصحات حسب الطاقة السريرية

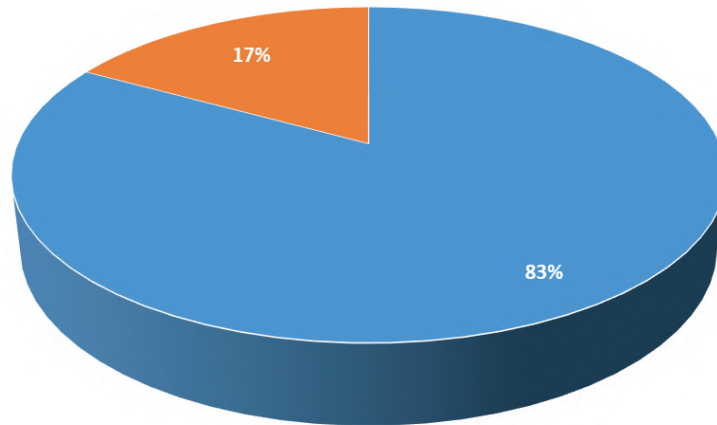


الطاقة الاستيعابية من الأسرة $100 \leq 30$ ■ الطاقة الاستيعابية من الأسرة $30 < \leq 99$ ■ الطاقة الاستيعابية من الأسرة $100 < \leq 30$

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

ويبلغ عرض الأسرة في المصحات الهادفة إلى الربح 11233 سريرا ومكانا مخصصا للعلاج، أي ما يعادل 83% من العرض الإجمالي، بينما توفر المصحات غير الهادفة إلى الربح 2370 سريرا بسعة إجمالية تصل إلى 17%.

الشكل 3: الطاقة السريرية حسب فئة المصحات الخاصة

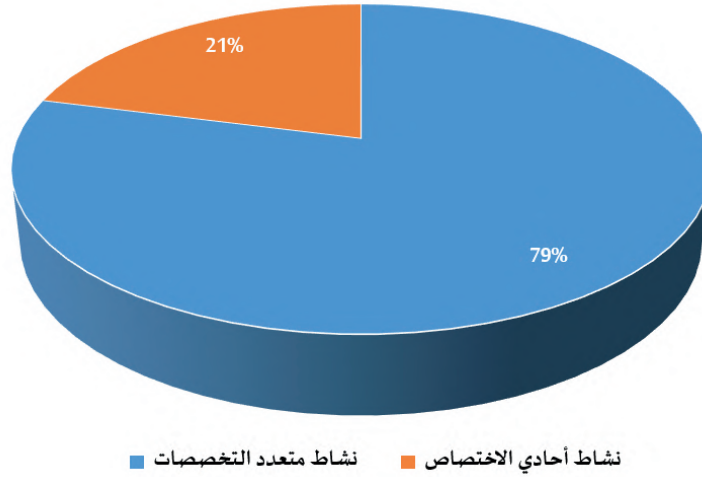


المصحات الغيرربحية ■ المصحات الربحية

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

تقدم 80% من هذه المصحات خدمات متعددة التخصصات، وتزاول نشاط الجراحة وطب النساء والتوليد، بينما تشكل نسبة 20% المتبقية من المصحات فئة أحادية التخصص وتمارس تخصصا واحدا أو عددا قليلا من التخصصات التأخرية للتكفل بعلاج نوع من الأمراض. وتضم أغلبها مصحات طب العيون ومصحات علاج الأورام ومصحات الأم والطفل ومصحات طب الأطفال.

الشكل 4: نوع أنشطة المصحات الخاصة



المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

4. الملكية والمساهمة في المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها

يمكن التمييز بين أربع فئات من مالكي المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها:

• المالكون المستقلون

يتعلق الأمر بأطباء فرديين أو مجموعات من الأطباء أو مجموعات من الأطباء وغير الأطباء. ويعتبر هؤلاء بمثابة مالكي مستقلين ويمتلكون أغلبية المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها (90%). ولا تشمل مجموعتهم مستثمرين أجنب و صناديق استثمار. وتشكل مصحاتهم الخاصة والمؤسسات المماثلة لها من بنيات ذات طاقة سريرية ضعيفة ومزودة بمنصة تقنية أساسية.

• المؤمّنون العموميون: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

يمتلك الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي 13 مصحة خاصة غير هادفة للربح، بالرغم من أحكام القانون رقم 65.00 التي تنص على الفصل بين وظائف إنتاج وتمويل العلاجات. وجرى تمديد الفترة الانتقالية الممنوحة للإذعان لهذه الأحكام. وتعد المصحات متعددة التخصصات التابعة للصندوق مصحات خاصة غير هادفة إلى الربح مرتبطة مباشرة به. وغالبا ما تتوصل بالدعم للحفاظ على توازنها المالي. ولا ينص القانون رقم 131.13 على وضعها (المادة 60).

• المؤسسات والجمعيات

ويتعلق الأمر أساسا بمؤسسة الشيخ زايد بن سلطان ومؤسسة الشيخ خليفة بن زايد، وكلاهما محدثة بموجب ظهير ملكي. وتتمتعان بوضع قانوني خاص ومحدد وفقا لظواهر إحداثهما. ولا يساهم أحد فيهما

وتحظيان بصفة المنفعة العامة غير الهادفة إلى الربح. كما تتوفر على هياكل ذات معايير دولية ومنصات تقنية متطورة. وتتجاوز طاقتها السريرية 100 سرير وتسم بتنوع مجالات تدخلها (توفير العلاجات والتكوين والبحث وغيرها). فضلا عن ذلك، يحظى الهلال الأحمر المغربي بنفس الوضع. ويتعلق الأمر بجمعية إنسانية واجتماعية أحدثت بموجب ظهير ومعترف لها بصفة المنفعة العامة منذ سنة 1957. وتتوفر على 4 مصحات متعددة التخصصات (متواجدة بمدن طنجة وتطوان والعرائش والقصر الكبير). ويوجد ضمن هذه الفئة كذلك مركز نور، وهو عبارة عن جمعية غير هادفة إلى الربح وتتوفر فقط على وكالتين متخصصتين في العلاج الطبيعي.

• المجموعات القابضة/المجموعات المالية

يتعلق الأمر بشركات تجارية لجأت إلى صناديق استثمار محلية أو أجنبية بهدف تمويل تطوير أنشطتها. وقد رخص القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب للشركات التجارية بإحداث المصحات أو المساهمة فيها أو هما معا، شريطة إسناد مسؤولية الإدارة الطبية إلى طبيب مقيد في سجل الهيئة الوطنية للأطباء (المادة 60 من القانون المذكور أعلاه). ويبلغ عددها 7 شركات تزاوّل نشاطها في السوق، وتشبه مصحاتها الخاصة والمؤسسات المماثلة لها عموما المؤسسات من حيث حجم المنصات التقنية وأدائها.

تعاني المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها بالمغرب من ضعف رؤوس الأموال، إذ يقل رأسمال 34٪ من المؤسسات عن مليون درهم، فيما بالكاد تتوفر 13٪ منها على رأسمال يفوق 10 ملايين الدرهم.

الجدول 4: توزيع المصحات حسب مبلغ الرأسمال الاجتماعي لبنية الاستشفاء

الحصة	المجموع	مركز التصوير بالأشعة	مركز تصفية الدم	عدد المصحات	الرأسمال الاجتماعي (بالدرهم)
22٪	52	16	16	20	رأسمال أقل من أو يعادل 100.000
4٪	23	8	11	4	رأسمال يتراوح ما بين 100.000 و500.000
17٪	29	6	7	16	رأسمال يتراوح ما بين 500.000 و1.000.000
30٪	49	9	12	28	رأسمال يتراوح ما بين 1.000.000 و5.000.000
13٪	14	--	2	12	رأسمال يتراوح ما بين 5.000.000 و10.000.000
9٪	9	--	1	8	رأسمال يتراوح ما بين 10.000.000 و20.000.000
4٪	5	--	1	4	رأسما يفوق 20.000.000
100٪	181	39	50	92	المجموع

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

وجرى إحداث أو تحويل كافة الشركات القابضة إلى شركات مساهمة برأسمال يفوق 20 مليون درهم.

الجدول 5: البنية الاجتماعية والقانونية للشركات القابضة

الرأس مال (بالدرهم)	الشكل القانوني	سنة الإحداث	المجموعة/الشركة القابضة
100 000 000	شركة مساهمة	2016	Akditel
27 480 300	شركة مساهمة	2016	Elsan
266 257 296	شركة مساهمة	2014	مراكز الفحص والعلاج للمغرب (ODM)
22 400 000	شركة مساهمة	1998	Oncorad

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

أضحى مستوى رؤوس الأموال الذاتية ضعيفا ويتسم بكون رؤوس أموال جل المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها لم تشهد تغييرات في كثير من الأحيان منذ إحداثها. من جهة أخرى، لوحظ أن العديد من هذه الوحدات تتوفر على بنيات رؤوس أموال لا تتلاءم مع المقتضيات القانونية في مجال إعادة الرسملة بسبب الخسائر المتراكمة (المادة 86 من القانون المتعلق بالشركات ذات مسؤولية محدودة كما وقع تغييره وتتميمه)، ما يجعلها عرضة لمخاطر قانونية إزاء الأغيار الذين قد يطالبون بحلها عملا بأحكام المادة 86 سالفه الذكر. وعلاقة بفتح القطاع في وجه رؤوس الأموال الأجنبية وإلى حدود الساعة، لا تتمثل المساهمة الأجنبية في قطاع المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها إلا عبر مجموعتين من المصحات، وهما:

- مجموعة "Elsan"، الرائدة في مجال الاستشفاء بالقطاع الخاص بفرنسا. واستقرت بالمغرب منذ سنة 2016 عن طريق فرعها "Elsan-Maroc". وهو عبارة عن شركة خاضعة للقانون المغربي.
- مجموعة مراكز الفحص والعلاج للمغرب (ODM): تمثل هذه المجموعة، التي تأسست سنة 2014، أول مجموعة مؤسسات خاصة توفر علاجات متخصصة بالمغرب. ويستحوذ صندوق الاستثمار الإنجليزي "Alta Semper"، المتخصص في الاستثمار في المقاولات المنتسبة لقطاعات التكنولوجيا والصحة، على مساهمة هذه المراكز. وفي إطار هذه العملية، قامت هذه المجموعة بمشاركة "Ashmore Group"، المسيرة للأصول المتخصصة في الأسواق الناشئة والمتواجدة بلندن.

5. الوضع القانوني وهيكل المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها

وفقا للقانون رقم 131.13 (المادة 60)، يمكن أن تكون مصحة خاصة (أو مؤسسة مماثلة) في ملكية:

- شخص ذاتي شريطة أن يكون طبيبا، ويجوز له في هذه الحالة تأسيس شركة ذات مسؤولية محدودة بشريك واحد،
- مجموعة من الأطباء، وفي هذه الحالة، وجب عليهم أن يؤسسوا فيما بينهم أحد أشكال الاشتراك أو شركة تخضع للقانون التجاري (شركة مساهمة أو شركة ذات مسؤولية محدودة)،
- شركة تجارية (شركة مساهمة أو شركة ذات مسؤولية محدودة)،
- شخص اعتباري خاضع للقانون الخاص ولا يهدف إلى الحصول على الربح: بالنسبة للمصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها، يتعلق الأمر بالمؤسسات والجمعيات (مثل الهلال الأحمر المغربي ومركز نور).

وتمثل الشركة ذات المسؤولية المحدودة الوضع القانوني الأكثر شيوعا والمعتمد من قبل المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها، إذ تشكل 58,2% من الأشكال الاجتماعية لهذه المصحات والمؤسسات المماثلة لها (البالغ عددها 357)، متبوعة بشكل الشركة ذات المسؤولية المحدودة بشريك واحد التي تمثل 7,3% من الحالات (45 مصحة خاصة ومؤسسة مماثلة لها). ويسود شكل الشركة ذات المسؤولية المحدودة أكثر في المصحات الخاصة مقارنة بالمؤسسات المماثلة لها بنسبة تبلغ على التوالي 69,2 و39,3%.

علاوة على ذلك، وعلو الرغم من أن القانون رقم 131.13 لا ينص على وضع الشركة المدنية المهنية، إلا أن عدة مصحات خاصة ومؤسسات مماثلة لها لا تزال تتمتع بهذا الوضع (13,7%)، مخالفة بذلك أحكام القانون المذكور. وتجدر إلى أن المعلومات بشأن الشكل الاجتماعي لـ 95 مؤسسة مماثلة غير متوفرة (42,4%)¹².

الجدول 6: توزيع المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها حسب الشكل القانوني

الوضع القانوني	عدد المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها	نسبة المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها	عدد المصحات الخاصة	نسبة المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها	عدد المؤسسات المماثلة لها	نسبة المؤسسات المماثلة لها
شركة مساهمة	4	0,7%	4	1%	0	0%
شركة ذات مسؤولية محدودة	357	58,2%	269	69,2%	88	39,3%
شركة ذات مسؤولية محدودة بشريك واحد	45	7,3%	21	5,4%	24	10,7%
جمعية	15	2,5%	13	3,3%	02	0,9%
شركة مدنية مهنية	84	13,7%	69	17,8%	15	6,7%
شركات اخرى (الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي)	13	2,1%	13	3,3%	0	0%
شركات غير محددة (بسبب غياب المعلومات)	95	15,5%	0	0%	95	42,4%
المجموع	613	100%	389	100%	224	100%

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

فيما يتعلق بالمصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها المحدثة بعد صدور القانون 131.13 (2015)، يهيمن على شكلها القانوني، في غالب الأحوال، نموذج شركة ذات مسؤولية محدودة (بنسبة 52%) وشركة ذات مسؤولية محدودة بشريك واحد (بنسبة 46%).

12 هذه المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها هي بالتأكيد شركات مدنية مهنية لأنه في هذه الوضعية، لا يُطلب من المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها إيداع بياناتها الموجزة إلى المحكمة.

الجدول 7: توزيع المصحات حسب الوضع القانوني منذ عام 1990

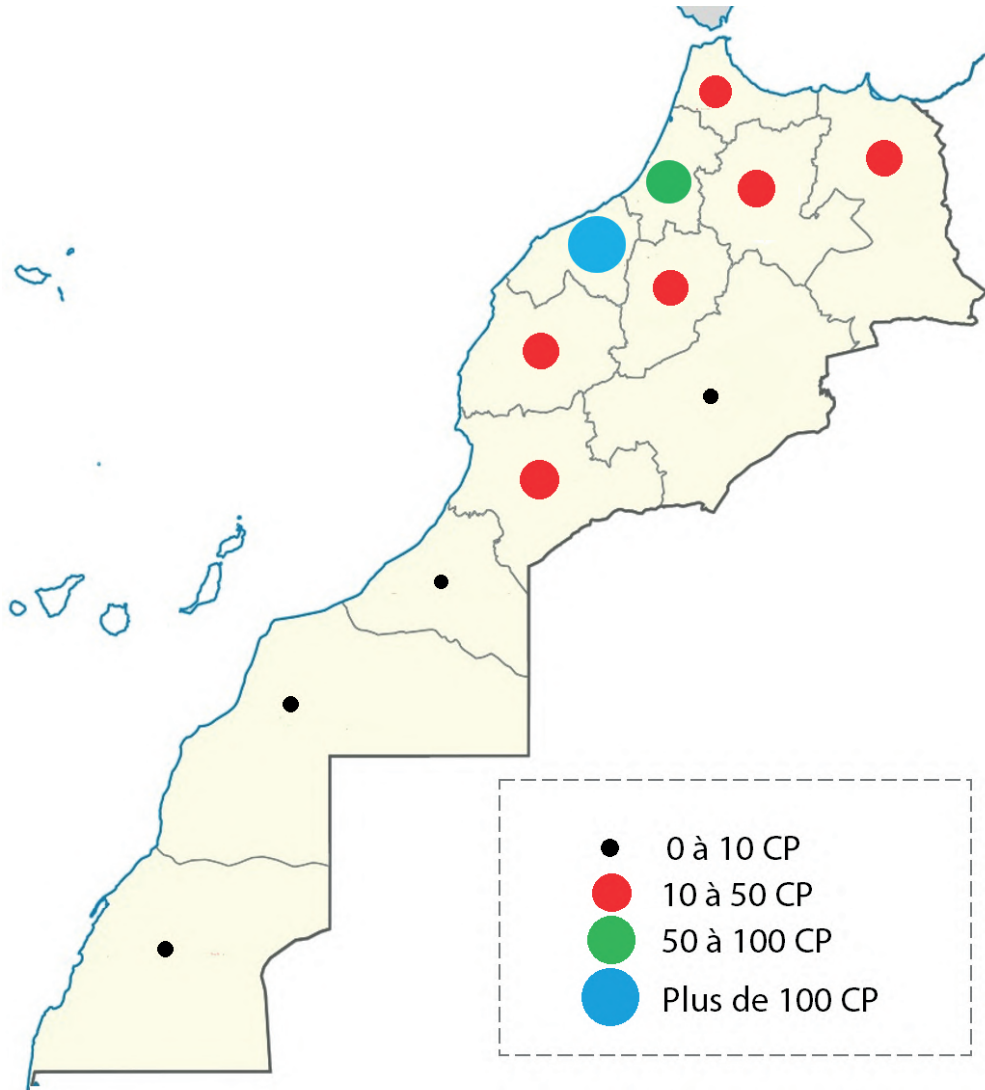
الإطار القانوني					عدد المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها	مدة الإحداث
مؤسسات	شركات لأخرى ¹³	شركة ذات مسؤولية محدودة بشريك واحد	شركة ذات مسؤولية محدودة	شركة مساهمة		
		59	67	3	129	(2020-2016)
	1	2	3		7	(2015-2011)
مؤسسة الشيخ خليفة		4	2		6	(2010-2000)
مؤسسة الشيخ زايد	5	3	22	1	31	(2000-1990)

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

6. التوزيع الجغرافي للمصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها

تتوزع المصحات بشكل غير متكافئ في مجموع التراب الوطني مع عرض أكثر كثافة في جهات الدار البيضاء-سطات والرباط-سلا-القنيطرة وبدرجة أقل في جهات مراكش-آسفي وفاس-مكناس وطنجة-تطوان-الحسيمة. وتتمركز المصحات المنتمية لفئة الطاقة السريرية "أ" (100 سرير أو أكثر) والطاقة السريرية "ب" (31 إلى 99 سريراً) بشكل كبير في نفس هذه الجهات.

الشكل 5: التوزيع الجغرافي للمصحات الخاصة في المغرب



المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

تتوفر جهة الدار البيضاء-سطات على أكبر عدد من المصحات بطاقة تبلغ أزيد من 30 سريرا، متقدمة على جهة الرباط سلا القنيطرة. ولا تتوفر جهتا العيون-الساقية الحمراء والداخلة-وادي الذهب على مصحات باستثناء مركز واحد فقط لتصفية الدم. وتتوفر جهة كلميم-وادي نون على مصحة واحدة فقط بطاقة تبلغ 19 سريرا ومركز خاص واحد لتصفية الدم. وبالتالي، تعاني هذه الجهات الثلاثة المتواجدة في الجنوب وأقصى الجنوب من نقص في الخدمات من حيث الاستشفاء الخاص. وفي هذا الإطار، يتعين على السلطات العمومية التفكير في التدابير المحتملة الواجب اتخاذها من أجل تحفيز إحداث المصحات في هذه الجهات التي تعتبر صحاري طبية.

زيادة على ذلك، يمتاز عرض الدار البيضاء-سطات بمتوسط الطاقة السريرية التي تتوفر عليها المصحات (44 سريرا ومكانا مخصصا للعلاج) وهو أكبر بكثير من الجهات الأخرى التي تتوفر جميعها على طاقة سريرية أقل من المتوسط الوطني. ويرتبط هذا الوضع بالعدد الكبير للمصحات المنتمية لفئة الطاقة السريرية أ وب والتي ترفع المتوسط إلى أعلى.

الجدول 8: خريطة الاستشفاء بالقطاع الخاص على الصعيد الوطني

عدد المصحات الخاصة/فئاتها			نسبة المصحات حسب العرض الإجمالي	كثافة المصحات الخاصة/1000 نسمة	المجموع	الحجم المتوسط	الطاقة السريرية		عدد المصحات الخاصة	الجهة
"ت"	"ب"	"أ"					مصحات غير هادفة إلى الربح	مصحات هادفة إلى الربح		
61 (1142)	53 (2342)	11 (1992)	48,6 %	0,74	5476	44	1298	4178	125	الدار البيضاء سطات
41 (637)	21 (1039)	2 (409)	34,4 %	0,43	2085	33	373	1712	64	الرباط - سلا - القنيطرة
14 (337)	12 (461)	0	25,3 %	0,33	798	31	24	774	26	جهة الشرقية
29 (500)	13 (719)	2 (266)	28,7 %	0,31	1485	34	158	1327	44	مراكش أسفي
15 (256)	12 (516)	1 (100)	36 %	0,30	872	31	80	792	28	سوس ماسة
19 (317)	4 (185)	1 (113)	26,8 %	0,24	615	27	113	502	24	بني ملال خنيفرة
29 (570)	13 (555)	1 (120)	27 %	0,28	1245	29	21	1224	43	فاس مكناس
19 (373)	11 (552)	0	30,4 %	0,24	925	31	303	622	30	طنجة تطوان الحسيمة
3 (51)	1 (32)	0	5,9 %	0,05	83	21	0	83	4	درعة تافيلالت
1 (19)	0	0	4,8 %	0,04	19	19	0	19	1	كلميم واد نون
0	0	0	0 %	0,00	--	0	0	0	0	العيون - الساقية الحمراء
0	0	0	0 %	0,00	--	0	0	0	0	الداخلة واد الذهب
231 (4202)	140 (6401)	18 (3000)	33,6 %	0,38	13603	35	2370	11233	389	المجموع

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

من حيث الحصص السوقية المعبر عنها بالطاقة السريرية، تحتل جهة الدار البيضاء-سطات المرتبة الأولى بنسبة 40,3%، متبوعة بجهة الرباط-سلا-القنيطرة بنسبة 15,3%. وتستحوذ هاتين الجهتين على أزيد من نصف الطاقة السريرية بالقطاع الخاص (55,6%) على الصعيد الوطني. وبإضافة جهتي مراكش-أسفي (10,9%) وفاس-مكناس (9,2%)، تصل الحصص السوقية للجهات الأربع إلى 75,7%. ومن أصل 12 جهة إدارية، ثمة جهتان لا تتوفران على أية أسرة خاصة وجهة واحدة تتوفر على مصحة خاصة واحدة فقط.

وتتوزع المصحات الخاصة غير الهادفة إلى الربح بشكل غير عادل مع التركيز في عدد قليل من المدن الكبيرة (الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بشكل أساسي) ويتواجد مفرط في جهة الدار البيضاء-سطات من حيث الطاقة السريرية المعروضة.

غير أن دراسة كثافة عرض الاستشفاء الخاص تتيح إمكانية وصف الاختلالات، حيث يبلغ متوسط الكثافة الوطنية 0,38 سرير خاص لكل 1000 نسمة. وتتوفر جهتا الدار البيضاء-سطات والرباط-سلا-القنيطرة على طاقة سريرية أعلى من هذا المتوسط، حيث تبلغ 0,74 سرير لكل 1000 نسمة و0,43 سريراً لكل 1000 نسمة على التوالي. وتبلغ الكثافة في جميع الجهات الأخرى أقل من المتوسط.

مراعاة للعرض الإجمالي للاستشفاء (العام والخاص)، تظهر الفروق أقل وضوحاً لكون المتوسط يصل إلى 1,18 سريراً لكل 1000 نسمة مع أربع جهات ذات كثافة أعلى من المتوسط. وتوجد في ترتيب تنازلي من حيث الكثافة: العيون - الساقية الحمراء والدار البيضاء - سطات والرباط - سلا - القنيطرة والجهة الشرقية وفاس-مكناس.

وترجع أسباب هذا التوزيع غير المتكافئ إلى عوامل تتعلق أساساً بالتنمية السوسيو-اقتصادية ووجود زبائن قادرين على الأداء. كما يشكل وجود عملاء ميسرين، مثل المؤمنين لهم والمؤمنين المباشرين، أي جميع الأشخاص غير المنتسبين إلى نظام المساعدة الطبية، عاملاً أساسياً. في الواقع، يحدد هؤلاء الزبناء الميسورين، الطلب الموجه إلى المصحات الخاصة، حتى لو كان الأشخاص المنتسبون إلى نظام المساعدة الطبية لا يزالون قادرين على اللجوء إلى القطاع الخاص بفضل آليات التضامن الأسري أو المجتمعي.

الجدول 9: توزيع المصحات حسب الجهات والأشخاص المؤمنين والمؤمنين

المصحات حسب الأنشطة	الناتج الداخلي الإجمالي/ للفرد (بالدرهم)	المؤمنون لهم بالألاف	المؤدون بالألاف	الزبائن القادرون على الأداء	الجهة
العدد	المندوبية السامية للتخطيط 2018	الوكالة الوطنية للتأمين الصحي 2016	ألف نسمة		
125	49 654,00	2 256,8	477,9	2 734,7	الدار البيضاء سطات
64	36 218,00	1 528,8	317,5	1 846,3	الرباط - سلا - القنيطرة
26	22 832,00	491,4	160,1	651,5	جهة الشرق
44	19 870,00	991,9	312,8	1 304,7	مراكش آسفي
28	26 479,00	828,1	186,4	1 014,5	سوس ماسة
24	24 387,00	464,1	173,3	637,4	بني ملال خنيفرة
43	21 483,00	928,2	291,6	1 219,8	فاس مكناس
30	32 114,00	791,7	247,2	1 038,9	طنجة تطوان الحسيمة
4	16 747,00	436,8	112,4	549,2	درعة تافيلالت
1	36 157,00	100,1	29,7	129,8	كلميم واد نون
0	49 275,00	145,6	26,7	172,3	العيون - الساقية الحمراء
0	85 669,00	36,4	10,4	46,8	الداخلة واد الذهب
389	31 473,00	8 999,9	2 346,0	11 345,9	المجموع

المصدر: المندوبية السامية للتخطيط/الوكالة الوطنية للتأمين الصحي

غير أنه من المهم الإشارة إلى أن بعض الجهات ذات الناتج الداخلي الإجمالي المرتفع (العيون - الساقية الحمراء والداخلة - واد الذهب) لا تتوفر على مصحات بشكل رئيسي بسبب غياب الموارد البشرية وليس بسبب نقص زبناء قادرين على الأداء.

ويشكل توافر الموارد البشرية المختصة وبأعداد كافية عاملاً أساسياً، إذ يعد الأطباء الأشخاص الذين يصفون العلاج. وفي غيابهم، يظل الطلب ضعيفاً. ويساهم توفر عرض العلاجات في تحفيز الطلب وتحسين صحة السكان تدريجياً. ويتضح ذلك من خلال التطور الملحوظ في سعة الطاقة السريرية بالقطاع الخاص في المدن التي أحدثت فيها مراكز استشفائية جامعية. تاريخياً، منحت الأولوية لمدينتي الدار البيضاء والرباط لكونها شكلتا مقراً لأول المراكز الاستشفائية الجامعية، متبوعتان بمدينتي مراكش وفاس. في هذه المدن، تطور الطلب على العلاج بشكل أسرع وشهد تنوعاً في نفس الوقت. ومن ثم، شهدت مدينتنا فاس ومراكش افتتاح عدد كبير من المصحات الخاصة. وتسير مدينتنا وجدة وطنجة في نفس الدينامية. كما أن وجود أساتذة-أطباء مؤهلين تأهيلاً عالياً يجذب أيضاً المرضى بالجهة أو حتى مرضى الجهات الأخرى، ويشجع المستثمرين على إحداث مصحات أو مؤسسات جديدة لتقديم العلاجات. علاوة على ذلك، توفر هذه المدن الكبيرة بيئة معيشية جذابة.

7. قدرة الجهات الفاعلة من حيث توفير أسرة الاستشفاء

يملك المساهمون المستقلون في المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها أكثر من 86% من المصحات الخاصة وتقريباً جميع المؤسسات المماثلة (99%). غير أن هذا العرض لا يمثل سوى 57,6% من حصة السوق من حيث الطاقة السريرية؛ متبوعة بالمؤسسات والجمعيات ثم المجموعات الخاصة بنسبة 21,5% و13,3% على التوالي.

الجدول 10: قدرة الفاعلين في المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها من حيث عرض الأسرة

الفاعلون/الملاكون	الصف	عدد المصحات الخاصة	نسبة المصحات الخاصة	أسرة المصحات الخاصة	نسبة أسرة المصحات الخاصة	عدد المؤسسات المماثلة	نسبة المؤسسات المماثلة
المستقلون	أهداف ربحية	335	86,1 %	7 838	57,6 %	222	99,1 %
الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	أهداف غير ربحية	13	3,3 %	1 028	7,6 %	0	0 %
المؤسسات والجمعيات	أهداف غير ربحية	10	2,6 %	2 924	21,5 %	2	0,9 %
المجموعات الخاصة (القابضة)	أهداف ربحية	31	8 %	1 813	13,3 %	0	0 %
المجموع		389	100 %	13603	100 %	224	100 %

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

إذا رجعنا إلى أكبر عشر (10) مصحات من حيث الطاقة السريرية، فسيظهر أن ثلاث (3) تنتمي إلى فئة المؤسسات وتتوفر على الأحجام الأكبر، فيما تنتمي أربعة (4) منها إلى مجموعات مالية، واثنان (2) تعودان إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، وواحدة فقط مستقلة. علاوة على ذلك، تتواجد هذه المصحات في الغالب (10/8) في جهة الدار البيضاء-سطات.

الجدول 11: ترتيب العشرة مصحات الخاصة الأولى حسب الطاقة السريرية

الرتبة	الجهة	المصحات	الأسرة	جهة الارتباط
1	الدار البيضاء سطات	مستشفى محمد السادس الدولي	305	مؤسسة الشيخ خليفة
2	الرباط - سلا - القنيطرة	مستشفى الشيخ زايد	300	مؤسسة الشيخ زايد
3	الدار البيضاء-سطات	مستشفى الشيخ خليفة	280	مؤسسة الشيخ خليفة
4	الدار البيضاء-سطات	مستشفى عين السبع الخاص	220	AKDITAL
5	الدار البيضاء-سطات	مستشفى الجديدة الخاص	220	AKDITAL
6	الدار البيضاء-سطات	مصحة الشفاء	200	BTG
7	الدار البيضاء-سطات	مصحة صندوق الوطني للضمان الاجتماعي المتعددة التخصصات، درب غلف	187	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
8	الدار البيضاء سطات	مصحة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي المتعددة التخصصات، الزيراوي	144	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
9	مراكش آسفي	مصحة مراكش	140	مستقلة
10	الدار البيضاء سطات	مصحة المدينة الخضراء	136	ELSAN

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

يتبين من تحليل الطاقة السريرية في المصحات الخاصة حسب الفئة " الهادفة إلى الربح" أو "غير الهادفة إلى الربح" أن المجموعات الصحية غير الهادفة إلى الربح (المؤسسات والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والهلال الأحمر المغربي) تمتلك نسبة 56% من سعة الطاقة السريرية للمجموعات الخاصة، بينما تمتلك المجموعات الهادفة لى الربح (المجموعات المالية) نسبة 44%.

الجدول 12: عدد والطاقة السريرية لمجموعات المصحات الخاصة الهادفة وغير الهادفة إلى الربح

العدد والطاقة السريرية حسب المجموعة		مجموعات المصحات	
الاسرة	العدد		
1813	31	ذات أهداف ربحية	
821	8	AKDITAL	44 %
137	5	(ODM) علم الأورام والتشخيص في المغرب	
172	5	ONCORAD	
156	2	ELSAN	
281	3	BTG	
178	6	Dr KT	
68	2	MEDX	
2307	23	ذات أهداف غير ربحية	
1028	13	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	56 %
514	4	مؤسسة الشيخ زايد	
180	4	الهلال الأحمر المغربي	
585	2	مؤسسة الشيخ خليفة	
4120	54	المجموع	
30,3 %	13,9 %	حصصة السوق	

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

يرتفع عدد المصحات التابعة لمجموعات صحية (عمومية أو خاصة) إلى 54 وتمثل نسبة 13,9% من العدد الإجمالي للمصحات و8,8% من العدد الإجمالي للمصحات والمؤسسات المماثلة لها. وتبلغ قدرتها الإجمالية 4120 سريراً ومكاناً مخصصاً للعلاج، أي نسبة 30,3% من إجمالي عرض الأسرة الخاصة، دون احتساب المؤسسات التابعة لمؤسسة نور التي تتسع لـ 120 سريراً. إضافة إلى ذلك، تمتلك المجموعات الصحية غير الهادفة إلى الربح نسبة 56% من الطاقة السريرية للمجموعات الخاصة، بينما تمتلك المجموعات الهادفة إلى الربح نسبة 44%.

8. نوعية وطبيعة الخدمات التي تقدمها المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها

أ. طبيعة الخدمات المعروضة من طرف المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها

يمكن تصنيف الخدمات التي تقدمها المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها إلى ثلاث فئات من الأنشطة تشمل الإقامة (الإواء) والفحص التشخيصي والعلاجات المتخصصة.

• الإقامة أو الإواء

تشكل الإقامة أو الإيواء الركيزة الأساسية لنشاط الاستشفاء. وتشمل هذه الخدمة، بالإضافة إلى التمريض، جميع خدمات الضيافة (الإقامة الليلية والمطعمة والنظافة والترفيه وغيرها). وتختلف هذه الخدمة من مصحة إلى أخرى بدرجات مختلفة (خدمة ممتازة وأجنحة فندقية وغيرها) خاصة في المدن الكبيرة. وتكون هذه الخدمة في بعض الأحيان حاسمة في اختيار اللجوء إلى المصحات الخاصة وبين هذه المصحات، وخاصة بالنسبة للإقامات بعد الولادة.

• الفحوصات التشخيصية

تشمل الخدمات المتعلقة بالفحص التشخيصي فحوصات التصوير الطبي وفحوصات التحليل البيولوجي والتشريح المرضي وفحوصات التشخيص الوظيفي.

وعلاقة بالمصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها، تجرى هذه الفحوصات بشكل عام عن طريق الاستشفاء الكامل أو الاستشفاء النهاري. وتعتبر مراكز التصوير الطبي بمثابة ومؤسسات مماثلة، إذ تقوم بإجراء الفحوصات التي تتطلب التحضير للاستشفاء في النهار. وتجري فحوصات التحليل البيولوجي بشكل عام في المصحات الخارجية.

• المستعجلات والعلاجات المتخصصة

تقدم خدمات العلاجات الأولية أو العامة بشكل عام في العيادات الطبية (أو المراكز الصحية التابعة للقطاع العام). وحين يلجأ المرضى إلى المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها، فيكون ذلك عموماً بهدف المستعجلات أو تلقي العلاجات المتخصصة التي قد تندرج تحت تخصص واحد أو عدة تخصصات طبية. وعليه، تنقسم هذه الأخيرة إلى مصحات خاصة أحادية ومتعددة التخصصات. وتعتمد هذه الخدمات على تأهيل وكفاءة الفريق الطبي العامل في المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها والمنصات التقنية المتطورة.

ب. تصنيف المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها حسب التخصص والمنصات التقنية

استناداً إلى مهام المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها وطبيعة خدماتها المقدمة، يمكن تصنيف هذه الأخيرة عبر ثلاث طرق: حسب نوع الإقامة والطاقة السريرية، ونوع المنصة التقنية ونوع الاختصاصات.

• تصنيف المصحات الخاصة حسب الإقامة

تُصنف المستشفيات والمصحات الخاصة، في معظم البلدان، إلى مؤسسات صحية لاستشفاء بإقامة مدتها قصيرة (بشكل عام للأمراض الحادة) ومؤسسات صحية لاستشفاء بإقامة مدتها طويلة (علاجات المتابعة

والترويض والطب النفسي). في المغرب، لا يوجد تصنيف معتاد إلى إقامة قصيرة الأمد وإقامة طويلة الأمد، حيث يتم الخلط بين المصحات الخاصتين بالطب النفسي المتواجدة في البلاد بباقي المصحات. ويتمثل التصنيف الوحيد حسب نوع الإقامة الجاري به العمل في المغرب في ذلك التصنيف الذي يميز أنشطة العلاجات المتقلة (عدم الإقامة)، وأنشطة الاستشفاء النهاري (الإقامة لمدة أقل من 24 ساعة) وأنشطة الاستشفاء الكامل (الإقامة لفترة أطول من 24 ساعة). ويعرف مصنف الأعمال الطبية هذه الأنشطة المختلفة وتختلف حسب أسعار الخدمات.

• تصنيف المصحات الخاصة حسب تخصصات الرعاية

استناداً إلى تخصص العلاجات، تصنف المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها إلى: مصحات خاصة أحادية التخصص ومصحات خاصة متعددة التخصصات. ويتوفر المغرب على أربعة مصحات من أصل خمسة هي مصحات متعددة التخصصات توفر العلاجات في إطار تخصصات طبية وجراحية متعددة. ومصحة واحدة من كل أصل خمسة مصحات هي مصحة أحادية التخصص وذات تخصص واحد أو عدد قليل من التخصصات التكميلية للتكفل بنوع من الأمراض، تشكل في الغالب من مصحات طب العيون وعلاج الأورام ومصحات الأم والطفل وطب الأطفال. بالرغم من أن هذا ليس معياراً في تعريفها في المغرب، إلا أن المؤسسات المماثلة تشكل عموماً مصحات خاصة أحادية التخصص (مراكز تصفية الدم).

• تصنيف المصحات حسب المنصة التقنية

مع تطور وسائل التشخيص والعلاج، شرعت بعض المصحات في التخصص في التشخيص أو في تقديم الخدمات بمعدات طبية ثقيلة أو عالية التقنية لجعلها مريحة. وفي هذا الإطار، يميز القانون رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات بين مساطر الترخيص الخاصة بالتجهيزات الطبية الثقيلة والتجهيزات ذات التكنولوجيا العالية. على الرغم من أن هذا ليس معياراً محدداً في المغرب، إلا أن مراكز التشخيص المتخصصة تشكل جزءاً من المؤسسات المماثلة (مراكز التصوير الطبي).

9. الموارد البشرية

يعاني المغرب من نقص في عدد الأطباء والممرضين والممرضات، مما يحول دون تحقيق تقدم في مجال توسيع البنى التحتية الصحية في القطاعين العام والخاص.

في الواقع، وعلى الرغم من الجهود التي تبذلها السلطات العمومية لتعزيز تكوين الأطباء والممرضين، يشكل العجز في الأطر الطبية عقبة رئيسية أمام النهوض بالمنظومة الصحية المغربية.

حالياً، يبلغ عدد الموارد البشرية العاملة في قطاع الصحة حوالي 76200 شخصاً، 52820 منهم يشتغلون بالقطاع العام (بنسبة 69%). وتتوزع هذه الموارد على 26076 طبيباً، من بينهم 16777 طبيباً متخصصاً (وزارة الصحة، 2020). وبالتالي، تعادل الكثافة الطبية الوطنية 7,3 أطباء لكل 10000 نسمة مقارنة بـ 10.9 بمناطق المكتب الإقليمي للشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية و 43.2 بمنطقة أوروبا. وتبلغ كثافة الموارد البشرية المتخصصة في التمريض 13.5 لكل 10000 نسمة مقارنة بـ 16.4 بمناطق المكتب الإقليمي للشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية و 77.8 بمنطقة أوروبا. ويزاول 13622 طبيباً أنشطتهم بالقطاع الخاص (5182 طبيباً بالعام و 8440 طبيباً متخصصاً)، أي أكثر من 52.3% من الهيئة الطبية الوطنية.

ويتفاقم العجز في الأطر الطبية وشبه الطبية بسبب زيادة الاستهلاك الطبي وغياب الإنتاجية في البنيات العمومية للاستشفاء من جهة، وعدم كفاية التكوين الأساسي في (الطبي وشبه الطبي) وكذا هجرة مهنيي

الصحة. إضافة إلى ذلك، ارتفع عدد مهنيي الصحة المغاربة العاملين بدول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، سنة 2015، إلى 6936 طبيبا و7338 ممرض وممرضة وقابلة¹⁴.

على الرغم من حظره بموجب القانون، يلجأ القطاع الخاص باستمرار إلى خدمات أطباء القطاع العام في إطار استثناءات تنظيمية جد محددة. وباستثناء ظروف خاصة، لم يعد ينطبق هذا الحال اليوم، حيث لم تعد خاضعة للتنظيم والتي باتت شائعة كممارسة.

علاوة على ذلك، وبسبب النقص في عدد الأطباء على المستوى الوطني، تضطر المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها إلى اللجوء إلى أطباء القطاع العام والأساتذة العاملين بالمراكز الاستشفائية الجامعية لإنجاز وتعزيز أنشطتها.

ب- بنية الطب

لا يوجد في المغرب أية منظومة وطنية للمعلومات الصحية توفر المعطيات المتعلقة بطلب العلاجات في القطاعين العام والخاص. ونص القانون رقم 34.09 على إحداث نظام معلوماتي في هذا الصدد، غير أنه لم يتم تفعيله بعد. وفي غياب المعطيات، يتم تقييم الطلب على العلاجات من خلال دراسات استقصائية حول نسبة الإصابة بالأمراض والحسابات الوطنية الصحية، ومع توقعات مستخلصة من المعطيات الروتينية بالقطاع العام، وبالقطاع الخاص بناء على معطيات نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

يظهر من خلال معطيات القطاع العام ونظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، أن الطلب على العلاجات بالمغرب منخفض جدا. وتبلغ نسبة العلاجات الطبية المتنقلة سنويا 1.7 جهة اتصال للفرد.

ويتشكل المرضى الذين يلجؤون إلى المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها من منخرطي نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وذوي حقوقهم والمؤدين المباشرين. ويبلغ عدد المنخرطين في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وذوي حقوقهم 10,1 مليون شخص، منهم 7 ملايين منخرط في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي و3,1 مليون منخرط في الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي. ويزداد عددهم سنوياً بنسبة 4,6% (الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، 2018). وعلاقة بالفئة المؤمنة، يبلغ معدل التعويض عن العلاج، الذي يعكس نسبة الأشخاص الذين تم تسوية طلبهم مرة واحدة على الأقل، 29,3%.

ويتكون المؤدون المباشرون أساسا من فئة المرضى الذين لا يستفيدون من أية تغطية صحية. ويقدر عددهم بنحو 11 مليون نسمة. وفي بعض الأحيان، يلجأ بعض المنخرطين في نظام المساعدة الطبية (راميد) كذلك إلى العلاجات بالقطاع الخاص بهدف تلبية احتياجات معينة و/أو في حالة عدم توفرها داخل المؤسسات العمومية.

يمكن تمثيل مستعملي الخدمات الصحية من قبل منظمات المجتمع المدني ذات أهداف عامة، كجمعيات حماية المستهلك أو جمعيات الدفاع عن الحق في الصحة، أو ذات أهداف خاصة ترتبط بنوع من الأمراض، مثل الجمعيات الخاصة بمرضى السكري ومرضى الكلى في طور المرحلة الأخيرة ومرضى السرطان، وغيرها. وتدافع هذه الجمعيات عن مصالح المرتفقين بالقطاعين العام والخاص.

بصرف النظر عن المرض، لا تختلف بالعوامل المحددة للطلب على العلاجات عن تلك التي تحدد بناء على طبيعة الاستهلاك. ولكونه في فترة انتقال وبائي، تهيمن أمراض القلب والأوعية الدموية والجهاز التنفسي والأورام والصدمات على نسبة الاعتلال بالمغرب.

14 دراسة حول السكان النشيطين 2009-2012 ومرصد الصحة العالمي (منظمة الصحة العالمية)، المحين في 20 نوفمبر 2015.

وفيما يتعلق بالعوامل الاقتصادية، يمكن القول بأن الطلب يزداد مع الدخل وأن الأسعار التي في المتناول تعد من بين عوامل الاستهلاك الطبي، خاصة في غياب تغطية صحية.

كما تلعب العوامل النفسية والاجتماعية دورا مهما، بحيث يتغير استهلاك العلاجات الصحية حسب الفئة السوسيو-مهنية. ويعتبر المستوى التعليمي عاملا مؤثرا على الطلب على العلاجات.

وأخيراً، وبغض النظر عن العمر و/أو الجنس، يشكل أسلوب الحياة الذي يحفز السلوكيات المحفوفة بالمخاطر أيضاً وسيلة لتحفيز الطلب على العلاجات، والذي يولد احتياجات صحية جديدة، مثل الظهور الحديث نسبياً في المغرب للأمراض المرتبطة بالسمنة والطلب الناجم عنها ل توفير العلاجات.

1 . استهلاك العلاجات والسلع الطبية في المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها

يُعرف الاستهلاك الطبي بأنه استهلاك السلع والخدمات الرامية إلى الوقاية من الإصابة بالأمراض¹⁵ وتشخيصها وعلاجها. وتشكل المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها أول أهم مقدمي العلاجات بالمغرب، بنسبة تبلغ 24% من النفقات، منها 17,97% للمصحات الخاصة، و0,97% لمصحات التعاوض ومصحات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الجدول 13: النفقات الصحية الجارية حسب نوع مقدم الخدمة

مقدم الخدمات	(النفقات الصحية الجارية (بالآلاف الدراهم	%
المستشفيات العامة (بما في ذلك المراكز (الاستشفائية الجامعية	8 970 558,97	15,18
مؤسسات العلاجات الصحية الأولية	4 012 179,43	6,79
مقدمو العلاجات الوقائية	663 595,57	1,12
المجموع الفرعي لمقدمي الخدمات العمومية	13 646 333,97	23,09
مصحات خاصة	10 621 312,04	17,97
مصحات التعاوض ومصحات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	574 248,05	0,97
مراكز غسيل الكلى	545 069,23	0,92
عيادات طبية	5 730 009,30	9,70
عيادات طب الأسنان	2 791 582,65	4,72
مختبرات ومراكز الفحص بالأشعة	7 135 059,88	12,07
العلاج بالخارج	24 953,18	0,04
الصيدليات وموردي السلع الطبية	13 836 892,89	23,41
الإجمالي الفرعي لمقدمي الخدمات الخاصة	41 259 127,22	69,80
مقدمو الخدمات الإدارية	2 938 618,23	4,97
مقدمو خدمات آخرون	1 262 383,09	2,13
(المجموع الكلي (النفقات الصحية الجارية	59 106 462,51	100,00

المصدر: الحسابات الصحية الوطنية 2018

وفقاً للحسابات الصحية الوطنية (2018)، بلغ مجموع المبالغ التي سددتها هيئات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لمقدمي العلاجات، في إطار الثالث المؤدي، حوالي 7,2 مليار درهم برسم 2018، مقابل 4,3 مليار درهم برسم 2013، بزيادة بلغت 68,3%.

وتستحوذ المصحات الخاصة الهادفة وغير الهادفة إلى الربح على القسط الأكبر من هذه المبالغ، بحصة تصل إلى 61,4% من المبالغ المسددة من لدن نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في إطار الثالث المؤدي (58% للمصحات الخاصة و3,6% لمصحات التعاقد ومصحات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي) مقابل 8,4% للمستشفيات (بما في ذلك المراكز الاستشفائية الجامعية)، وإن كانت لا تمثل إلا 33,6% فقط من العرض الوطني للمستشفيات. زيادة على ذلك، تمثل المصحات الخاصة 17,9% من النفقات التي يسدها المرضى من أموالهم الخاصة وغير قابل للاسترداد، مقارنة بـ 6,9% للمستشفيات العمومية (بما في ذلك المراكز الاستشفائية الجامعية).

وفقاً لمعطيات الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، يستمر مقدمو الخدمات بالقطاع الخاص في الاستحواذ على الحصة الكبرى من نفقات الهيئات المدبرة لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، والمسددة مباشرة في إطار الثالث المؤدي. وتصل هذه الأخيرة إلى 89,2% بالنسبة لمنخرطي الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي و93,7% بالنسبة لمنخرطي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

وفيما يتعلق بالملفات التي تم إرجاع مصاريفها في إطار الثالث المؤدي، تبلغ الحصة المتبقية على عاتق المؤمن له 16,4% و5,4% على التوالي بالنسبة للقطاعين الخاص والعام.

2. نفقات ورصيد نظام الضمان الاجتماعي في المصحات الخاصة

يتبين من الحسابات الصحية الوطنية الحديثة (2018) أنه على مدى 20 عاماً، ازدادت النفقات الإجمالية على الصحة بأكثر من أربعة أضعاف، منتقلة من 15 مليار درهم في عام 1998 إلى 60,9 مليار درهم في عام 2018. ويشكل حجم النفقات الجارية على الصحة 97% (59,1 مليار درهم) مقابل 3% من الاستثمار في الرأسمال.

وشهدت النفقات الإجمالية على الصحة للفرد الواحد نفس تطور النفقات الإجمالية، إذ بلغت 1730 درهماً في عام 2018. غير أنه لا يزال منخفضاً مقارنة بالدول الأخرى حيث لا يمثل سوى 489 دولاراً أمريكياً فقط للفرد مقابل 1171 في تركيا و912 في تونس و614 في مصر. بالإضافة إلى ذلك، تسير حصة الناتج الداخلي الإجمالي المخصصة للصحة في اتجاه تنازلي، حيث بلغت 5,5% في عام 2018 مقابل 5,8% في عام 2013 و6,2% في عام 2010. ويشير هذا الأمر إلى أن تمويل الصحة لا يستفيد من وتيرة النمو الاقتصادي التي يشهدها المغرب.

الجدول 14: مستوى نفقات الصحة بالمغرب مقارنة ببعض الدول¹⁶

المبالغ المباشرة المسددة من قبل الأسر (%)	النفقات الصحية مقارنة بالناتج الداخلي الإجمالي (%)	نصيب الفرد من النفقات الصحية (بالدولار)	نصيب الفرد من الناتج الداخلي الإجمالي ¹⁷ (بالدولار)	البلد
17,5	4,1	1 171	28 545	تركيا
62,3	4,9	614	11 366	مصر
45,6	5,5	489	7 438	المغرب (*)
35,8	8,7	1 691	13 472	إيران
33,2	8,3	1 086	15 612	لبنان
32,6	6,2	963	11 642	الجزائر
33,2	7,8	738	10 023	الأردن
38,9	7,3	912	11 764	تونس
9,2	11,3	5250	45 561	فرنسا
10,8	16,9	10 624	61 498	الولايات المتحدة الأمريكية

المصدر: وزارة الصحة، الحسابات الصحية الوطنية، 2018

بالإضافة إلى عدم كفايته، يعاني التمويل الصحي في المغرب من أهمية الثقل النسبي لتمويل الأسر، حيث لا يزال يشكل المصدر الرئيسي للتمويل الصحي في المغرب. في عام 2018، شكلت المساهمة المباشرة للأسر 45.6% من إجمالي النفقات الصحية مقابل 50.7% في عام 2013، أي بانخفاض يناهز 5 نقاط. وعلى الرغم من انخفاضها، إلا أن هذه الحصة لا تزال مرتفعة للغاية مقارنة بالدول المماثلة، أخذاً بعين الاعتبار مخاطر الوقوع في هاوية الفقر وحوادث نكبات مالية، الذي حددته منظمة الصحة العالمية عند سقف 20%.

ويمثل نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ثاني ممول صحي في المغرب، بعد الأسر، بحصة تبلغ 29.3% من النفقات الصحية الإجمالية (17.9 مليار درهم) بزيادة 6.9 نقاط مقارنة بعام 2013. أما بالنسبة لحصة مساهمة الدولة في التمويل الصحي من خلال الموارد الجبائية، فقد ظلت دون تغيير تقريباً عند حوالي 25%-24 منذ إصدار الحسابات الصحية الوطنية الأولى لعام 1998.

وعلى الرغم من أن نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لا يمثل سوى 29.3% من التمويل الصحي، إلا أنه يغطي 40.6% من سكان المغرب (يقدر عددهم بـ 35.2 مليون نسمة)، أي 14.3 مليون مستفيد مقابل 13.1 مليون في عام 2013. يبلغ عدد المنخرطين في الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصناديق الداخلية والتعاضديات وشركات التأمين الخاصة حوالي 6.02 مليون شخص، أي 51% من السكان النشيطين البالغين أكثر من 15 سنة.

16 المصادر: منظمة الصحة العالمية ومجموعة البنك الدولي

17 (*): معطيات حول النفقات الصحية بالمغرب المتوافقة مع نتائج الحسابات الصحية الوطنية لسنة 2018.

ت. حصص السوق ومؤشر التركيز

1. تحليل البنية الاقتصادية لقطاع المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها وتطور النسيج الاقتصادي

من أجل تحليل البنية الاقتصادية للمصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها، من الضروري التوفر على مؤشرات ذات الصلة وموثوق بها لإجراء تحليل مفصل حسب الجهة وحجم المصحة ونوع التخصص وغيرها. ومن بين المؤشرات المعتمدة، ثمة المؤشرات المالية، وكذلك المؤشرات المتعلقة بمتوسط مدة الإقامة ونسبة التأطير وجود العلاجات ورضى المرضى. غير أن هذه المؤشرات لا تنشر من قبل المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها بالمغرب.

وأشار القانون رقم 34.09، الصادر سنة 2011، إلى إحداث منظومة إعلامية صحية وطنية، حيث نصت المادة 17 منه على أنه:

"تحدث منظومة إعلامية صحية وطنية تتولى جمع ومعالجة واستغلال كل المعلومات الأساسية المتعلقة بالمؤسسات الصحية العامة والخاصة وبأنشطتها وبمواردها وتقييم حجم وجودة العلاجات. ويتعين جمع المعطيات الضرورية للمنظومة الإعلامية الصحية الوطنية واستغلالها في احترام التشريع المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي".

بيد أنه لم يتم إحداث أية منظومة في هذا الباب، ولا تزال المعطيات المتعلقة بأنشطة المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها غير معروفة، مما يجعل من الصعب تقييم مستوى استغلالها. بالمقابل، وفيما يتعلق بالمؤسسات المماثلة، لا سيما مراكز علاج الأورام ومراكز غسيل الكلى التابعة للقطاع الخاص، ترسا معطياتها إلى وزارة الصحة في إطار الشراكات المبرمة على التوالي مع مؤسسة لالة سلمى وجمعية أطباء الكلى في المغرب.

2. تحليل رقم معاملات المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها

تتبع المعطيات المحاسبية المستعملة من القوائم التركيبية الخاصة بالمصحات والمؤسسات المماثلة، كما يتم نشرها والتصريح بها من قبل الإدارة المختصة¹⁸.

(* لمحة عن المصحات الخاصة التي صرحت بأعلى أرقام المعاملات الأكثر أهمية

الجدول 15: ترتيب العشرة مصحات خاصة التي قدمت أعلى أرقام المعاملات المصرح بها¹⁹

الصف	المؤسسة	المدينة	رقم المعاملات المعلن عنه بالدرهم
1	مصحة جرادة الوازيس (100 سرير)	الدار البيضاء	122 188 871
2	المركز الدولي لعلاج الأورام	الدار البيضاء	100 442 647
3	مصحة عين برجا (100 سرير)	الدار البيضاء	66 132 077
4	المصحة الدولية متعددة التخصصات رياض النخيل (68 سريرا)	الرباط	62 810 529
5	مصحة المطار (38 سرير)	مراكش	61 545 747
6	المصحة الدولية متعددة التخصصات النرجس (50 سرير)	مراكش	60 352 358
7	مصحة الشيخ ماء العينين (21 سرير)	أكادير	55 924 381
8	مصحة دار السلام (100 سرير)	الدار البيضاء	47 113 119
9	مصحة المدينة الخضراء (132 سرير)	الدار البيضاء	39 689 331
10	مصحة غاندي (37 سرير)	الدار البيضاء	31 969 358
	المجموع		648 168 417

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

18 تقع مسؤولية التحقق من صحة المعطيات الواردة في القوائم التركيبية على عاتق الجهات التي نشرتها.

19 يشمل هذا الترتيب المصحات التي ذات معطيات حسابية متاحة فقط

تتتمي المصحات الخاصة الثلاثة الأولى، من حيث رقم المعاملات، إلى مجموعة "AKDITAL". ويبلغ رقم معاملات أول مصحة خاصة ضعف معدل المصحة الرابعة (علما أن المصحتين الثانية والثالثة تنتمي إلى نفس المجموعة)، ويكبر حجمها أربع مرات من المصحة العاشرة.

وتقع 6 من أصل 10 مصحات الرئيسية بمدينة الدار البيضاء، وتتجاوز أرقام معاملاتها المصرح بها 400 مليون درهم. ووفقا لهذه المعطيات، لا تظهر أية علاقة ترابطية بين حجم المصحة ورقم معاملاتها، إذ تحتل مصحة ماء العينين (بمدينة أكادير)، المتوفرة على 21 سريرا، المرتبة السابعة ضمن 10 مصحات صرحن بأكبر أرقام المعاملات المنجزة، بينما تحتل مصحة المدينة الخضراء (بمدينة الدار البيضاء)، الأكبر حجما مقارنة بالمصحات العشر الأخرى (تتوفر على 136 سريرا)، المرتبة العاشرة.

ويبلغ معامل الترابط بين رقم المعاملات وحجم المصحة (الذي يقاس بعدد الأسرة) معدل 0,53. ومن تم، لا تكتسي النتيجة أهمية من الناحية الإحصائية ولا تمكن من استخلاص أية صلة بين هاذين المؤشرين.

(**) تحليل أرقام المعاملات المصرح بها حسب حجم المصحات الخاصة

في عام 2019، بلغت أرقام المعاملات الإجمالية المصرح بها، بالنسبة للمصحات البالغ عددها 83 والمتوفرة على معلومات بشأن رقم معاملاتها وحجمها، 1 171 555 004 درهم. ويتوزع هذا المبلغ، وفقا لتصنيف الفئات الثلاثة المعتمد سابقا، على الشكل التالي:

الجدول 16: رقم المعاملات المصرح به حسب حجم المصحات الخاص والمؤسسات المماثلة لها

المجموع	حجم المصحات			عدد المصحات التي خضعت للتحليل
	المصحات المنتمية لصنف "أ" (100 سريرا وأكثر)	المصحات المنتمية لصنف "ب" (من 31 إلى 99 سريرا)	المصحات المنتمية لصنف "ت" (30 سريرا وأقل)	
83	5	23	55	عدد المصحات التي خضعت للتحليل
1 171 555 004	294 307 620	499 490 385	377 757 049	أرقام المعاملات المصرح بها (بالدرهم)
100 %	25,1 %	42,6%	32,2 %	الحصص

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من طرف مجلس المنافسة، 2021

تمثل نسبة 42,6% من رقم المعاملات الإجمالي مصرح به من لدن مصحات متوسطة الحجم، بطاقة سريرية تتراوح ما بين 31 و100 سريرا وبغلاف مالي مصرح به ويبلغ حوالي 500 مليون درهم. من جانبها، لا تساهم المصحات كبيرة الحجم سوى 25% من رقم المعاملات الإجمالي.

غير أنه يتعين تحري الدقة حيال هذه النتيجة، طالما أن المصحات المنتمية لصنف "أ" لا تضم رقم المعاملات المنجز من لدن مؤسسة الشيخ زايد ومؤسسة الشيخ خليفة، ولا حتى رقم معاملات المصحات المحدثة على شكل شركات مدنية مهنية.

(***) تحليل أرقام المعاملات المصرح بها من قبل المصحات الخاصة حسب الجهات

علاقة بالتوزيع الجغرافي، تعود نسبة 67,6% من أرقام المعاملات المصرح بها لمصحات خاصة متواجدة بمحور الدار البيضاء-الرباط-القنيطرة (جهتان)، والتي تضم 60% من عرض الأسرة التي تتوفر عليه المصحات التي

صرحت بأرقام معاملاتها. ويعود الثلث المتبقي من أرقام المعاملات المصرح بها من المصححات المتواجدة بمجموع باقي الجهات الأخرى.

الجدول 17: توزيع أرقام المعاملات المصرح بها حسب الجهات برسم 2019

نسبة العرض من الأسرة	النسبة المئوية لأرقام المعاملات المصرح بها	أرقام المعاملات المصرح بها	
41%	54,7%	640 613 589	جهة الدار البيضاء-سطات
18,8%	12,9%	150 695 287	جهة الرباط -سلا-القنيطرة
40,2%	32,5%	380 246 127	جهات أخرى
100%	100%	1 171 555 004	المجموع

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

• تحليل أرقام المعاملات المصرح بها من قبل المؤسسات المماثلة

- مراكز تصفية الدم

توفر عشرة مراكز تصفية الدم الكبرى 25% من الطاقة الوطنية الإجمالية. وخلافا للمصحات، يكتسي توزيعها جغرافيا في مجموع التراب الوطني طابعا أكثر تجانسا بشكل عام.

• تحليل حسب عدد مولدات التصفية

الجدول 18: المراكز العشرة الأولى لغسيل الكلى حسب عدد المولدات

عدد المولدات	المدينة	المؤسسة	الصنف
70	مكناس	مركز تصفية الدم بمكناس	1
52	مراكش	مركز تصفية الدم بمراكش	2
52	فاس	مركز الحكيم لتصفية الدم	3
40	خريبكة	مركز تصفية الدم بخريبكة	4
40	وجدة	مركز الحكيم لتصفية الدم	5
40	تطوان	مركز النور لتصفية الدم	6
37	تمارة	مركز نور لتصفية الدم	7
35	الرباط	مركز الرباط - زعير لتصفية الدم	8
34	إنزكان	مركز الأندلس لتصفية الدم	9
30	الدار البيضاء	مركز 2 مارس لتصفية الدم	10
430		المجموع	

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

• تحليل مراكز تصفية الدم حسب رقم المعاملات المصرح به

الجدول 19: المراكز العشرة الأولى لتصفية الدم حسب رقم المعاملات المصرح به

الصف	المؤسسة	المدينة	رقم المعاملات بالدرهم
1	مركز أطلس لتصفية الدم والغسيل الكلوي	مراكش	34 650 861
2	مركز ابن طفيل لتصفية الدم	الرباط	26 226 300
3	مركز تازة لتصفية الدم	تازة	24 156 330
4	مركز تارغا لتصفية الدم	مراكش	23 998 164
5	مركز مكناس لتصفية الدم والغسيل الكلوي	مكناس	23 757 857
6	مركز أمراض الكلي وتصفية الدم نخيل مراكش	مراكش	19 561 885
7	مركز النخيل لتصفية الدم	مكناس	17 893 941
8	مركز أكادير لتصفية الدم	أكادير	17 331 717
9	مركز السلام لتصفية الدم	سلا	15 780 015
10	مركز 2 مارس لتصفية الدم	الدار البيضاء	15 462 593
المجموع			218 819 663

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

يبلغ رقم معاملات أول مركز لتصفية الدم ضعف رقم المعاملات المنجز من طرف المركز الثامن. ويوجد مركز واحد فقط من أصل 10، التي صرحت بأرقام معاملاتهما، بمدينة الدار البيضاء مقابل ثلاث مراكز بمدينة مراكش ومركزين بمدينة مكناس. وتعزى الوضعية التي شهدتها مدينة الدار البيضاء إلى حجم مراكز تصفية الدم (المتوفرة على عدد قليل من مولدات التصفية) وعددها (عدد هام منها أخذ في التآكل) وجود منظمات غير حكومية تعيق سير السوق.

- مراكز الفحص بالأشعة

الجدول 20: المراكز العشرة الأولى للفحص بالأشعة حسب رقم المعاملات المصرح به

الصف	المؤسسة	المدينة	رقم المعاملات بالدرهم
1	مركز الأشعة أبو ماضي	الدار البيضاء	32 047 848
2	مركز الأشعة كازا	الدار البيضاء	14 969 532
3	مركز الأشعة الفردوس	القنيطرة	12 712 970
4	مركز الأشعة إنفست "Invest"	مراكش	11 410 139
5	مركز الأشعة 2 مارس سونا	الدار البيضاء	9 655 660
6	شركة الأشعة حي المستشفيات	الدار البيضاء	6 550 857
7	مركز الأشعة بنيس وشركاؤه بخريبكة	خريبكة	5 729 138
8	مركز الأشعة الفتح	الرباط	5 499 220
9	عيادة الأشعة صومعة حسان	الرباط	5 024 232
10	مركز الأشعة درب غلاف	الدار البيضاء	2 803 315
المجموع			218 819 663

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

تجاوز رقم المعاملات المصرح به من قبل مراكز الأشعة بمدينة الدار البيضاء مبلغ 66 مليون درهم برسم 2019.

• تحليل أرقام معاملات مراكز تصفية الدم والفحص بالأشعة حسب الجهة

تتمركز مراكز الفحص بالأشعة بقوة في محور الدار البيضاء-الرباط-القنيطرة، وتمثل أرقام المعاملات المصرح لها في هاتين الجهتين أزيد من 80% من رقم المعاملات الوطني المصرح به برسم 2019.

الجدول 21: أرقام المعاملات المصرح بها لمراكز غسيل الكلى ومراكز الأشعة حسب الجهة

مراكز الفحص بالأشعة		مراكز تصفية الدم		الجهة في 2019
رقم المعاملات بالنسبة المئوية	رقم المعاملات بالدرهم	رقم المعاملات بالنسبة المئوية	رقم المعاملات بالدرهم	
53,2%	70 244 422	27,4%	119 087 754	جهة الدار البيضاء سطات
27%	35 583 212	26,9%	116 878 449	جهة الرباط سلا القنيطرة
19,8%	26 176 946	45,7%	198 954 851	جهات أخرى
100%	132 004 580	100,0%	434 921 053	المجموع

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة

خلافًا للمصحات ومراكز الفحص بالأشعة، تتوزع أرقام المعاملات المصرح بها من قبل مراكز تصفية الدم، برسم 2019، على نحو أكثر تجانسًا، مع هيمنة جهتي الدار البيضاء-سطات والرباط-سلا-القنيطرة بدرجة أقل، والتي تبلغ نسبة أرقام المعاملات المصرح بها من قبل مراكز تصفية الدم أزيد من 54% من أرقام المعاملات المصرح بها على الصعيد الوطني.

3. التحليل حسب المؤشرات المالية الرئيسية

(*) المؤشرات المالية حسب فئة المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها

يلخص الجدول أدناه المؤشرات الإجمالية الرئيسية المصرح بها برسم 2019 حسب المؤسسات المماثلة وفئة المصحات:

الجدول 22: توزيع فئات المصحات الخاصة حسب التكاليف والنتائج برسم 2019

حجم المصحة				
مجموع المصحات	صنف "ت"	صنف "ب"	صنف "أ"	
83	55	23	5	عدد المؤسسات
2 685	999	1150	536	عدد الأسرة
				عدد المؤسسات ذات رقم معاملات
75	49	21	5	أكبر من 0
2 449	884	1029	536	عدد الأسرة
1 171 555 004	377 757 049	499 490 335	294 307 620	رقم المعاملات
%100	%32,2	%42,6	%25,1	الحصص
1 145 359 203	344 133 492	496 951 385	304 274 326	تكاليف الاستغلال
291 001 889	89 738 747	116 332 447	84 930 695	تكاليف نفقات المستخدمين
424 192 300	105 310 200	195 058 879	123 823 221	مشتريات المواد المستهلكة والمعدات
17 435 723	30 150 280	-4 315 928	-8 398 629	نتيجة الاستغلال
4 179 787	24 051 813	-9 734 262	-10 137 764	النتيجة الصافية قبل الضريبة
-21 012 850	14 185 425	-20 382 502	-14 815 773	النتيجة الصافية
77 359 927	37 872 023	24 347 944	15 139 960	الفائض الخام للاستغلال
%6,6	%10,0	%4,9	%5,1	
38 594 063	29 055 865	5 695 017	3 843 181	قدرات التمويل الذاتي

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

يبلغ الغلاف المالي لتكاليف الاستغلال الإجمالية، المصرح بها من قبل المصحات بجميع أصنافها بإجمالي 1,14 مليار درهم، بنسبة تناهز 98% من رقم المعاملات. ويسجل معدل "تكاليف الاستغلال/رقم المعاملات" نسبة أعلى إزاء أصناف المصحات الثلاثة المعتمدة، إذ يقدر بنحو 100% بالنسبة للمصحات المنتمية لصنف "ب"، و 91% إزاء المصحات المنتسبة لصنف "ت". من جانبها، تبلغ تكاليف الاستغلال الخاصة بالمصحات المنتمية لصنف "أ" معدلات تفوق رقم المعاملات (تصل إلى 103,4%)، محققة بالتالي نتيجة صافية سلبية تبلغ 8/14 - مليون درهم. ويعزى هذا الأمر إلى الوضعية الخاصة للمصحة الخضراء برسم سنة 2019، حيث تجاوزت تكاليف

الاستغلال مبلغ 65 مليون درهم. وتتطوي هذه القيم المرتفعة بشكل غير طبيعي لمعدل "تكاليف الاستغلال/أرقام المعاملات" على نوع من التضارب في الحسابات المصرح بها. ويمكن تفسير هذه الوضعية بالتقدير المبالغ فيه لتكاليف الاستغلال أو بسوء تقدير أرقام المعاملات المصرح بها من قبل المصحات.

وتصدر المشتريات المتعلقة بالمواد الاستهلاكية والمعدات عناصر النفقات، وتشمل بالخصوص الأدوية والمعدات الطبية. وتمثل هذه النفقات حوالي 40% من مجموع نفقات المصحات المنتمة لصنف "أ" و"ب"، و31% بالنسبة للمصحات المنتمة لصنف "ت". وتشكل نفقات المستخدمين 25,4% من العدد الإجمالي للنفقات. ويستقر هذا المعدل مع مرور الزمن، ويتطابق تقريبا بصرف النظر عن حجم المصحات. ولا تضم نفقات الموظفين أجور وأتعاب الأطباء، إذ تشكل هذه الأخيرة عادة ما بين 20 و35% من تكاليف الاستغلال الإجمالية حسب حجم المصحة وتخصصاتها.

وتظل نتيجة الاستغلال الإجمالية المصرح بها سلبية إزاء أصناف المصحات "أ" و"ب"، وتمثل 3- و1- من رقم المعاملات على التوالي، بينما تبقى إيجابية بالنسبة لمصحات صنف "ت" وتمثل 8% من رقم المعاملات المصرح به. وتعتبر هذه القيم الضعيفة لنتيجة الاستغلال حصيلة للقيم المرتفعة بشكل غير طبيعي لمعدل "تكاليف الاستغلال/رقم المعاملات".

زيادة على ذلك، تظل النتائج الصافية لأصناف المصحات "أ" و"ب" سلبية، بينما تبلغ النتائج الصافية الإجمالية لأصناف المصحات "ت" 14,2 مليون درهم (بالنسبة للمصحات المعتمدة في نطاق التحليل والبالغ عددها 49 مصحة)، بنسبة مردودية (النتيجة الصافية/رقم المعاملات) تبلغ 3,8%. وتظل هذه النسبة ضعيفة للغاية، ويعزى ذلك إلى أرقام المعاملات الضعيفة المصرح بها مقارنة بتكاليف الاستغلال. ويقاس الفائض الخام للاستغلال مردودية النشاط الاقتصادي للمصحات، حيث تعتبر مبالغ هذا الدخل إيجابية بالنسبة لأصناف المصحات الثلاثة، وتصل على التوالي إلى 14,1 و24,3 و37,9 مليون درهم، بمعدل هامش ربح خام نتيجة للاستغلال (الفائض الخام للاستغلال/رقم المعاملات) يبلغ على التوالي 5% بالنسبة لأصناف المصحات "أ" و"ب"، و10% إزاء أصناف المصحات "ت".

وتعد هذه المعدلات ضعيفة بشكل غير طبيعي. وترجع أسبابها بالتأكيد إلى سوء تقدير أرقام المعاملات المشار إليها أعلاه. كما تعتبر مبالغ قدرات التمويل الذاتي، التي تمكن المصحات من تمويل تطورها، ضعيفة نسبيا بالنسبة لأصناف المصحات الثلاثة (تبلغ في المتوسط 0,7 مليون درهم بالنسبة لصنف المصحات "أ" و0,27 مليون درهم بالنسبة لصنف المصحات "ب" و0,6 مليون درهم بالنسبة لصنف المصحات "ت"). وتتنخفض هذه المبالغ بشكي غير طبيعي ولا تتناسب مع استثمارات الاستبدال والتطوير المنجزة من قبل المصحات.

وعلاقة بمراكز تصفية الدم، يستقر رقم المعاملات المصرح به في 435 مليون درهم بالنسبة لتكاليف الاستغلال البالغة قيمتها 351 مليون درهم، بمعدل "تكاليف الاستغلال/رقم المعاملات" يصل إلى 81%. وتجدر الإشارة إلى أن نسبة 85% من تكاليف مراكز تصفية الدم تنبثق عن "شراءات المواد الاستهلاكية والمعدات"، والتي تمثل ثلثي التكاليف الإجمالية، وعن "نفقات المستخدمين" التي تمثل 18% من النفقات الإجمالية.

علاوة على ذلك، تبلغ نتيجة الاستغلال الإجمالية 68 مليون درهم، بنسبة تبلغ تصل إلى 16% من رقم المعاملات المصرح به. وتبلغ النتائج الصافية لمراكز تصفية الدم 57 مليون درهم، بمعدل مردودية (النتيجة الصافية/رقم المعاملات) تصل إلى 10,7%.

ويصل الفائض الخام للاستغلال إلى 75,2 مليون درهم، بمعدل هامش ربح خام نتيجة للاستغلال (الفائض الخام للاستغلال/رقم المعاملات) يعادل 17,3%، في حين تبلغ القيمة الإجمالية لقدرات التمويل الذاتي، التي تمكن مراكز تصفية الدم من تمويل تطورها، 55,5 مليون درهم (أي بمتوسط يبلغ 1,3 مليون درهم لكل مركز). وبخصوص مراكز الفحص بالأشعة، يعادل رقم المعاملات المصرح به 132 مليون درهم بالنسبة لتكاليف الاستغلال البالغة قيمتها 110 مليون درهم، بمعدل "تكاليف الاستغلال/رقم المعاملات" يصل إلى 83%. وتمثل النفقات الخاصة بـ "المواد الاستهلاكية والمعدات" 18% من مجموع النفقات، والتكاليف المرتبطة بـ "نفقات المستخدمين" 20% من إجمالي النفقات.

وتبلغ نتيجة الاستغلال الإجمالية المصرح بها 19,6 مليون درهم، بنسبة تبلغ 15% من رقم المعاملات المصرح به. وتصل النتائج الصافية لمراكز الفحص بالأشعة إلى 10,8 مليون درهم، بمعدل مردودية (النتيجة الصافية/رقم المعاملات) تعادل 8,14%. ويصل الفائض الخام للاستغلال إلى 23,1 مليون درهم، بمعدل هامش ربح خام نتيجة للاستغلال (الفائض الخام للاستغلال/رقم المعاملات) يبلغ 17,5%، في حين تبلغ القيمة الإجمالية لقدرات التمويل الذاتي، التي تمكن مراكز الفحص بالأشعة من تمويل تطورها، 15,7 مليون درهم (بمتوسط يبلغ 0,58 مليون درهم لكل مركز).

الجدول 23: توزيع المؤسسات المماثلة حسب التكاليف والنتائج في 2019

مراكز الفحص بالأشعة	مراكز تصفية الدم	
39	51	عدد المؤسسات
-	524	(عدد مولدات التصفية (الأماكن
27	44	عدد المؤسسات ذات رقم معاملات أكبر من 0
-	424	(عدد مولدات التصفية (الأماكن
132 004 580	434 921 053	رقم المعاملات
109 831 886	351 408 626	تكاليف الاستغلال
21 595 417	65 274 368	نفقات المستخدمين
19 383 889	230 019 104	نفقات المواد الاستهلاكية والمعدات
19 576 214	67 565 214	نتيجة الاستغلال
15%	16%	
18 227 798	64 715 242	النتيجة الصافية قبل الضرائب
10 741 910	46 799 483	النتيجة الصافية
23 131 778	75 216 373	الفائض الخام للاستغلال
17,5%	17,3%	
15 708 488	55 536 451	قدرات التمويل الذاتي

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

تكتسي نفقات المستخدمين المقرونة برقم المعاملات أهمية أكبر بالنسبة لأصناف المصحات "أ"، إذ تمثل 29% في حين لا تمثل سوى 23% و24% على التوالي إزاء أصناف المصحات "ب" و"ت". وينطبق الشيء نفسه على مشتريات المواد المستهلكة والمعدات واللوازم، حيث تمثل أزيد من 42% من رقم المعاملات بالنسبة لأصناف المصحات "أ" و39% إزاء أصناف المصحات "ب"، بينما لا تشكل سوى 28% بالنسبة لأصناف المصحات "ت". ويشير هذا الأمر إلى أنه نظرا لحجم المؤسسات، تتحمل المصحات المنتمية لصنف "أ" و"ب" أكثر التكاليف (استنادا إلى أرقام معاملاتها المصرح بها). غير أن هذه الخلاصة تظل مشوبة بالعيوب إذا كان رقم المعاملات الحقيقي أكبر بكثير من رقم المعاملات المصرح به.

الجدول 24: توزيع المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها حسب تكاليف كل سرير ورقم المعاملات برسم 2019

مراكز مراكز الفحص بالأشعة	مراكز تصفية الدم	أصناف المصحات			
		صنف "ت"	صنف "ب"	صنف "أ"	
16%	15%	24%	23%	29%	نفقات المستخدمين/رقم المعاملات
15%	53%	28%	39%	42%	مشتريات المواد الاستهلاكية والمعدات/رقم المعاملات
-	153 949	101 514	113 054	158 453	نفقات المستخدمين/الأسرة أو الأماكن المخصصة للعلاج

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

علاقة بمراكز الفحص بالأشعة وتصفية الدم، تمثل نفقات المستخدمين 16% و15% من رقم المعاملات على التوالي، بينما تشكل نسبة مشتريات المواد المستهلكة والمعدات 15% و53% على التوالي.

• تحليل المؤشرات المالية حسب كل سرير أو مولد تصفية

- بالنسبة للمصحات الخاصة

بلغ متوسط رقم المعاملات السنوي لكل سرير المصرح به من قبل المصحات الخاصة 0,49 مليون درهم برسم 2019. ووصل رقم المعاملات الخاص بصنف المصحات "أ" إلى 0,55 مليون درهم، وصنف "ب" إلى 0,49 مليون درهم وصنف "ت" إلى 0,43 مليون درهم. وكلما ازداد حجم المصحات الخاصة (من حيث الأسرة)، ارتفع رقم معاملاتها حسب كل سرير.

الجدول 25: توزيع نتائج الاستغلال والنتيجة الصافية لكل سرير وحسب حجم المصحات الخاصة برسم 2019

* المصحات التي صرحت برقم معاملات أكبر من 0

حجم المصحات				
صنف "أ"	صنف "ب"	صنف "ت"	المجموع	
536	1029	884	2449	* عدد الأسرة
549 081	485 413	427 327	487 274	رقم المعاملات السنوي لكل سرير
567 676	482 946	389 291	479 971	تكاليف الاستغلال لكل سرير
-15 669	-4 194	34 107	4 748	نتيجة الاستغلال لكل سرير
-27 641	-19 808	16 047	-10 468	النتيجة الصافية لكل سرير

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

يظهر أن أرقام المعاملات المصرح بها هذه والخاصة بأصناف المصحات الثلاثة تتسم بالضعف، ولا تعكس، إلى حد كبير، الواقع.

الجدول 26: المؤشرات المالية لكل سرير حسب الجهات برسم 2019

رقم المعاملات لكل سرير	تكاليف الاستغلال لكل سرير	نتيجة الاستغلال لكل سرير	
593 710	596 430	6 037	جهة الدار البيضاء-سطات
331 198	375 274	-43 837	جهة الرباط سلا القنيطرة
411 968	358 680	33 442	جهات أخرى
476 823	466 162	7 096	المجموع

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

- بالنسبة لمراكز تصفية الدم

يفرز تحليل أرقام المعاملات حسب مولدات التصفية (أو الأماكن المخصصة للعلاج) بمراكز تصفية الدم لسنة 2019 أن متوسط رقم المعاملات السنوي لكل مولد يبلغ 1,03 مليون درهم بالنسبة لتكاليف الاستغلال البالغة قيمتها 0,8 مليون درهم، ونتيجة استغلال سنوية لكل مولد تقدر بـ 160000 درهم.

الجدول 27: توزيع النتائج لكل مولد بمراكز تصفية الدم برسم 2019

مراكز تصفية الدم	
1 025 757	رقم المعاملات السنوي لكل مولد
828 794	تكاليف الاستغلال لكل مولد
159 352	نتيجة الاستغلال لكل مولد
110 376	النتيجة الصافية لكل مولد

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

يعد رقم المعاملات المصرح به لكل مولد بجهتي الدار البيضاء-سطات والرباط-سلا-القنيطرة أقل من رقم المعاملات بجهات المملكة الأخرى. كما تعتبر تكاليف الاستغلال السنوية المصرح بها لكل مولد منخفضة للغاية. غير أن نتيجة الاستغلال السنوية لكل مولد تظل متشابهة بمختلف الجهات.

الجدول 28: توزيع النتائج المالية لكل مولد بمراكز تصفية الدم حسب الجهة برسم 2019

رقم المعاملات المصرح به لكل مولد	تكاليف الاستغلال لكل مولد	نتيجة الاستغلال لكل مولد	
902 180	727 732	174 448	جهة الدار البيضاء-سطات
1 034 323	870 900	163 423	جهة الرباط -سلا-القنيطرة
1 111 480	925 672	184 474	جهات أخرى

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

(***) تطور المؤشرات المالية للمصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها

- المصحات الخاصة

كشف تحليل أبرز المؤشرات المالية للفترة الممتدة من 2015 إلى 2019 عن الملاحظات التالية:

الجدول 29: تطور المؤشرات المالية للمصحات الخاصة (1) برسم 2019

2019	2018	2017	2016	2015	المصحات (بالدرهم)
1 171 555 004	1 034 246 663	775 283 543	612 932 143	412 221 597	رقم المعاملات
13%	33%	26%	49%		تغير رقم المعاملات
1 145 359 203	1 002 102 162	750 324 937	589 681 654	381 490 514	نفقات الاستغلال
14%	34%	27%	55%		تغير نفقات الاستغلال
17 435 723	43 152 142	31 950 054	30 300 071	31 827 611	نتيجة الاستغلال
-60%	35%	5%	-5%		تغير نتيجة الاستغلال
-21 012 850	-7 385 348	3 552 580	5 722 233	9 008 366	النتيجة الصافية
185%	-308%	-38%	-36%		تغير النتيجة الصافية

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

• تصاعد رقم المعاملات المصرح به والخاص بالمصحات، بمتوسط معدل نمو سنوي بلغ 30%، منتقلا من 412 مليون درهم سنة 2015 إلى 1,17 مليار درهم سنة 2019. ويعزى ذلك إلى الزيادة في عدد المصحات الخاصة ما بين سنتي 2015 و2019 من جهة، وبدخول المصحات من صنف "أ" (ذات طاقة سريرية تقدر بأزيد من 100 سرير) إلى السوق من جهة ثانية. غير أنه يجب وضع هذه الزيادة في سياقها، كما يتبين من تطور رقم المعاملات لكل سرير خلال الفترة التي سجل فيها متوسط معدل النمو السنوي نسبة 7,5%، منتقلا من 358000 درهم سنة 2015 إلى 478000 درهم سنة 2019.

• ارتفع حجم تكاليف الاستغلال الإجمالية كذلك خلال الفترة ذاتها، منتقلا من 381 مليون درهم إلى 1,15 مليار درهم للأسباب ذاتها المشار إليها أعلاه، ومسجلا متوسط معدل نمو سنوي بلغ 31,5%. وحين يتم ربط هذه التكاليف بعدد الأسرة، تزداد تكاليف الاستغلال لكل سرير بمتوسط معدل نمو سنوي يبلغ 4,3% (أضعف بكثير من المتوسط الخاص برقم المعاملات لكل سرير)،

• لا يشهد تطور نتائج الاستغلال استقرارا مع مرور الزمن، بينما تستقر معدلات "نفقات المستخدمين/رقم المعاملات" و"شراءات المواد المستهلكة والمعدات/رقم المعاملات" مع الوقت، وتبلغ 24 و32% على التوالي. وانتقل معدل "نفقات المستخدمين لكل سرير" من 79000 سنة 2015 إلى 119000 درهم سنة 2019، بمتوسط معدل نمو سنوي يبلغ 10,6%. وتظل هذه الوضعية طبيعية بالنظر إلى عدد المصحات المحدثة خلال نفس الفترة. ويمكن للمصحات تثبيت أو حتى تحسين هذا المعدل على المدى البعيد.

• تراجع تطور هوامش الربح الخام نتيجة للاستغلال (الفائض الخام للاستغلال/رقم المعاملات) خلال الفترة ذاتها، منتقلا من 12,42% سنة 2015 إلى 6,60%. وقد تكون هذه النتيجة غير متوقعة إزاء قطاع في طور النمو. وترجع أسباب هذه المعدلات الضعيفة بشكل غير طبيعي بالتأكيد إلى سوء تقدير أرقام المعاملات المصرح بها. من جانبه، شهد تطور المؤشرات المالية لكل سرير تغيرات متذبذبة.

الجدول 29 مكرر: تطور المؤشرات المالية للمصحات الخاصة (2) برسم 2019

2019	2018	2017	2016	2015	المؤشرات المالية
25%	22%	23%	24%	22%	نفقات المستخدمين/رقم المعاملات
36%	30%	32%	31%	29,1%	شراءات المواد المستهلكة والمعدات/ رقم المعاملات
6,60%	10,36%	9,05%	9,28%	12,42%	الفائض الخام للاستغلال/ رقم المعاملات
-1,8%	-0,7%	0,5%	0,9%	2,2%	النتيجة الصافية/ رقم المعاملات
118 825	92 435	99 791	103 279	79 335	نفقات المستخدمين حسب عدد الأسرة
478 381	420 084	427 861	437 809	357 831	رقم المعاملات لكل سرير
467 684	407 028	414 087	421 201	331 155	تكاليف الاستغلال لكل سرير
7 120	17 527	17 632	21 643	27 628	نتيجة الاستغلال لكل سرير
-8 580	-3 000	1 961	4 087	7 820	النتيجة الصافية لكل سرير

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة، 2021

- مراكز الفحص بالأشعة

تطور رقم المعاملات بمتوسط معدل نمو سنوي بلغ 26% خلال الفترة المذكورة أعلاه، منتقلا من 51,8 مليون درهم بالنسبة لتسعة مراكز فحص بالأشعة سنة 2015 إلى 132 مليون درهم إزاء 27 مركز فحص سنة 2019. وسجل معدل الفائض الخام للاستغلال/رقم المعاملات ما بين 11,3% و17,5% سنة 2019. وتعد النتائج الصافية الموحدة لمراكز فحص الأشعة إيجابية، وتشهد نموا مطردا بمتوسط معدل نتيجة صافية/رقم معاملات يبلغ 8%.

الجدول 30: تطور المؤشرات المالية لمراكز الفحص بالأشعة

2019	2018	2017	2016	2015	مراكز الفحص بالأشعة
132 004 580	139 106 802	139 902 469	69 817 731	51 861 750	أرقام المعاملات
-5%	-1%	100%	35%		
109 831 886	119 691 782	125 452 938	65 441 032	39 633 999	تكاليف الاستغلال
-8%	-5%	92%	65%		
19 576 214	11 990 554	14 453 131	4 376 699	12 227 751	نتيجة الاستغلال
63%	-17%	230%	-64%		
10 741 910	13 117 530	6 116 837	687 159	6 967 761	النتيجة الصافية
-18%	114%	790%	-90%		
17,5%	15,2%	13,8%	16,2%	11,3%	الفائض الخام للاستغلال/رقم المعاملات
8,1%	9,4%	4,4%	1,0%	13,4%	النتيجة الصافية/رقم المعاملات

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة

- مراكز تصفية الدم

تضاعف رقم المعاملات المصرح به وتكاليف الاستغلال الخاصين بمراكز تصفية الدم بمقدار 4,4 مرات على مدار أربع سنوات. زيادة على ذلك، شهدت نتائج الاستغلال الإجمالية زيادة ملحوظة بمتوسط معدل نمو سنوي بلغ 34% خلال نفس الفترة، بينما تضاعفت النتيجة الصافية الإجمالية المصرح بها بقدر 6 مرات. ويعزى ذلك إلى الزيادة في عدد مراكز تصفية الدم وارتفاع رقم المعاملات لكل مولد على حد سواء. وعلى امتداد الفترة المشار إليها أعلاه (2015-2019)، بلغ متوسط الفائض الخام للاستغلال/رقم المعاملات نسبة 19%، مشيراً إلى مردودية اقتصادية حققها هذا النشاط. وتعد النتائج الصافية الموحدة لمراكز تصفية الدم إيجابية طيلة الفترة ذاتها، وتشهد نمواً مطرداً مع معدل متوسط نتيجة صافية/رقم معاملات يبلغ 9%.

الجدول 31: تطور المؤشرات المالية لمراكز تصفية الدم برسم 2019

2019	2018	2017	2016	2015	مراكز تصفية الدم
434 921 053	362 856 736	307 348 447	128 913 983	108 668 571	أرقام المعاملات
20%	18%	138%	19%		
351 408 626	302 763 516	261 482 680	109 784 909	87 500 738	تكاليف الاستغلال
16%	16%	138%	25%		
67 565 214	54 265 288	45 816 803	19 189 074	21 175 633	نتيجة الاستغلال
25%	18%	139%	-9%		
46 799 483	30 354 684	24 996 995	12 203 309	7 268 901	النتيجة الصافية
54%	21%	105%	68%		
17,3%	17,1%	19,4%	17,8%	22,5%	الفائض الخام للاستغلال/رقم المعاملات
10,8%	10,0%	8,1%	9,5%	6,7%	النتيجة الصافية/رقم المعاملات

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة

يتبين من تحليل معطيات الجدول لكل مولد أن:

- رقم المعاملات لكل مولد يشهد زيادة مستمرة، منتقلاً من 700000 درهم سنوياً في 2015 إلى مليون درهم سنة 2019،
- النتيجة الصافية لكل مولد انتقلت من 47000 درهم سنوياً في 2015 إلى 11000 درهم سنة 2019، مؤشراً على تحسن ملحوظ للغاية للمردودية لكل مولد خلال الفترة المذكورة.

الجدول 32: تطور المؤشرات المالية لمراكز تصفية الدم لكل مولد برسم 2019

2019	2018	2017	2016	2015	مراكز تصفية الدم
1 025 757	839 946	608 611	449 178	696 593	رقم المعاملات لكل مولد
22%	38%	35%	-36%		
828 794	700 841	517 787	382 526	560 902	تكاليف الاستغلال لكل مولد
18%	35%	35%	-32%		
159 352	125 614	90 726	66 861	135 741	نتيجة الاستغلال لكل مولد
27%	38%	36%	-51%		
110 376	70 265	49 499	42 520	46 596	النتيجة الصافية لكل مولد
57%	42%	16%	-9%		

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة

4. مؤشرات التركيز حسب صنف الطاقة السريرية والجهات

تتسم سوق معينة بالتركيز حين يكون مؤشر هيرفندال-هيرشمان (Herfindahl-Hirschman) أكبر من 2000. وبالمثل، حين يكون معدل التركيز (CR4) أكبر من 50، فيشير ذلك إلى تركيز معتدل. وكلما اقترب مؤشر التنافسية من 1 أو أكثر، تواجه المصحات منافسة هامة والعكس صحيح.

(* مؤشرات التركيز حسب أصناف المصحات الخاصة وحجمها

يتبين من احتساب مؤشرات التركيز حسب أصناف الطاقة السريرية غياب تركيز مقترن بحجم المصحات الخاصة.

الجدول 33: مؤشرات التركيز حسب صنف الطاقة السريرية

مؤشر التنافسية	مؤشر التركيز (CR4)	مؤشر هيرفندال-هيرشمان	الحصص السوقية	صنف الطاقة السريرية
0,19	34	652	25 %	صنف المصحات "أ"
0,47	3,2	78	47 %	صنف المصحات "ب"
0,26	3	50	27 %	صنف المصحات "ت"
0,92	34	781	100 %	جميع الأصناف مجتمعة

المصدر: مجلس المنافسة

(**) مؤشرات التركيز حسب الجهات

أبان تحليل مؤشرات التركيز حسب الجهات عن تركيز في السوق الوطنية وعلى صعيد جهتي درعة-تافيلالت وكلميم-واد نون. وترجع أسباب ذلك، بالنسبة لهاتين الجهتين، إلى توفر جهة كلميم-واد نون على مصحة خاصة واحدة فقط تشهد وضعية احتكار جهوي. وتتشابه الوضعية تقريبا إزاء جهة درعة-تافيلالت التي لا تتوفر سوى على 4 مصحات خاصة.

الجدول 34: مؤشرات التركيز حسب الجهات

الجهة	الحصص السوقية	مؤشر هيرفندال-هيرشمان	مؤشر التركيز (CR4)	مؤشر التنافسية
بني ملال-خنيفرة	4,31%	848	47	(0,04)
الدار البيضاء-سطات	41,59 %	210	20	0,39
درعة-تافيلالت	0,62 %	2 970	100	(0,29)
فاس-مكناس	9,73 %	320	23	0,06
كلميم-واد نون	0,14 %	10 000	-	-1
مراكش-آسفي	10,50 %	421	31	0,06
الجهة الشرقية	5,66 %	428	22	0,01
الرباط-سلا-القنيطرة	15,01 %	411	27	0,11
سوس-ماسة	6,10 %	531	34	0,008
طنجة-تطوان-الحسيمة	6,34 %	436	28	0,02
جميع الجهات مجتمعة	100%	3 641	51	0,6

المصدر: مجلس المنافسة

قد لا تكون نتائج احتساب مؤشرات التركيز وثيقة الصلة، بالنظر إلى التوزيع غير المتكافئ بشكل خاص للمصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها في مجموع التراب الوطني. في الواقع، تعتبر السوق الجغرافية، المعتمدة في نطاق قرارات مجلس المنافسة والمتعلقة بسوق العلاجات المقدمة من قبل المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها، سوقا جهوية إن لم تكن محلية. بيد أنه وفي هذا السياق، يظهر أن المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها، الواقعة في الجهات التي تعتبر صحارى طبية، تشهد، بطريقة يشوبها العيوب، وضعية احتكارية أو شبه احتكارية.

خامسا: السير التنافسي للسوق

أ. حواجز الدخول إلى السوق

نص القانون رقم 131.31 على فتح رؤوس أموال المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها في وجه المستثمرين من غير الأطباء. وعلى الرغم من هذه المقتضيات، يثير الفاعلون حواجز بنيوية تحول دون ولوجهم للسوق. ويتعلق الأمر بالخصوص بضعف مستوى البنيات التحتية الأساسية في عدة أقاليم وعمالات، والمقرون بضعف مستوى استقطاب مهنيي الصحة.

ويقطع النظر عن هذا الحاجز الرئيسي المذكور، ووفقا للمعلومات المستقاة من لدن مجلس المنافسة من عينة مكونة من 30 مصحة خاصة و10 مؤسسات مماثلة، في سياق التحقيق الذي أنجزه مكتب دراسات، يرى جل الفاعلين أن سوق المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها تعاني من عدة إكراهات بنيوية على الرغم من فتحها في وجه الاستثمار. وتهم بالخصوص تعقد المساطر الإدارية على مستوى مجموعة متعددة من الفاعلين، وندرة العقار لتوفير التجهيزات الصحية والتي تدفع بالمنعشين إلى البحث عن عقار تجاري أو سكني الذي يستلزم مباشرة مساطر طويلة ومكلفة لدى المصالح الجماعية والمكلفة بالتعمير.

ووفقا للفاعلين، تشكل ندرة الموارد البشرية المتخصصة في الصحة حاجزا بنيويا كذلك، لدرجة أنها تعتبر ميزة تنافسية هامة بالنسبة للمصحات المشيدة مسبقا، والتي يظطر بسببها الفاعلون الجدد إلى رفع الأجور والأتعاب، مما ينعكس على مردوديتهم.

وأخيرا، ولئن كانت المجموعات الصحية وشبكات المؤسسات الصحية لا تشكل عقبة بحد ذاتها، إلا أنها تستفيد من توحيد المشتريات والطابع المركزي لوظائف التدبير بهدف تكريس تموقعها وتنافسيتها في سوق المصحات والمؤسسات المماثلة لها. وفي بعض الأحيان، يرى أقران هذه المجموعات أنها تستغل حجمها من أجل ممارسة سياسية الإغراق أو الضغط على الأطباء بهدف تقليص الأتعاب أو توجيه المرضى إلى مؤسساتهم.

1. الحواجز التنظيمية

كشف تحليل التشريع المتعلق بمزاولة مهنة الطب غياب حواجز هامة من الناحية القانونية والتنظيمية تحول دون ولوج سوق العلاجات الصحية.

• نظام التعريف

طبقا للمقتضيات التنظيمية، يحدد الأطباء والمصحات والمؤسسات المماثلة لها بحرية تعريف الأتعاب والأعمال الطبية، باستثناء المؤسسات التابعة لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، التي تقنن التعريف الخاصة بها.

- التعريف المقننة

تختلف تعريف الأتعاب والأعمال الطبية المطبقة في السوق بشكل كبير داخل نفس التخصصات وبين مختلف التخصصات. كما تختلف حسب موقع المؤسسات وسمعة الطبيب المتمرس. وتفضي هذه الوضعية منطقيًا إلى استبعاد إبرام اتفاقات بين المهنيين بشأن تعريف الأتعاب والأعمال طبية في هذا الفرع من السوق.

- التعريفة غير المقننة

تتمتع التعريفة المقننة الاتعاب والأعمال الطبية المندرجة في نطاق التعريفة المرجعية الوطنية ذات الصلة بإبرام الاتفاقيات وإرجاع مصاريف الخدمات الطبية المضمونة وتحملها، المشار إليها في المادة 12 من القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية. وقد تم تحديد هذه التعريفة في 2006، ومنذ هذا التاريخ، تبين أنه لم يتم مراجعة هذه التعريفة رغم الطلبات التي تقدمت بها المهنة من جهة، وأن القانون سالف الذكر ينص على إبرام الاتفاقيات الوطنية لمدة أقصاها 3 سنوات من جهة ثانية. ومن تم، أسفرت هذه الوضعية، منذ عدة سنوات، عن إخلال مهنيي الصحة بالتعريفة ذات الصلة بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في معظم الحالات.

وتجدر الإشارة إلى أن المرسوم رقم 2.05.733 المؤرخ في 18 يوليوز 2015 والفاضي بتطبيق القانون رقم 65.00 المشار إليه أعلاه يحدد كيفية إبرام هذه الاتفاقيات، إذ ينص على أن المفاوضات الرامية إلى إبرام الاتفاقيات الوطنية تباشر وتسير بمبادرة من الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، ولا يمكن أن تتجاوز أجلا أقصاه 6 أشهر. وإذا لم يتم الاتفاق داخل هذا الأجل، يجدد وزير الصحة العمل بالاتفاقية الوطنية السابقة عند وجودها، فإن لم توجد، يحدد تعريفات تنظيمية بعد استطلاع رأي الوكالة الوطنية للتأمين الصحي. وأخيرا، ينص المرسوم على أن وزير الصحة يحدد بقرار الإطار الاتفاقي النموذجي بالنسبة لكل اتفاقية وطنية باقتراح من الوكالة الوطنية للتأمين الصحي وذلك بعد استطلاع رأي المجالس الوطنية للهيئات المهنية المعنية، وعند عدم وجودها يستطلع رأي المنظمات المهنية ذات الطابع الوطني الأكثر تمثيلا.

وصادق قرار وزير الصحة رقم 06-1961 المؤرخ في 4 غشت 2006 على الاتفاقية الوطني المبرمة بين الهيئات المكلفة بتدبير التأمين الإجباري عن المرض وأطباء ومؤسسات العلاج بالقطاع الخاص. وتضم الأطراف الموقعة على هذه الاتفاقية، تحت إشراف الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والمجلس الوطني لهيئة الأطباء والجمعية الوطنية للمصحات الخاصة بالمغرب والنقابة الوطنية لأطباء القطاع الخاص.

ولم تتوصل الهيئات المكلفة بتدبير التأمين الإجباري عن المرض إلى اتفاق بشأن مراجعة التعريفة المرجعية الوطنية منذ سنة 2006 لعدة أسباب، تهم بالخصوص:

- غياب معايير لتحديد التعريفة الجاري بها العمل، والتي لم يتم التنصيص عليها وتحديدها في القرار المذكور أعلاه، مما يحول دون احتساب سعر التكلفة الحقيقية ونسبة مراجعة التعريفة ذات الصلة بتطور التكاليف ونسبة المردودية المنطقية،

- هدف الهيئات المكلفة بالتدبير الرامي إلى الحفاظ على التوازنات المالية لنظام التأمين الصحي.

وبالتالي، تخضع سوق المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها لمقتضيات تنظيمية غير مكتملة ومتجاوزة فيما يخص التعريفة. غير أن هذه الوضعية لا تمنع من احتمال رصد بعض السلوكات، على غرار الإخلال بالتعريفة التنظيمية أو استخلاص أتعاب إضافية قد تصل إلى 50% من تلك المنصوص عليها في التعريفة المرجعية الوطنية. بالمقابل، ومن أجل الامتثال للمقتضيات القانونية والتنظيمية، يمكن للمهنيين، إذا رغبوا، التصريح بسحب عضويتهم من الاتفاقية ذات الصلة بالتعريفة المرجعية الوطنية.

زيادة على ذلك، يمكن اعتبار المقتضيات التنظيمية التي تسري على تعريفه الأعمال الطبية، وذلك في حالة تقييدها لحرية تحديد أسعار الطبيب أو المؤسسة الموقعة على الاتفاقية، بكونها لا تعيق ممارسة المنافسة على عوامل أخرى مثل جودة الخدمات.

2. الحواجز غير المرتبطة بالتعريف

(*) ندرة العقار وتكلفة الاستثمار

تعاني التجمعات الحضرية الكبرى من ندرة في العقار قصد إحداث مصحات جديدة. لذلك، يلجأ المستثمرون إلى الأراضي المخصصة للاستخدام التجاري أو السكني، مما يضاعف جزئياً من تكلفة الاستثمار. فضلاً عن ذلك، تقتضي هذه الأراضي عادة مساطر إدارية التي لا يتأكد معها الحصول على استثناءات وتراخيص لإنجاز مشروع إحداث المؤسسة الطبية.

وبالموازاة مع ندرة العقار، يتطلب الاستثمار في هذا النوع من المشروع عادة أموالاً ضخمة. ويشكل التمويل لمدة طويلة العبء الرئيسية لإنجازه. وتشترب البنوك وجود أرض مرخص لها على سبيل الضمان لمنح الحصول على التمويل. ويتطلب تشييد مصحة استثماراً يتراوح ما بين مليون إلى 1,8 مليون درهم لكل سرير ومكان مخصص للعلاج، دون احتساب تكاليف العقار.

(**) نقص الموارد البشرية المؤهلة

تواجه سوق المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها صعوبات في مجال توظيف الأطباء والأطر الطبية وضمان استمراريتهم. وتزداد هذه الصعوبات أكثر في المدن الصغيرة التي تحتاج إلى توظيف أطباء في بعض التخصصات. وفي المدن الكبيرة، تكمن الصعوبة في توظيف عدد كاف من الأطر شبه الطبية المؤهلة بشكل كاف. وفي أغلب الأحوال، يتقل الأطباء كثيراً ويتعاونون مع مصحات تضمن لهم أتعاباً عالية أو تخول لهم امتيازات من حيث ظروف العمل.

ويشكل توظيف عدد كاف من الأطر المؤهلة، في سياق يتسم بنقص مزمن من حيث مهنيي الصحة، تحدياً بالنسبة لأيّة مصحة جديدة. زيادة على ذلك، تعد جودة التكوين الأولي للأطر شبه الطبية غير كافية للغاية، ولا يمكن توظيف حديثي التخرج لأي مصحة فنية ضمان حسن سيرها. وبالتالي، يضطر الوافدون الجدد على السوق إلى استقطاب أطر من مصحات خاصة أخرى، متحملين بذلك تكاليف مضاعفة متعلقة بالمستخدمين وبالتالي عجز في الحسابات خلال السنوات الأولى من الممارسة.

وتزداد حدة العجز المزمن من حيث الموارد البشرية بظاهرة هجرة الأطر الطبية وشبه الطبية المغربية، حيث وعلى الرغم من المبادرات الرامية إلى الحد من هذه الظاهرة عبر فتح ممارسة مهنة الطب أمام المتمرسين الأجانب وتقليص مدة تكوين الأطباء، إلا أن الفجوة التي يتعين سدها في هذا الباب لا تزال كبيرة.

ب. تحليل الدخول والخروج من السوق

أحدثت عدة مصحات خاصة ومؤسسات مماثلة لها منذ صدور القانون رقم 131.13 في فبراير 2015. وعليه، شهدت الفترة الممتدة من 2016 إلى 2020 إحداث نحو 130 مصحة خاصة ومؤسسة مماثلة لها. ويعد العدد الإجمالي للمصحات والمؤسسات المماثلة لها المحدثه أكبر بثلاث مرات من مجموع المصحات والمؤسسات المحدثه في الفترة الممتدة من 1990 إلى 2015. وتضاعف وتيرة الإحداث بمقدار 2,6 مرات، في حين ازدادت

وتيرة إحداث مراكز تصفية الدم بمقدار 4 مرات. وتصدر محور الدار البيضاء-الرباط-القنيطرة المصحات والمؤسسات المحدثة (57%).

الجدول 35: توزيع المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها المحدثة منذ 1990

عدد عيادات ومراكز الفحص بالأشعة	عدد مراكز تصفية الدم	عدد المصحات	عدد المصحات والمؤسسات المماثلة	المدة الزمنية
29	40	60	129	[2016-2020]
غير متوفرة	3	4	7	[2011-2015]
غير متوفرة	1	5	6	[2000,2010]
10	7	14	31	[1990-2000]

المصدر: تحقيق أنجز بتكليف من مجلس المنافسة

ويبلغ عدد المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة التي خرجت من السوق 87، منها 41 مصحة (47%) و46 مؤسسة مماثلة (53%). وتقع معظم المصحات والمؤسسات المماثلة لها المغلقة في جهة الدار البيضاء (43%)، متبوعة بجهتي سوس-ماسة (14%) والجهة الشرقية (13%). ويوجد من ضمن المؤسسات المغلقة 7 مؤسسات غير هادفة إلى الربح (3 مصحات خاصة و4 مؤسسات مماثلة)، أي 80% من المصحات والمؤسسات المماثلة لها المغلقة. وتشكل وفاة الطبيب/المدير السبب الرئيسي في إغلاق المصحات الخاصة.

ت. آليات المنافسة في السوق المعنية

ترتكز المنافسة في سوق العلاجات المقدمة من قبل المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها أساسا على أنماط التوظيف القبلية وتقليص التكاليف البعيدة. ومن المهم الإشارة كذلك إلى أن المصحات تتنافس بشكل كبير فيما بينها بينا موارد نادرة كالأطباء والأطر شبه الطبية.

على المستوى القبلي، يشكل التوظيف ركيزة أساسية بالنسبة لنشاط المصحات. وتستند الممارسات التنافسية إلى عناصر مشروعة، مثل جودة العلاجات (الحقيقية أو المتصورة وتوافر الوسائل التكنولوجية الطبية) من جهة، وإلى الممارسات التي من شأنها التسبب في اختلالات تنافسية من جهة ثانية، وتشمل التفاوض لتقليص التعريف وأداء عمولات لمهنيي الصحة المستقطبين.

فضلا عن ذلك، تخصص بعض المصحات نسبة أعاب عالية للأطباء المستقطبين أو توافق على تسديد أعاب مقدما لتفادي انتظار الأطباء أداء الهيئة المكلفة بالتدبير في إطار الثالث المؤدي. وعلى الرغم من أن القانون لا يحظرها، إلا أن هذه الممارسات المتعلقة بالأعاب تطوي على معاملة تفضيلية وغير مشروعة إزاء مصحات كبيرة الحجم أو المصحات المنتسبة لمجموعات صحية، والتي تتوفر على أموال التداول أكثر، وبشكل يضر بالمصحات التي تسمح لها بنية التكاليف الخاصة بها وأموالها الذاتية اللجوء إلى هذه الممارسة.

على المستوى البعدي، تتمحور المنافسة حول جوانب أقل وضوحا لتحسين التكلفة:

- التفاوض حول الشروط التجارية مع موردي الأدوية والمستلزمات الطبية (لصالح مصحات كبيرة الحجم المحققة لوفورات الحجم)،

- تحسين نفقات المستخدمين عن طريق التصريح بهم لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بشكل ناقص، واللجوء التعسفي إلى المتدربين لفترات طويلة،
- شراء تجهيزات طبية مستعملة ومستلزمات طبية مهترية بدون ضمانات من حيث السلامة.

ث. الممارسات التي من شأنها عرقلة سير المنافسة

لا يخضع عرض العلاجات الصحية بالقطاع الخاص لأي تأطير، بالمعنى الذي يفيد أن الخريطة الصحية لا تسري إلا على القطاع العام. من تم، يمكن لفاعل من الخواص الاستقرار في أي موقع يرغب فيه، طالما أنه يستوفي المتطلبات التقنية المعيارية لإحداث مصحة خاصة أو مؤسسة مماثلة لها.

بالموازاة، يتمتع الأطباء بحرية تامة في اختيار المكان الذي يرغبون مزاوله نشاطهم فيه ضمن النفوذ الترابي للمجلس الجهوي للهيئة المكلفة بالتهيئة. نظريا، يلزم على هؤلاء اختيار مصحة وقعوا معها اتفاقية جرى تبليغها للمجلس الجهوي لهيئة الأطباء. وتكمن روح هذه الشروط في التحقق من توفر طبيب على مكان قار لمزاوله المهنة، وتخويله إمكانية تغييره بسهولة بواسطة فسخ العقد ببساطة.

وتكشف الممارسات الواقعية أن الأطباء يزاولون أنشطتهم في عدة مصحات، استنادا إلى مجموعة من العوامل من ضمنها حسن أداء المنصة التقنية المتوفرة، ومستوى الأتعاب الممنوحة من قبل المصحة، والرغبة المعبر عنها من لدن المريض.

بيد أنه تجدر الإشارة إلى أن المصحات غير الهادفة إلى الربح، بما فيها المستشفيات التابعة للمؤسسات، لا تتنازل عن شرط توفر المكان القار لمزاوله المهنة، تفرض شروطا حصرية على الأطباء الممارسين بمرافقها. ويعاقب هؤلاء بفسخ العقد الذي يربطهم بالمصحة متى تبين مزاولتهم لأنشطة موازية بمصحة أخرى.

وأخيرا، يتمتع المرضى كذلك بحرية اختيار الأطباء، إذ يتفقون معهم على اختيار المصحة الأكثر تلاؤما أو التي يفضلها الأطباء. ولا يلزمون باللجوء إلى مصحة معينة، كما يمكنهم تغيير الطبيب بكل حرية في حالة فرض هذا الأخير مصحة لا تناسبهم.

في الواقع، تعتبر العلاقة التي تجمع الطبيب بالمريض أقوى بكثير من العلاقة التي تربط المصحة بالمريض. ويعد الطبيب الشخص الذي يصف مكان تقديم العلاجات. ووفقا للمعلومات المستقاة من لدن مجلس المنافسة، يهيم الأطباء على التوظيفات بالمصحات بنسبة تصل إلى 75% من الحالات، باستثناء بعض المدن الصغيرة التي تتوفر على عدد قليل من المصحات والمصحات غير الهادفة إلى الربح التي تقل فيها أهمية إشراف الأطباء على عمليات التوظيف.

وفي أغلب الحالات، يطعن المرضى وعائلاتهم في الخدمات المقدمة بالمصحات الخاصة وطرق فوترتها، حيث ينتقد البعض منهم المصحات لفرضها ليالي المبيت بها، في حين يجري فوتره معظم حالات الاستشفاء بمبلغ جزافي. وفي هذه الحالة، يفرض ليلة مبيت غير ضرورية إلى نتائج عكسية. خلافا لذلك، يركز الاتجاه العام على التقليل من مدة المبيت قصد استخلاص هوامش ربح على أسعار العلاجات.

على صعيد آخر، قد يتم إدخال المرضى إلى غرف الإنعاش أو العلاجات المكثفة إلا أن حالتهم الصحية تتوافق مع الاستشفاء داخل الغرفة. وكانت هذه الممارسة تروم في الأصل ضمان مراقبة دقيقة للمريض الذي قد تتفاقم حالته الصحية (مثل تقديم علاجات تلي عمليات جراحية ثقيلة وقبول الدخول إلى المستعجلات ليلا

ووجود طبيب واحد مداوم مختص بالإنعاش أثناء الاستشفاء). بيد أن الممارسة العملية تكشف أن هذا الوضعية أضحت ممنهجة بهدف تحسين معدل شغل أسرة الإنعاش وفوترة يوم أو يومين في الإنعاش.

وثمة ممارسة أخرى رصدت في بعض المصحات كبيرة الحجم، يلتمس من خلالها الطبيب المعالج مشورة متخصصة من زملائه ويقوم بفوترة الاستشارة التي تتم في كل زيارة. وإذا كانت هذه المشورة ضرورية في بعض الأحيان، إلا أنه غالباً ما تفضي هذه الممارسة إلى فرض فواتير مفرطة بسبب استشارة الأطباء لبعضهم البعض. وتتعارض هذه الممارسة مع مصلحة المصحة، طالما أن هذه الأخيرة لا تستخلص مستحقات عن الاستشارات و/أو الزيارات التي يجريها المريض الخاضع للاستشفاء.

ويشير الفاعلون في السوق عدة ممارسات من شأنها عرقلة سير المنافسة. ويتعلق الأمر أساس باتفاقيات لاستمالة زبناء/مرضى. في الواقع، تبرم اتفاقيات تبرمها حصراً المصحات مع شركات النقل (سائقو سيارات الإسعاف والأجرة وغيرهم) ومع أطباء في القطاعين العام والخاص ومهنيي الصحة العمومية. بالمقابل، تعمل المصحات على أداء عمولة لفائدة هؤلاء الأشخاص، قد تصل إلى 20% من فاتورة العلاجات. ومن ثم، يبقى هؤلاء على هذه الشبكة بهدف إطالة أمد هذه الممارسة.

إضافة إلى ذلك، ثمة ممارسة تقابل بانتقادات وتتعلق بشيك الضمان، إذ تلجأ هذه المصحات إلى هذه العملية للحصول على ضمانات بتسديد تكاليف الخدمات المنجزة لصالح المريض. وغالباً ما يشتكي المرضى من ممارسة أداء مبالغ خدمات غير مدرجة في فاتورة العلاج. غير أن هذه الممارسة تهم بالدرجة الأولى الأطباء أكثر مما تتعلق بالمصحات، حيث يتوصل الطبيب بهذه المبالغ بطريقة تقديرية في معظم الحالات، علاوة على الأتعاب التي يتقاضاها من المصحة مقابل خدماته.

ج. الممارسات المتعلقة بالنشاط المزدوج

على الرغم من حظرها بمقتضى القانون، تقع حالات لجوء القطاع الخاص إلى أطباء القطاع العام باستمرار في سياق استثناءات تنظيمية محددة بصورة واضحة. وباستثناء ظروف خاصة، لم تعد تنطبق هذه الحالة في الوقت الراهن، حيث أضحت هذه الممارسة أخذة في الاتساع وتستمر في طرح مشكلة خطيرة لمختلف الوزراء الذين تعاقبوا على تسيير شؤون قطاع الصحة. ومضى مؤيدو هذا النشاط المزدوج إلى حد المطالبة بتقنينه إسوة بأساتذة المراكز الاستشفائية الجامعية الذين يعملون في إطار نظام الوقت الكامل المعدل.

وشرع في العمل بنظام الوقت الكامل المعدل في بداية سنوات التسعينات بمقتضى القانون رقم 10.94 الذي رخص لأساتذة المراكز الاستشفائية الجامعية بالعمل بالقطاع الخاص لمدة نصف يوم مرتين في الأسبوع في مصحة من اختيارهم بهدف التعويض عن أجورهم غير الكافية مع الحرص على أداء المهام المنوطة بهم. وحدد لتطبيق هذه الممارسة مدة انتقالية لا تتجاوز خمس سنوات، على أن تنتهي بحلول سنة 2001، وتعتبر مدة انتقالية كافية لإخراج المصحات إلى حيز الوجود وتمكين الأساتذة من الاستمرار في العمل بشكل قانوني في إطار نظام الوقت الكامل المعدل وفي حدود المدينة المعين بها. غير أن هذه الممارسة مازالت مستمرة إلى اليوم.

بيد أن لجوء الأطباء الموظفين إلى ممارسة نشاط مزدوج، بصرف النظر عن طابعه التنظيمي من عدمه، يستمر في إثارة الجدل بسبب افتقاره للشفافية وانعدام الأخلاقيات الطبية في بعض الأحيان.

سادسا: نظام السوق

أ. الهيئات المكلفة بتقنين سوق الرعاية الطبية

تضم الهيئات المكلفة بتقنين سوق الرعاية الطبية وزارة الصحة، التي تتصرف باسم الحكومة بصفتها الوصية على قطاع الصحة الخاص، والوكالة الوطنية للتأمين الصحي، بصفتها الهيئة المكلفة بتنظيم التغطية الصحية الأساسية، والمجلس الوطني لهيئة الأطباء، بصفته الجهة المكلفة بتنظيم أخلاقيات مهنة الطب، ومجلس المنافسة المكلف بتنظيم المنافسة.

1. وزارة الصحة

تعد وزارة الصحة الجهة الرئيسية المكلفة بتقنين سوق الرعاية الطبية. وتتولى، باسم الحكومة، مهام تنظيم القطاع، وبلورة السياسات الصحية، وتخصيص الموارد، وممارسة المراقبة.

2. الوكالة الوطنية للتأمين الصحي

أحدثت الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بمقتضى القانون رقم 65.00 الصادر سنة 2002. وتتصرف باسم الدولة. وتناط بها مهام "السهر على حسن سير نظام التغطية الصحية الأساسية" (المادة 58 من القانون رقم 65.00) والتأطير التقني للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، والسهر على إعداد الوسائل الكفيلة بضبط منظومة التمويل، والسهر على تحقيق التوازن المالي الإجمالي بين الموارد والنفقات بالنسبة لكل نظام من أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض (المادة 59 من القانون رقم 65.00). وفي هذا السياق، تتولى الوكالة الإشراف على المفاوضات المتعلقة بإعداد الاتفاقيات الوطنية بين الهيئات المكلفة بتدبير أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، من جهة، ومقدمي العلاجات وموردي الأدوات والخدمات الطبية، من جهة أخرى. كما تضطلع بمهمة التحكيم في النزاعات التي تثار بين مختلف الفاعلين في ميدان التأمين الصحي.

3. المجلس الوطني لهيئة الأطباء

يعتبر المجلس الوطني لهيئة الأطباء المؤسسة التي تمثل كافة الأطباء بصرف النظر عن قطاع الأنشطة الذي يمارسون فيه. وهي هيئة مستقلة تتمتع بالشخصية المعنوية وبتمثيلية جهوية ووطنية. وتتولى الدفاع عن المصالح المعنوية والمهنية للأطباء، وتسهر على محاربة المزاول غير المشروعة لمهنة الطب، وعلى تطبيق مدونة أخلاقيات المهنة من قبل أعضائها (القانون رقم 08.12).

ب. علاقة المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها مع هيئات التقنين

1. وزارة الصحة: ضعف الوصاية

مع صدور القانون رقم 131.13، انتقلت الوصاية على المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة من الأمانة العامة للحكومة إلى وزارة الصحة. غير أن تدخل الأمانة العامة للحكومة يستمر في مجال إصدار التراخيص عبر الإذلاء برأي بعدم الاعتراض، كما هو الشأن بالنسبة للمجلس الوطني لهيئة الأطباء. ومن ثم، تتولى وزارة الصحة والحماية الاجتماعية، بصفتها الجهة الجديدة الوصية على قطاع الصحة الخاص بصفة عامة وقطاع المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها بصفة خاصة، ووفقا للنصوص التنظيمية الجاري بها العمل، المهام التالية:

- تسليم الأذن المسبقة والنهائية لإنشاء واستغلال المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها (المواد من 62 إلى 67 من القانون رقم 131.13)،

- تحديد قواعد تسيير المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها (المواد من 72 إلى 86 من القانون رقم 131.13)،
 - تحديد المعايير التالية: المعايير التقنية المتعلقة بإنشاء المصحات وكل نوع من المؤسسات المماثلة لها وبتهيئتها (المادة 59 من القانون رقم 131.13)، والمعايير المتعلقة بعدد المستخدمين ومؤهلاتهم (المادة 59 من القانون رقم 131.13)، ومعايير الجودة (المادة 60 من القانون رقم 131.13)،
 - تحديد وتعيين المصنف العام للأعمال المهنية ومصنف أعمال التحليل البيولوجية الطبية، وبالطبع، التصنيف المشترك للأعمال الطبية،
 - المصادقة على التعريف المرجعية الوطنية المحدثة بين الهيئات المكلفة بتدبير التأمين الإجباري عن المرض ومنتجاتي العلاجات تحت إشراف الوكالة الوطنية للتأمين الصحي،
 - تحديد أسعار الأدوية المخصصة للاستشفاء وأسعار المستلزمات الطبية المستعملة في المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها،
 - تنظيم زيارات تفتيش دورية للمصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها (المادة 89 من القانون رقم 131.13)،
 - تنظيم زيارات افتتاح (المادة 88 من القانون رقم 131.13)،
 - التنسيق عن طريق إحداث اللجنة الوطنية الاستشارية للتنسيق بين القطاع العام والقطاع الخاص (المادة 30 من القانون رقم 34.09)،
 - تحديد آليات الشراكة بين القطاعين العام والخاص مع المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها (المادة 103 من القانون رقم 131.13).
- لا تمارس الوزارة كافة مهام الوصاية، وتشمل المهام التي تمارسها إصدار التراخيص وتنظيم زيارات التفتيش. وتفتقر المهام الأخرى إما إلى الدعم التنظيمي (التأخر في إصدار بعض النصوص التطبيقية للقانون رقم 131.13) أو غياب الاهتمام وتحديد الأولويات من لدن الوزارة.
- زيادة على ذلك، وعلى الرغم من الدور الذي تلعبه كقطاع وصي على المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها، لا تتوفر الوزارة على بنية تنظيمية مخصصة لهذه المصحات والمؤسسات المماثلة لها بصفة خاصة أو للقطاع الخاص بصفة عامة. ووفقا للمعلومات المستقاة من لدن مجلس المنافسة، يثير أغلب الفاعلين مسألة العجز الكبير للوزارة في تفعيل وصايتها وتحريكها.

2. الجهات الفاعلة الأخرى: تعدد المنظمين

إذا كانت آليات ممارسة الوصاية على المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها محددة بالشكل الكافي، فالأمر ليس كذلك بالنسبة لآليات التقنين، إذ يجب أن تكون هذه الأخيرة مستمدة من المهام المنوطة بالقطاعات الوزارية ومن النصوص التنظيمية الخاصة بكل هيئة معنية. في هذا الصدد، ينتظر من وزارة الصحة الاضطلاع بدورها كجهة مكلفة بالتقنين عن طريق تنزيل أحكام القانون رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات قصد ضمان عرض أمثل للرعاية الطبية بالقطاعين العام والخاص في سائر أرجاء التراب الوطني.

وثمة عدة آليات يجري بها العمل لهذا لغرض، وتشمل بالخصوص الحوافز والشراكة بين القطاعين العام والخاص. كما يتعين على الوزارة الاضطلاع بوظيفة التقنين على مستوى آليات وضع المعايير (المعايير التقنية والمعايير المتعلقة بالأعداد والجودة) المنصوص عليها في القانون رقم 131.13، والتي لم تخرج نصوصه التطبيقية إلى حيز الوجود إلى حدود اليوم. زيادة على ذلك، تساهم عدة هيئات عمومية في تنظيم المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها. ويتعلق الأمر أساسا بالوكالة الوطنية للتأمين الصحي والهيئات المدبرة لنظام التأمين الإجباري عن المرض (الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي) والمجلس الوطني لهيئة الأطباء.

وتساهم الوكالة الوطنية للتأمين الصحي في تنظيم المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها عن طريق تنظيم العلاقات بين مقدمي العلاجات والهيئات المدبرة لنظام التأمين الإجباري عن المرض، ومعتمدة على الاتفاقيات المرجعية، وعبر تحديد التعريف المرجعية الوطنية، وصياغة الدلائل المرجعية للممارسات السليمة. غير أن التعريف المرجعية الوطنية تطبق بدرجات أقل، ولا تشمل الدلائل المرجعية المذكورة كافة الممارسات الطبية، وتظل غير نافذة. علاوة على ذلك، تشوب التعريف المرجعية الوطنية بعض أوجه القصور لكونها لا تأخذ بعين الاعتبار التكاليف الحقيقية للعلاجات بالقطاع الخاص. ولم تخضع لتحسين منذ سنة 2006.

من جانبها، تساهم الهيئات المدبرة لنظام التأمين الإجباري عن المرض (الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي) في تنظيم قطاع المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها بواسطة المراقبة الطبية المنصوص عليها في القانون رقم 65.00، لاسيما المادة 26 منه. وتتص هذه الأخيرة على أنه: "يتعين على الهيئات المكلفة بتدبير التأمين الإجباري الأساسي عن المرض تنظيم مراقبة طبية تهدف بصفة خاصة إلى فحص مدى مطابقة الوصفات وتقديم العلاجات المطلوبة طبيا وفحص صحة الخدمات على المستوى التقني والطبي، وعند الاقتضاء، معاينة التجاوزات وحالات الغش المتعلقة بالوصفات والعلاجات والفوترة". وتتيح المراقبة الطبية تعزيز المنافسة ومكافحة الممارسات غير المشروعة.

ويعد المجلس الوطني لهيئة الأطباء معنيا كذلك بتنظيم القطاع المشار إليه أعلاه، باعتباره طرفا فاعلا فيه من جهة، وبوصفه هيئة مكلفة بالانضباط والأخلاقيات الطبية. كما يسهر على محاربة الممارسة الطبية غير القانونية (المادة 2 من القانون رقم 08.12). وتوفر هذه المهام الموكولة للمجلس أيضا مناخا ملائما لممارسة منافسة نزيهة.

ولا توجد التقائية بين هيئات التقنين بالرغم من تعددها وتعدد آلياتها.

ت. حصيلة عمليات المراقبة التي أجريت على المصحات الخاصة في السنوات الأخيرة

تتعلق المعلومات المتاحة بعمليات المراقبة التي أنجزتها وزارة الصحة والمديرية العامة للضرائب طيلة الخمس سنوات الأخيرة.

1. عمليات المراقبة المنجزة من قبل وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

أبانت عمليات المراقبة التي أنجزتها وزارة الصحة والحماية الاجتماعية، خلال الفترة الممتدة من 2018 إلى 2022، عن عدم مطابقة معظم المؤسسات، التي خضعت للمراقبة التقنية، للمعايير التقنية (70% من المصحات الخاصة) برسم 2022. وعلى الرغم من تقادم هذه المعايير التي تستند إليها عمليات المراقبة، إلا أن نسبة عدم المطابقة

المرصودة تبعث على درجة كبيرة من القلق إزاء مخاطر التقاط عدوى المستشفيات التي يتعرض لها المرضى أثناء مكوثهم بالمستشفى.

وعلاوة على ذلك، يبيّن أن القواعد المتعلقة بإشهار الاتفاقيات المتعلقة بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض والقواعد المرتبطة بالتعريف المطبقة تحترم بدرجة أقل. في الواقع، بلغت نسبة المؤسسات التي تم تفتيشها والتي لا تحترم قواعد إشهار الاتفاقيات 80%، فيما سجلت نسبة المؤسسات التي لا تحترم قواعد إشهار التعريف المطبقة 90% برسم 2022.

الجدول 36: ملخص عمليات المراقبة التي أجرتها وزارة الصحة والحماية الاجتماعية في الفترة من 2018 إلى 2022

السنة	2018	2019	2020	2021	2022 (عند متم يونيو)
العدد الإجمالي للمهام	16	107	71	112	49
المهام التي شملت زيارات التفتيش	16	107	63	109	49
المهام التي ضمت المراقبة التقنية	0	0	9	4	0
عدد المصححات التي خضعت للمراقبة والتي لا تحترم التعريف المرجعية الوطنية	0	0	7		
عدد المصححات التي قامت باسترداد المبلغ المفوتر بدون سند قانوني		4	0		
نسبة مؤسسات الرعاية الخاصة التي لا تشهر انضمامها إلى اتفاقيات نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض من عدمه	0	0	5		
نسبة مؤسسات الرعاية الخاصة التي لا تشهر التعريف		4	0		
نسبة عدم المطابقة الكلية أو الجزئية للمعايير التقنية	100%	80%	70%	73%	80%
عدد المصححات التي خضعت للتفتيش وتعرضت لعقوبات (إغلاقها أو توقيف أنشطتها أو إحالة ملفاتها على الوكيل العام)	100%	95%	95%	82%	90%
عدد المؤسسات التي تلجأ إلى ممارسات طبية غير قانونية	90%	70%	75%	78%	70%
عدد المصححات التي خضعت للتفتيش وتعرضت لعقوبات (إغلاقها أو توقيف أنشطتها أو إحالة ملفاتها على الوكيل العام)	مؤسسات رعاية 4	مؤسسة رعاية 11	7	14	14
عدد المؤسسات التي تلجأ إلى ممارسات طبية غير قانونية	ممارسة غير قانونية على مستوى 4 مؤسسات	ممارسة غير قانونية على مستوى 4 مؤسسات	7	2	3

المصدر: وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

2. عمليات المراقبة المنجزة من لدن المديرية العامة للضرائب

تتوفر المصحات الخاصة على مساهمات جبائية منخفضة نسبيا. في الواقع، بلغت مساهماتها، عند متم سنة 2021، فقط 0,16% من الضريبة على الشركات، و0,36% من الضريبة على الدخل، و0,003% من الضريبة على القيمة المضافة. وبالموازاة، سجلت 49,6% من المصحات نتائج سلبية.

ونظرا لضعف المساهمة الجبائية للمصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها، تمت برمجة عمليات مراقبة 219 مؤسسة في الفترة ما بين 2018 و2022.

وتتشكل الملفات المبرمجة للتحقيق مع مصحات أفضت عملية مطابقة أرقام معاملاتها المصرح به مع التقاطعات الموجودة بحوزة الإدارة الجبائية، لاسيما التقاطعات المتوصل بها من لدن الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، عن تفاوتات. وكما تمت برمجة مصحات أخرى للتحقيق بالنظر إلى ضعف معدل مردوديتها.

وتتلخص نتائج المراقبة الجبائية، المبرمجة خلال الفترة المذكورة أعلاه، على الشكل التالي:

- جرى التحقيق والتبليغ في 163 ملفا، أي 73% من الملفات المبرمجة،

- من أصل 160 ملفا خضع للتحقيق والتبليغ، تمت تسوية 129 باتفاق ودي، أي 81%، وبغلاف إجمالي قدره 109,7 مليون درهم،

- بلغ عدد الشركات التي أدلت بإقرارات ضريبية تصحيحية، طبقا للمقتضيات الجبائية الجاري بها العمل، 56 شركة، أي 26% من الملفات المبرمجة. وأفرزت هذه الإقرارات مداخيل تكميلية بلغت قيمتها 37,5 مليون درهم.

سابعا: تحليل مقارن لبعض التجارب الدولية

يقع الجمع بين مشاركة القطاعين العام والخاص في تقديم الرعاية الصحية في صلب الاهتمامات السياسية على الصعيد العالمي، حيث يفضي تطوير الوسائل التكنولوجية الطبية الجديدة والابتكارات في مجال الدواء وشيخوخة السكان والتهديدات باندلاع الجوائح إلى خلق بيئة تؤدي فيها الضغوطات لضمان الاستدامة الاقتصادية والسياسية إلى تآكل الموارد اللازمة لتعزيز مرونة القطاع الخاص.

وأسفرت هذه الضغوطات عن نمو الخدمات الصحية المقدمة بالقطاع الخاص، باعتباره قطاعا مكملا للقطاع العام وضروريا لتحقيق الأهداف الصحية. ويساهم ترسيخ الولوج إلى الرعاية الصحية، بوصفها حقا من حقوق الإنسان الأساسية المنصوص عليها في دستور البلدان السائرة في طريق النمو (مثلما هو الحال بالنسبة للمغرب سنة 2011 وتونس سنة 2014)، في تكريس الحاجة إلى هذه المقاربة التنموية. بيد أن نمو القطاع الصحي الخاص يظل شأننا خاصا بكل بلد ومرتبطا بدنامية التطوير التي تعرفها منظومته الصحية.

ومن خلال دراسة وضعية خمسة بلدان، يهدف التحليل المقارن إلى تقييم السياق والإطار المؤسسي لنشأة قطاع الصحة الخاص ومدى وزن الاستشفاء بالقطاع الخاص في تطوير عرض العلاجات. وتهم التجارب المدروسة البلدان التالية: إسبانيا وفرنسا والسويد وكندا وتونس، إذ لا تتوفر هذه البلدان المختلفة على نفس النموذج الصحي ولا نفس العادات في الاستشفاء بالقطاع الخاص.

ولا تعكس هذه التجارب نماذج تنظيمية بهدف نسخها، وإنما جرى عرضها لتكون بمثابة نماذج جديرة بالاستئناس بالنسبة للمغرب. وتعتبر أربعة من البلدان المذكورة دولا أعضاء بمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، وتتوافق جميعها مع المنظومات الصحية العامة والشاملة. كما تتباين تجاربها من حيث خصوصية قطاع الصحة. وتعد تونس البلد الرئيسي الذي يمكن مقارنته بالمغرب.

أ. أهمية المصحات الخاصة في عرض العلاجات

يشهد قطاع الصحة الخاص، في جميع البلدان الخمسة التي تمت دراستها، دينامية نمو منتظمة، كما هو الشأن إزاء البلدان التي تشكل فيها المقتضيات التنظيمية ذات الصلة بالقطاع أحد الإكراهات الرئيسية، على غرار كندا. وفي بعض الأحيان، يعود هذا النمو بالنفع على الاستشفاء بالقطاع الخاص، كما هو الحال بفرنسا، وعلى مؤسسات الرعاية الأولية الخاصة، مثلما هو الحال في السويد.

ويهم نمو القطاع الخاص ببلدان المغرب وتونس وإسبانيا كذلك مؤسسات الرعاية الأولية (العيادات الطبية الحرة) والمصحات الخاصة.

في الوقت الراهن، تبلغ نسبة الطاقة السريرية التي تتوفر عليها المصحات الخاصة بالمغرب 33,6% من طاقة الاستشفاء الوطنية. وبهذا الوزن النسبي، يتواجد المغرب خلف فرنسا (38,45%) ويتقدم على تونس (23,7%) وعلى إسبانيا (19,9%). وتحتل كندا نسبة هامشية من حيث الاستشفاء بالقطاع الخاص (0,66%)، حيث لا يمكن التشريع الجاري به العمل من تمويل خدمات التأمين عن المرض. وبالسويد، تبلغ نسبة الطاقة السريرية للمصحات الخاصة 8,3% من عرض الاستشفاء الوطني. ويفسر نطاق الحالات المذكورة بتاريخ المنظومات الصحية الوطنية، وكذلك بالخيارات السياسية المعتمدة لتحويلها.

زيادة على ذلك، يتعين وضع حصة عرض الاستشفاء بالقطاع الخاص في سياقها، وذلك بالنظر إلى حجم الساكنة ومستوى تطوير العلاجات الأولية. في هذا الصدد، توفر المنظومة الصحية الفرنسية أعلى طاقة سريرية من بين البلدان الخاضعة للمقارنة، بـ 6,07 سرير لكل ألف نسمة، متبوعة بإسبانيا (3,26 سرير لكل ألف نسمة) وكندا (2,53 سرير لكل ألف نسمة). وتعكس الطاقة السريرية العالية والوزن النسبي القوي للمصحات الخاصة بفرنسا طبيعة منظومته الصحية القائمة على المستشفى كمركز أساسي لتقديم العلاجات (hospitalo-centrique).

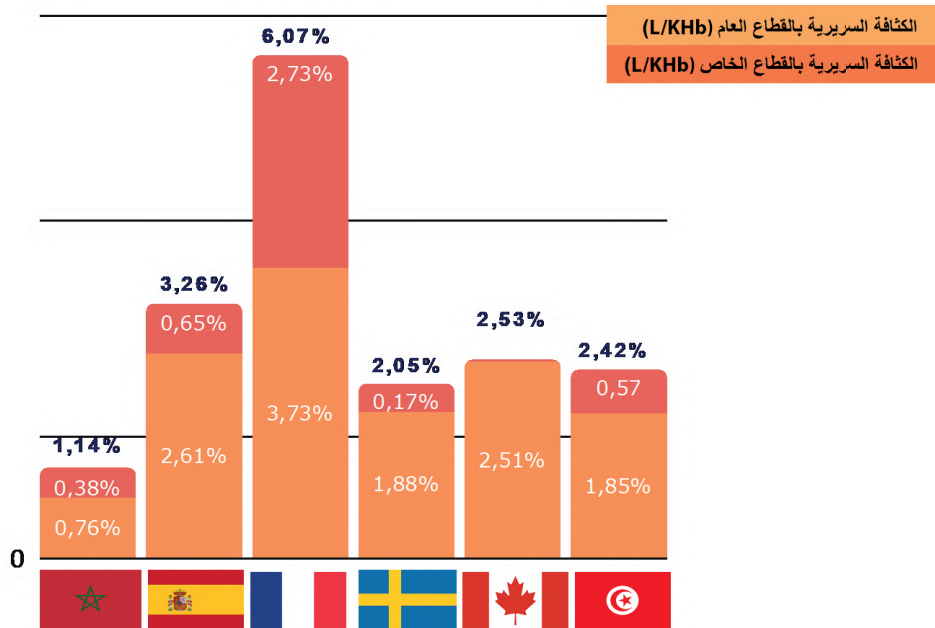
بالمغرب، تعد الكثافة السريرية ضعيفة للغاية (1,14 سرير لكل ألف نسمة)، مما يؤكد عدم كفاية عرض الاستشفاء على الصعيد الوطني. ومن ثم، لا يمكن لأهمية مقارنة عرض الاستشفاء بالقطاع الخاص بالبلاد التعويض عن العجز من حيث عرض الاستشفاء الوطني. غير أنها تشكل ميزة للمساهمة في تقليصه. ويفرض هذا التوجه نفسه على السلطات العمومية إذا كانت ترغب في تعزيز الولوج إلى العلاجات ومواكبة تعميم التغطية الصحية الأساسية. وبالنظر لأهمية الفجوة المراد سدها والحاجيات المراد تلبيتها، يتعين أساسا الاستثمار في الاستشفاء بالقطاعين العام والخاص على حد سواء.

الجدول 37: حصة عرض الاستشفاء بالقطاع الخاص بالمغرب مقارنة ببلدان المقارنة المعيارية (برسم 2021)

البلدان	السكان (x1000)	العدد الاجمالي للمستشفيات العمومية والخاصة	العدد الإجمالي للأسرة	الكثافة السريرية (عدد الأسرة لكل ألف نسمة)	عدد المصحات والمستشفيات الخاصة	عدد الأسرة بالمصحات والمستشفيات الخاص	نسبة الأسرة بالقطاع الخاص من العدد الإجمالي منها
المغرب	35 586	551	40 529	1,14	389	13 603	33,6%
إسبانيا	46 940	779	153 443	3,26	313	30 595	19,9%
فرنسا	65 130	3042	395 670	6,07	1682	152 253	38,5%
السويد	10 360	70	21 217	2,05	06	1 764	8,3 %
كندا	37 400	709	94 748	2,53	ND	628	0,66 %
تونس	11 690	275	28 320	2,42	106	6 704	23,7 %

المصدر: مجلس المنافسة

الشكل 6: الكثافة السريرية الخاصة كمكون للكثافة السريرية الوطنية



المصدر: مجلس المنافسة

من ناحية أخرى، فإن النسبة المنخفضة للعرض الاستشفائي الخاص في كندا (0,66%) والسويد (8,3%)، وهما دولتان معروفتان بأنظمة صحية فعالة، لا تعكس نقصا في الاستثمار المتعلق بالعرض الاستشفائي ولكنها تعكس اختيارا سياسيا متعمدا انشا لتأسيس أنظمتها الصحية على الرعاية الصحية الأولية من خلال إصلاحات تحويلية للإسعاف المفترضة لعدة سنوات.

من جهة أخرى، لا تعكس النسبة المنخفضة للعرض الاستشفائي الخاص بكندا (0,66%) والسويد (8,3%)، البلدان المعروفان بتوفرهما على منظومات صحية فعالة، (لا تعكس) غياب الاستثمار في العرض

الاستشفائي، وإنما تجسد الخيار السياسي المتعمد والمتمثل في تأسيس المنظومة الصحية الخاصة بهما على الرعاية الصحية الأولية من خلال إصلاح عمليات الاستشفاء الإسعافي.

ومن أجل تسريع عملياتها في مجال الاستشفاء الإسعافي، عملت السويد على تطوير شراكات مع القطاع الخاص في ميدان الرعاية الصحية الأولية. وتشكل هذه الأخيرة حالياً 44٪ من مجموع مؤسسات الرعاية الصحية الأولية. من جهتها، فضلت كندا توطيد الرعاية الصحية الأولية منذ عقود، بحكم قربها من المواطنين ومن أجل التحكم في النفقات الصحية.

وفي الفترة الممتدة من 2000 إلى 2006، قامت الحكومة الكندية بإحداث صندوق سمته "صندوق تكييف الرعاية الصحية الأولية" بغلاف مالي بلغ 800 مليون دولار قصد تعزيز الرعاية الصحية الأولية، والتي تكتسي ضرورة أساسية لتجديد الخدمات الصحية²⁰. وفي نفس السياق، شهد طب الأسرة تطوراً.

من جانبها، باشرت إسبانيا إصلاحات للرعاية الصحية الأولية منذ أزيد من خمسة عقود. وشكل تعزيز هذه الرعاية مسألة مبدئية في قانون الصحة العام الصادر سنة 1986، والذي يحدد المنظومة الصحية الوطنية الإسبانية. وتعزز التخصص المرتبط بطب الأسرة، والمحدث سنة 1979، من أجل تدعيم هذا التوجه السياسي. في هذه البلدان الثلاثة (كندا والسويد وإسبانيا)، شأنها شأن بلدان أخرى أعضاء بمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (إنجلترا والبرتغال وغيرها)، تمر بوابة الولوج إلى منظومة الرعاية عبر بنيات مخصصة للعلاجات الأولية، أي الطبيب العام أو طبيب الأسرة الذي أضحي، بالتالي، بمثابة حارس البوابة. وتجدر الإشارة إلى أن تطوير الرعاية الصحية الأولية تشكل توصية رئيسية لمنظمة الصحة العالمية، ووردت أيضاً في عدة إعلانات دولية منذ إصدار إعلان ألما-آنا (سنة 1978) ووصولاً إلى إعلان أستانا (سنة 2018).

بالمغرب، مثلما هو الحال بتونس، يستند عرض الرعاية تقليدياً إلى منظومة تراتبية. وقد تعزز مسار توفير الرعاية بفضل المقتضيات المنصوص عليها في البطاقة الصحية. وشكلت خدمات الرعاية الصحية الأولية (التي كانت تسمى في السابق الرعاية الصحية الأساسية) خياراً سياسياً في مجال الاستشفاء منذ انعقاد المناظرة الوطنية للصحة سنة 1959. غير أن هذا الخيار ظل محدوداً بالقطاع العام.

ومع تعميم التغطية الصحية الأساسية، وجب تجسيد هذا الخيار أيضاً على مستوى القطاع الخاص عن طريق إحداث منصب طبيب الأسرة العام - حارس البوابة، على غرار ما هو معمول به بكندا والسويد وإسبانيا، وتنظيم مسار الرعاية في إطار نظام التامين الإجباري الأساسي عن المرض. زيادة على ذلك، وللتلاءم مع هذا النموذج الجديد المندمج لتنظيم الرعاية الصحية، يمكن للمؤسسات والمجموعات الصحية، عند الاقتضاء، تطوير إستراتيجيات لدمج العيادات الحرة والجماعية في مقارباتها لتجميع مؤسسات الرعاية الخاصة.

ب. تصنيف المصحات الخاصة

1. المصحات الخاصة الهادفة إلى الربح

في تونس، يميز القانون رقم 91.63 بين أربعة نماذج من المؤسسات الخاصة والمصممة استناداً إلى حجم المؤسسة وعدد التخصصات والطابع الربحي أو غير الربحي. ويتعلق الأمر بالمستشفيات الخاصة (ذات طاقة سريرية أقل من 100 سرير)، والمصحات متعددة التخصصات (تخصصين من تخصصات الطب والجراحة وطب التوليد على الأقل)، والمصحات أحادية التخصص، والمؤسسات الصحية غير الهادفة إلى الربح.

20 وليام ج. "المساعي المستمرة لإصلاح الرعاية الصحية الأولية: قياس الأداء"، مجلة "HEALTHCARE POLICY"، العدد 7، إصدار خاص، 2011.

في إسبانيا، يهتم تصنيف المؤسسات الصحية كل من القطاعين العام والخاص. ويعتمد البلد مسطرة واحدة في مجال الترخيص ومعايير مشتركة تقنية ومن حيث الجودة، مما يمكن من ضمان تأطير تنظيمي خاص ومنصف. في فرنسا، تصنف المؤسسات الصحية الخاصة الهادفة إلى الربح، على غرار المستشفيات العمومية، وفقا لنوع التخصص وحسب مدة الإقامة (تشمل التخصصات الطب والجراحة وطب التوليد، والاستشفاء بالمنزل، والاستشفاء والترويض، والطب النفسي).

في المغرب، ومن الناحية التنظيمية، لا تصنف المصحات الخاصة استنادا إلى حجمها أو التخصصات المتوفرة أو مدة الإقامة، مما يشير إلى أن المصحات المتوفرة على 300 سرير تخضع لنفس المقتضيات التنظيمية ونفس المعايير التقنية التي تسري على المصحات ذات طاقة مكونة من 30 سريرا.

بالمثل، تخضع المصحات متعددة التخصصات للشروط ذاتها المفروضة على المصحات أحادية التخصص، بالرغم من اختلافها من حيث المنصات التقنية وشروط الإقامة. وبالتالي، يستحسن تصنيف المصحات الخاصة حسب تمايزها من حيث الحجم والمنصات التقنية والتخصصات، لاسيما وأن هذه المعايير تنعكس على رقم المعاملات وعلى تكاليف هذه المؤسسات.

2. المصحات الخاصة غير الهادفة إلى الربح

تتواجد المصحات الخاصة غير الهادفة إلى الربح في خمسة بلدان المختارة في إطار المقارنة المعيارية. غير أن وزنها ونظامها يختلفان من بلد لآخر.

في كندا، تتوافق هذه المصحات مع جل المستشفيات، إلا أنها تعمل كأماكن لتوفير العلاجات العمومية ومزاولة مهنة الطب. ويتكفل نظام تأمين عمومي وشامل عن المرض بتحمل الخدمات التي تقدمها بشكل شبه حصري، ولا يرخص للأطباء المستقلين، العاملين بها، بفوترة الرعاية الطبية الضرورية خارج نطاق العمل. ومن ثم، تتشابه المصحات الخاصة غير الهادفة إلى الربح مع المستشفيات العمومية.

في تونس، تطبق الطريقة ذاتها المعتمدة في تصنيف المستشفيات العسكرية والمصحات التابعة للمقاولات الكبرى العمومية الوطنية من أجل تصنيف المصحات متعددة التخصصات والتابعة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي داخل القطاع شبه العمومي، والتي تعتبر مبدئيا مصحات خاصة غير هادفة إلى الربح.

في المغرب وفرنسا وإسبانيا والسويد، تنتمي المصحات الخاصة غير الهادفة إلى الربح إلى القطاع الخاص، وتتمتع بوضع جمعية أو مؤسسة أو تعاقدية. وتمثل 17,4% من الطاقة السريرية في القطاع الخاص بالمغرب، مقابل 25,5% بإسبانيا، و36,9% بفرنسا، و38,7% بالسويد. غير أن أكبر عدد من هذه المصحات يتواجد بفرنسا التي تتوفر على 682 مؤسسة، مقابل 52 بإسبانيا و26 بالمغرب و3 بالسويد.

في فرنسا، تختلف المصحات المذكورة كذلك من حيث مساهمتها في أداء مهام المرفق العام الاستشفائي منذ صدور قانون الاستشفاء في 31 دجنبر 1970. ويصدر قانون "المستشفيات والمرضى والصحة والمجالات الترابية" سنة 2009، أضحت هذه المصحات مؤسسات صحية ذات منفعة جماعية. ويشكل هذا النظام موضوع قرار ترخيص يصدره مدير الوكالة الجهوية للصحة بناء على طلب من المؤسسة المعنية، ويرتبط باستيفاء عدد من الشروط. وتقع على عاتق المؤسسات الصحية ذات المنفعة الجماعية ثلاثة التزامات إزاء العموم، وتشمل عدم الحد من الولوج إلى الرعاية، وعدم تجاوز مبالغ الأتعاب، وضمن استمرارية الخدمة (استقبال المرضى على مدار الساعة). في إسبانيا، قد تنتسب المصحات المذكورة أيضا إلى مستشفيات عمومية وتتاطب بها مهام المرفق العام.

في المغرب، تشكل المصحات ذاتها بديلا عن المستشفى العمومي نظرا إلى حجمها وطابعها المتسم بتعدد تخصصاتها. ويتعين عليها، بحكم الامتيازات المخولة لها بمقتضى القانون المنظم لها، المساهمة في تسهيل الولوج إلى العلاجات الاستشفائية بالمغرب والتكفل بالمستفيدين من نظام المساعدة الطبية، ووفقا للكيفيات ذاتها المطبقة في المستشفيات العمومية. كما يمكن للدولة، بالنظر إلى تنوع المهام المنوطة بهذه المصحات، ضمها لشراكات تهدف إلى تعزيز التكوين الطبي وشبه الطبي.

الجدول 38: أهمية المصحات الخاصة غير الهادفة إلى الربح في بلدان الدراسة المقارنة

البلدان	عدد المصحات والمستشفيات الخاصة	عدد الأسرة المتوفرة في المصحات والمستشفيات الخاصة	نسبة المصحات والمستشفيات الخاصة غير الهادفة إلى الربح	عدد الأسرة المتوفرة في المصحات والمستشفيات الخاصة غير الهادفة إلى الربح	نسبة الأسرة المتوفرة في المصحات والمستشفيات الخاصة غير الهادفة إلى الربح
المغرب	389	13 603	6,7%	26	17,4%
إسبانيا	313	30 595	16,6%	52	25,5%
فرنسا	1 682	152 253	40,5%	682	36,9%
السويد	6	1 764	50%	3	38,7%

المصدر: مجلس المنافسة، 2022

3. المؤسسات المماثلة

تشكل المؤسسة المماثلة مفهوما منصوحا عليه في النصوص التنظيمية التونسية والمغربية فقط. في تونس، تعد المؤسسات المماثلة بمثابة مصحات أحادية التخصص، وتتكون أساسا من مراكز لتصفية الدم وفي المؤسسات الصحية الخاصة التي تستعين بتجهيزات ثقيلة. في المغرب، لا يستند تعريف المؤسسات المماثلة إلى معايير، وإنما إلى توفير فرص لتتويج عرض العلاجات الخاص، وأحيانا إلى طبيعة النشاط الاستشفائي (لاسيما مستشفى النهار). ويبلغ عددها 224 مؤسسة، بنسبة تصل إلى 36,5% من العدد الإجمالي للمصحات الخاص والمؤسسات المماثلة لها. غير أنها تشكل أساسا من مراكز لتصفية الدم. وفي ظل التطور الذي شهدته المصحات أحادية التخصص بالبلاد (تبلغ نسبة 21% من العدد الإجمالي للمصحات الخاصة) ومراعاة لشرط استيفاء المعايير التقنية الخاصة لتنظيمها وكذا مدى ملاءمتها، سيكون من المستحسن تصنيفها كمؤسسات مماثلة، واستلها التعريف التونسي قصد تأطيرها على المستوى التنظيمي.

ت. العوامل البيئية التي تسهل النهوض بقطاع المصحات الخاصة

يتأثر سير قطاع المصحات الخاصة إلى حد كبير بمحيطه. ومن خلال تحليل وضعيته بالمغرب وتجارب البلدان الخمسة المختارة في إطار المقارنة المعيارية، يمكن التمييز بين أربعة عوامل أساسية التي تساهم تسهيل أو عرقلة تطور هذا القطاع وضمان حسن سيره. ويتعلق الأمر بالإطار التشريعي، والتغطية الصحية الشاملة، وكفاية الموارد البشرية الصحية، ونظام التعريف.

1. الإطار التشريعي: عامل أول في تعزيز النهوض بسوق العلاجات

كشفت دراسة الإطار التشريعي لمختلف البلدان المختارة للمقارنة المعيارية أن هذا الإطار بكندا والسويد لا يشجع على النهوض بسوق الرعاية الطبية الخاصة بصفة عامة، وعلى تطوير المصحات الخاصة بصفة خاصة. على سبيل المثال، لا يعترف القانون الكندي بالقطاع الخاص كفاعل متدخل في عرض العلاجات. وبالتالي، يشكل العقبة الرئيسية التي تحول دون النهوض به. كما يحظر على الأطباء فواترة العلاجات الطبية الضرورية على المؤدين المباشرين وعلى التأمينات الخاصة. ويمنع كذلك على الأقاليم والمقاطعات فرض رسوم على الاستخدام (الحصة المتبقية على عاتق المؤمن له) لتوفير هذه العلاجات للجميع.

ويعترف النظام السويدي، الذي يتشابه مع النظام الكندي، بالمؤسسات الخاصة كفاعل في توفير عرض العلاجات. غير أنه يجعلها تتنافس مع السلطات العمومية، لاسيما المقاطعات التي تمتلك أغلب المستشفيات العمومية وتضمن تمويل العلاجات. وعليه، لا يمكن لهذه المؤسسات التدخل إلا في حالة عجز القطاع العام (عدم كفاية العرض أو منح مواعيد لمدد زمنية طويلة). علاوة على ذلك، يلزم التشريع السويدي القطاع الخاص باعتماد نظام الفوترة ذاته، وتسقيف مساهمة الأسر، بما في ذلك التأمين الخاص. ولا يمكن هذا التشريع من تطوير القطاع إلا في إطار التعاقد مع المقاطعات أو مع البلديات.

في المغرب وفي البلدان الثلاثة الأخرى المعنية بالمقارنة (فرنسا وإسبانيا وتونس)، يشجع الإطار التشريعي على تطوير قطاع خاص للعلاجات، سواء تعلق الأمر بالاستشفاء الخاص أو الرعاية الأولية. ولا يفرض عراقيل على مؤسسات الرعاية أو الأطباء للولوج إلى سوق العلاجات. ويتيح كذلك للمريض حرية اختيار مقدم العلاجات. وتحدد الأسعار بحرية بالنسبة للمؤدين المباشرين أو المؤمن لهم من القطاع الخاص، إلا أنها تنظم بالنسبة للتأمينات المرضية العمومية.

وتشكل السويد البلد الوحيد المعني بالمقارنة والذي عمل على تنظيم الأجل القصوى للولوج إلى العلاجات خارج نطاق المستعجلات، وذلك من خلال القاعدة التنظيمية رقم 0-07-90-90 التي تجسد الحق في الولوج إلى العلاجات المنصوص عليه في القانون السويدي المتعلق بالرعاية الصحية. وتتيح هذه القاعدة للمرضى إمكانية:

- الاتصال بمؤسسات تقديم الرعاية الأولية في اليوم نفسه أو طلب المساعدة،
- إجراء تقييم طبي مع مستخدم مكلف بتوفير الرعاية الأولية ومعتمد في غضون سبعة أيام،
- الحصول على استشارة طبية متخصصة في غضون 90 يوماً،
- عدم تجاوز آجال الانتظار القصوى المحددة في 90 يوماً للعلاج بعد إجراء التشخيص.

زيادة على ذلك، وبإستثناء تونس والمغرب، تتسم المنظومات الصحية الأربعة الأخرى بطابعها اللامركزي من حيث حكامتها نظامها الصحي وتديريتها للقطاع الخاص على حد سواء. وتبرم عقود شراء الخدمات مع المصحات الخاصة على المستوى الجهوي.

2. تعميم التأمين عن المرض: ترسيخ منافسة نزيهة في سوق العلاجات بفضل ملاءة السكان

يكتسي وضع آليات مستقرة للتمويل وتروم ضمان تحمل كامل للنفقات مسألة ضرورية لوجود قطاع المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها وحسن سيره. ويتم ذلك عادة بواسطة التأمين عن المرض والجبايات، أي التمويلات الجماعية والتضامنية. وكلما تقلص تعميم التأمين عن المرض، تضاعفت إكراهات اللجوء إلى قطاع الرعاية الصحية الخاص.

ويتمثل العامل الثاني الذي يشجع على تطوير القطاع الخاص في ملاءة السكان بفضل تغطية صحية شاملة، مما يتيح استيعاب التكامل بين القطاعين العام والخاص دون الاكتراث بشأن خلق اللامساواة في الولوج إلى العلاجات أو تفضيل منظومة صحية بسرعتين.

في هذا السياق، يشكل المغرب وتونس البلدان اللذان لم يتمكنوا بعد من تعميم التغطية الصحية. ويسجلان أدنى حصص من حيث النفقات الصحية الجارية المخصصة لأنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بالقطاع العام، مقارنة بالبلدان الأخرى، وبنسب تبلغ 53,5% و59,9% على التوالي. وتبلغ هذه الحصص أزيد من 70% في البلدان الأخرى المعنية بالمقارنة.

فضلا عن ذلك، نادرا ما يتم التعاقد في المغرب وتونس بشأن أنظمة تأمين تكميلية، وتبلغ حصص النفقات المباشرة للأسر في تمويل العلاجات نسبا عالية جدا. وتشير هذه الوضعية إلى أن تمويل العلاجات بالمصحات الخاصة يتوقف فقط على المرضى، ما قد يفضي إلى الزيادة في النفقات المباشرة للأسر بسبب الأداء المباشر للعلاجات الخاصة (بما في ذلك الحصة المتبقية على عاتق المؤمنين لهم والفواتير الزائدة) وللتأمين التكميلي.

الجدول 39: مصادر تمويل العلاجات ببلدان المقارنة المعيارية حسب نموذج نظام التأمين

البلدان	حصة تمويل العلاجات في الناتج الداخلي الإجمالي	حصة أنظمة التأمين العمومية والإجبارية في النفقات الصحية الجارية	حصة أنظمة التأمين التكميلية والاختيارية في النفقات الصحية الجارية	حصة النفقات المباشرة للأسر في النفقات الصحية الجارية
المغرب	5,5%	53,3%	1,1%	45,6%
إسبانيا	9,1%	70,6%	7,6%	21,8%
فرنسا	11,3%	83,7%	7,0%	9,3%
السويد	11,0%	84,9%	1,2%	13,9%
كندا	10,8%	70,2%	14,9%	14,9%
تونس	7,1%	59,9%	1,2%	38,9%

المصدر: مجلس المنافسة، 2022

في المغرب، يمول القطاع الخاص أساسا بواسطة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض والأداء المباشر، وبدرجة أقل، بالتأمين التكميلي. ومع تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض والتأمين التكميلي، يرتقب تراجع النفقات المباشرة للأسر من أجل تمويل العلاجات في المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها.

ويجسد التزام جلالة الملك بتعميم التغطية الصحية الأساسية في أفق سنة 2022 إصلاحا سيمكن من ضمان تناغم منظومة تمويل العلاجات وتسهيل التكامل بين القطاعين العام والخاص، بالإضافة إلى تقليص النفقات المباشرة للأسر. ويتعين مواكبة هذا الإصلاح بتعيين لنظام التعريفية وبتعزيز ضبط التغطية الصحية الأساسية.

3. مهنيو الصحة

يشكل الأطباء والممرضون والممرضات الموارد الاستراتيجية للمصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها، إذ يعتبرون أشخاصا لا معيدين عنهم لإنتاج العلاجات وتوفير الخدمات. ويلعبون دور الوسيط بين المرضى والمصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها. وبالتالي، يشكلون وسيلة جيدة لاستقطاب المرضى لفائدة هذه المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها.

في كندا والسويد، يعد الأطباء بمثابة متدخلين مستقلين ويشغلون بموجب عقد مع نظام التأمين عن المرض، فيما يعملون كمتعاقدين أو أجراء بفرنسا وإسبانيا.

في فرنسا، يتعين على الأطباء الخواص، زيادة على ذلك، اختيار القطاع الذين يرغبون في مزاولة نشاطهم به (القطاع 1 أو 2). وفقا لهذا التقسيم للقطاعات، يمكن للطبيب اختيار تطبيق تعريفية الاتفاقية الوطنية (القطاع 1) دون إمكانية تجاوز الأتعاب، أو اختيار القطاع 2، أي عدم الانخراط في التعريفية التعاقدية مع إمكانية تجاوز الأتعاب المحددة بمقتضى التأمين عن المرض. وفي كلتا الحالتين، يلزم الأطباء بالتعامل بشفافية إزاء القطاع المختار وعرض الأسعار بطريقة واضحة وظاهرة للعيان.

في كندا، لا يوجد أطباء يقسمون وقتهم بين شخصين يؤديان أو نوعين من الزبناء، إذ يشارك الطبيب أو لا يشارك في أداء مهام المرفق العام.

في المغرب وتونس، يمارس الأطباء والممرضون والممرضات عملهم إما بصفتهم متمرسين بالقطاع الخاص (مهنة حرة) أو موظفي دولة. ويمكن للأطباء الموظفين الاشتغال بالقطاع الخاص (نظام الوقت الكامل المعدل). وفضلا عن خصوصيات ممارسة المهنة الصحية في القطاع الخاص، تتأثر المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها بمستوى توافر هذه الموارد البشرية الاستراتيجية، لاسيما وأنه ثمة خصائص في مهنيي الصحة على الصعيد العالمي منذ بداية العقد الأول من القرن الحادي والعشرين (منظمة الصحة العالمية، 2006).

ويتبين من المقارنة، التي شملت البلدان المذكورة أعلاه، أن الكثافة الطبية وشبه الطبية في فرنسا وإسبانيا والسويد تظل عالية نسبيا، فيما لا تصل إلى المستوى ذاته في تونس. غير أنها تمثل تقريبا ضعف المستوى الملحوظ بالمغرب.

وتعكس هذه الوضعية بجلاء الخصائص في الموارد البشرية الصحية التي يعرفها المغرب، والتي رصدتها منظمة الصحة العالمية منذ سنة 2006. وقد اتخذت مبادرات قصد مواجهة هذا الإكراه دون أن تفضي إلى نجاح كبير. ومنذ ذلك الحين، جرى إشراك القطاع الخاص في سياسة تعزيز التكوين في مجال علوم الصحة، كما تم البدء في الاشتغال على خارطة الطريق تحت الرعاية الملكية بهدف النهوض بالتكوين المهني.

زيادة على ذلك، أوصى التقرير الأخير للجنة الخاصة بالنموذج التنموي الجديد (2021) بإرساء خطة واضحة للاستثمار في الكفاءات الصحية، وتهدف إلى تغطية العاملين في قطاع الصحة بنسبة 4,5 لكل 1000 نسمة بحلول 2035 (مقابل 2 لكل ألف نسمة حاليا)، أي تكوين 54000 طبيبا و100000 ممرض في أفق سنة 2035.

وفي المنظور ذاته، خضعت بعض مقتضيات القانون رقم 131.13 لتعديلات بهدف تسهيل استقرار الأطباء الأجانب بالمغرب. وتعتبر كافة هذه الإجراءات دليلا على وعي السلطات العمومية بالأهمية التي يحظى بها مهنيو الصحة من أجل تطوير المنظومة الصحية الوطنية بشقيها العمومي والخاص.

الجدول 40: الكثافة الطبية وشبه الطبية في المغرب وفي بلدان الدراسة المقارنة

البلدان	الكثافة الطبية (لكل 10000 نسمة)	الكثافة شبه الطبية (لكل 10000 نسمة)
المغرب	7,3	13,9
إسبانيا	40,3	60,8
فرنسا	33,8	114,7
السويد	41,0	109
كندا	27,6	99,8
تونس	13,2	35,0

المصدر: مجلس المنافسة، 2022

4. أنظمة التعريف

في البلدان الخمسة التي شكلت موضوع التحليل المقارن، يتشابه القطاعين العام والخاص في تحديد تعريفات العلاجات، كما هو الحال بالنسبة للسويد وفرنسا وإسبانيا، ويختلفان في ذلك كما هو الأمر في البلدان الأخرى. في السويد، على سبيل المثال، تحدد المقاطعات مختلف تعريفات العلاجات. ويعفى الأشخاص المسنون البالغين من العمر 85 سنة فما فوق من أداء أقساط العلاجات العادية في جميع الجهات. كما يتم تسقيف الجزء المتبقي على عاتق المؤمن له بالنسبة للاستشفاء الخاص. وتتشابه تكلفة مصاريف العلاجات في القطاعين العام والخاص في حال الاتفاق على ذلك مع المنظومة الصحية الممثلة في المقاطعات والقطاعات. ويتعين على المرضى أداء التكلفة الإجمالية للعلاجات التي تلقاها في حالة عدم تغطية خدمات الرعاية الصحية بموجب هذا الاتفاق.

في إسبانيا، تتشابه الشروط المحددة للتعريف والشروط المسطرية في القطاع الخاص الهادف وغير الهادف إلى الربح. وترجع أسباب ذلك إلى التسهيلات الممنوحة للقطاع غير الهادف إلى الربح من قبل السلطات (مزايا جباية وإعانات)، وإلى التدبير المفوض الذي يقوم به القطاع الهادف إلى الربح لصالح القطاع العام، وكذا الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تدبير بعض المستشفيات. في فرنسا، لا تختلف التعريفات في كلا القطاعين. غير أنه يمكن للأطباء تجاوز الأتعاب المنصوص عليها بمقتضى التأمين الصحي بالنسبة لجميع المرضى، بمن فيهم المؤمن لهم، في حالة اختيارهم مزاولة المهنة في القطاع 2.

في المغرب، لا تتحدد التعريف بنفس الطريقة في كلا القطاعين. وغالبا ما يعتمد الأطباء إلى تجاوز الأتعاب بالنسبة للمؤمن لهم.

زيادة على ذلك، يضم كل نظام من أنظمة التعريف عدة أنماط لأداء تكلفة العلاجات (عبر رسوم فردية أو تبعا للعمل الطبي أو سعر ثابت أو حسب النشاط أو الأمراض أو مجموعة التشخيصات)، بصرف النظر عن نموذج المنظومة الصحية والتطورات التي تسمح بها منظوماتهم الإعلامية. وإذا كان هناك توجه دولي يميل إلى ربط

التعريف بمجموعات التشخيصات أو الأمراض، كما هو الشأن في بلدان الدراسة المقارنة الأربعة المنتمية لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، فإن جل البلدان تسعى إلى دمج تكلفة العلاجات وتنسيق عمليات التكفل بالمرضى كمعايير لأداء تكلفة العلاجات، لاسيما وأن "تأثير السعر" يظل محدودا في ضبط سوق العلاجات بسبب تقنين أنظمة التعريف في إطار التأمين الصحي.

وبسبب تحديد أسعار خدمات الرعاية الصحية، يميل الفاعلون في المصحات الخاصة ومقدمو العلاجات إلى التعويض عن الخسارة (المحتملة) للمداخيل، من خلال مضاعفة حجم الخدمات المقدمة وكثافتها. ومن ثم، يتزايد الاهتمام أكثر بوسائل الأداء البديلة، لاسيما مع تطوير العقود القائمة على القيمة وعلى عمليات الأداء المحفزة لجودة العلاجات.

ومن المهم الإشارة، في هذا الصدد، إلى آليات اعتماد المؤسسات الصحية والتصديق على الممارسات كوسائل لمراعاة الجودة في اتفاقيات تحديد التعريف. ففي فرنسا، على سبيل المثال، يتخذ اعتماد المؤسسات الصحية (المشار إليه بـ "التصديق") طابعا إلزاميا في البنيات الاستشفائية العمومية والخاصة على حد سواء. وفي إسبانيا، يُشترط اعتماد المصحات الخاصة لإبرام عقد مع التأمين الصحي.

في السويد وتونس، لا يوجد برنامج وطني لاعتماد المؤسسات الصحية. وتتم هذه المقاربة بمبادرة من المؤسسات. وفي فرنسا، وعلاوة على التصديق على المؤسسات الصحية، عملت الحكومة مؤخرا على إطلاق مبادرة تقوم على منح مخصصات تكميلية معروفة باسم "التحفيزات المالية لتحسين الجودة"، والتي تعود بالنفع على المستشفيات العمومية والمصحات الخاصة.

في المغرب، يرخص القانون رقم 65.00 لجميع وسائل أداء العلاجات. غير أن الممارسة الواقعية تكشف أن اتفاقيات تحديد التعريف لا تستعين سوى الأداء تبعا للعمل الطبي وبسعر ثابت كوسائل لأداء تكلفة العلاجات. كما لا يوجد أي برنامج وطني للاعتماد بهم المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها، بالرغم من التنصيص على ذلك في القانونين رقم 34.09 و131.13.

وفي إطار دورها كهيئة مكلّفة بضبط التغطية الصحية الأساسية، ينبغي تخويل الوكالة الوطنية للتأمين الصحي إمكانية تغيير نظام التعريف على نحو يجعله يستند إلى مجموعات الأنشطة وإلى الجودة. وتحقيقا لهذه الغاية، يكتسي اعتماد نفس المنظومة الإعلامية مسألة ضرورية بهدف ضبط التغطية الصحية الأساسية في القطاعين (العام والخاص) وفي كافة أنظمة التأمين.

ث. ضبط سوق الرعاية الطبية الخاصة والتأمين الصحي

في جميع البلدان المختارة للدراسة المقارنة، ثمة هيئتان على الأقل تتدخلان في ضبط قطاع الاستشفاء الخاص، وهما الدولة والهيئة المدبرة للتأمين الصحي. وترتبط هيئات أخرى بهذا التقنين بصرف النظر عن الحالات.

1. الدولة أو السلطات العمومية

تتولى المجالس الجهوية المنتخبة في البلدان ذات منظومات صحية لامركزية، مثل كندا والسويد وإسبانيا، تأطير قطاع العلاجات الخاصة (كالمقاطعات بالسويد والأقاليم والمجالات الترابية بكندا والمجموعات المستقلة بإسبانيا). وتعمل هذه المجالس على تخطيط وتنظيم العلاجات، وتحديد كفاءات التمويل وإبرام العقود.

أما في المنظومات الصحية المركزية، تتولى الحكومة، ممثلة في وزارة الصحة، مسؤولية ضبط المصحات الخاصة، كما هو الشأن في المغرب أو تونس، أو هيئة تفوض لها الحكومة الاضطلاع بهذه الوظيفة على غرار الوكالات الجهوية للصحة بفرنسا، إذ تقوم هذه الأخيرة بإبرام عقد مع هيئات التأمين الصحي والمؤسسات الصحية (العمومية والخاصة). ويشار إلى هذا العقد بـ "عقد تحسين جودة وفعالية العلاجات". وأبرم سنة 2018 ليحل محل كافة عقود الأهداف المتواجدة. وتشمل عقد أهمية العلاجات، وعقد تحسين الممارسات بالمؤسسة الصحية، وعقد حسن استخدام الأدوية والمنتجات والخدمات، وعقد الأهداف والوسائل.

2. الهيئة المكلفة بتدبير التأمين الصحي أو الضمان الاجتماعي

تساهم هذه الهيئة في ضبط القطاع الخاص في جميع بلدان الدراسة المقارنة. غير أن دورها يختلف بقطع النظر عن أهمية المهام الموكولة إليها أو دورها القيادي إزاء الجهات الفاعلة الأخرى. وتتمتع هذه الهيئات عادة بالاستقلالية وتتوفر على صلاحيات تفاوض هامة، وذلك بالنظر إلى توفرها على الأموال اللازمة لتمويل العلاجات. ويتعلق الأمر بالصندوق الوطني للتأمين الصحي بفرنسا، والمعهد الوطني للضمان الاجتماعي بإسبانيا، وصندوق الضمان الاجتماعي بالسويد ووكالات التأمين الصحي بكندا.

في المغرب، لا يزال الدور الذي تلعبه الوكالة الوطنية للتأمين الصحي في ضبط القطاع الخاص بصفة عامة، والمصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها بصفة خاصة يحظى بدرجة أقل أهمية، إذ لا تتدخل الوكالة إلا من أجل تأطير اتفاقيات تحديد التعريفية، كما لا تتمتع باستقلالية بالرغم من توفرها على وضع مؤسسة عمومية. زيادة على ذلك، لا تتحكم في مسألة تخصيص الموارد الخاصة بالتأمين على المرض، بالرغم من أنها تحرص على الحفاظ على التوازنات المالية. وتتولى الهيئات المكلفة بالتدبير (الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي) تخصيص الموارد لفائدة المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها (الثالث المؤدي)، خلافا لتونس التي يتولى الصندوق الوطني للتأمين على المرض ضبط وتخصيص الموارد.

3. هيئات أخرى

في بعض البلدان، ثمة هيئات أخرى تساهم في تقنين عمليات الاستشفاء الخاصة. ويتعلق الأمر بالخصوص بإسبانيا، حيث يشكل مجلس المجالات الترابية للمنظومة الصحية الوطنية الهيئة الرئيسية التي تتولى صياغة المنظومة الصحية الوطنية. ويسهر على تعزيز تماسك هذه المنظومة عن طريق ضمان حقوق المرتفقين بشكل فعال ومنصف. ويتكون من وزير الصحة، الذي يرأسه، ومستشاري مجالس الجماعات المستقلة المختصين بالمجال الصحي.

في فرنسا، تتدخل الهيئة العليا للصحة في ضبط سوق الرعاية الصحية عن طريق تحديد الضوابط واختيار الأدوات لتحسين الجودة والفاعلية على غرار آلية الاعتماد والتحفيزات المالية الممنوحة لتحسين الجودة. في تونس، نص القانون على إحداث "المجلس الوطني للمؤسسات الصحية الخاصة" الذي تستشيريه وجوبا وزارة الصحة العمومية بشأن:

- طلبات إحداث أو توسيع أو نقل مركز لتصفية الدم،
- طلبات تركيب المعدات الثقيلة في مؤسسة صحية خاصة،

• قرارات الإغلاق النهائي لمؤسسة صحية خاصة،

• إبداء الرأي بخصوص الضوابط التقنية والعلمية المطبقة على المؤسسات الصحية الخاصة.

في المغرب، تنص المادة 30 من القانون رقم 34.09 (الصادر سنة 2011) على إحداث "اللجنة الوطنية الاستشارية للتسيق بين القطاع العام والقطاع الخاص" و"اللجنة الوطنية للتقويم والاعتماد"، المفترض فيهما المساهمة في تنظيم التكامل بين القطاعين العام والخاص وتعزيز جودة العلاجات. غير أنهما لم تخرجا إلى حيز الوجود إلى يومنا هذا.

ثامنا: خلاصات وتوصيات

أ. خلاصات

أتاح التحليل المنجز من قبل مجلس المنافسة، استنادا إلى التقييم الموضوعي المتعلق بوضعية المنافسة في سوق الرعاية الطبية المقدمة من قبل المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها، تقديم حقائق إيجابية بشأن الدينامية التي سجلتها هذه السوق طيلة السنوات الأخيرة، وكذا الاختلالات التي تحول دون اضطلاع القطاع بدوره الكامل في النهوض بالمنظومة الصحية الوطنية.

1. المصحات الخاصة كجهات فاعلة رئيسية في سوق الرعاية الصحية

أضحت المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها إحدى الجهات الفاعلة الرئيسية في سوق الرعاية الصحية بصفة عامة، إذ تتكون حاليا من 613 مؤسسة، منها 389 مصحة خاصة (63%). وتوفر هذه الأخيرة ثلث (33,6%) الطاقة السريرية الوطنية المخصصة للاستشفاء. وتسارعت وتيرة الاستثمار في قطاع المصحات الخاصة بشكل خاص عقب صدور القانون رقم 131.13 الذي أتاح إمكانية فتح رأسمالها. وبخصوص الاستهلاك الطبي، تشكل المصحات الخاصة أول وجهة للنفقات من حيث الثالث المؤدي للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وثاني مقدم للعلاجات في النفقات الحالية الصحية على الصعيد الوطني، بعد الصيدلانية وموردي المستلزمات الطبية.

2. التوزيع الجغرافي غير المتكافئ وغير المتوازن للمصحات الخاصة بالمغرب

يسير تطور التوزيع الجغرافي للمصحات الخاصة بالمغرب وفق التنمية الاقتصادية للجهات وبمستوى انتشار الموارد البشرية الصحية. وإلى حدود اليوم، يتسم هذا التوزيع بعدم التكافؤ وغياب التوازن. في الواقع، تستحوذ خمس جهات على 79% من المصحات الخاصة و82% من الأسرة المتاحة بالقطاع الخاص. ويتعلق الأمر بجهات الدار البيضاء-سطات والرباط-سلا-القنيطرة وطنجة-تطوان-الحسيمة وفاس-مكناس ومراكش-أسفي. وفي هذه الجهات، يحتوي القطاع الخاص على 25% إلى 50% من الطاقة السريرية لمجموع التراب الوطني. من جهتها، تعاني جهات الجنوب والجنوب الشرقي باستمرار من خصائص في هذه البنيات الاستشفائية.

3. غموض يلف سوق الرعاية الطبية المقدمة من قبل المصحات الخاصة

على الرغم من وزنها وثقلها، من حيث عرض العلاجات والاستهلاك الطبي على حد سواء، لا تخضع المصحات الخاصة إلى تتبع منتظم من طرف السلطات العمومية. ومن ثم، لا يتوفر المغرب على هيئة أو بنية

إدارية (مصلحة أو قسم أو مديرية) تابعة لوزارة الصحة، مختصة بتتبع والنهوض بالمصحات الخاصة، وجمع المعلومات المرتبطة بها.

ومن أجل سد هذا الفراغ، اضطرت مصالح مجلس المنافسة إلى إجراء تحقيق ميداني، أنجزه مكتب دراسات أنيطت به هذه المهمة. وتمثل الهدف منه في جمع المعلومات ذات الصلة ببنية هذه السوق، وبنية تكاليف المصحات الخاصة، والإكراهات الرئيسية التي تواجهها من حيث حواجز الدخول، وغيرها.

4. غياب إطار قانوني معني بالمصحات الخاصة وتقدم النصوص التشريعية والتنظيمية المؤطرة له

يشكل غياب إطار قانوني خاص بالمصحات الخاصة أبرز الخلاصات التي توصل إليها المجلس بشأن سوق الرعاية الصحية، بالرغم من أهميتها في العرض الوطني للعلاجات الطبية. وتجدر الإشارة، في هذا الصدد، إلى أن المقتضيات القانونية الحالية المتعلقة بها تظل مشتتة من حيث عدة نصوص تشريعية وتنظيمية المؤطرة للمنظومة الصحية الوطنية (6 نصوص مختلفة). وتعتبر السلطات العمومية المصحات الخاصة مكونا بسيطا من مكونات هذه المنظومة.

وعلاوة على تشتت المقتضيات سالف الذكر، تتسم النصوص التشريعية والتنظيمية بالتقدم، وجل نصوصها التطبيقية لم يتم نشرها إلى حدود الساعة. ومن تم، وعلى سبيل التوضيح، لا يتوفر القانون الإطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات الصادر في 29 رجب 1432 (2 يوليوز 2011)، إلى حدود اليوم، على النصوص التطبيقية المتعلقة بالتحفيزات وبالشراكة بين القطاعين العام والخاص وباللجنة الوطنية الاستشارية للتسيق بين القطاع العام والقطاع الخاص.

وينطبق نفس الأمر على القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب، الصادر في 29 ربيع الآخر 1436 (19 فبراير 2015)، حيث لم يتم تحيين القرارات المتعلقة بمصنف الأعمال المهنية والضوابط التقنية. كما لم يتم نشر النصوص التنظيمية المتعلقة بالافتحاص التقني والقانوني للمصحات الخاصة وبالتكوين الطبي وبمعايير الجودة.

وعليه، يظل تقدم الضوابط التقنية ومعايير الجودة، إلى حدود اليوم، أحد العناصر التي تكتسي أهمية خاصة من حيث أهمية مخاطر التقاط عدوى المستشفيات التي تحدث في المنصات التقنية التقليدية وحتى المتقدمة.

علاوة على ذلك، تشهد سوق الرعاية الصحية المقدمة من قبل المصحات الخاصة تأخرا في تجديد بعض المقتضيات ذات الصلة بالقانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، الصادر في 25 رجب 1423 (3 أكتوبر 2002)، لاسيما الأحكام المرتبطة باتفاقيات التعريف المرجعية الوطنية.

ويشكل هذا التأخر، المرتبط باستكمال الإطار التنظيمي المتصل بالمصحات الخاصة، مصدر اختلالات ونزاعات، ويفضي إلى تغيير فعالية ضبط سوق الرعاية الطبية المقدمة من قبل المصحات الخاصة. كما يفضي إلى عدة تجاوزات التي يتجرعها المرضى، لاسيما المتوفرين منهم على التغطية الصحية والذين يستمرون في تحمل التكاليف الملقاة على عاتقهم بطريقة مترابطة.

وتجدر الإشارة إلى أن الإطار القانوني لا يمكن من توضيح الفرق بين مصحة خاصة ومؤسسة مماثلة، إذ ظهر مفهوم المؤسسة المماثلة لأول مرة في القانون رقم 10.94 (الصادر سنة 1996) المتعلق بمزاولة الطب،

والتي جرة نسخته وتعويضه بالقانون رقم 131.13 بهدف مماثلة بعض المؤسسات التي تزاوّل الاستشفاء (لاسيما الاستشفاء في النهار) مع مصحات خاصة. وجرى تكريس وتمديد هذا الفرق بموجب القانون رقم 131.13 ومرسومه التطبيقي. غير أنه لا يستخدم في قاعدة المعطيات المتعلقة بالقطاعات الوزارية أو في الهيئات المدبرة لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض أو من طرف الإدارة الجبائية أو على مستوى الجمعيات المهنية.

وبالإشارة إلى معيار الاستشفاء في النهار فقط، فتعين تحويل عدد كبير من المصحات الخاصة أحادية التخصص إلى مؤسسات مماثلة، على غرار مصحات طب العيون مثلا. بيد أن الصعوبة تكمن في تحويلها إلى موقع آخر. في الواقع، في الواقع يكمن المشكل في تنصيب القانون رقم 131.13 على ضوابط تقنية خاصة بكل نوع من أنواع المؤسسات المماثلة (المادة 59). بمعنى آخر، كلما كان عدد المؤسسات المماثلة كبيرا، ازدادت ضرورة إنتاج الضوابط الخاصة. ويفترض هذا التعدد من حيث الضوابط التقنية مواكبة السلطات العمومية عن كثب، المنعومة إلى حدود الساعة، وفي سياق يزداد فيه عدد المؤسسات المماثلة والمصحات أحادية التخصص أكثر.

5. المصحات الخاصة غير الهادفة إلى الربح: قوة دافعة للنهوض بسوق الرعاية الطبية المقدمة من قبل المصحات الخاصة

تكتسي المصحات غير الهادفة إلى الربح أهمية كبيرة بالمغرب، إذ أفرزت دينامية لتطوير سوق المصحات الخاصة، والتي تجسدت في إحداث المصحات متعددة التخصصات من طرق الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، ومراكز تصفية الدم من طرف الأشخاص المتبرعين والمستشفيات الجامعية من طرف المؤسسات. ويبلغ عددها 199 مؤسسة، بنسبة تصل إلى 32% من العدد الإجمالي للمصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها.

وإلى حدود اليوم، يظل عدد المصحات الخاصة غير الهادفة إلى الربح محدودا. غير أنها تتوفر على طاقة سريرية هامة. في الواقع، يبلغ عددها 26 مصحة، بطاقة متوسطة تصل إلى 91 سريرا. وبالتالي، تمثل 17,4% من طاقة الاستشفاء في القطاع الخاص (2730 سريرا). بالمقابل، يبلغ عدد المؤسسات المماثلة 173 مؤسسة وتهيمن عليها مراكز تصفية الدم المحدثة من قبل الأشخاص المتبرعين.

ومن تم، فرضت هذه المصحات وجودها كجهات فاعلة لا محيد عنها في مشهد المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها. وتستفيد، بمقتضى نظامها، من بعض الامتيازات، لاسيما الجبائية منها، والتي تساهم في خلق، وفقا للفاعلين الخواص الهادفين إلى الربح، بيئة لممارسة منافسة غير مشروعة.

بيد أن هذه الامتيازات لها ما يبررها من الناحية الاقتصادية من خلال إعادة الاستثمار في فوائدها في مجال الحفاظ على بنيتها وتطويرها، وما تتسم به من شفافية في فوترة العلاجات، وأنشطة البحث والتكوين التي تعمل على تطويرها. زيادة على ذلك، لم يغير مستوى التعريف المطبقة من طرف هذه المصحات، التي تعادل أو حتى تفوق التعريف المعمول بها في المصحات الهادفة إلى الربح، من مستوى استقطابها للمرضى.

6. تحديث تدريجي لأنماط تدبير المصحات الخاصة: في اتجاه إرساء نموذج المستشفى الخاص

تتسم سوق الرعاية الصحية المقدمة من قبل المصحات الخاصة بتنوع الأشكال التنظيمية للفاعلين. في الواقع، وبعد النموذج التقليدي المعروف بـ "المصحة-فيلا"، تطور نموذجي "المستشفى الخاص" و"تجمع المصحات"

في القطاعين الهادف وغير الهادف إلى الربح على حد سواء. ويتعارض هذا التنوع مع مسألة توحيد الإطار التشريعي والتنظيمي، والمتمثل في مقتضيات القانون رقم 113.13 المشار إليه أعلاه ونصوصه التطبيقية، التي لم تتغير بالنسبة لكافة أشكال المصحات الخاصة، بصرف النظر عن حجمها وشكلها التنظيمي. ويشكل هذا التناقض بين إطار تشريعي موحد وثابت وواقع يتسم بوجود مصحات خاصة متعددة الأحجام ومتعددة الأشكال ودينامية مصدرا لإكراهات تواجهها هذه المصحات.

وقد دفعت ضرورة التأقلم مع الطلب على الرعاية ودمج التقدم التكنولوجي بالمصحات الخاصة إلى تطوير حجمها، ومنصتها التقنية وعرض العلاجات والخدمات الذي تقدمه. كما أحدثت مصالح للتدبير الإداري والمالي والتقني داخل المصحات الخاصة.

ومن تم، فرض نموذج المستشفى الخاص وجوده في القطاع الهادف إلى الربح. وكرس القانون رقم 131.13 هذا التطور من خلاله تضمينه لمقتضيات تشريعية ملزمة إزاء حكمة المصحات الخاصة، على غرار إحداث اللجنة الطبية للمؤسسة وللمديرية الطبية وللمديرية المالية. ولا يعترف بنموذج المصحات صغيرة الحجم (ذات طاقة أقل من 20 سريرا)، والتي تمثل نصف المصحات الخاصة، في هذا الإطار التشريعي، وتضطر إلى التطور.

علاوة على ذلك، يفرض تطوير نموذج المستشفى الخاص إلى محاكاة المستشفى العمومي، المطلوب منه كذلك تطوير بنياته من أجل تحسين صورته وفعاليتته والاستجابة بشكل ملائم لانتظارات الساكنة.

وبالرغم من تنصيب القانون الإطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات على التكامل بين القطاعين العام والخاص، وفي غياب آليات ملموسة للتعاون، تشتغل المصحات الخاصة والمستشفيات العمومية، إلى يومنا هذا، بدون أي تكامل بينهما.

7. معاناة جل المصحات الخاصة من ضعف رؤوس الأموال

كرس القانون رقم 131.13 فتح الاستثمار في المصحات الخاصة. غير أن عدة مصحات خاصة لا تزال تعاني من ندرة في رؤوس الأموال بالنظر إلى الطابع الحديث نسبيا لهذا الإصلاح. ويظل مستوى رؤوس الأموال الذاتية التي تتوفر عليها ضعيفا للغاية، لكون رؤوس الأموال الاجتماعية لمعظم المصحات الخاصة لم يطرأ عليها تغيير منذ إحداثها.

في الواقع، لا يتجاوز الرأسمال الاجتماعي للمصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها مليون درهم في 43% من الحالات، ويتراوح ما بين مليون و10 مليون درهم في 43% من الحالات. ويبلغ أعلى من 10 مليون درهم في 13% من الحالات فقط.

وبالنسبة لقطاع يشتهر بكثافة رؤوس الأموال بشكل خاص، وبالنظر للاستثمارات اللازمة لاقتناء التجهيزات الثقيلة، يظهر أن جل المصحات الخاصة تعاني من ندرة في رؤوس الأموال. غير أن السوق تشهد تطورا كميًا ونوعيًا للرأسمال الاجتماعي، يرتبط بالانتقال من تمويل عبر رؤوس أموال خاصة إلى تمويل أكبر عبر صناديق الاستثمار.

8. انفتاح سوق الرعاية الصحية المقدمة من قبل المصحات الخاصة وارتفاع جاذبيته

أتاح القانون رقم 131.13 إمكانية ظهور مجموعات صحية خاصة. وتمثل الهدف منها في إضفاء الطابع المهني للوظيفة التديبيرية وفي إرساء تحول تدريجي للسلطات التديبيرية من طبية إلى مالية من جهة،

واستبدال الغموض المالي بالشفافية من جهة ثانية. ومن تم، لوحظ تطور تدريجي في عدد المرات التي يجري فيها إيداع تصاريح القوائم التركيبية منذ سنة 2015، لاسيما من المصحات الخاصة ومراكز تصفية الدم. من جهة أخرى، يتواصل تدبير المصحات الخاصة صغيرة الحجم وفقا لنماذج تدبير تقليدية، ومطبوعة بهيئة هيئة الأطباء وعلى حساب هيئة الأطر الإدارية المتخصصة.

زيادة على ذلك، يشكل وجود مجموعات أو مجموعات قابضة مالية ومؤسستي الشيخ زايد والشيخ خليفة في عرض العلاجات بالقطاع الخاص ميزة لا جدال فيها بالنسبة للمرضى وقطاع الصحة بصفة عامة، إذ تمكن بالخصوص من التوفر على البنيات التحتية الاستشفائية والمعدات الطبية الحديثة، ومن توفير عرض علاجات وخدمات كاملة نسبيا داخل نفس البنية.

كما يتيح التدبير الإداري والمالي لهذه الهيئات، المسنود لأطر متخصصة في التدبير والشؤون المالية، ضمان انسيابية التدبير الحالي من جهة، عن طريق إعفاء الأطباء من المهام الإدارية، وتحسين التدبير المالي من خلال وضع مساطر ونظام للتبليغ ومراقبة التدبير. فضلا عن ذلك، يساهم إحداث نظام للحكامة داخل هذه الكيانات في إضفاء مزيد من الشفافية في عمليات تدبير مختلف الجهات الفاعلية في المصح.

9. استمرار حواجز الدخول إلى سوق الرعاية الطبية المقدمة من قبل المصحات الخاصة

أتاح القانون رقم 131.13 إمكانية رفع حواجز الدخول إلى سوق الرعاية الصحية المقدمة من قبل المصحات الخاصة. بيد أن دينامية هذه السوق المتنامية تصطدم باستمرار إكراهات بنوية التي يعتبرها الفاعلون بمثابة حواجز دخول. ويتعلق الأمر بالخصوص بخصائص في الموارد البشرية، وبتقادم التعريفات المرجعية التي لا تستند إلى تحليل للتكاليف الحقيقية للخدمات، وبغياب تحفيزات للاستثمار. وتكرس هذه الإكراهات البنوية ممارسات من شأنها المساس بالسير التنافسي لهذه السوق.

وتتمثل أحد الإكراهات الرئيسية التي يواجهها الفاعلون أساسا في ندرة العقار المخصص للتجهيزات الصحية، لاسيما في الحواضر الكبرى، مما يدفع بالمنعشين إلى البحث عن عقار تجاري أو سكني التي تتطلب مباشرة مساطر طويلة ومكلفة لدى المصالح الجماعية ومصالح التعمير.

كما تشكل الحواجز المتعلقة بتعدد المساطر الإدارية التي تسبق فتح المؤسسات أيضا حاجزا من حواجز الدخول إلى السوق.

10. ندرة بنوية في الموارد البشرية الطبية وشبه الطبية واللجوء غير القانوني للمصحات الخاصة إلى

موظفي القطاع العام

يعتبر الفاعلون ندرة الموارد البشرية (الطبية وغير الطبية) كذلك حاجزا بنويا يحول دون دخولهم للسوق. وأفضت هذه الندرة إلى عدة علل، من ضمنها عدم إحداث مصحات خاصة في عدة جهات في المملكة، وجعل الموارد البشرية شبه الطبية وأطباء القطاع العام يعملون خارج نظام الوقت الجزئي المعدل، وغيرها. ولا يفضي خروج الموارد البشرية الطبية وشبه الطبية التابعة للقطاع العام عن نطاق العمل المنظم إلى تحريف سير المنافسة في سوق الرعاية الصحية المقدمة من قبل المصحات الخاصة فحسب، بل يتسبب كذلك في تغيير كبير في فعالية استخدام البنيات التحتية الاستشفائية العمومية.

11. استمرار الممارسات التديسية التي تحول دون ضمان حسن السير التنافسي لسوق الرعاية الصحي المقدمة من قبل المصحات الخاصة

مراعاة لخصوص خدمات الرعاية الصحية، التي تؤثر على تباين في المعلومات بين المريض والطبيب المعالج أو المصححة، غالباً ما تشكل الخدمات المنجزة بالمصحات وطريقة فورتها محط نزاع من جانب المرضى وعائلاتهم.

وجرى رصد عد ممارسات تديسية. وتتعلق أساساً باتفاقيات لاستقطاب العملاء أو المرضى، وتشمل اتفاقيات حصرية وحسومات تمنح بين المصحات والمكلفين بالنقل (سائق سيارات الإسعاف والأجرة وغيرها). كما تتعلق هذه الممارسات بحسومات تمنح لصالح أطباء القطاعين العام والخاص. ويقوم هؤلاء بتوجيه أو حتى رفض استقبال المرضى لصالح مصحات توفر حسومات أعلى على شكل أجور غير مدرجو في فاتورة العلاجات وغير مصرح بها لدى الإدارة الجبائية، ويتحملها المرضى.

فضلاً عن ذلك، تلجأ المصحات إلى الممارسة المتعلقة بشيك الضمان، المحظورة بموجب القانون الجنائي (المادة 544) والقانون رقم 131.13 في حالة تعلق الأمر بالثالث المؤدي.

وتكمن مبررات المصحات الخاصة في اللجوء إلى شيك الضمان في تأمين أداء مقابل الخدمات المنجزة لفائدة المريض.

بالمثل، يشكل موضوع أداء خدمات غير مدرجة في فاتورة العلاجات موضوع شكايات مقدمة من قبل المرضى، حتى لو كان يتعلق بالأطباء أكثر من المصحات. وفي معظم الحالات، يطالب الطبيب باعتماد هذا النوع من الأداء على أساس تقديري، زيادة على الأتعاب التي تدفعها له المصححة مقابل خدماته.

زيادة على ذلك، لوحظ توجه إلى فرض فواتير تعسفية مقابل الرعاية. في الواقع، ثمة عوامل تفاقم بشدة فواتير الاستشفاء، وتشمل تعدد الفحوصات المفروضة على المرضى، والإفراط في استشارة رأي الأطباء المتخصصين من طرف زملائهم، وقبول الدخول غير المبرر للمرضى إلى غرف الإنعاش، وزيادة فاتورة المبيت ليلاً، علاوة على تكاليف المبيت، وفوترة الأدوية غير المستهلكة.

وأفضت هذه الممارسات إلى إرساء نظام محاسبة مزدوج من قبل المصحات الخاصة.

ب. التوصيات

على ضوء الخلاصات المذكورة ومراعاة للأهمية والدور المنتظر من المصحات الاضطلاع بهما في سياق تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، انكب مجلس المنافسة على صياغة عدة توصيات بهدف معالجة الاختلالات المرصودة.

في الواقع، تروم هذه التوصيات أساساً تحسين وتقوية نطاق عرض العلاجات الطبية على الصعيد الوطني، عبر تعزيز هذه السوق في وجه منافسة حرة ونزيهة، والتي تعتبر الوسيلة الوحيدة لضمان ولوج المواطنين إلى العلاجات بأسعار منطقية.

كما تتدرج هذه التوصيات في نطاق الإصلاح الشامل الجاري للمنظومة الصحية الوطنية، والمعزز بإرادة ملكية واضحة وحازمة، متجسدة في مشروع القانون الإطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية. ويهدف هذا الأخير إلى إدراج بنية جديدة للحكمة، وإرساء مسار منسق للعلاجات، وغيرها.

غير أنه تجدر الإشارة إلى أن تقوية نطاق عرض الاستشفاء الخاص وتحسين جودة الخدمات المقدمة لا يمكن أن يسدا وحدهما العجز الشامل لعرض الصحة الوطنية.

ويكتسي توطيد البعد المرجعي للمستشفى العمومي باتخاذ تدابير جوهرية من أجل تحديث وتكثيف شبكة مستشفيات عمومية ذات جودة ضرورية حتمية بالنسبة لبلادنا.

1. إعادة النظر في تكوين الموارد البشرية الطبية وغير الطبية والتسريع من وتيرته

يشكل الخصائص الذي يعرفه المغرب في الموارد البشرية الصحية عقبة أمام تقدمه في مجال توسيع البنيات التحتية الصحية في القطاعين العام والخاص على حد سواء. وفي هذا الصدد، يكتسي إعادة النظر في تكوين الموارد البشرية الطبية وغير الطبية والتسريع من وتيرته مسألة ذات أولوية.

في الواقع، بتوفره على كثافة طبية تبلغ 7,5 طبيبا لكل ألف نسمة، يوجد المغرب في مرتبة أقل من المعيار الموصى به من طرف منظمة الصحة العالمية والمتمثل في 15,3 طبيبا لكل ألف نسمة. ومن أجل تدارك هذا النقص، اتخذت مجموعة من التدابير، على غرار الحد من سنوات التكوين الطبي والزيادة في عدد المقاعد الجامعية، لاسيما عن طريق الترخيص لكليات طب خاصة. بيد أنه، وبالنظر إلى مدى الخصائص الملحوظة إضافة إلى ظاهرة هجرة الكفاءات إلى بلدان أخرى، يتعين اتخاذ تدابير إضافية، مرتبطة خصوصا بتحديد القوائم الحصرية للطلبة بغية توسيع الولوج إلى الدراسات الطبية.

في هذا الصدد، يدعو مجلس المنافسة بشكل استعجالي إلى مراجعة معمقة لبرامج ومناهج تكوين الأطر الطبية وشبه الطبية، وكذا المناهج الدراسية المقدمة من قبل مختلف كليات الطب. وينبغي التركيز بشكل خاص على التكوينات في مختلف التخصصات وعلى الحكامة المزدوجة لكليات الطب (وزارة التعليم العالي ووزارة الصحة والحماية الاجتماعية).

علاوة على ذلك، ومن أجل الإبقاء على الخريجين من الأطباء الشباب، يدعو المجلس كذلك إلى مراجعة نمط صرف أجور الأطباء، مع مراعاة مدة التكوين والتخصص وطبيعة الأعمال المنجزة.

2. إقرار تحفيزات هامة لمزاولة مهنة الطب في المغرب من طرف الأطباء الأجانب

مراعاة لتدفقات هجرة الأطباء المغاربة إلى أوروبا بشكل رئيسي، والتي تسببت في تفاقم العجز المشار إليه أعلاه، يوصي مجلس المنافسة باعتماد تدابير استعجالية قصد تشجيع الأطباء الأجانب على مزاولة المهنة بالمغرب. وثمة حاجة ملحة لسد هذا العجز مراعاة للمتطلبات الناجمة عن انفجار الطلب على الرعاية الطبية في سياق تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

وتحقيقا لهذه الغاية، تجدر الإشارة إلى أن القانون رقم 33.21 بتغيير وتتميم القانون رقم 131.13 عمل على التخفيف من شروط ممارسة مهنة الطب الخاص من طرف المتمرسين الأجانب، عن طريق الإعفاء من إلزامية الإدلاء بمعادلة الدبلوم، وربط الممارسة بمجرد التسجيل في جدول هيئة الأطباء.

بيد أنه توجد عدة عوامل لم تساهم، إلى حدود الساعة، في قلب مسار تدفقات الأطباء الذين يلجؤون سوق الرعاية الطبية الوطنية مقابل أقرانهم الذين يغادرون أرض الوطن نحو الخارج. ويتعلق الأمر بالخصوص بالتأخر في تفعيل تدابير التخفيف المشار إليها أعلاه، وحصر ممارسة المهنة من قبل الأطباء الأجانب في القطاع الخاص وإقصاء القطاع العام، على غرار الممارسة المرصودة في بعض البلدان المتقدمة، فضلا عن

غياب تدابير مواكبة تحفيزية المندرجة ضمن سياسة عمومية ارادية (على غرار علاوات الاستقرار والتكفل بتمدرس أطفال المتمرسين، وإحداث هيئة مكلفة بتسهيل استقرارهم وإدماجهم، وغيرها).

3. إرساء كفاءات جديدة لمزاولة المهنة بالمصحات الخاصة

لا يمكن التعويل على التدابير المذكورة أعلاه لوحدها لتجاوز أوجه القصور الرئيسية الملحوظة، إذ ينبغي اتخاذ إجراءات ذات الصلة بشروط مزاولة مهنة الطب في المصحات الخاصة بالمغرب. في الواقع، يمارس الأطباء في المصحات الخاصة، إلى حدود اليوم، على أساس تعاقدية، ووفقا لصيغة عقد نموذجي وضعها المجلس الوطني لهيئة الأطباء. ولا يضم هذا العقد أي بند يتعلق بالأجر أو بالحد من الاستقلالية المهنية للأطباء بأي شكل من الأشكال. وأفضى هذا النموذج إلى الحد بشكل كبير من الموارد المتاحة، ودفع بالمصحات إلى بحث مضني عن المؤهلات المطلوبة، عن طريق التساهل مع بعض الممارسات في حدود القانون (تلقي عمولات ومنح خصومات وغيرها).

فضلا عن ذلك، ومن أجل وضع حد لهذه الممارسات، يقترح مجلس المنافسة إحداث، إلى جانب النظام التعاقدية الحالي، نظام أساسي بديل للطبيب الأجير بالمصحات الخاصة، بنفس الطريقة المرصودة في المصحات غير الهادفة إلى الربح وكذا في بعض البلدان المعينة. ويمكن أن يتشكل الأجر الممنوح لهؤلاء الأطباء من مرتب أساسي إضافة إلى الأتعاب ذات الصلة بعدد الأعمال المنجزة من طرفهم وجودتها. وقد يشكل النظام الأساسي الطبيب الأجير بالمصحات الخاصة بديلا جذابا لكل من الخريجين الشباب والأطباء الأجانب، الذي يطمح المغرب إلى استقطابهم في السوق الوطنية.

4. إزالة العقبات أمام ممارسة مهنة الطب وإرساء حركية للممارسة على الصعيد الوطني

من أجل تشجيع إحداث مصحات خاصة في الجهات التي تفتقر لخدمات الرعاية الصحية، يرى مجلس المنافسة أن إزالة العقبات التي تقيد ممارسة المهنة حسب المجال الترابي، المفروضة من طرف الهيئات الجهوية للأطباء، يكتسي مسألة ضرورية بغية إتاحة إمكانية التشغيل المتبادل الجهوي وضمان حركية أكبر للمتمرسين. في الواقع، في ظل الوضع الحالي لا يمكن للطبيب أن يزاول مهنته، إلا في الجهة التي جرى تسجيله فيها في الهيئة الجهوية للأطباء. ويشترط حذفه أو إعادة تقييده في الهيئة الجهوية المتلقية لتغيير مكان مزاولته للمهنة. ومراعاة للخصائص في الموارد، يتعين الترخيص بمزاولة المهنة في مجموع التراب الوطني بصرف النظر عن الهيئة الجهوية التي يقيد فيها الطبيب.

5. تطوير الطب عن بعد كأحد الحلول لتدارك الخصاص في الموارد البشرية الطبية

أتاح تطور وسائل التواصل الحديثة، الناجمة عن تكنولوجيات الاتصال والأنترنيت، ظهور وتطوير ممارسة الطب أو التطبيب عن بعد.

ويشكل اللجوء إلى هذه الممارسة أحد الحلول الجادة والمستدامة لمشكل الخصاص في الموارد البشرية الطبية بالمغرب.

ومن تم، يوصي مجلس المنافسة بإحداث الإطار والشروط اللازمة لتطوير هذه الممارسة بالمغرب، لاسيما من خلال إدراجها في مصنف الأعمال المقبول إرجاع مصاريفها من طرف منظمات الاحتياط الاجتماعي.

6. مراجعة وتعيين المصنف العام للأعمال المهنية والتعريفية المرجعية الوطنية مع مراعاة التكاليف

الحقيقية لخدمات العلاجات

يشكلا المصنف العام للأعمال المهنية والتعريفية المرجعية الوطنية موضع شك لدى مقدمي العلاجات والهيئات المدبرة للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض على حد سواء، إذ طالهما التقادم ولم تخضعا لأي تغيير منذ سنة 2006.

ويتعين مراعاة البنية الصحيحة لأسعار الأعمال الطبية أثناء مراجعة المصنف والتعريفية المشار إليهما أعلاه، وذلك بهدف إقرار تعريفية عادلة ومحاربة تضخم الفواتير، مع العمل على صيانة التوازنات المالية للهيئات المدبرة للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض قدر الإمكان.

في هذا الصدد، يوصي المجلس بـ:

- اتخاذ التدابير اللازمة لمراجعة وتعيين بشكل فوري المصنف العام للأعمال المهنية والاتفاقيات الوطنية المحدثة للتعريفية المرجعية الوطنية،

- توحيد الممارسة الطبية عبر إرساء بروتوكولات علاجية معيارية قصد التحكم في التكاليف والنفقات الصحية والمراقبة الطبية على نحو أنسب.

وسيكون من المستحسن كذلك أن تراعي التعريفية المرجعية الجديدة التكنولوجيات المستعملة في بعض أعمال التشخيص والعلاج، مع اعتماد منظومة تقوم على المكافأة والزجر، إذ سيتم مكافأة الأعمال المنجزة بتجهيزات حديثة عبر إقرار علاوة تعريفية، بينما سيجري زجر الأعمال المنجزة بتجهيزات قديمة بتطبيق اقتطاع تعريفي.

7. توسيع وتعميم حرية تحديد التعريفية وضمان شفافية فوترة العلاجات المقدمة

في انتظار مراجعة وتعيين التعريفية المرجعية الوطنية واحتمال الذهاب أبعد من ذلك، يظهر أنه من المستحسن فسح الطريق لتخفيف نظام تحديد التعريفية. وتمكن الفكرة الكامنة في ذلك إلى تمكين المصحات والأطباء من اختيار تطبيق تعريفية تعاقدية دون إمكانية تجاوزها أو منح حرية تطبيق تعريفية بكل شفافية ومعللة بجودة متميزة من حيث الرعاية والعلاج.

في هذه الحالة، يتعين صيانة حق المرضى عن تواصل واضح بشأن العلاجات المقبولة وغير المقبولة إرجاع مصاريفها، دون أن يفرض ذلك إلى حذف المتمرسين والعيادات، الذين يختارون نظام تحديد التعريفية المذكورة أعلاه، من الاتفاقيات الوطنية.

ومن أجل دعم تمايز تعريفي للمصحات، يقترح مجلس المنافسة اعتماد تصنيف خاص بها، وفقا لجودة منشأتها ظروف المبيت التي توفرها، بغية تمكين الفاعلين، الذين لا يرغبون في تطبيق التعريفية المرجعية الوطنية، من القيام بذلك بشفافية تامة، مع إمكانية استقطاب مرضى على دراية باختياراتها وبالتعريفية المرتبطة بها.

8. تعزيز مراقبة المصحات الخاصة عبر اللجوء بالخصوص إلى مقدمي خدمات معتمدين

تعاني مراقبة سوق الرعاية المقدمة من قبل المصحات الخاصة في غموض في تحديد المسؤوليات بالنظر لتعدد المتدخلين (وزارة الصحة والحماية الاجتماعية، والوكالة الوطنية للتأمين الصحي، ووزارة الاقتصاد

والمالية، ووزارة الإدماج الاقتصادي والمقاولة الصغرى والتشغيل والكفاءات وغيرها) عدم كفاية الوسائل الموضوعة تحت تصرفها. في هذا الصدد، يوصي مجلس المنافسة بوضع إطار تنظيمي متسق والتقائي. ومن أجل ضمان مزيد من المراقبة المعززة والممنهجة بشأن الجوانب التقنية لسير المصحات الخاصة، يوصي المجلس باللجوء إلى مقدمي الخدمات الخارجيين المتخصصين والمعتمدين من قبل وزارة الصحة والحماية الاجتماعية (على غرار مكاتب المراقبة التقنية). ويتعين تحديد نطاق وكيفيات تدخل هؤلاء مقدمي الخدمات وفقا لدفتر تحملات معد حسب الأصول، يسمح بفتح هذا النوع من الخدمة في وجه المنافسة.

9. محاربة الممارسة المتعلقة بشيك الضمان عبر إرساء صندوق ضمان

يتعين تبليغ الوكيل العام للملك بالممارسة المتعلقة بشيك الضمان ومعاقبتها بشدة من طرف العدالة، حيث أنها محظورة رسميا بمقتضى القانون الجنائي والقانون رقم 113.13.

بالموازاة مع ذلك، ومن أجل محاربة اللجوء المفرط للمصحات الخاصة لهذه الممارسة بالرغم من طابعها غير الشرعي، يقترح مجلس المنافسة إحداث صندوق ضمان جماعي يمكن تحديد كيفيات تمويله لاحقا. وسيتمكن هذا الصندوق المصحات الخاصة من تحمل المصاريف المتبقية على عاتق المريض في حالة عجزه عن الأداء.

10. تفعيل المقتضيات القانونية المتعلقة بقواعد إشهار تعريفية الخدمات بالمصحات الخاصة، وإقرار

عقوبات زجرية في حق المخالفين

ينص القانون رقم 131.13 على قواعد إشهار الخدمات في العيادات الطبية والمصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها. وتتطابق هذه المقتضيات مع أحكام المادة 3 من القانون رقم 31.08 المتعلق بتحديد تدابير لحماية المستهلك.

غير أن الممارسة العملية تكشف أنه نادرا ما يتم الامتثال لهذه القواعد. ويشكل تعزيز مراقبة هذا الشق مسألة ضرورية لضمان شفافية السوق. من هذا المنطلق يتعين إشهار بشكل واضح تعريفية كل خدمة من الخدمات المقدمة كذلك مصاريف المبيت، تحت طائلة تطبيق عقوبات زجرية ومالية وإدارية.

11. فرض فوترة واضحة ومفصلة للعلاجات والأدوية المستهلكة

بالمثل، يكتسي وضع فوترة واضحة ومفصلة للأعمال والأدوية المستهلكة مسألة حتمية حتى يتسنى الوقاية من مخاطر الفوترة التعسفية، لاسيما بالنسبة للأدوية والمنتجات غير المستهلكة أو التي لم يتم استهلاكها بالكامل. هذا الجانب يفرض أيضا إلى التفكير بشأن تغليف الأدوية الموجهة للمصحات، والتي تعتبر في بعض الأحيان غير ملائمة بالنظر إلى احتياجات الاستهلاك المحدودة للمريض طيلة مدة مبيته.

زيادة على ذلك، وعلاقة بالأدوية، يجب أن تتوفر المصحات الخاصة مبدئيا على صيدلية استشفاء خاصة بها وبالتالي أن تطبق على المرضى أسعار للأدوية منخفضة مقارنة بالأسعار المطبقة في الصيدليات.

12. تعزيز المراقبة الجبائية للمصحات الخاصة وحثها على إجراء افتحاص منتظم لحساباتها بهدف

محاربة ظاهرة التصريح الناقص المنتشر على نطاق واسع

بخصوص الشق المتعلق بالمحاسبة، هناك حاجة ملحة لمزيد من الشفافية. فقد جرى رصد حالات مكثفة للتصريح الناقص لرقم المعاملات أثناء عمليات التحقيق المنجزة من قبل الإدارة الجبائية طيلة السنوات الأخيرة. ويوصي مجلس المنافسة بتعزيز المراقبة الجبائية وإجراء افتحاص منتظم لحسابات المصحات الخاصة.

زيادة على ذلك، يقترح المجلس التسريع من وتيرة رقمنة ملف المريض في سياق تعميم التغطية الصحية الأساسية، والتي ستساهم في تحسين تتبع مسار الأعمال المنجزة واحتسابها وكذا مراقبتها من طرف الهيئات المدبرة للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض والإدارة الجبائية.

13. تكريس شفافية الأعمال الجراحية لضمان حماية أفضل للمرضى والمتمرسين

يقتضي النهوض بالشفافية كذلك إرساء نظام لتتبع مسار الأعمال الجراحية، عبر تسجيلها بعد موافقة المريض وفي احترام تام للمقتضيات المتعلقة بحماية المعطيات الشخصية. ويكمن الغرض من ذلك في صيانة مصالح الأطباء والمرضى في حالة نشوب نزاعات، وتقادي الغموض في تحديد المسؤوليات المرتبطة بالأخطاء الطبية، وتعويض المتمرس بإطار من الأطر شبه الطبية أو بطبيب يمارس وظيفة مزدوجة، وغيرهم.

14. تطوير وتحسين عرض الاستشفاء العمومي من أجل مضاعفة المنافسة في سوق الرعاية الصحية

علاقة بالخدمات البديلة للاستشفاء الخاص، باستثناء الاستشفاء بالمنزل غير المعترف به كممارسة مقبول إرجاع مصاريفها بالمغرب، يظل المستشفى العمومي دون غيره الوسيلة البديلة للتعويض عن المصحات الخاصة. وإذا كانت المستشفيات العمومية تتواجد تقريبا في كافة الجهات، فيما يسجل غياب المصحات الخاصة في أزيد من ثلث الجهات، فإن أوجه القصور التي تعترى المستشفيات العمومية وهشاشة طاقتها السريرية لا تمكنها من مجارة المصحات الخاصة، مما يحتم توسيع نطاق عرض الاستشفاء العمومي وتأهيله. في الواقع، لا يمكن لارتفاع عرض الاستشفاء الخاص بالمغرب التعويض عن العجز الشامل في عرض الاستشفاء الوطني، بالرغم من كونه يشكل ميزة أساسية للمساهمة في تقليص هذه الفجوة. ومن تم، ومن أجل سد هذا العجز، يقترح مجلس المنافسة تسريع وتقوية الاستثمارات في الاستشفاء العمومي والخاص على حد سواء، عبر أجرأة الشراكة بين القطاعين العام والخاص وكذا تعاضد الموارد، لاسيما البشرية منها، كلما استدعت الضرورة لذلك. كما يمكن التفكير أيضا في تفويض بعض خدمات الصحة العمومية لصالح القطاع الخاص.

15. تفعيل منظومة وطنية للمعلومة الصحية قائمة على تكنولوجيات الإعلام الجديدة

من أجل تحليل وتتبع تطور سوق الرعاية الصحية المقدمة من قبل المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها، من الضروري التوفر على مؤشرات وثيقة الصلة وموثوقة تمكن من إنجاز تحليل مفصل حسب الجهة وحجم المصحة والتخصص، وغيرها.

ومن بين المؤشرات المعتمدة في نطاق المهنة نذكر المؤشرات المالية، وكذا المؤشرات المرتبطة بمدة المبيت المتوسطة، وبنسبة التأطير، وجودة العلاجات، وبمدى رضى المرضى. غير أن هذه المؤشرات لا تتشرها المصحات والمؤسسات المماثلة لها بالمغرب.

والى حدود الساعة، لم يتم إرساء أية منظومة بهذا الخصوص. ولا تزال المعطيات المتعلقة بأنشطة المصحات الخاصة غير معروفة، مما يحول دول إمكانية تقييم مستوى نشاطها.

وعليه، يعتبر مجلس المنافسة أنه من الضروري إحداث منظومة للمعلومة الصحية تتعلق بالقطاعين العام والخاص على حد سواء، تتيح جمع جميع المعلومات وثيقة الصلة بعرض وطلب العلاجات وجودة الخدمات

المنجزة. ويتعين إتاحة التشغيل التبادلي لهذه المنظومة لتسهيل الترابط بين المنظومات المعلوماتية للمؤسسات الصحية وتلك الخاصة بمختلف الجهات الفاعلة في تمويل الصحة سواء العمومية أو الخاصة.

16. وضع خريطة صحية ورقمنة ملف المريض وكذا إرجاع المصاريف

من أجل تتبع المرضى بشكل أفضل وعقلنة مسار علاجهم، يوصي مجلس المنافسة بالتسريع من وتيرة تفعيل المسار المنسق للعلاجات، وإرساء خريطة صحية شخصية وسرية ومؤمنة.

وسيصبح إرساء هذه الخريطة سهلا عن طريق تفعيل منظومة للمعلومة الصحية مترابطة وقابلة للتشغيل التبادلي. ويمكن للمريض الاستفادة من إرجاع أسهل للمصاريف الصحية، والاستفادة كذلك من الثالث المؤدي عند الاقتضاء.

وفضلا عن فوائدها لصالح المرضى، ستعود هذه المنظومة بالنفع على الهيئات المدبرة للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، عبر إمكانية تتبع مسار العلاجات التي توفرها، وترشيد استهلاك العلاجات الناجمة عنها.

17. تحسيس المرضى باحترام مسار العلاجات المنسق من أجل ضمان استدامة صناديق الاحتياط الاجتماعي

في سياق تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض والتفعيل المنتظر لـ "مسار العلاجات المنسق"، يكتسي إرساء تدابير لتحسيس المرضى مسألة حتمية. في الواقع، وبالنظر إلى النقص في المعلومات المتاحة عامة للمريض وفي غياب ملف طبي قابلة للاستشارة من طرفه ومن طرف الطبيب المتمرس، يلاحظ وجود ترحال للمرضى من طبيب لطبيب، مما يضر بنفقات الهيئات المدبرة للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض وبفعالية علاج الأمراض على حد سواء.

18. ضمان حماية أفضل للمرضى أو المستهلكين

بخصوص الشق المتعلق بحماية المرضى أو المستهلكين، من الضروري كذلك التنصيص على إلزامية التحمل الفوري للمرضى من قبل المصحات الخاصة في الحالات المستعجلة، مع ضمان شفافية الأعمال المراد إنجازها وتعريفها. يتمثل انتهاك هذه الممارسة في عدم تقديم المساعدة لشخص في حالة خطر واستغلال الضعف، المحظور بمقتضى القانون رقم 31.08 القاضي بتحديد تدابير لحماية المستهلك، لاسيما المادة 59 منه.

وينطبق نفس الأمر على تثبيت ونشر الإشعار المتعلق بوجود المستعجلات على مدار الساعة في الواجهة الأمامية للمؤسسات. وفي حالة عدم توفر هذه الخدمات، حيث يمكن وضع هذا الغشهار في خانة الإعلان المضلل، حيث ينبغي معاقبته بشدة.

19. مراجعة الإطار التشريعي والتنظيمي المؤطر لنشاط المصحات الخاصة

من أجل تأهيل والتسريع من وتيرة النهوض بالمصحات الخاصة، يوصي مجلس المنافسة بمراجعة شاملة للقانون رقم 131.13، الذي أفرز دينامية تنافسية جديدة من خلال تعزيز العرض، مما أفضى لظهور فاعلين جدد يتوفرون على رؤوس الأموال.

غير أنه يُقترح تسريع إصدار النصوص التطبيقية الناقصة، لاسيما القرارات المتعلقة بمصنف الأعمال المهنية والمعايير التقنية، وكذا المراسيم ذات الصلة بالتكوين الطبي المستمر وبمعايير الجودة.

20. تحيين وتوحيد المعايير التقنية

يقترح مجلس المنافسة تحيين وتوحيد المعايير التقنية للمؤسسات الصحية. في الواقع، لا يمكن سن متطلبات تقنية مختلفة للقطاعين العام والخاص، إذ يجب تمتيع جميع المرضى بنفس ضمانات جودة العلاجات وسلامتها بصرف النظر عن المكان الذي يختارونه لتلقي العلاجات.

ومن تم، يتعين تحيين المعايير التقنية للمؤسسات الطبية كيف ما كان نوعها. كما يجب تكييف هذه المعايير مع كل نوع من أنواع المؤسسات، مما يستدعي مراجعة تصنيفها بشكل يمكن من الاستعانة بنفس التصنيف في القطاعين العام والخاص على حد سواء.

زيادة على ذلك، يجب أن تحترم كل مؤسسة المعايير التقنية الخاصة، اعتبارا لطبيعة الأنشطة المنجزة بالمؤسسة، وحجمها وطابعها الاستشفائي أو المتنقل. وعليه، ينبغي منح التراخيص للمؤسسة ولبعض الأنشطة (التخصصات) استنادا إلى المراجع التقنية والتكنولوجية والتنظيمية، وإلى التأطير الطبي وشبه الطبي. وتطبق هذه الحالة فعليا إزاء بعض الأنشطة على غرار العلاج الإشعاعي وزرع نخاع العظم.

ومن أجل تمكين وزارة الصحة ومالكي المصحات القائمة من الامتثال للمعايير الجديدة، يجب أن تشمل المنظومة التنظيمية آجال كافية لتأهيلها. ومن تم، من المحتمل أن تضطر المصحات صغيرة الحجم التي لا يمكنها الامتثال للمعايير (بنايات قديمة لم يجري تكييفها) إلى التجمع في إطار مصحة جديدة تحترم المعايير أو التوقف عن مزاولة أنشطتها.

21. تطوير المصحات الخاصة غير الهادفة إلى الربح في المدن الكبرى للمملكة وتحسين شروط ولوج

المرضى إليها

تشكل المصحات الخاصة غير الهادفة إلى الربح، لاسيما المستشفيات التابعة للمؤسسات، قوة دافعة للنهوض بسوق العلاجات المقدمة من قبل المصحات الخاصة. بيد أن عددها يظل محدودا، وتتمركز أساسا بمدينة الرباط والدار البيضاء. ويقترح مجلس المنافسة نسخ هذه التجربة في جميع المدن الكبرى للمملكة.

كما يتعين إضفاء شفافية أكبر على الأنشطة المزاولة من طرف هذه المصحات وعلى حساباتها. في هذا الصدد، يتعين عليها نشر، بصفة رسمية، تقارير أنشطتها ونتائجها المالية بغية تسليط الضوء على مساهماتها في قطاع الصحة، وتعليل الامتيازات الممنوحة لها من طرف السلطات العمومية.

فضلا عن ذلك، ومن أجل مد جسور التواصل بين المستشفيات العمومية وهذه المصحات، يوصي مجلس المنافسة بمساهمة هذه الأخيرة (المصحات) في تسهيل الولوج إلى العلاجات الاستشفائية بالمغرب، وبتحمل المستفيدين من نظام المساعدة الطبية، وفقا لنفس الكيفيات المحددة بالنسبة للمستشفيات العمومية.

ملاحق

الملحق 1: الهيئة المشرفة على إعداد رأي مجلس المنافسة حول وضعية المنافسة داخل السوق الوطنية للرعاية الطبية المقدمة من لدن المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها

المقرر العام لمجلس المنافسة
خالد البوعياشي
المقرر العام المساعد
محمد هشام بوعيايد
المقررة المكلفة بملف مبادرة الإدلاء بالرأي
جنات بن حيدة

الملحق 2: أعضاء الجلسة العامة التي تداولت بشأن رأي المجلس حول وضعية المنافسة داخل السوق الوطنية للرعاية الطبية المقدمة من لدن المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها

الرئيس	الأمين العام (يحضر دون الإدلاء بصوته)
أحمد رحو	محمد أبو العزيز
الأعضاء الدائمون	
جيهان بن يوسف	
عبد الغني أسنينة	
عبد اللطيف المقدم	
حسن أبو عبد المجيد	
الأعضاء المستشارون	
بن يوسف الصابوني	
عبد العزيز طالبي	
توهامي عبد الخالق	
عبد اللطيف حاتمي	
رشيد بنعلي	
سلوى قرقرى بلقرز	
العيد محسوسي	
بوعزة خراطي	
مندوب الحكومة (يحضر بصفة استشارية)	
الحسن بوسلام	

مجلس المنافسة



CONSEIL DE LA CONCURRENCE

المملكة المغربية
ROYAUME DU MAROC



مجلس المنافسة

شارع التين، محج الرياض سانتر
عمارة 7 و8، الطابق الرابع، حي الرياض - الرباط

الهاتف: 05 37 75 28 10 - 05 37 75 62 16

www.conseil-concurrence.ma