الصّندوق الوطني للتّأمين على المرض

أحدث الصندوق الوطني للتأمين على المرض (في ما يلي الصندوق) بمقتضى القانون عدد 71 لسنة 2004 المؤرخ في 2 أوت 2004 والمتعلق بإحداث نظام للتأمين على المرض وهو مؤسسة عمومية لا تكتسي صبغة إدارية صنّفت منشأة عموميّة[1] تحت إشراف الوزارة المكلّفة بالشؤون الاجتماعية. وتم ضبط تنظيمه الإداري والمالي وطرق تسييره بمقتضى الأمر عدد 321 لسنة 2005 المؤرخ في 16 فيفري 2005.

وقد تمّ إحداث هذا الصندوق تجسيما لإصلاح نظام التأمين على المرض الذي تمّ إقراره منذ 1996[2] والذي يهدف أساسا إلى التقريب بين أنظمة التأمين على المرض الموجودة قصد تحسين المنافع المسداة إلى المنخرطين وذويهم والتحكّم في كلفة العلاج.

وتبعا لذلك، كُلّف الصندوق بإدارة نظام التأمين على المرض والأنظمة القانونية لجبر الأضرار الناتجة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية بالقطاعين العمومي والخاص إلى جانب إسناد منح المرض والوضع التي تخوّلها أنظمة الضمان الاجتماعي. ويسدي الصّندوق مختلف خدماته في إطار ثلاث منظومات علاجيّة وهي منظومة استرجاع المصاريف والمنظومة الخاصّة والمنظومة العموميّة إضافة إلى إسداء خدمات صحيّة مشتركة وفقا لآليّة الموافقة المسبقة.

وناهز عدد المنتفعين بخدمات الصّندوق 6,940 مليونا في سنة 2013 وبلغ عدد الملفات المودعة بمراكزه الجهوية خلال نفس السنة 16,526 مليون ملفّ فيما ارتفع عدد مسدي الخدمات المتعاقدين معه إلى 12,997 ألفا. وبلغ عدد أعوانه 2.649 عونا في موفى سنة 2013 منهم 219 إطارا طبيا وشبه طبي.

وتتأتّى موارد الصندوق أساسا من اشتراكات التأمين على المرض ونظام حوادث الشغل والأمراض المهنية المستوجبة عل المضمونين الاجتماعيين والتي يتمّ اقتطاعها من أجورهم لفائدة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية، وقد بلغت التحويلات إلى الصندوق بهذا العنوان 1,598 م.د في سنة 2013.

وسجّل الصندوق في سنة 2013 نتيجة محاسبية إيجابيّة صافية بلغت 37,578 م.د. وارتفعت الأعباء والإيرادات الفنية بعنوان نظام التأمين على المرض وحـوادث الشغل والأمراض

---

[1] بمقتضى الأمر عدد 2265 لسنة 2004 المؤرخ في 27 سبتمبر 2004 والمتعلق بضبط قائمة المؤسسات العمومية التي لا تكتسي صبغة إدارية والتي تعتبر منشآت عمومية كما تم تنقيحه لاحقا.

[2] بمقتضى المجلس الوزاري المضيّق المنعقد في 16 فيفري 1996.

المهنية على التوالي إلى 1.802,790 م.د و2.050,859 م.د ممّا أفرز نتيجة فنيّة إيجابيّة صافية بلغت 100,551 م.د[1] خلال السنة المذكورة.

وفي إطار مواصلة النظر في منظومة الضّمان الاجتماعي[2]، تولّت دائرة المحاسبات القيام بمهمّة رقابيّة ميدانيّة شملت المصالح المركزيّة للصندوق ومكاتب محلّية تابعة له، وتهدف هذه المهمّة إلى التأكّد من مدى توفقه في التصرّف في نظام التأمين على المرض. وقد غطّت خاصّة الفترة 2009-2013 وامتدت في بعض الحالات إلى جوان 2014[3]. ومكّنت نتائج المهمّة من الوقوف على ملاحظات تعلّقت بإدارة نظام التأمين على المرض وبالتصرّف في المنظومات العلاجيّة وبعدد من الخدمات المشتركة الخاضعة للموافقة المسبقة علما وأنّ الأعمال الرقابيّة لم تشمل أنظمة حوادث الشغل والأمراض المهنيّة والمنافع النقديّة. وتجدر الإشارة إلى أنّ الأعمال الرّقابيّة تطلّبت القيام بزيارتين ميدانيّتين لمصحّتي الضّمان الاجتماعي بكلّ من العمران وصفاقس التّابعتين للصّندوق الوطني للضّمان الاجتماعي بهدف معاينة وإجراء جرد لمخزون الأدوية الخصوصيّة.

---

[1] بعد طرح المدّخرات على حسابات المنخرطين.

[2] تولّت دائرة المحاسبات في سنة 2012 القيام بمهمّة رقابيّة على الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

[3] حسب المعطيات المتوفرة في قواعد البيانات.

أبرز الملاحظات

- إدارة نظام التأمين على المرض

خلافا للتوقّعات الأوّليّة لم يسجّل نظام التأمين على المرض التطوّر المأمول في مستوى نتائجه الفنية. ويرجع ذلك خاصّة إلى ارتفاع مصاريف الأمراض الثقيلة أو المزمنة بنسبة 104 % والأدوية الخصوصية بنسبة 145 % وارتفاع كلفة الخدمات الصحيّة في القطاع الخاص بنسبة 141 % خلال الفترة 2008-2012 مقابل ارتفاع مصاريف التّداوي لدى القطاع العمومي في حدود 46 %. ولم يتوصّل الصندوق إلى استخلاص مساهمات بمبلغ 1.720,370 م.د لدى صندوقي الضمان الاجتماعي خلال الفترة 2005-2013. ولمعالجة هذه الوضعية يتعيّن اعتماد حلول تراعي خصوصيّة الأنظمة المعنية عوضا عن الإلتجاء بصفة حصريّة إلى مبدإ التضامن بين فرعي التأمين على المرض وحوادث الشغل والأمراض المهنيّة الذي مكّن من التحكّم جزئيا في التوازن الماليّ الجملي للصندوق.

ورغم الأهمّية التي أولتها النصوص القانونيّة لآليّات المتابعة والتقييم، فإنّ تفعيل اللجان المحدثة للغرض كان محدودا مقابل تدخلات غير مشروعة للجنة الاستشارية لتطبيق أنظمة الضمان الاجتماعي على مستوى وزارة الإشراف بمبلغ 1,580 م.د خلال الفترة 2011-2013 فضلا عن إقرارها افتتاح الحقّ في العلاج استثنائيّا لفائدة 2.147 منتفعا. وبالإضافة إلى ذلك، لم يتمكّن الصندوق من إرساء لوحة قيادة شاملة ومن وضع استراتيجية لرصد الإخلالات والحد من التجاوزات. كما بقي دور المجلس الوطني للتأمين على المرض محدودا ممّا لم يمكّن من إدخال التعديلات الضروريّة على نظام التأمين على المرض.

ويتطلّب حسن التصرّف في نظام التأمين على المرض إحكام مسك مختلف السجلاّت المرجعيّة خاصّة منها المتعلّقة بالمضمونين الاجتماعيين ومسديي الخدمات الصحيّة والأدوية، غير أنّ إعداد وتحيين هذه السجلاّت يشكوان جملة من النقائص ممّا أدّى إلى عدم شموليّة وصحة قاعدة بياناتها. وتمّ الوقوف على حالات تسجيل مزدوج لبعض العمليات والتكفّل بمصاريف علاج لفائدة منتفعين متوفين بمبلغ ناهز 3,277 م.د، كما لوحظ عدم تأطير الاستثناءات الممنوحة لأعوان الصندوق لتحيين بيانات الأجور وعدم توفّر ملفات انخراط شاملة ومحيّنة لمسديي الخدمات الصحيّة. وسجّلت أيضا مراجعة قائمة الأدوية المتكفّل بها دون استصدار قرار وزاري في الغرض إلى جانب خلاص أدوية غير متحصّلة على رخصة ترويج أو غير مدرجة ضمن نظام التأمين على المرض ممّا ترتّب عنه التكفّل بمصاريف دون وجه حقّ.

- التصرّف في المنظومات العلاجيّة :

- منظومة استرجاع المصاريف

سجّل تجاوز للتعريفات التعاقدية ممّا أدّى إلى انتفاع أطباء الممارسة الحرة بمداخيل غير مستحقّة قدرها 34,89 م.د خلال الفترة 2011-جوان 2014. كما تمّ في سنة 2013 خلاص بطاقات استرجاع مصاريف خارج آجال الإيداع المقررة بمبلغ ناهز 485 أ.د والتكفل بمصاريف أدوية تجاوز تاريخ تسلمها أجل 10 أيام بمبلغ 282 أ.د. وتم في نفس السنة تسجيل تجاوز لآجال الخلاص المقرّرة حيث بلغت المصاريف المتكفل بها خارج أجل 14 يوما ما قدره 75 م.د .

كما تم الوقوف على إخلالات تحد من نجاعة عملية المراقبة الطبية حيث تبين أنّ 80 % من بطاقات استرجاع المصاريف والتي ارتفع مبلغها الجملي إلى 59,417 م.د في سنة 2013 لم تخضع للمراقبة الطبية. وتعود هذه الوضعية إلى عدم احترام القواعد المقررة لعملية المراقبة الطبية حيث تمّت تصفية عدد من بطاقات استرجاع المصاريف بمبلغ 7,454 م.د خلال الفترة 2011-جوان 2014 دون إخضاعها للرأي الطبي رغم تجاوز مبلغ الواحدة منها 140 د. كما يتم خلاص بطاقات الاسترجاع التي تتضمّن الواحدة منها أدوية بكلفة تفوق 70 دينارا دون مراقبة. وفي نفس السياق،لم يعمل الصندوق على إخضاع بطاقات الاسترجاع المتعلقة بفحوصات متقاربة في الزمن إلى الرأي الطبي حيث تم خلاص 1.586 بطاقة بقيمة جملية قدرها 109,150 أ.د خلال الفترة جانفي-16جويلية 2014 كان من المفروض إسداؤها مجانا. وانعكس جمع بعض أعوان الصندوق لمهام متنافرة سلبا على نجاعة المراقبة الطبية حيث تم تسجيل حالات جمع بين مهمتي طبيب مباشر وطبيب مراقب كما تم تسجيل قيام 83 طبيبا مباشرا بالصندوق بالمراقبة الطبية الذاتية لما عدده 1109 بطاقة استرجاع بقيمة 88,692 أ.د.

ومن جهة أخرى، مكّن النظر في التصرف في منظومة استرجاع المصاريف من الوقوف على حالات التكفل بمصاريف علاج على خلاف الصيغ القانونية منها التكفّل دون وجه حقّ لفائدة مضموني المنظومة العلاجية الخاصة بمبلغ ناهز 23,1 م.د خلال الفترة 2011-جوان 2014. كما تمّ التكفّل بدون وجه حق بمصاريف أدوية علاج أمراض ثقيلة ومزمنة لفائدة مضموني المنظومة العمومية دون القيام بطرحها من المصاريف المتكفّل بها بعنوان الاتفاقيات السنوية مع الهياكل الصحية العمومية بمبلغ 101,773 م.د خلال الفترة 2007-جوان 2014.

- المنظومة العلاجيّة الخاصة

ترتّب عن قبول الصّندوق قيام أطباء الاختصاص بممارسة الدور الموكول إلى أطبّاء العائلة وعن عدم وضع إجراءات رقابية إدارية وطبية للتثبت في الحالات التي يتم فيها توجيه المريض من قبل طبيب العائلة إلى طبيب عام آخر، تحمّله لكلفة إضافيّة بمبلغ 259,751 أ.د. وساهم عدم وضع دليل إجراءات يوحّد أساليب التعهّد بالفواتير ومراقبتها والإذن بخلاصها ويؤطّر حالات المصادقة الاستثنائيّة في تعدّد الإخلالات المسجّلة. فقد تمّ تصفية فواتير علاج على أساس سند غير نافذ أو على أساس قرار تكفل بمرض مزمن منتهي الصّلوحية. كما سجّلت أخطاء أخرى تتعلّق بهوية المضمونين الاجتماعيين وتواريخ العلاج بالرغم من كونها تشكل موجبات إداريّة لرفض الخلاص. كما ترتّب عن ضعف إجراءات المراقبة الطبيّة، تحميل الصّندوق مصاريف دون موجب على غرار الخلاص المزدوج للأعمال الطبيّة والبيولوجيّة والأدوية وخلاص العيادات الذّاتية لفائدة الأطبّاء. وفاق حجم النفقات بهذا العنوان 80 م.د خلال الفترة 2009-2013.

وترتّب عن عدم تجسيم العديد من المشاريع، سواء منها المضّمنة بالإطار التعاقدي مع مسديي الخدمات الصحيّة أو تلك المتّصلة بنظام معلومات الصّندوق، عدم فاعليّة الإجراءات التي تمّ اعتمادها في خصوص ترشيد مصاريف العلاج وإجراءات متابعة السقف وخلاص مبالغ تجاوزته، على غرار تلك المتعلّقة باستغلال "القائمة السّوداء للأطبّاء" أو المراسلات الموجّة للمضمونين ولأطبّاء العائلة. ويضاف إلى ذلك الارتفاع المتواصل لأعباء العيادات غير المشفوعة بوصفات طبيّة وللمبالغ التي تجاوزت سقف العلاج والتي فاقت 143 م.د في موفّى جوان 2014. وقد استدعت هذه الوضعيّة اتّخاذ تعديلات محاسبيّة بعنوان المستحقّات المهدّدة بالتّقادم أثّرت جوهريّا على الوضعية الماليّة للصّندوق.

وتوصي دائرة المحاسبات باعتماد دليل إجراءات للتصرّف في المنظومة الخاصّة ومعالجة ثغرات التطبيقات المعلوماتية والسّهر على احترام الإطار التعاقدي ودعم نجاعة المراقبة الطبيّة واعتماد أساليب ناجعة في متابعة واستخلاص مبالغ تجاوزت سقف العلاج وتبرير وتنقية الأرصدة المدينة باعتبار ما يمكن أن تخفيه من تجاوزات أو عمليات غير مشروعة.

- المنظومة العمومية

خلافا للتوجهات الأولية لإصلاح نظام التأمين على المرض، لم يتوفّق الصّندوق ووزارة الصحّة في إرساء نظام الفوترة حسب الكلفة الحقيقية للأعمال الطبيّة وتواصل العمل بمبالغ جزافية ممّا لم يمكّن من ترشيد توزيع الموارد الماليّة بين المؤسّسات الصحيّة. فقد سجّلت بعض المؤسّسات فواضل بعنوان استهلاك السقف المخصّص لها في حين تراكمت الفواتير غير الخالصة بالنسبة لبعض المؤسّسات الأخرى. كما واصل الصندوق تحمّل كلفة الاستغلال الخاصّة بمصحّات الضّمان الاجتماعي

في غياب إطار قانوني ينظّمها ومعطيات حول الكلفة الحقيقية لمصاريف العلاج حيث فاقت الأعباء بهذا العنوان 397 م.د خلال الفترة 2007-2013.

ونتيجة لضعف إجراءات الرّقابة، تحمّل الصّندوق أعباء مضاعفة دون موجب بعنوان مصاريف علاج على مستوى نفس المؤسّسة الصحيّة أو منجزة في القطاعين العمومي والخاصّ وكذلك نفقات أعمال أخرى تجاوزت الحدّ الأقصى المسموح به طبيا بمبلغ ناهز 5 م.د خلال الفترة 2009-2013.

وفي غياب قائمة في الأعمال الاستشفائية المتّصلة بعلاج الأمراض الثّقيلة والمزمنة، تحمّل الصندوق مصاريف بعنوان معلوم تعديلي يتعلّق بأعمال لا صلة لها بالأمراض المذكورة بمبلغ فاق 4 م.د خلال الفترة 2007-2013. كما واصل تحمّل الكلفة الكاملة لعلاج المعوقين بالهياكل الصحية العمومية بمبلغ فاق 80 م.د في غياب إجراءات رقابيّة فعالة تمكّن من التثبت من مشروعيّة استعمال بطاقة الإعاقة.

وتوصي الدّائرة بإرساء نظام الفوترة حسب الكلفة الحقيقيّة بالتنسيق مع وزارة الصحّة وتعميمه على كافّة الهياكل الصحيّة العمومية وضبط قاعدة بيانات موحّدة لحاملي بطاقات الإعاقة بالاشتراك مع وزارة الشّؤون الاجتماعيّة وتدعيم إجراءات المراقبة الطبية بما يحدّ من مخاطر تحمّل مصاريف دون موجب.

- الخدمات الخاضعة للموافقة المسبقة

سجّل التكفل بالأمراض الثقيلة والمزمنة، جملة من النقائص حيث تولى الصندوق إسناد 11.452 قرارا تكفل خلال الفترة 2011-جوان 2014 دون مراقبة طبية كما قام خلال الفترة 2011-2012 بخلاص 466.311 بطاقة استرجاع أمراض ثقيلة ومزمنة بمبلغ 49,7 م.د دون إخضاعها للرأي الطبي. وتولّى عدد من الأعوان الإداريين المصادقة الطبية على 199.453 مطلب تكفّل في الفترة 2011-جوان 2014 والجمع بين مختلف مراحل عمليّة التكفل خلال الفترة 2011-2014 بالنسبة لما عدده 190.543 ملفّا.

أمّا فيما يتعلق بالانتفاع بالحقوق المكتسبة، فقد تواصل انتفاع منظوري الصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية بالتكفل بالأمراض طويلة المدى رغم انقضاء الفترة الانتقالية المحددة بسنة واحدة. وقد تحمل الصندوق بهذا العنوان إلى غاية موفى جوان 2014 نفقات بلغت 150 م.د لفائدة 77.000 مضمون. كما تم دون وجه حق منح إمكانية التمتع بالحقوق المكتسبة لفائدة 84.665 منخرطا ظهرت أمراضهم بتاريخ لاحق لدخول هذا النظام حيز التنفيذ. وبالإضافة إلى ذلك، تمتّع دون

وجه حق 1.134 منخرطا بالمنظومة الخاصّة بامتياز الحقوق المكتسبة صرفت لفائدتهم مبالغ بلغت جملتها 1,1 م.د .

أمّا بالنسبة إلى التكفل بالأدوية الخصوصية فلم يساعد غياب إطار تعاقدي في هذا الشأن على إحكام التصرفّ في هذه الأدوية. ونتج عن هذه الوضعية عدم قيام الصندوق بمتابعة الاستهلاك وقيامه بخلاص كلفة الأدوية الخصوصيّة في غياب لمقاربة كميّات الأدوية المقتناة بالكميّات المضمّنة بقرارات التكفّل.

I- إدارة نظام التأمين على المرض

تتميّز إدارة نظام التأمين على المرض بتعدد الأطراف المعنية بها تتمثّل أساسا في وزارة الصحة وصندوقي الضمان الاجتماعي ومختلف الهياكل الاستشفائية العمومية إلى جانب مختلف الهياكل الممثلة لمسديي الخدمات الصحية. وأفضت أعمال الرقابة إلى وجود ملاحظات تعلّقت بمتابعة وتقييم هذا النظام وبالتصرّف في سجلاّته المرجعية التي تمثّل أسس الخدمات المسداة.

أ- متابعة وتقييم نظام التأمين على المرض

يشكو نظام التأمين على المرض عدة إخلالات تتّصل بتوازناته الماليّة وبآليّات المتابعة والتقييم.

1- التوازن المالي لنظام التأمين على المرض

في إطار إرساء النظام الجديد للتأمين على المرض، تولىّ مركز البحوث والدراسات الاجتماعية إنجاز دراسة أوّليّة لاستشراف التوازنات المالية لهذا النظام[1]، إلّا أنّ النتائج الفنيّة المسجلة من قبل الصندوق كانت دون تلك التي تمّ استشرافها. فقد كان من المتوقع أن يحقّق نظام التأمين على المرض بداية من سنة 2009 فوائض إيجابية باعتبار الزيادة في المساهمات والتوجه نحو ترشيد النفقات الصحية، غير أنّ عجز هذا النظام ما فتئ يتفاقم ليبلغ 22,592 م.د في سنة 2012 باعتبار التعديلات المحاسبيّة التي تمّ إدراجها في سنة 2014[2] وذلك في مقابل فائض متوقّع يناهز 202 م.د وفق التقديرات الأوّليّة.

ويفسّر عجز النظام القاعدي، علاوة على ارتفاع الأعباء الفنية بنسق أكبر من الإيرادات الفنية، بضعف نسبة المساهمات التي تم إقرارها[3] في حدود 6,75 % للنشيطين و4 % للمتقاعدين. ولا تسمح هذه النسبة، وفقا للدراسة التي تم إعدادها في الغرض في سنة 2002، بتحقيق التوازن المالي للنظام الذي يتطلّب اعتماد نسبة لا تقلّ عن 8,75 %. ولئن حقّق نظام التأمين على المرض في سنة 2013 فائضا بقيمة 49,096 م.د فإنّ هذا الفائض يبقى دون التقديرات الأوّليّة المحدّدة في مستوى 232 م.د.

---

[1] تولّى مركز البحوث والدّراسات الاجتماعيّة إعداد دراسة اكتواريّة قصد تحديد نسبة المساهمات ومعرفة التوقّعات الماليّة المحتملة قبل تركيز نظام التأمين على المرض وقد تمّت إحالة هذه الدراسة للمصادقة على خبيرين في مجال الضمان الاجتماعي الذين أنجزا بدورهما دراسة أخرى في سنة 2002.

[2] بلغ عجز النظام 55,621 م.د قبل إدراج التعديلات المحاسبية لسنة 2012.

[3] الفصل 15 من القانون عدد 71 لسنة 2004 المؤرخ في 2 أوت 2004 والمتعلق بإحداث نظام للتأمين على المرض.

وقد أدّى تراكم النتائج الفنّية السلبية إلى تعميق عجز هذا النظام ويبرز ذلك من خلال الاحتياطيات السلبية[1] التي بلغت 492,673 م.د في موفّى 2013 في حين أنّه كان من المتوقّع تحقيق فائض قدره 559 م.د في موفّى السّنة المذكورة.

وتمّت تغطية العجز الفني لنظام التأمين على المرض خاصّة بفضل الفائض المسجل على مستوى نظام حوادث الشغل والأمراض المهنية الذي تطوّر من 89,355 م.د في سنة 2008 إلى 153,520 م.د في سنة 2013 ممّا مكّن الصندوق من تسجيل نتائج محاسبية إيجابيّة مرّت من 47,225 م.د في سنة 2008 إلى 37,578 م.د في سنة 2013.

وتراجعت مدّة تغطية السيولة للخدمات بحوالي 60 % لتصل إلى مستوى 4 أيّام في سنة 2013 وذلك نتيجة ارتفاع كلفة الخدمات الشهريّة وعدم حصول الصندوق على كامل مستحقاته من المساهمات حيث بلغ ما لم يتم استخلاصه منها 1.720,370 م.د لدى صندوقي الضمان الاجتماعي خلال الفترة 2005-2013. وقدّر فريق الرقابة الفوائد الماليّة التي كان من الممكن تحصيلها بعنوان المساهمات غير المستخلصة بحوالي 86,018 م.[1] في موفى 2013.

وعلى صعيد آخر، يفسّر تطور عجز النظام المذكور إلى غاية سنة 2012 بارتفاع مصاريف الأمراض الثقيلة أو المزمنة والأدوية الخصوصية بالإضافة إلى ارتفاع كلفة الخدمات الصحيّة في القطاع الخاص.

ففي خصوص الأمراض الثقيلة أو المزمنة، لوحظ تطوّر المصاريف بنسبة 104% حيث ارتفعت من 341,555 م.د في سنة 2008 إلى 699,659 م.د في سنة 2012 لتستأثر بذلك بنسبة 45 % من مجموع الأعباء الفنية للنظام علما وأنّ المنتفعين المصابين بأمراض ثقيلة أو مزمنة يمثّلون 11 % من مجموع المنتفعين بخدمات الصندوق. كما تطورت المصاريف الإضافية بعنوان الأدوية غير المتوفرة بالهياكل الصحية العمومية من 0,260 م.د في سنة 2008 إلى 39,8 م.د في سنة 2012، علما وأنّ الصندوق تحمّل علاوة على ذلك مصاريف جزافية بلغت 14 م.د لفائدة وزارة الصحة بعنوان دعم ميزانية أدوية الأمراض المزمنة والثقيلة.

وساهم غياب بروتوكولات علاجية وطنية لهذه الأمراض في تضخم قيمة الوصفات الطبية باعتبار السلطة التقديرية للطبيب المعالج وفي ارتفاع أعباء الصندوق بهذا العنوان. وفي هذا الإطار، تولّى الصندوق إعداد بروتوكول تعاقدي في سنة 2012 لم يشمل سوى 3 أمراض من مجموع 24 مرضا

[1] تمثل مجموع النتائج الفنيّة السنويّة لنظام التأمين على المرض.

مزمنا أو ثقيلا. وتوصي الدّائرة بإحكام التنسيق بين الصندوق والهيئة الوطنية للاعتماد في المجال الصحي[1] باعتبارها مكلّفة بإعداد مرجعيات لجودة العلاجات والممارسات المهنية.

وفيما يتعلّق بمصاريف الأدوية الخصوصية، فقد تطوّرت من 115,010 م.د في سنة 2008 إلى 282,137 م.د في سنة 2012 أي بزيادة تناهز 145 %. وتمثّل هذه المصاريف 50 % من كلفة الخدمات الخاضعة للموافقة المسبقة في سنة 2012.

ومن جهة أخرى، ارتفعت المصاريف الصحيّة في القطاع الخاص بنسبة 141 % حيث مرت من 293,378 م.د في سنة 2008 إلى 707,183 م.د في سنة 2012 مقابل نسبة تطوّر في حدود 46 % لمصاريف التّداوي لدى القطاع العمومي والتي ارتفعت من 380,265 م.د في سنة 2008 إلى 558,547 م.د في سنة 2012. ويرجع ذلك بالأساس إلى النسق البطيء لتأهيل القطاع الصحي العمومي وإلى تغيير في السلوك الاستهلاكي الصحي للمضمونين الاجتماعيين المتجهين تدريجيا نحو القطاع الخاص.

وعلى صعيد آخر، ولئن تولىّ الصندوق، بمناسبة انعقاد المجلس الوطني للتأمين على المرض في ماي 2014 استشراف عجز النظام في أفق 2020 وذلك بمبلغ 194 م.د إلاّ أنّه تبيّن غياب معطيات تفصيلية من شأنها أن تساعد على اتّخاذ الإصلاحات اللازمة في الغرض.

وسعيا إلى تعميق النظر في العجز المذكور، تولّت إدارة الدراسات والإحصائيات بالصندوق بطلب من الفريق الرقابي تحليل العجز المتوقّع لقطاع التأمين على المرض حسب أنظمة الانخراط[2]. وأفضت الدراسة المنجزة إلى إستشراف تفاقم عجز نظام الأجراء في القطاع غير الفلاحي بحوالي 287 % ليبلغ 1.049,530 م.د في سنة 2020 بالإضافة إلى تسارع نسق العجز في القطاع العمومي بنسبة 351 %.

ولئن مكّنت الفوائض الماليّة لنظام حوادث الشغل والأمراض المهنيّة من التحكّم جزئيا في التوازن الماليّ الجملي للصندوق، فإنه أصبح من الضروري اعتماد حلول أخرى تراعي خصوصيّة الأنظمة المعنية وإحكام إدارتها وتفعيل الأنظمة التكميلية بالتنسيق مع شركات التأمين بما يكفل تلافي ازدواجية التغطية والتحكّم في كلفة التأمين على المرض.

---

[1] المحدثة بالأمر عدد 1709 لسنة 2012 المؤرخ في 6 سبتمبر 2012.

[2] تمّ اعتماد الفرضيات المتعلقة خاصة بالإيرادات (تطور عدد النشيطين، تطور نسبة البطالة، تطور الأجر الأدنى المهني المضمون، تطور المؤشر الديموغرافي) وبالأعباء (تطور الكلفة الجملية للخدمات العلاجية والاستشفائية العمومية، تطور كلفة العلاج بصفة عامة باعتبار ارتفاع عدد المنتفعين بالمنافع المسداة من قبل الصندوق، تطور كلفة الأمراض الثقيلة والمزمنة باعتبار خاصة تطور عدد المتقاعدين).

2- آليات متابعة وتقييم نظام التأمين على المرض

مكّنت أعمال الرّقابة من الوقوف على ملاحظات تعلّقت باللّجان المتدخّلة في متابعة نظام التأمين على المرض وبآليّات تقييمه.

2-1 اللجان المتدخّلة في متابعة نظام التأمين على المرض

اقتضى إحكام متابعة نظام التأمين على المرض إحداث لجان قصد تمكين مختلف الأطراف المعنية والمتضررة من قرارات الصندوق (المضمون الاجتماعي أو مسديي الخدمات الصحية) من التظلم أمامها.

ففي خصوص متابعة العلاقات مع مسديي الخدمات الصحيّة، أحدث الإطار الترتيبي لجانا قطاعيّة[1] لفضّ النزاعات. ولوحظ أنّ الصندوق لم يتول إعداد دليل إجراءات في الغرض يوضح مجال تدخل هذه اللّجان ويحدّد مفهوم التجاوزات التعاقدية ومراحل التعهّد والبحث في الملفات وكيفية مسك محاضر جلساتها وتوحيد العقوبات ذات الصلة.

كما تبين عدم احترام دورية انعقاد جلسات هذه اللجان[2] من ذلك لم تعقد اللجنتان القطاعيتان لأطباء الأسنان والصيادلة بإقليم تونس أي اجتماع منذ إحداثها. كما عقدت لجنة أطباء الممارسة الحرة لنفس الإقليم 19 اجتماعا خلال أربع سنوات عوضا عن 33 اجتماعا رغم كثافة عدد الأطباء في الإقليم المذكور التي تناهز 42 % بالنسبة إلى طب الاختصاص و33 % إلى الطب العام.

ومن جهة أخرى، ولئن ساهمت اللّجان الطبيّة واللّجنة الاستشاريّة لتطبيق أنظمة الضّمان الاجتماعي في متابعة العلاقات مع المضمونين الاجتماعيين، فقد تبيّن عدم شموليّة مجال نظر لجان المراقبة الطبيّة على المستوى الجهوي باعتبار أن بعض قرارات الصندوق تتخذ من قبل لجان مختصة لم ينصّ على إحداثها الإطار القانوني لنظام التأمين على المرض ولم يتمّ تنظيم عملها بإجراءات موثّقة. وقد نتج عن ذلك عدم تفعيل اللجنة الوطنية للمراقبة الطبيّة على مستوى وزارة الشؤون الاجتماعية. وعلاوة على ذلك، تعهّدت اللجان المختصّة بمهام تحديد نسبة العجز المستمر في الملفّات المحالة عليها من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي دون وجود أي إطار قانوني في الغرض.

---

[1] الاتفاقيات القطاعية للأطباء، ولأطباء الأسنان، وللصيادلة.

[2] مرّة في الشهر في الاتفاقيات القطاعية المذكورة، والتي تم تغييرها بالنسبة لأطباء القطاع الخاص إلى مرة كل ثلاثة أشهر منذ سنة 2012.

ومن شأن تعهّد نفس هذه اللجان بالنّظر في الطّعون الموجّهة لقراراتها أن لا يضمن حيادها وموضوعيّتها وأن يشكّل تجاوزا للمنظومة القانونية للمراقبة الطبية وأن لا يحمي حقوق الأطراف المعنيّة.

ومن جهة أخرى، تتولّى اللجنة الاستشارية لتطبيق أنظمة الضمان الاجتماعي على مستوى وزارة الإشراف إعادة النظر في قرارات الصندوق في غياب نصّ قانوني في الغرض تطبيقا لمقرّر وزير الشؤون الاجتماعية لسنة 1995 الذي تمّ إلغاؤه ضمنيا في مجال التأمين على المرض.

وبيّن النّظر في محاضر جلسات اللّجنة المذكورة أن قراراتها تتعلق بمنح استثناءات لشروط وإجراءات إسداء الخدمات العلاجيّة التي ضبطها الإطار القانوني لنظام التأمين على المرض. وبالنظر إلى قاعدة علوية القانون، فإنّه لا يمكن للجنة محدثة بمقتضى مقرر أن تتخذ قرارات مخالفة للشروط التي ضبطها القانون. وفضلا عن ذلك، فإنّ عمل هذه اللجنة على النّحو المشار إليه يخل بمبدأي الشفافية والمساواة بين المضمونين الاجتماعيين.

وقدّر الفريق الرقابي الأثر المالي لتدخلات هذه اللجنة بما يناهز 1,580 م.د خلال الفترة 2011-2013 بعنوان خدمات الإقامة الاستشفائيّة والآلات الطبية وبالإضافة إلى ذلك تحمّل الصّندوق تطبيقا لقرارات اللّجنة، مصاريف علاج لفائدة 2.147 منتفعا منذ سنة 2007 لا تتوفّر فيهم شروط افتتاح الحقّ في تحمّل الصندوق كمصاريف علاجهم. وتوصي الدّائرة باتّخاذ التدابير الضروريّة لتلافي هذه الإخلالات مستقبلا.

2-2 آليّات تقييم نظام التأمين على المرض

لوحظ محدوديّة نجاعة آليات تقييم نظام التأمين على المرض سواء منها الخاصّة بالصّندوق أو المتصلة بالمجلس الوطني للتأمين على المرض.

فقد تبيّن عدم تفعيل آليات التقييم الداخلية لدى الصندوق على غرار منظومة "ايكوستات" ولوحة قيادة شاملة ممّا لم يمكّن من تركيز مؤشرات ذات دلالة لتقييم النّظام. كما لا يتوفّر لدى الصّندوق معجم شامل للبيانات الإحصائية مما لم يساعد على توحيد المفاهيم واستقراء أثر التعديلات المدخلة عليها. بالإضافة إلى ذلك، لم يتولّ الصندوق ضبط نسبة التغطية الاجتماعية الخاصّة بنظام التأمين على المرض علما وأنّ طريقة احتسابها تختلف عن تلك المصرّح بها من طرف صندوقي الضمان الاجتماعي وهي ذات أهمّية في تحديد مدى شمولية التغطية الصحية ورسم البرامج الوطنيّة ذات الصلة.

وتقتصر متابعة تنفيذ الميزانيات السّنويّة على عرض وصفي لتطور مختلف المبالغ دون تحليل المؤشرات الكمية والقيام بالتحاليل المالية حيث لم يتم تفعيل الإدارة الفرعية المكلفة بذلك.

وفي سياق آخر، لم يتول الصندوق وضع إستراتيجية لرصد الإخلالات والحد من التجاوزات والتنسيق بين مختلف هياكله مما حدّ من نجاعة تدخلاته. وقد تجلّى ذلك خاصة في غياب منظومة لمتابعة التجاوزات المرصودة والقرارات المتخذة في شأنها. ولئن تولّى الصّندوق إحداث "لجنة التجاوزات" في سنة 2013، فإنّه لم يتمّ توضيح مهامها وضبط إجراءات عملها بما يمكّنه من تفادي تداخل مشمولاتها مع أعمال اللجان المحدثة بمقتضى القانون المنظم للتأمين على المرض.

وتبيّن بخصوص المجلس الوطني للتأمين على المرض الذي عهد إليه أساسا تقييم النّظام واقتراح سبل وآليّات ضمان توازنه المالي، أنّه لم يعقد سوى ثلاثة اجتماعات خلال الفترة 2007 – جوان 2014 بدلا من 15 اجتماعا وذلك خلافا لمقتضيات الفصل 3 من الأمر عدد 2192 لسنة 2005[1] ممّا حدّ من فعاليته. كما لم يتمّ إحداث اللجان الفنية المتخصّصة المنبثقة عنه خلافا للفصل4 من نفس الأمر.

وتمّ إحداث لجنة قيادة بمقتضى "العقد الاجتماعي" المبرم بتاريخ 14 جانفي 2013، وعهد إليها بمراجعة أنظمة الضمان الاجتماعي بمختلف فروعها وتوصي الدّائرة في هذا الشأن بإحكام التنسيق بين المجلس الوطني للتأمين على المرض واللّجنة المعنيّة قصد ضمان نجاعة عملية التقييم والمتابعة وتفادي تعدّد الهياكل المكلفة بنفس المشمولات والأهداف.

ب- التصرف في السجلاّت المرجعية

مكّنت أعمال الرّقابة من الوقوف على ملاحظات شملت التصرّف في سجلّات كلّ من مسديي الخدمات الصحيّة والمضمونين الاجتماعيين والأدوية.

1- سجلّ مسديي الخدمات

لوحظ قيام نفس العون بكافة الإجراءات المتعلّقة بإنخراط مسديي الخدمات الصحيّة من إدخال المعطيات والمصادقة عليها وهو ما يمثّل جمعا بين مهام متنافرة من شأنه أن يؤدي إلى إمكانية انخراط مسديي خدمات لا تتوفر فيهم الشروط المستوجبة. وتتضاعف مثل هذه المخاطر في غياب جرد

[1] المؤرخ في 9 أوت 2005 والمتعلق بتنظيم المجلس الوطني للتأمين على المرض والذي نصّ على انعقاد هذا المجلس وجوبا مرة كل ستة أشهر على الأقلّ.

شامل للملفات المادية وعدم توفّر ملفات الانخراط بالمصالح المركزيّة خلافا لما تنصّ عليه مذكرة العمل عدد 19 لسنة 2007 الصادرة عن الإدارة العامّة للصندوق.

ويذكر أنّ الصندوق لم يتمكّن من الحصول إلى موفّى جوان 2014 على نسخ من البطاقات المهنية لما عدده 100 أخصائي علاج طبيعي مما يطرح إمكانيّة انتفاعهم بمبالغ دون وجه حق بعنوان ممارستهم لنشاط في غياب ترخيص، علما بأنّ الصندوق تولّى أثناء انجاز المهمّة الرقابيّة تقديم شكوى جزائيّة ضدّ منخرط انتحل صفة أخصّائي علاج طبيعي.

كما تبيّن أنّ الصندوق تولّى خلال الفترة 2007- فيفري 2014 خلاص 10,5 م.د بعنوان خدمات الكشف بالمفراس لفائدة 22 مؤسسة صحية خاصة غير متحصّلة على ترخيص في الغرض من وزارة الصحّة. ولئن توقّف الصندوق عن خلاص هذه المؤسسات بداية من فيفري 2014، فإنّه لم يتول اتّخاذ أية إجراءات تتبّع أخرى في شأنها.

ومن جهة أخرى، لم يتول الصندوق وضع إجراءات محكمة في مجال متابعة سجل مسديي الخدمات الصحيّة على غرار حالات بيع الأصل التجاري أو مغادرة البلاد أو الوفاة فضلا عن عدم إحكام التنسيق مع النقابات المهنية ووزارة الصحة. وقد بيّنت أعمال الرّقابة على ملفات انخراط بعض الصيادلة، أنّ الصّندوق لم يتولّ تعليق التّعاقد مع 10 صيادلة قامت وزارة الصحّة بإلغاء رخص الاستغلال المسندة إليهم. وترتّب عن هذا الإخلال، قيام الصندوق بخلاص مبلغ 79,757 أ.د لهذه الصيدليات بعنوان فواتير لاحقة لتاريخ قرار الإلغاء المذكور. وتعهّد الصّندوق بالعمل على تفادي هذا الوضع مستقبلا.

وتبيّن في نفس السّياق أنّ الصندوق تكفّل في إطار منظومتي استرجاع المصاريف والخاصّة بالخلاص دون وجه حق لمصاريف بقيمة 118,264 أ.د خلال الفترة 2009-جوان 2014 لمسديي خدمات رغم تعليق انخراطهم أو شطبه تنفيذا للعقوبات الصادرة في شأنهم من اللجان الوطنية المختصّة. وتوصي الدّائرة باتّخاذ الإجراءات الكفيلة باسترجاع هذه المبالغ وبتفادي تكرّر مثل هذه الإخلالات مستقبلا.

كما تستدعي فوترة مصاريف علاج بعد تواريخ وفاة مسديي الخدمات المعنيين متابعة خصوصيّة باعتبار أنّ المبالغ المفوترة لا تتعلّق بخدمات فعلية. وقد أفاد الصندوق بأنّه ستتمّ مطالبة المعنيين بإرجاع المبالغ المذكورة إليه.

2- سجلّ المضمونين الاجتماعيين

في غياب منظومة وطنية شاملة لمنظوري الضمان الاجتماعي، تولى الصندوق عند إحداثه إعداد سجل المنتفعين اعتمادا على سجلات صندوقي الضمان الاجتماعي دون إجراء المقاربات اللازمة للتثبت من صحّة المعطيات المدرجة به وهو ما لم يمكّنه من تلافي الإشكاليّات المتّصلة بشموليّة وصحة قاعدة بياناته.

ومكّنت في هذا الخصوص، مقاربة البيانات المتصلة بالاسم واللقب وتاريخ الميلاد من الوقوف على حالات 6.647 مضمونا اجتماعيا مسجلين في موفّى جوان 2014 بصفة مزدوجة لدى الصّندوق دون توفّر أرقام بطاقات تعريفهم. وتم تقدير المبالغ التي صرفت بعنوان هذه الانخراطات المزدوجة في منظومتي استرجاع المصاريف والخاصّة بما جملته 231,677 أ.د. وأفاد الصندوق بأنّه سيعمل على إحكام التنسيق مع صندوقي الضمان الاجتماعي واتخاذ ما يتعين لإصلاح سجل المضمونين الاجتماعيين.

كما ساهم عدم تركيز آليّات التبادل الإلكتروني للبيانات المتعلّقة بالمضمونين الاجتماعيين في تعدّد الاستثناءات الممنوحة لأعوان الصندوق لتمكينهم من إدخال عمليات تحيين شملت خاصّة التصاريح بالأجور وبالأبناء المعاقين.

ففي غياب إجراءات محكمة في الغرض، يتولّى أعوان الصّندوق تحيين بيانات الأجور الواردة آليّا من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي باعتماد نسخ ورقية من التصاريح بما يسمح بافتتاح الحق في العلاج استثنائيّا. وأمكن للفريق الرقابي، في هذا الخصوص، الوقوف على 22.400 حالة لمضمونين اجتماعيين تكفّل الصّندوق بمصاريف لفائدتهم بلغت 441,960 أ.د بالرّغم من أنّ الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لم يؤكّد صحّة التصاريح الخاصّة بأجورهم لاحقا.

وتشمل عمليّات التحيين الاستثنائيّة أيضا فتح الحقّ في العلاج للأبناء المعوقين اللذين فاقوا سنّ 20 رغم تمتّعهم بتغطية مجانية بالمؤسّسات الصحيّة العمومية وفقا لما يقتضيه القانون التوجيهي عدد 83 لسنة 2005[1]. وتدعو الدّائرة في هذا الشأن إلى ضرورة التمييز بين التضامن الاجتماعي الذي هو من مشمولات هياكل النّهوض الاجتماعي والضمان الاجتماعي بخصوص المنافع الاجتماعية الذي ترجع إليه الأنشطة المهنية.

[1] المؤرخ في 15 أوت 2005 والمتعلق بالنهوض بالأشخاص المعوقين وحمايتهم.

واتّضح فيما يتعلّق بحالات الوفاة أنّه لا يتمّ تحيين سجل المضمونين الاجتماعيين بصفة آليّة. وبيّنت أعمال الرقابة أنّه تمّ خلال الفترة 2007- جوان 2014 خلاص 12.047 عملا طبيا في إطار المنظومتين العموميّة والخاصّة بمبلغ ناهز 3,277 م.د لفائدة منتفعين متوفّون في تواريخ إنجاز الأعمال الطبية المعنية.

وأفاد الصندوق في ردّه أنّه لا يتوصّل بصفة آليّة بوضعيّة المضمون الاجتماعي وأنّه سيتولّى تبرير حسابات الحالات المعنيّة وبرمجة عمليّات تفقّد وتدقيق قصد درء المخاطر التي تمثّلها مختلف هذه الوضعيات.

ومن جهة أخرى، اتّضح أنّ الصندوق تكفّل بنفقات علاج لفائدة 22.785 مضمونا اجتماعيا لا يفتتحون الحقّ في العلاج في إطار المنظومة الخاصّة بمبلغ 1,3 م.د خلال الفترة 2008- جوان 2014. وانتفع 1.178 مضمونا اجتماعيا بتكفّل الصّندوق بمصاريف علاج فاقت 200 د لكلّ منهم بمبلغ جملي قدره 447,028 أ.د. وتعود هذه الإخلالات، وفق ما أفاد به الصندوق، إلى عدّة عوامل سلبيّة منها قواعد افتتاح الحق في العلاج وعدم فاعلية إجراءات متابعة سندات العلاج في حالة ضياعها والاستثناءات اليدويّة للخلاص وغياب التبادل الحيني للمعطيات مع مسديي الخدمات الصحيّة.

ومن ناحية أخرى، تمّ الوقوف على عمليات تصفية يدوية لملفات بعض المنتفعين المنخرطين لدى الصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية رغم تطابق أرقام انخراطهم مع السلسلة الرقمية العادية وبالرغم من عدم وجود البعض الآخر بسجلات بهذا الصندوق[1] مما قد يفيد بالتكفل بمصاريف علاج لفائدتهم دون وجه حقّ.

وتوصي الدّائرة باتّخاذ التّدابير الكفيلة بإحكام التصرّف في سجلّ المضمونين الاجتماعيين وبإرساء منظومة تفاعليّة للتبادل الالكتروني للمعطيات مع صندوقي الضّمان الاجتماعي وبالإسراع في استكمال مشروع المعرّف الوحيد والتّنسيق مع المركز الوطني للإعلاميّة لاستغلال منظومة "مدنيّة" بما يكفل شموليّة وصحّة سجلّات الصّندوق.

3- سجل الأدوية

خلافا للفصل 2 من القرار المشترك لوزير الصحّة ووزير الشؤون الاجتماعية المؤرّخ في 13 أفريل 2007[2] يتولّى الصندوق عند تحيين سجلّ الأدوية، مراجعة قائمة الأدوية دون إصدار

---

[1] وفقا للمعطيات الواردة بإجابة الصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية بتاريخ 7 ماي 2014 على المراسلة الموجّهة إليه من طرف الفريق الرقابي.

[2] المتعلق بتحديد قوائم الاختصاصات والأعمال الطبية وشبه الطبية والأدوية والآلات ومصاريف النقل الصحي وقائمة الخدمات الصحية التي تستوجب الموافقة المسبقة المتكفل بها في إطار نظام التأمين على المرض.

قرارات في الغرض وهو ما من شأنه أن يؤدي إلى إبطال قرارات التكفل المتخذة في شأن الأدوية التي تمت إضافتها وأن يخل بمبدأ المساواة بين المضمونين الاجتماعيين.

كما تبيّن أنّ الصندوق قد تكفّل خلال نفس الفترة بخلاص أدوية غير مدرجة بقائمة الأدوية المصادق عليها بالقرار المشترك لوزير الشؤون الاجتماعية ووزير الصحة العمومية بتاريخ 13 أفريل 2007 بمبلغ 1,323 م.د. وأفاد الصندوق أنّ السبب في ذلك يرجع خاصّة إلى اعتماد مفهوم موسّع للحقوق المكتسبة وأنّه سيعمل على تدارك هذه الوضعية.

وخلافا للفصل 51 من الاتفاقية القطاعية لأطباء الممارسة الحرة، تكفّل الصندوق في إطار منظومتي استرجاع المصاريف والخاصّة بخلاص أدوية غير متحصّلة على رخصة ترويج[1] بمبلغ 4,049 م.د خلال الفترة 2007 - جوان 2014. وقد أوضح الصندوق أنّ ذلك يرجع إلى عدم التنصيص بالنظام المعلوماتيّ للصندوق على رقم الرخصة لبعض الأدوية وإلى أنّه يتمّ التكفّل في بعض الحالات بأدوية متحصّلة على تأشيرة من إدارة الصيدلة والدّواء.

II- التصرّف في المنظومات العلاجيّة

تمّ الوقوف على ملاحظات شملت التكفّل بمصاريف العلاج في إطار المنظومات العلاجيّة المتمثّلة في استرجاع المصاريف الخاصّة والعموميّة.

أ- التصرف في منظومة استرجاع المصاريف

تتيح هذه المنظومة للمضمون الاجتماعي العلاج لدى جميع مسديي الخدمات الصحية في القطاعين العمومي والخاص المتعاقدين مع الصندوق مقابل دفعه للمبلغ الكامل للمصاريف ثم استرجاعه طبقا لنسب التكفل والتعريفات التعاقدية. وقد تطور عدد المنتفعين بهذه المنظومة من 652.139 منتفعا في سنة 2008 إلى 1.179.064 منتفعا في سنة 2013. وارتفع العدد الجملي لبطاقات استرجاع المصاريف من 968.440 بطاقة في سنة 2008 إلى 3.027.208 بطاقة في سنة 2013.

ومكّنت الأعمال الرقابية من الوقوف على إخلالات تعلقت بالتعريفات والآجال التعاقدية وبالمراقبة الطبية وبالتصرف في حقوق النفاذ لتطبيقة استرجاع المصاريف وبالتكفل بمصاريف العلاج وبالتصرف في المعرفات البنكية للمضمونين الاجتماعيين.

---

[1] Autorisation de Mise sur le Marché

1- التعريفات التعاقدية والآجال

خلافا للاتفاقية المبرمة مع أطباء الممارسة الحرّة، تمّ الوقوف على حالات تجاوز للتعريفات التعاقدية انتفع فيها مسديو الخدمات بمداخيل غير مستحقة بلغت 34,899 م.د خلال الفترة الممتدة من جانفي 2011 إلى جوان 2014 أثقلت كاهل المضمونين الاجتماعيين المعنيين باعتبارها غير مشمولة بالاسترجاع. وأفاد الصندوق في ردّه أنّه سيحرص على إيجاد الآليّات اللاّزمة لمتابعة هذه الوضعيات واتّخاذ التدابير الضروريّة في شأنها.

وفيما يتعلّق بآجال إيداع بطاقات استرجاع المصاريف، ينصّ دليل الإجراءات المعتمد في الغرض ابتداء من سنة 2012 على قبول البطاقات التي لم يتجاوز تاريخ إيداعها بالمركز أجل 60 يوما من تاريخ تلقي آخر علاج. وللتاكّد من مدى التقيّد بهذا الأجل، تمّ فحص التطبيقة المستعملة في الغرض ممّا مكّن من الوقوف على غياب آليات رقابة فعالة تمكّن من رفض بطاقات الاسترجاع التي تم إيداعها خارج الآجال المقررة. وأدّت هذه الوضعية إلى خلاص بطاقات تمّ إيداعها خارج الآجال بمبلغ جمليّ قدره 484,551 أ.د خلال سنة 2013.

كما ينصّ دليل الإجراءات على عدم تجاوز تاريخ تسليم الدواء بالنسبة للأمراض العاديّة أجل 10 أيام من تاريخ العيادة الطبية غير أن الصندوق تكفل بمصاريف أدوية تم اقتناؤها بعد الأجل المذكور بما قيمته 282,310 أ.د خلال سنة 2013.

وفي إطار الحرص على تقليص آجال تصفية وخلاص بطاقات استرجاع المصاريف تم ضبط هذه الآجال في حدود 14 يوما بمقتضى المذكرة عدد 63 لسنة 2006. إلاّ أنه تبيّن وجود تجاوز كبير للأجل المحدّد حيث تراوح معدّل أجل الخلاص في سنتي 2012 و2013 بين 25 يوما و28 يوما. وارتفعت المبالغ المسترجعة خارج الأجل المذكور إلى 75,485 م.د خلال الفترة 2011-2013.

2- المراقبة الطبية لبطاقات استرجاع المصاريف

بلغت بطاقات الاسترجاع المتعلقة بالأمراض العادية 59,417 م.د في سنة 2013 لم تخضع نسبة 80 % منها إلى المراقبة الطبية.

وبيّنت أعمال الرقابة أنّ عددا هاما من بطاقات الاسترجاع تمّت تصفيتها دون إخضاعها للرأي الطبي رغم تجاوز مبلغها السقف المحدد بمبلغ 140 د وذلك خلافا لما أقرّه محضر جلسة "لجنة المصادقة على معايير المراقبة الطبية"[1]. وقام الفريق الرقابي بتقدير المبلغ الذي تمت تصفيته في غياب

[1] المجتمعة بتاريخ 3 جوان 2008.

المراقبة المذكورة بما قيمته 7,454 م.د خلال الفترة 2011 -جوان 2014. واتضح في نفس السياق، أنّ الصندوق لم يتول إرساء الضوابط الآلية التي تمكّن من إخضاع بطاقات تتضمّن أدوية بكلفة تفوق 70 دينارا وذلك خلافا لما جاء بمحضر الجلسة المشار إليه آنفا.

وخلافا لنفس المحضر الذي أقرّ ضرورة إخضاع البطاقات المتعلقة بنفس المنتفع وبنفس مسدي الخدمة والتي يفصل بينها أجل يقل عن 15 يوما إلى عملية المراقبة الطبية فقد تبيّن أنّ عدد 1.586 بطاقة بقيمة جملية قدرها 109,150 أ.د خلال الفترة جانفي-16جويلية 2014 تتعلق بفحوصات متقاربة تم إسداؤها من طرف نفس الطبيب ولفائدة نفس المنتفع في فترة تقل عن 15 يوما ولم يتم إخضاعها إلى المراقبة الطبيّة. وأدّى ذلك إلى تكفّل الصندوق بمصاريف خدمات طبية كان من المفروض إسداؤها مجانا طبقا للفصل 56 من الاتفاقية القطاعية لأطباء الممارسة الحرة.

وبالإضافة إلى ذلك، شابت المراقبة الطبية إخلالات تعلقت بالجمع بين مهمتي طبيب مباشر وطبيب مراقب علاوة على قيام الطبيب المراقب بالمصادقة على بطاقات استرجاع تخصه أو تخص أولي حقه وبالاختبارات.

فعملا بمقتضيات الفصل 68 من الأمر عدد 1155 لسنة 1993 المتعلق بمجلة واجبات الطبيب لا يمكن لأي طبيب أن يكون طبيبا مراقبا ومباشرا في آن واحد. كما تنصّ مذكرة العمل عدد 354 لسنة 2009 على ضرورة امتناع الطبيب المراقب عن وصف أي خدمة يتكفل بها الصندوق حتى وإن تعلّق الأمر بشخصه أو بأحد أفراد عائلته. وقد تبيّن عدم قيام الصّندوق بوضع إجراءات في هذا الغرض. وقد ترتّب عن ذلك تولّي عدد من الأطباء المراقبين خلال فترة مباشرتهم بالصندوق إسداء خدمات صحيّة لمضمومين اجتماعيين. وتبيّن أيضا قيام 83 طبيبا مراقبا بالصندوق بعملية المراقبة الطبية لما عدده 1109 بطاقة استرجاع خاصة بهم أو بأولي حقهم خلال الفترة من جانفي 2011 إلى جوان 2014 بقيمة 88,692 أ.د.

وأفاد الصّندوق أنّه وإثر تدخل فريق الرقابة قام بإدراج ضوابط آلية بالتطبيقة الإعلامية تمنع الطبيب المراقب من إبداء رأيه الطبي في بطاقات تخصه أو تخص أولي حقّه.

3- التصرّف في حقوق النفاذ إلى التطبيقة

تم الوقوف على جمع بعض أعوان الصندوق لمهام متنافرة على مستوى تصفية بطاقات استرجاع المصاريف حيث تبين تولّي نفس المستعمل[1] النفاذ إلى التطبيقة قصد إدخال البيانات المتعلقة ببطاقة الاسترجاع من جهة والمصادقة على عملية تصفيتها من جهة أخرى وهو شأن

[1] من خلال فحص "معرفات الشبكة" Adresse IP

390.163 بطاقة استرجاع تمّت معالجتها خلال الفترة 2011-جوان 2014. كما تبيّن أنّ عمليّة الجمع تتجاوز إدخال البيانات والمصادقة عليها لتشمل كذلك المراقبة الطبيّة بالنسبة لما عدده 1.938 بطاقة خلال نفس الفترة.

وتفسّر هذه الوضعيّة بسهولة تبادل كلمات العبور بين الأعوان وهو ما يتنافى ما جاء بمذكرة العمل عدد 17 لسنة 2009 حيث تبيّن أنّه تم تسجيل أكثر من معرف شبكة للحاسوب المستخدم بالنسبة لكل كلمة عبور وصلت في العديد من الأحيان إلى 10 معرفات. وأفاد الصندوق أنّه بادر في شهر أكتوبر 2014 إثر تدخل الفريق الرقابي بإدخال ضوابط آلية حيز الاستغلال تمنع إمكانية اللجوء إلى التطبيقة الإعلامية بالنسبة لنفس العون من حواسيب مختلفة للحد من هذه الظاهرة.

4- التكفل بمصاريف علاج على خلاف الصيغ القانونية

خلافا للأمر عدد 1367 لسنة 2007 الّذي أجاز استثنائيا لمنخرطي المنظومة الخاصة المستفيدين من الخدمات الصحية المتعلقة بطب الأسنان، تسديد جميع المبالغ المستوجبة مباشرة إلى مقدم الخدمة واسترجاعها من الصندوق في حدود نسب التكفل المنصوص عليها، تولّى الصندوق سحب هذا الاستثناء على الخدمات المقدمة من طرف أطبّاء العائلة والنساء والتوليد والأطفال والعيون في إطار المنظومة العلاجية الخاصة. وتبعا لذلك تحمل مبلغا ناهز 23,1 م.د خلال الفترة 2011-جوان 2014.

ولئن أقرّ الصّندوق بمخالفة هذه الوضعية لأحكام الأمر المذكور أعلاه بما يجنّب المضمون الاجتماعي الحرمان من التكفّل فقد أكد في المقابل على ضرورة إيجاد حلول تجعل كل مقدمي الخدمات الصحية يلتزمون بصيغة الخلاص في إطار المنظومة العلاجية الخاصة.

ومن جهة أخرى، تمّ الوقوف على تكفّل الصندوق بأدوية علاج أمراض ثقيلة ومزمنة لمضموني المنظومة العمومية قاموا بإجراء الفحص الطبي بالمستشفيات العمومية. ولم يتوّل الصندوق طرح هذه المبالغ من تلك المتكفّل بها بعنوان الاتفاقيات السنوية مع الهياكل الصحية العمومية التي تعتمد مبدأ الفوترة الجزافية. ونتج عن ذلك تحمّل الصندوق لمصاريف إضافية دون وجه حق بلغت 101,773 م.د خلال الفترة 2007-جوان 2014. وعلى سبيل المثال، تراوحت المبالغ المتكفل بها لفائدة 35 مضمونا اجتماعيا بين 15 أ.د و38 أ.د.

وبالإضافة إلى ذلك، أفرز فحص عينة تضمّ 100 بطاقة استرجاع لمضموني المنظومة العمومية أنّه لم يتمّ التنصيص ضمن الوثائق المصاحبة لها على عدم صرف الأدوية بالصيدليات

التابعة للهياكل العمومية للصحة لما عدده 98 بطاقة استرجاع ممّا لا يمكّن من التأكّد من عدم انتفاع المضمونين الاجتماعيين المعنيين بالأدوية الموصوفة بصفة مضاعفة.

ومن جهة أخرى، لم يتولّ الصندوق إدراج آليات للمراقبة صلب التطبيقة تمكّن من التفطّن لبطاقات الاسترجاع التي يمكن أن يتم التكفل بها بصفة مضاعفة قبل تصفيتها. وتمّ في هذا الشأن الوقوف على عمليّات تكفّل مضاعفة بمصاريف علاج في نفس التاريخ ولنفس المنتفع ومن قبل نفس مسدي الخدمة شملت 622 مضمونا اجتماعيا بقيمة جمليّة قدرها 60,477 أ.د خلال الفترة 2011- جوان 2014. وأفاد الصندوق في ردّه أنّ سيتولّى القيام بمراقبة بعديّة لكلّ الحالات المتكفّل بها.

كما أدّى غياب الترابط بين تطبيقتي الخدمات الخاضعة للموافقة المسبقة واسترجاع المصاريف ومحدوديّة عملية المراقبة الطبية إلى عدم التفطّن إلى حالات التكفّل المضاعف بين الصيغتين المذكورتين. فقد اتّضح أنّ الصندوق تحمّل خلال الفترة المذكورة بصفة مضاعفة مصاريف تصوير بالأشعّة بقيمة 106,516 أ.د واقتناء آلات مقومة للأعضاء بمبلغ 12,763 أ.د في أجل لم يتعد الشهر.

وتبيّن من ناحية أخرى، أنّ الصندوق تكفّل خلال الفترة السابق ذكرها بمصاريف اقتناء آلات مقومة للأعضاء وتكاليف تصوير بالأشعة في إطار منظومة استرجاع المصاريف ارتفعت تباعا إلى 15,759 أ.د و56,276 أ.د سبق وأن تم رفض التكفّل بها في إطار الموافقة المسبقة. وتعهّد الصندوق بتحيين التطبيقية الإعلامية لتلافى هذه الإخلالات مستقبلا.

وفيما يتعلّق بالفوترة الذاتية من طرف الأطباء، لوحظ عدم تولّي الصندوق وضع ضوابط آليّة تمكّن من التفطّن لهذه الحالات. وتمّ في هذا الشأن الوقوف على تولّي أطبّاء فوترة خدمات صحية لفائدتهم أو لذويهم بما قيمته 21,796 أ.د خلال الفترة 2012- جوان 2014 وذلك خلافا لمقتضيات الملحق عدد 7 من الاتفاقية القطاعيّة لأطباء الممارسة الحرّة ومجلة التزامات الطبيب. وأرجع الصندوق هذه الوضعية إلى عدم توفّر رقم المضمون الاجتماعي بسجل تعاقد الأطباء. وتدعو الدائرة الصندوق إلى القيام بالإجراءات اللازمة لاسترجاع هذه المبالغ التي تمّ صرفها دون وجه.

5- التصرف في المعرفات البنكية والبريدية للمضمونين الاجتماعيين

مكّن النظر في حقوق النفاذ إلى تطبيقة التصرّف في المعرفات البنكية والبريدية للمضمونين الاجتماعيين من الوقوف على تولّي بعض الأعوان الجمع بين عمليات الاستقبال وإدخال البيانات والمصادقة عليها سواء منها المتعلّقة بالإدراج للمرة الأولى أو بتغيير للمعرف البريدي أو البنكي أو بالحذف

بالنسبة لأكثر من 1.500 عملية. ومن شأن هذه الوضعية أن تفضي إلى التكفل دون وجه بمصاريف علاج.

وفي نفس السياق، تبيّن اعتماد معرّفات بنكيّة لأشخاص غير مسجّلين بسجلاّت الصندوق ولا يتمتّعون بالتغطية الاجتماعيّة صرفت لهم مستحقّات مضمونين اجتماعيين آخرين. وقد تمّ في هذا الإطار استعمال نفس المعرف البنكي أو البريدي بالنسبة إلى أكثر من مضمون اجتماعي وذلك في أربع حالات في المركز المحلي بخير الدين في فترات متقاربة وهو ما من شأنه أن يؤدي إلى صرف مبالغ دون وجه حقّ. ويدعى الصندوق إلى العمل على الفصل بين المهام المتنافرة في ما يتعلّق بالتصرّف في المعرّفات البنكية والبريدية وإجراء التحريّات اللازمة في الحالات المثارة.

III- التصرف في المنظومة العلاجيّة الخاصة

تمكّن المنظومة العلاجيّة الخاصة من التكفّل بالخدمات الصحيّة عن طريق تنسيق العلاج من طرف طبيب عامّ متعاقد يطلق عليه "طبيب العائلة" يتولّى توجيه المضمونين الاجتماعيين عند الاقتضاء إلى بقية مسديي الخدمات الصحيّة. وشهد عدد المنخرطين بهذه المنظومة، خلال الفترة 2008-2013، تطوّرا بحوالي 57 % حيث مرّ من 275.496 منخرطا إلى 432.391 منخرطا. وارتفعت فواتير العلاج المستخلصة من 807 ألف فاتورة بما يناهز 12,540 م.د في سنة 2008 إلى 7,810 مليون فاتورة بمبلغ 212,532 م.د في سنة 2013. وشاب التصرّف في هذه المنظومة نقائص تعلقت بإجراءات الانخراط وتنسيق العلاج وتصفية كشوفات مسديي الخدمات الصحيّة والتحكّم في مصاريف العلاج وإجراءات متابعة سقفه واستخلاص مبالغ تجاوزه.

أ- إجراءات الانخراط بالمنظومة الخاصّة وتنسيق العلاج

خلافا لمقتضيات الفصل 11 من الأمر عدد 1367 لسنة 2007 والفصل 15 من الاتفاقية القطاعية لأطباء الممارسة الحرة، تولّى الصندوق قبول انخراط أطباء اختصاص لممارسة الدور الموكول إلى أطبّاء العائلة حيث ارتفع عددهم من 344 طبيبا في سنة 2008 إلى 500 طبيبا في سنة 2013، تم لديهم تسجيل 4.198 و6.497 مضمونا اجتماعيا.

وتولى الصندوق تصفية عيادات أطباء العائلة ذوي الاختصاص وفقا للتعريفات التعاقدية الموافقة لكلّ اختصاص عوضا عن تطبيق التعريفة المعتمدة بالنّسبة للأطباء العاميين. وتطورت تبعا لذلك كلفة العيادات بعنوان الأمراض العادية بأكثر من 350 % خلال الفترة 2008-2013 وفاقت 1,444 م.د في موفى جوان 2014. وكان بإمكان الصندوق تحقيق اقتصاد فيها بمبلغ 259,751 أ.د لو تم التقيد بالبنود التعاقدية.

وبالإضافة إلى ذلك، لم يتولّ الصندوق تحديد الحالات الاستثنائية لتغيير طبيب العائلة خارج الآجال المنصوص عليها بالفصل 11 من الأمر سالف الذكر حيث تبيّن بخصوص 83.077 حالة تغيير أنّ 22,41 % منها قد تمت دون احترام الآجال الترتيبيّة ممّا يجعل الصندوق عرضة إلى مخاطر التكفّل المضاعف بالمضمونين المعنيين في إطار منظومتين مختلفتين.

وتبيّن بالنسبة إلى احترام المسار العلاجي المنسّق، أنّ الصندوق لم يضع إجراءات رقابية إدارية وطبية للتثبت في الحالات التي يتم فيها توجيه المريض من قبل طبيب العائلة إلى طبيب آخر يكون بدوره طبيبا عاما عند الانتفاع بخدمات صحية خارجية عادية. وارتفعت الأعباء التي تحمّلها الصندوق بهذا العنوان خلال الفترة 2008- أفريل 2014 إلى 3,682 م.د بعنوان أكثر من 105 ألف عيادة وعمل طبي. ويساهم التصرّف على هذا النّحو في إثقال كاهل المضمون الاجتماعي بأعباء مضاعفة تفضي إلى استنفاد سقف العلاج المحدّد بنسق أسرع.

ب- تصفية كشوفات أتعاب مسديي الخدمات الصحيّة

شابت عديد النقائص الإجراءات المتعلّقة بمعالجة فواتير مسديي الخدمات الصحيّة إلى جانب آجال الخلاص.

1- معالجة فواتير مسديي الخدمات الصحيّة

لم يتمكّن الصندوق إلى موفى جوان 2014 من صياغة دليل إجراءات شامل يضبط قواعد التصرف في المنظومة الخاصة ممّا ساهم في تفشّي تسجيل عديد الإخلالات، منها قيام نفس العون بإدراج بيانات الفواتير ومراقبتها والمصادقة الطبية عليها والإذن بخلاصها. وتتعلّق هذه الوضعية بعمليّات تصفية فواتير بمبلغ 32,416 م.د في سنة 2013 و21,797 م.د في سنة 2014[1] أي ما يمثّل على التّوالي نسبة 15,25 % ونسبة 26,21 % من جملة الدّفوعات. ومن شأن ذلك أن يحول دون التفطن إلى بعض الأخطاء وتصحيحها.

وتبعا لضعف إجراءات الرّقابة الدّاخليّة لدى الصندوق، فقد تولّى خلال الفترة 2009-2013 خلاص ما يفوق 2,517 مليون فاتورة بمبلغ جملي قدره 78,430 م.د تعلّقت بمباشرة العلاج باستعمال سند علاج غير نافذ (حوالي 2,3 م.د) وباستعمال قرار تكفل بمرض مزمن منتهي الصّلوحية (حوالي 2,6 م.د) وبعدم تسجيل إسم المنتفع بالخدمة على سند العلاج (حوالي 11,7 م.د) وبغياب التنصيص على عبارة "موجه من قبل طبيب العائلة "لكونها تجسّد احترام المسار العلاجي المنسّق (حوالي 64,4 م.د).

---

[1] إلى غاية شهر أفريل 2014.

ومكنّت الأعمال الرقابيّة من التأكّد من أنّ هذه الفواتير التي تمّ رفضها بصفة آلية في مرحلة أولى تمّت الموافقة عليها يدويّا بصفة استثنائية في مرحلة لاحقة دون أن يتمّ ضبط إجراءات في شأنها ممّا لا يمكّن من التأكد من مشروعيّة النفقات المتعلّقة بها.

وفي غياب إجراءات في الغرض، تبيّن أنّ الصّندوق تولّى خلال الفترة 2009-2013 خلاص 1,005 مليون فاتورة بمبلغ 27,533 م.د رغم أنّها تتضمن عديد الأخطاء التي تستوجب رفض الخلاص وفقا لمقتضيات الاتفاقيات القطاعية[1] على غرار هوية المضمون الاجتماعي وصندوق الانخراط وتاريخ العلاج.

وجاء في ردّ الصندوق أنّه بصدد "تحيين التطبيقة الإعلامية لمنع أي تغيير في تواريخ العلاج مع العمل على إعطاء الإمكانية للمسؤول عن الهيكل استثنائيا إمكانية تغيير بعض المعطيات في حالات سيتم حصرها".

ومن جهة أخرى، وخلافا لمقتضيات الاتفاقيات القطاعية للأطبآء ومخابر التحاليل الطبية، تولّى الصّندوق خلال الفترة 2008-جوان 2014 خلاص مبلغ ناهز 1,105 م.د يتعلّق بما عدده 57.815 فاتورة بعنوان أعمال طبيّة وتحاليل بيولوجيّة تجاوزت الآجال التعاقديّة لتقديمها منها 104 فاتورة تمّ تقديمها بتأخير تجاوز 12 شهرا. وترجع هذه الوضعية إلى غياب الضوابط الملائمة ضمن تطبيقة التصرف في المنظومة الخاصة، وهو ما يستوجب الإسراع في معالجتها ومباشرة إجراءات استرجاع المبالغ المدفوعة دون موجب.

وتجدر الإشارة إلى أن الصّندوق تولى إثر توصّله بملاحظات فريق الرقابة إدراج التعديلات الضرورية في هذا الشأن أثناء المهمّة الرّقابية.

ومن ناحية أخرى، وفي غياب إجراءات محكمة تحول دون التكفل المضاعف بالأعمال الطبيّة والبيولوجيّة والكشف بالأشعّة والتحاليل البيولوجية، تولّى الصّندوق خلاص 45.790 فاتورة بمبلغ ناهز 563 أ.د خلال الفترة 2008- جوان 2014 تعلّقت بمصاريف علاج مضاعفة دون عرضها على المراقبة الطبيّة المستنديّة. وتعهّد الصّندوق بإخضاع هذه الحالات إلى المراقبة الطبية اللاحقة والمطالبة باسترجاع المبالغ التي وقع صرفها بدون موجب.

وفي سياق آخر، وخلافا لقرار وزير الصحّة العموميّة المؤرّخ في غرّة جوان 2006[2]، تبيّن أنّ الصّندوق تحمّل خلال نفس الفترة 482 أ.د دون موجب بعنوان تكفّل مضاعف بعيادات وأعمال طبية

---

[1] الفصل 35– فقرة 2 من الاتفاقية القطاعية لأطباء الممارسة الحرة.

[2] المتعلق بضبط المصنف العام للأعمال المهنية التي يقوم بها الأطباء مثلما تم تنقيحه بالقرار المؤرخ في 18 مارس 2008 .

تمّ إنجازها في نفس اليوم، و1,626 م.د بعنوان عيادات وأعمال طبيّة تمّت فوترتها في غضون يومين متتاليين.

ولئن أفاد الصّندوق بأنّه تولّى إدراج التعديلات الضروريّة لتلافي هذه الإخلالات فإنّ الدّائرة توصي باسترجاع ما تم دفعه دون موجب عملا بالفصل 7 من الاتفاقية القطاعية الذي ينصّ على أن الصندوق لا يتكفل إلاّ بمصاريف العلاج المسداة وفقا للمصنف العام للأعمال المهنية المذكور آنفا مع اتّخاذ التدابير اللازمة لتحميل مسؤولية مرتكبي هذه الممارسات.

وتبعا لغياب المقاربة بين سجلّي المنتفعين ومسديي الخدمات الصحيّة، تولّى الصّندوق خلال الفترة أفريل 2012– جوان 2014 خلاص 10,096 أ.د لفائدة 84 طبيبا بعنوان الفوترة الذاتية لعيادات وأعمال طبية وذلك خلافا لمقتضيات مجلة واجبات الطبيب والاتفاقية القطاعيّة[1]. وتبيّن أنّ حوالي 30 % من هذه العيادات لم تشفع بأي وصفة طبيّة. كما سجّل الأطبّاء المعنييون تجاوزا في سقف العلاج السنوي بلغ 13,653 أ.د، وهو ما يستدعي من الصندوق مطالبتهم بإرجاع المبالغ التي انتفعوا بها دون وجه والقيام بالإجراءات القانونية المستوجبة في شأنهم.

وفي خصوص خلاص مصاريف الأدوية، لم تمكّن إجراءات الرّقابة المعتمدة بالصّندوق من التفطّن خلال الفترة 2008-جوان 2014 للفواتير التي تخصّ نفس المنتفع ونفس الدّواء الموصوف من قبل طبيب واحد في نفس التاريخ والمقدّمة من قبل صيدليين مختلفين. وقد تعلّقت هذه الوضعية بعدد 5281 فاتورة بمبلغ 12,827 أ.د. ولئن تعهّد الصّندوق "بالتثبّت من محتوى الملفّات العلاجيّة للتأكّد من مشروعيّة ووجاهة هذا التكفل... والمطالبة تبعا لذلك بالمقابل المدفوع دون وجه حقّ" فإنّ الدّائرة توصي باستحثاث إدراج التّعديلات المستوجبة ضمن التطبيقة منعا لمثل هذه التجاوزات مستقبلا.

2- آجال خلاص مسديي الخدمات الصحية

بهدف تقليص آجال خلاص مستحقّات مسديي الخدمات الصحيّة، شرع الصندوق منذ سنة 2009 في اعتماد حوامل الكترونية لكشوفات الأتعاب. وقد سجّلت المبالغ بهذا العنوان تطورا ملحوظا إذ مرّت من 37,506 م.د في سنة 2009 إلى 203,074 م.د في سنة 2013. وبالرغم من ذلك، سجّل خلاص مسديي الخدمات تجاوزا للآجال التعاقدية خاصّة منهم الأطباء حيث بلغ معدل إصدار الأذون بالدفع الفنيّة 69 يوما مقابل أجل حدّد بـ 15 يوما.

[1] الفصل 56 مكرر من الاتفاقية القطاعية لأطباء الممارسة الحرة مثلما تم إضافته بالملحق عدد 7 والذي دخل حيز التنفيذ منذ غرة أفريل 2012.

ونتيجة لغياب الاندماج بين سجلّي الكشوفات المحذوفة وقائمات الانتظار ضمن التّطبيقة، قامت بعض المكاتب الجهوية بحذف 6.878 كشفا من القائمات المذكورة بمبلغ ناهز 13,209 م.د خلال الفترة 2009- جوان 2014. وأدّى ذلك إلى إيقاف احتساب آجال الخلاص وإلى التأثير على مصداقيتها. من ذلك لم يتم إعادة شحن وخلاص 120 كشفا بعنوان سنة 2009 إلاّ في سنة 2010 ممّا أدّى إلى ارتفاع معدّل أجل الخلاص الفعلي إلى 171 يوما.

وتبيّن في نفس السّياق أنّ أعوان الصّندوق تولّوا حذف 7.762 كشفا خلال الفترة 2009-2013 بمبلغ 9,354 م.د[1] دون أن يتم إلى موفّى جوان 2014 إعادة شحنها وهو ما يؤثّر حتما على آجال الخلاص. وتستدعي هذه الوضعية إدراج التعديلات الضرورية صلب التطبيقة المعلوماتية بما يسمح بالإفصاح بتحديد الآجال الفعلية للخلاص.

ج-التحكّم في مصاريف العلاج وإجراءات متابعة سقفه واستخلاص مبالغ تجاوزه

مكّنت أعمال الرّقابة من الوقوف على ملاحظات شملت التحكّم في مصاريف العلاج وإجراءات متابعة سقفه واستخلاص مبالغ تجاوزه.

1- التحكّم في مصاريف العلاج

تضمّن الإطار التعاقدي عدّة آليّات للتحكّم في مصاريف العلاج ومنها الدفتر الصحّي ومنظومة التبادل الالكتروني للبيانات مع مسديي الخدمات الصحية إلاّ أنّ عدم تركيز هذه الآليات لم يساعد على التحكّم في هذه المصاريف.

ولوحظ غياب مؤشّرات مرجعيّة تمكّن الصّندوق من متابعة كلفة العيادات غير المشفوعة بوصفات طبيّة. وتمّ بطلب من الفريق الرقابي تقدير كلفة العيادات المذكورة والتي تمّ خلاصها دون عرضها على المراقبة الطبيّة المستنديّة بما قيمته 46,666 م.د خلال الفترة 2008-جوان 2014 وهو ما يمثل حوالي 20 % من إجمالي العيادات والأعمال الطبية المفوترة.

وجاء في ردّ الصّندوق أنّه "يتمّ حاليا بالتشارك مع ممثلي نقابة أطباء الممارسة الحرة دراسة مقترح الصندوق المتعلق بتجسيد matérialisation كل عيادة ليست مشفوعة بوصفة طبية كمرحلة أولى إلى حين الشروع في استغلال البطاقة المغناطيسية".

---

[1] المبالغ المطالب بها (montants demandés).

وشرع الصندوق منذ سنة 2010 في مسك "قائمة سوداء"[1] لبعض الأطباء بناء على أعمال المراقبة الطبية البعدية ونتائج بعض مهمات التفقد والتدقيق الداخلي ضمّت 180 طبيبا في موفى جوان 2014. وفي غياب إجراءات محكمة لمتابعة مخرجات القائمة المذكورة قام الصندوق يدويا بصفة استثنائية خلاص 39.589 فاتورة خلال الفترة 2010-2012 بمبلغ 778,268 أ.د وهو ما يمثل حوالي 70 % من الفواتير المرفوضة آليّا تبعا لإدراج الأطبّاء المعنيين ضمن القائمة السّوداء.

وعلاوة على غياب إجراءات تضبط المهام المتنافرة وتحدّد حصريا قائمة الأعوان المخول لهم صلاحية الإذن بالخلاص اليدوي عبر الاستثناء المتاح للمراقبة الطبية وكيفية المصادقة على هذه العملية، بيّنت أعمال الرّقابة مباشرة العديد من الأعوان الإداريين لهذه العمليّة حيث تولى 35 عونا المصادقة الطبية بصفة استثنائية على خلاص 12.120 فاتورة بمبلغ 252,673 أ.د وهو ما يمثل 30,61 % من عدد الفواتير الخالصة.

ومن جهة أخرى، أمكن للفريق الرقابي الوقوف على حالة 3.211 طبيبا تولوا خلال الفترة 2010-2012 فوترة 697.025 عيادة تنسحب عليها الضوابط الخاصة بالقائمة السّوداء بقيمة 12,159 م.د غير أنّه تم خلاصها دون تفعيل أي إجراء رقابي طبي مستندي في شأنها. وترجع هذه الوضعية إلى غياب الإدراج الآلي لكل الأطباء الذين يتولون فوترة عيادات تنسحب عليها الضوابط الخاصة بالقائمة المذكورة[2] مما حدّ من نجاعة إجراءات الرقابة الطبية. ونتيجة لذلك لم يتجاوز العدد الفعلي للمدرجين ضمن القائمة المذكورة نسبة 5,31 % من الشريحة المعنيّة.

وفي نفس السّياق، تبيّن أنّ الإجراءات الحاليّة لمسك "القائمة السّوداء" لا تمكّن من تغطية سوى 7,080 م.د أي ما نسبته 15,2 % فقط من إجمالي العيادات غير المشفوعة بوصفة طبيّة وهو ما يرفع من مخاطر دفع أتعاب من طرف الصندوق دون موجب. وتبيّن في هذا الإطار، أنّ 13 طبيبا غير مدرجين ضمن القائمة المذكورة تمكّنوا كلّ في ما يخصه من استخلاص أكثر من 100 أ.د بعنوان عيادات غير مشفوعة بوصفات طبية. وبلغت نسبة العيادات المستخلصة بهذا العنوان حوالي 90 % في بعض الحالات من إجمالي المستحقات.

وأفاد الصندوق إثر قيام الدائرة بموافاته بقائمة في الأطباء المعنيين، بأنّه تولّى إحالة ملف أحد الأطباء المذكورين على القضاء وتعهّد بدراسة باقي الحالات للقيام بالتتبعات اللازمة في شأنها.

---

[1] تهدف هذه القائمة إلى تدعيم إجراءات الرقابة الطبيّة قبل الخلاص.

[2] يتمّ آليا رفض خلاص كشوفات أتعاب الأطباء المعنيين في حالات العيادات المتقاربة ليوم واحد و8 أيام و10 أيام و15 يوما للأمراض العادية وشهرا واحدا وشهرين و3 أشهر للأمراض المزمنة.

وإزاء النجاعة المحدودة لاعتماد القائمة السوداء بالطريقة الحالية، توصي الدّائرة بإعادة النظر في إجراءات مسكها وتحيينها والعمل على توسيع مجالها ليشمل مؤشّرات أخرى على غرار أهمية العيادات غير المشفوعة بوصفة طبية كما توصي الدائرة بتثمينها في توجيه أعمال المراقبة الطبيّة والتفقّد والتدقيق الدّاخلي.

2- متابعة سقف العلاج واستخلاص مبالغ تجاوزه

ارتفعت المبالغ التي تجاوزت سقف العلاج في موفى جوان 2014 إلى 143,728 م.د استأثر بحوالي 58 % منه 11 مكتبا جهويّا من ضمنها مكتب صفاقس الشّمالية بمبلغ 17,408 م.د وارتفع عدد المضمونين الذين تجاوزوا سقف علاجهم السّنوي من 99.287 مضمونا في سنة 2010 إلى 216.725 مضمونا في سنة 2013[1] أي ما يمثّل على التوالي 30 % و44 % من مجموع المنخرطين بالمنظومة الخاصة.

ولم يتوصّل الصّندوق إلى اعتماد البطاقات الذكيّة بهدف التحكّم الآلي في سقف العلاج رغم أنّ ذلك يشكّل المشروع المحوري للمخطط المديري للإعلامية بعنوان الفترة 2009-2012 بكلفة تقديريّة بقيمة 12,6 م.د. وللإشارة لا تمثّل كلفة هذا المشروع سوى 9 % من جملة المبالغ التي تتجاوز سقف المصاريف في موفّى جوان 2014.

ولئن وضع الصندوق بداية من سنة 2010 إجراءات تمكّن من إعلام المضمون الاجتماعي عند بلوغ مصاريف علاجه نسبة 80 % من السقف السنوي فإنّ المكاتب الجهوية للصندوق لم تتولّ خلال سنتي 2010 و2013 مراسلة على التوالي سوى 18.738 مضمونا و26.600 مضمونا أي ما يمثل تباعا 18,87 % و12,27 % من جملة المضمونين المعنيين. ولم تتعدّ في سنة 2012 نسبة المضمونين الذين تمّت مراسلتهم 1,22 % ممّن تجاوزوا سقف علاجهم.

ونصّت هذه الإجراءات كذلك على أن يتولّى الصّندوق إعلام طبيب العائلة بمنظوريه من المضمونين الذين استوفوا سقف العلاج السّنوي وتمّ تأكيد هذا الإجراء بداية من أفريل 2012[2] غير أنّ نسبة المراسلات الموجهة إلى أطباء العائلة تراجعت خلال الفترة المذكورة من 26,69 % إلى 9,25 % وذلك رغم الارتفاع المسجل في عدد المضمونين الذين سجلوا تجاوزا لسقف العلاج بأكثر من 118 %.

---

[1] عدد المضمونين الذين سجلوا تجاوزا في سقف علاجهم خلال كلّ سنة على حده.

[2] الملحق عدد 7 للاتفاقية القطاعية المبرمة مع أطباء الممارسة الحرة من خلال إقرار تعليق خلاص عيادات الأمراض العاديّة لفائدة طبيب العائلة فور توصّل الصّندوق بوصل استلام المراسلة الموجّهة إليه .

وتخلّدت بذمّة المضمونين الذين لم تصدر في شأنهم أيّة مراسلة مبالغ ارتفعت بعنوان السّنوات 2010 و2012 و2013 على التوالي إلى 7,633 م.د و32,162 م.د و37,169 م.د.

وتعكس مختلف هذه المؤشّرات محدودية الإجراءات المعتمدة من قبل الصندوق في متابعة سقف علاج مضمونيه. لذلك تدعو الدّائرة إلى إعادة النظر في هذه الإجراءات بما يمكّن من إحكام تبليغ طرفي المنظومة العلاجيّة.

وبيّنت أعمال الرّقابة أنّ الصّندوق تحمّل خلال الفترة 2012- جوان 2014 مبالغ مالية ناهزت 1,450 م.د بعنوان 63.298 فاتورة تعلّقت بأطبّاء لم يلتزموا بالبنود التعاقديّة[1] التي تنصّ على ضرورة التأشير على الوصفات الطبية بعبارة "سقف علاج مستنفذ" حتى يتولى بقية مسديي الخدمات الصحية استخلاص أتعابهم مباشرة من المنتفعين. وقد ساهم ذلك في تجاوز سقف العلاج من طرف 19.576 مضمونا اجتماعيا.

وتؤكّد الدّائرة على متابعة الحالات المذكورة بما يمكّن من المحافظة على حقوق الصّندوق ومنظوريه. كما توصي الأطراف المعنيّة بالنظر في سبل إحكام تطبيق الإطار التعاقدي بما يجسّد شراكة فعليّة للتحكم في كلفة العلاج.

كما تبيّن أنّ التحميل الخاطئ لمصاريف متابعة الحمل على سقف علاج الأمراض العادية لما عدده 16.152 مضمونا اجتماعيّا أفرز تجاوزا في سقف العلاج بما يناهز 820 أ.د خلال الفترة 2010-جوان 2014. وأفاد الصّندوق بأنّه تولّى تصحيح هذه الوضعيّة إثر تدخّل فريق الرقابة. وتوصي الدّائرة الصندوق بمزيد تحسيس أعوانه ومسديي الخدمات الصحيّة بالتثبّت في الوصفات الطبيّة بما يحول دون مطالبة المضمونين الاجتماعيين بخلاص مبالغ غير مطالبين بها قانونا.

وأطلق الصندوق بداية من مارس 2014 حملة لاستخلاص المبالغ التي تتجاوز السقف والمقدرة بما يناهز 143,656 م.د خلال الفترة 2009-2013. وتمّت دعوة 281.000[2] مضمون لتسوية وضعياتهم. وتبيّن في هذا الإطار، أنّ 25 % من جملة المبالغ التي تتجاوز السقف في موفّى جوان 2014 ترجع إلى سنوات 2011 وما قبلها وهو ما يقلص من حظوظ تحصيلها لإمكانية سقوطها بمفعول التقادم[3]. ولم يتولّ الصندوق إدراج تعديلات محاسبية بعنوان مخصصّات مدّخرات لتغطية المبالغ التي تجاوزت السقف والتي أدركها التقادم إلاّ بتاريخ 12 ديسمبر 2014 بمبلغ جملي قدره 30,273 م.د عند ضبط القوائم الماليّة لسنة 2013.

---

[1] الفصل 90 من الإتفاقية القطاعيّة المبرمة مع أطباء الممارسة الحرة.

[2] العدد الجملي للمضمونين الذين سجلوا تجاوزا في سقف علاجهم خلال الفترة 2009-2013.

[3] وفقا للفصل 24 من القانون عدد 71 لسنة 2004.

ولم يتوصّل الصّندوق في موفّى جوان 2014 إلى إبرام سوى 108.750 التزاما بالدفع مكّن من جدولة 11,11 % من المبلغ الجملي لتجاوز السقف. ولم تتعدّ الاستخلاصات الفعلية 6,927 م.د أي بما يمثّل فقط 4,82 %. وبالنظر في عينة تتكوّن من 939 مضمونا اجتماعيا انتفعوا بهذه الجدولة، تبيّن عدم تطابق بياناتهم المدرجة بتطبيقتي التصرف في المنظومة الخاصة والاستخلاص وذلك نتيجة ورود كشوفات أتعاب مسديي الخدمات المتعلقة بهم بعد إبرام الجدولة. وتجاوز الفارق بالنسبة لحوالي 90 % من الحالات المذكورة 100 % من مبلغ الجدولة ليبلغ 1.079 د.

ومن جهة أخرى، بيّنت أعمال الرقابة ضعف الإجراءات المعتمدة في استخلاص مبالغ التسبقة الجزافية على الأدوية المتخلّدة بذمّة المضمونين الاجتماعيين الذين لم يتجاوزوا سقف العلاج السنوي المخوّل لهم[1] حيث تحمّل الصندوق دون وجه جزءا من المعلوم التعديلي بما قدره 5,121 م.د في موفّى 2013 علما وأنّ 50 % من هذه المبالغ سقطت بمفعول التقادم.

VI- التصرّف في المنظومة العمومية

تمكّن المنظومة العلاجية العمومية المضمون الاجتماعي من الانتفاع بكل الخدمات الصحية التي تسديها في هياكل الصحة العمومية مقابل دفع معلوم تعديلي في حدود سقف سنوي ينتفع على إثره بالإعفاء التام من دفع أي مقابل. وتحمل كلفة العلاج على الصندوق وفقا لاتفاقيات سنويّة تبرم مع وزارة الصحة العمومية.

ومكّنت أعمال الرّقابة من الوقوف على ملاحظات تعلّقت بكلفة العلاج وإجراءات الفوترة بالمنظومة العمومية وبالتكفل بعدد من الخدمات الصحية وبالتكفل بالمعلوم التعديلي وعلاج المعوقين.

أ- كلفة العلاج وإجراءات الفوترة بالمنظومة العمومية

تراجعت نسبة منخرطي المنظومة العمومية من 75,77 % في سنة 2008 إلى 62 % في سنة 2013. وفي المقابل، سجّلت الكلفة الجمليّة للخدمات الصحيّة بهذا العنوان تطوّرا بنسبة 66 % حيث مرّت من 331,211 م.د في سنة 2007 إلى 549,797 م.د في سنة 2013 وهو ما يمثّل حوالي 35 % من جملة الأعباء الفنيّة لأنظمة التأمين على المرض.

وتشمل الكلفة المذكورة الخدمات المفوترة في إطار السّقف السنوي الجزافي التي ارتفعت خلال الفترة 2007-2013 من 222 م.د إلى 398 م.د غير أنه وخلافا للتوجهات الأولية لإصلاح نظام

[1] يتولّى الصيادلة استخلاص 30 % من مبلغ الفاتورة لدى المضمون الاجتماعي بعنوان تسبقة جزافية على المعلوم التعديلي و70 % لدى الصندوق.

التأمين على المرض لم يتمّ إلى موفى جوان 2014 إرساء نظام الفوترة حسب الكلفة الحقيقية للأعمال الطبيّة وتواصل العمل بنظام الفوترة بطريقة جزافية.

كما واصل الصندوق خلال الفترة المذكورة التعهد بمبالغ جزافيّة ارتفعت إلى 495 م.د[1] بعنوان المساهمة في مصاريف العلاج بالهياكل الصحية العمومية غير العاملة بنظام الفوترة بسبب التأخير الذي شهده تنفيذ برنامج تأهيل القطاع العمومي للصحّة من طرف وزارة الصحّة.

ولئن تم إحداث لجنة مشتركة تضم ممثلين عن وزارتي الشؤون الاجتماعية والصحة العمومية والصندوق لتقييم عمليّة الفوترة فإنّ دورها ظلّ محدودا حيث لم تلتزم بدوريّة جلساتها ولم تتولّ إعداد تقارير تقييميّة مشفوعة باقتراحات عمليّة لتطوير عمليّات الفوترة.

ومن جهة أخرى، تحمّل الصندوق خلال الفترة 2007-2013 كلفة الاستغلال الخاصّة بمصحّات الضمان الاجتماعي التي تشمل أعباء الأعوان والاهتلاكات وباقي نفقات التسيير بمبلغ فاق 397 م.د وذلك في غياب إطار قانوني منظّم ومعطيات دقيقة حول الكلفة الحقيقية لمصاريف العلاج بهذه المصحّات.

ب- التكفل بالخدمات الصحية

شملت أعمال الرقابة بعض الخدمات المتمثّلة في خلاص علاج الحروق البليغة لدى مركز الإصابات والحروق البليغة ببن عروس وحصص المعالجة بالأشعة والكشف بالأشعة.

ففي خصوص علاج الحروق البليغة تبيّن أنّ الصندوق تكفّل خلال الفترة 2009-2013 بمصاريف مضاعفة دون موجب بلغت 2,2 م.د. وتعهّد الصّندوق في ردّه بالعمل على استرجاع المبلغ المذكور.

وفي ما يتعلّق بحصص المعالجة بالأشعة، تولّى الصّندوق خلال الفترة 2009-2013 خلاص مبلغ 1,467 م.د بعنوان علاج 818 منتفعا بحصص تجاوزت الحدّ السنوي الأقصى المسموح به طبيا والمضبوط بـ 50 حصة للمنتفع الواحد دون إخضاعها إلى الرقابة الطبية. واتضح أنّ 128 منتفعا تم التكفل بحصص لفائدتهم فاقت 100 حصة في السنة من بينها 10 حالات انتفعت بأكثر من 500 حصة بمبلغ ناهز 306 أ.د.

[1] يتمّ سنويّا صرف مبلغ جزافي إلى وزارة الصحّة العموميّة بعنوان "المساهمة في مصاريف العلاج بالهياكل الصحية العمومية غير العاملة بنظام الفوترة".

ومن جهة أخرى، بيّنت أعمال الرّقابة ضعف الإجراءات المعتمدة لدى الصّندوق للتوقّي من حالات التكفل المضاعف بنفس العمل الطبي لنفس المنتفع تبعا لفوترته من قبل مؤسسة صحية عمومية وأخرى خاصة في آن واحد. من ذلك تمّ الوقوف خلال الفترة 2011- جوان 2014 على حالات تكفّل مضاعف بأعمال كشف بالأشعّة خلال نفس الشهر ولفائدة نفس المنتفعين تمّ إنجازها بهياكل عمومية للصحّة بمبلغ 942,312 أ.د من جهة وبالقطاع الخاص بمبلغ 1,477 م.د من جهة أخرى. كما تمّ الوقوف على التكفل بمصاريف عمليات جراحية لما عدده 10 مضمونين اجتماعيين بمبلغ 61,3 أ.د بصفة مضاعفة في نفس التّاريخ خلال الفترة 2010-2013.

وتوصي الدّائرة بإخضاع هذه الخدمات إلى المراقبة الطبية بهدف التحقق من جدواها وإنجازها الفعلي ممّا يحول دون وقوع تجاوزات في شأنها.

ج-التكفل بالمعلوم التعديلي وعلاج المعوقين

بلغت الأعباء التي تحملها الصندوق بعنوان التكفل بالمعلوم التعديلي في الهياكل الصحية العمومية 5,237 م.د خلال الفترة 2007-2013 يتعلق أكثر من 95 % منها بمنخرطي المنظومة العمومية المصابين بأمراض مزمنة وثقيلة.

وفي غياب قائمة في الأعمال الاستشفائية المتّصلة بعلاج الأمراض المذكورة، تحمّل الصندوق مصاريف بعنوان معلوم تعديلي يتعلّق بأعمال لا صلة لها بالأمراض المذكورة بمبلغ 4,381 م.د بعنوان إقامات استشفائية وبمبلغ 825,619 أ.د بعنوان عمليات ولادة وبمبلغ 222,881 أ.د بعنوان علاج الحروق البليغة.

ومن جهة أخرى، تحمل الصندوق الكلفة الكاملة لعلاج المعوقين بالهياكل الصحية العمومية[1] خلال الفترة 2009-2013 بمبلغ 80,070 م.د في غياب إجراءات رقابيّة للتثبت من مشروعيّة استعمال بطاقة الإعاقة. من ذلك تمّ الوقوف على فوترة مصاريف علاج لأشخاص يحملون هويات مختلفة واستنادا إلى نفس رقم بطاقة الإعاقة. كما تمّ الوقوف على استعمال بعض هذه البطاقات أكثر من 300 مرّة في السّنة الواحدة فضلا عن معاينة حالات أخرى تمت فوترة الخدمات المتعلّقة بها وفقا لأرقام غير مدرجة بالسجلّ المعتمد من قبل وزارة الشّؤون الاجتماعيّة.

[1] وفقا للقانون التوجيهي عدد 83 لسنة 2005 المؤرخ في 15 أوت 2005 والمتعلق بالنهوض بالأشخاص المعوقين وحمايتهم.

وتوصي الدّائرة الصندوق ووزارة الإشراف والهياكل العمومية للصحة بالتنسيق في ما بينها لضبط قاعدة بيانات موحّدة لحاملي بطاقات الإعاقة بما يحدّ من مخاطر تحمّل مصاريف دون موجب.

V- الخدمات الخاضعة للموافقة المسبقة

أفضت الأعمال الرقابية في هذا الخصوص إلى وجود إخلالات تعلقت بالتكفل بالأمراض الثقيلة والمزمنة وبالانتفاع بالحقوق المكتسبة وبالتصرف في الأدوية الخصوصية.

أ- التكفل بالأمراض الثقيلة والمزمنة

تطوّر عدد قرارات التكفل بمرض مزمن من 270.055 قرارا لفائدة 205.541 منتفعا في سنة 2008 إلى 1.079.352 قرارا لفائدة 770.790 منتفعا في سنة 2013.

وتبيّن من خلال النظر في 60 ملف تكفل خلال الفترة 2011- جوان 2014 تعهد بها المركز المحلي بخير الدين أنّ 27 ملفّا منها لا تتوفّر بها بعض الوثائق الطبية الضرورية المنصوص عليها بدليل الإجراءات على غرار الوصفات والتحاليل الطبيّة بالإضافة إلى عدم القيام بكل الإجراءات الطبية اللازمة للتأكّد من صحة عملية التكفل. ولا تساعد هذه الوضعية على التأكّد من صحة عملية التكفل وأحقية المنتفعين بالمبالغ المدفوعة لهم.

أمّا فيما يتعلّق بالمراقبة الطبيّة، فقد أسند الصندوق 11.452 قرارا خلال الفترة 2011-جوان 2014 دون إخضاع الملفات المتعلّقة بها إلى عملية المراقبة الطبية. وتعهّد الصندوق في ردّه بإجراء تدقيق شامل في هذا الشأن.

وبخصوص المراقبة الطبية لبطاقات استرجاع مصاريف الأمراض الثقيلة والمزمنة والتي تهدف إلى التثبّت من توفر جميع مؤيدات الأعمال الطبية ومن مدى ارتباط الأدوية بالمرض المعني، تبيّن أنّ الصندوق قام خلال الفترة 2011-2012 بخلاص 466.311 بطاقة بمبلغ 49,7 م.د دون إخضاعها للمراقبة الطبية منها بطاقات يفوق مبلغها 1.000 د. وقد أفاد الصندوق في هذا الخصوص بأنّ البطاقات المعنية تتعلّق بعلاج استثنائي.

وتولّى الفريق الرّقابي طلب رأي طبيب مستشار بالصّندوق في خصوص عينة شملت 50 بطاقة استرجاع مصاريف. وقد تضمّن رأيه عدم ارتباط الدواء الموصوف بالمرض المزمن مما كان يتعيّن معه تطبيق نسب التكفل الخاصة بالأمراض العادية عوضا عن تلك الخاصة بالأمراض الثقيلة

والمزمنة. وقد تحمّل الصندوق جراء ذلك مصاريف إضافية كان في غنى عنها. وأفاد الصندوق أنّه يجري حاليا التثبت في الحالات التي تمّت إثارتها وسيتم في حال ثبوتها اتخاذ ما يتعين من إجراءات قصد تجنب حدوثها مستقبلا.

وتمّ الوقوف من خلال فحص البيانات المضمّنة بالتطبيقة المعلوماتية الخاصة بالأمراض الثقيلة والمزمنة والمتعلّقة بالفترة 2011-2014 على 190.543 ملفّا تمّ بخصوصها قيام نفس العون بالجمع بين مختلف مراحل عمليّة التكفل والمتمثلة في إدراج البيانات والدراسة الإدارية والمراقبة الطبية والمصادقة. وتفسّر هذه الوضعية بتعوّد الأعوان على تبادل كلمات العبور وذلك خلافا لمذكرة العمل عدد 17 لسنة 2009 حيث تمّ استعمال 38 معرف شبكة للنفاذ للتطبيقة بواسطة كلمة عبور واحدة وهو ما من شأنه أن يؤدي إلى التكفل بمصاريف علاج دون وجه حق مع صعوبة تحميل المسؤوليّات المنجرة عن ذلك. واتضح أيضا تولي أعوان إداريين المصادقة الطبية على 199.453 مطلب تكفّل في الفترة 2011-جوان 2014 ممّا لا يمكن من التأكّد من صحّة عملية التكفل.

ب- الانتفاع بالحقوق المكتسبة

خلافا لمقتضيات الفصل 35 من الأمر عدد 1367 لسنة 2007 تواصل انتفاع منظوري الصّندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية بالتكفل بالأمراض طويلة المدى بعد انقضاء الفترة الانتقالية لهذا التكفّل والمحددة بسنة واحدة وذلك حسب نفس الشروط ونسب التكفل الجاري بها العمل قبل دخول الأمر المذكور حيز التنفيذ. وقد تحمّل الصندوق بهذا العنوان مبلغا قدره 150 م.د شمل 77.000 مضمون إلى موفى جوان 2014.

وتبيّن فضلا عن ذلك أنّ الصندوق قام بمنح إمكانية التمتع بالحقوق المكتسبة دون وجه حق إلى 84.665 منخرطا من الصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية ظهرت أمراضهم بتاريخ لاحق لدخول النظام حيز التنفيذ وذلك خلافا لمقتضيات الفصل 34 من الأمر سالف الذكر وخرقا لمبدإ المساواة بين المضمونين الاجتماعيين.

وتبيّن في سياق متّصل، أنّ الصندوق تكفّل خلال فترة 2011-2014 لفائدة المضمونين المنتفعين بالحقوق المكتسبة بخدمات صحية مقدمة من طرف أطباء غير متعاقدين بمبلغ 2,458 م.د وبمصاريف إقامات استشفائية لدى مصحات خاصة غير متعاقدة معه بقيمة 167,687 أ.د.

كما اتّضح تمتّع 1.134 منخرطا بالمنظومة الخاصّة بامتياز الحقوق المكتسبة دون وجه حق حيث صرف لفائدتهم مبلغ 1,1 م.د وذلك خلافا لمقتضيات الفصل 34 سالف الذكر الذي ينصّ على ضرورة الانخراط بمنظومة استرجاع المصاريف للتمتع بهذه الحقوق. وإثر تدخّل الفريق الرقابي بادر

الصندوق بإيقاف انتفاع هذه الفئة بامتياز الحقوق المكتسبة مقابل تمكينها من تغيير صيغة التكفل خارج الآجال القانونية حتى تتاح لها فرصة المحافظة على حقوقها.

ج - التكفّل بالأدوية الخصوصية

تم بعد إحداث الصندوق مراجعة إجراءات التكفّل بالأدوية الخصوصيّة[1] قصد توحيدها وتقليص آجال النظر في مطالب التكفّل بها. وتنظر اللجان الطبية في هذه المطالب وتتولى إصدار قرارات التكفل التي يتم توجيهها إلى مصحّات الضمان الاجتماعي بالعمران وسوسة وصفاقس. وبلغـت الأعباء المتعلقّة بهذه الأدوية في سنة 2013 ما قيمته 327,992 م.د وهو ما يمثّل حوالي 20 % من جملة الأعباء الفنية لأنظمة التأمين على المرض للصندوق.

واتّضح أنّ الصندوق يتولّى خلاص كلفة الأدوية الخصوصيّة دون مقاربة كميّات الأدوية المقتناة من قبل المصحّات المذكورة بالكميّات المضمّنة بقرارات التكفّل. ولا تمكّن هذه الوضعية من ترشيد عملية الاقتناء كما لا تسمح بالمحافظة على الموارد المالية للصندوق خاصّة في غياب إطار تعاقدي يسمح بإحكام التصرفّ في هذه الأدوية.

وتبيّن من جهة أخرى أن الصندوق لا يقوم بمتابعة استهلاك الأدوية الخصوصية ممّا يحول دون التأكّد من تسليمها لفائدة مستحقيها ووفقا للكميّات المنصوص عليها بقرارات التكفّل.

وقصد التثبت في عملية التصرف في مخزون الأدوية الخصوصية بمصحّة العمران قام الفريق الرقابي برقابة ميدانيّة بتاريخ 12 جوان 2014 أفرزت نقصا في المخزون قدّر بمبلغ 37 أ.د. كما اتّضح وجود مخزون من الأدوية الخصوصية بالمصحة المذكورة بقيمة 47 أ.د انتهت مدة صلوحيتها. وبعد التثبت مع مصالح المصحّة المذكورة تبيّن أنّ هذه الأدوية مخصّصة لطلبيات مشخّصة باسم المنتفع لم يتمّ تسليمه إياها إما لوفاته أو لأسباب أخرى.

كما تمّ من خلال عمليات تدقيق قام بها فريق الرقابة بمصحّة صفاقس، الوقوف على نقص في مخزون الأدوية الخصوصيّة بمبلغ قدره 9,491 أ.د. وبرّر رئيس مصلحة الصيدلية بنفس المصحّة هذا النقص بتسليم بعض الأدوية على وجه الخطأ أو بوجود أخطاء عند تسجيل كميات الأدوية بالمنظومة الإعلامية أو عند تسليمها إلى المرضى.

---

[1] تشمل الأدوية الخصوصية الأدوية الضرورية والحياتية غير المدرجة ضمن القائمة المعتمدة من طرف المستشفيات العمومية والتي يتم وصفها بعنوان بعض الأمراض على غرار أمراض السرطان ونقص المناعة وهرمونات النمو والتهاب الكبد.

وتوصي الدّائرة بضرورة اتّخاذ الإجراءات الكفيلة بتفادي هذه الإخلالات وبإحكام التصرّف في الأدوية الخصوصيّة خاصّة أمام ارتفاع كلفتها.

*

* *

تمّ تركيز نظام التأمين على المرض المحدث في سنة 2004 لإصلاح منظومة التغطية الصحيّة سواء من حيث صيغ الانتفاع بخدماته أو الهياكل المتدخّلة في إدارته. وامتّد دخوله حيّز التنفيذ على أكثر من ثلاث سنوات تمّ خلالها سنّ مجموعة من النّصوص الترتيبيّة في الغرض.

وانطلق الصّندوق منذ شهر جويلية 2007 في إسداء الخدمات لمنظوريه دون تفعيل بعض الشروط الأوّليّة الضرورية لهذا الإصلاح ومنها أساسا تأهيل القطاع العمومي للصحّة وإرساء نظام الفوترة حسب الكلفة الحقيقيّة وتكوين قاعدة بيانات موحّدة حول المنتفعين ومندمجة مع قواعد البيانات لدى كلّ من الصّندوق الوطني للضّمان الاجتماعي والصّندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعيّة بالإضافة إلى تطوير نظام للتبادل الالكتروني للبيانات مع مسديي الخدمات الصحيّة واستغلال البطاقة الصحيّة الذكيّة وتجسيم مشروع الدفتر الصحي المشخص إلى جانب صياغة بروتوكولات علاجيّة وطنيّة.

وحدّ تعدّد الإشكاليّات المتصلة بتطبيق الإطار التشريعي والتعاقدي من توفّق الصندوق في إحكام التصرّف في نظام التأمين على المرض، حيث أدّى عدم ضبط معايير الانتفاع بالحقوق المكتسبة والاستجابة لوضعيّات اجتماعيّة متأكّدة في غياب إطار قانونيّ ينظّمها مثل التكفّل بمصاريف أدوية الأمراض الثقيلة والمزمنة غير المتوفّرة بالهياكل الصحيّة العموميّة والتكفّل بالأدوية الخصوصيّة إلى تضخّم الأعباء الفنّية للصندوق.

وإضافة إلى النّقائص المذكورة، انعكست إخلالات مختلفة أخرى سلبا على مستوى التصرف في الصّندوق، منها عدم استكمال أدلّة الإجراءات وتطوير الضوابط الضروريّة ضمن التطبيقات المعلوماتيّة لإحكام التكفّل بالخدمات وعدم نجاعة أساليب متابعة سقف العلاج واستخلاص المبالغ التي تجاوزته فضلا عن عدم توفر جرد شامل لملفات انخراط مسديي الخدمات الصحية وضعف إجراءات الرّقابة الطبيّة وعدم احترام آجال الخلاص. وقد حدّت كلّ هذه النقائص من إحكام الصندوق لإدارة نظام التأمين على المرض وهو ما حمّله مصاريف دون موجب كان لها أثر سلبي مباشر على توازناته الماليّة.

ولتفادي النّقائص المشار إليها بهذا التقرير، توصي الدّائرة الصّندوق وبقية الأطراف المتدخّلة في إدارة نظام التأمين على المرض، باتّخاذ الإجراءات اللاّزمة لتطوير نظامه المعلوماتيّ من خلال إحكام التصرّف في سجلاّت المنتفعين ومسديي الخدمات الصحيّة والأدوية مع وضع آليّات فعالة للتحكّم في قواعد افتتاح الحقّ في العلاج وكلفته فضلا عن إعادة النظر في التطبيقات المستعملة للتصرف في نظام التأمين على المرض.

وإذ تؤكّد الدّائرة على وجوب احترام شروط وإجراءات الانتفاع بخدمات التأمين على المرض فإنّها توصي بوضع حدّ لتواتر الاستثناءات ومنها على وجه الخصوص تدخّلات اللّجنة الاستشاريّة لتطبيق أنظمة الضّمان الاجتماعي بما يمكّن من تكريس مبادئ الشفافيّة والمساواة وتكافؤ الفرص. كما يتعيّن على الصّندوق مواصلة متابعة الاخلالات التي نجم عنها تحمّله لمصاريف بدون موجب ومساءلة المسؤولين عنها وفق ما ينصّ عليه الإطار القانوني الجاري به العمل في المجال.

وتوصي الدّائرة بتعميم أدلّة الإجراءات لكلّ الخدمات المتكفّل بها وبإحكام أساليب المراقبة الطبيّة وتدعيم آليّات السّلامة المعلوماتيّة بما يضمن حسن التصرّف في المنظومات العلاجيّة الثلاث والخدمات الخاضعة للموافقة المسبقة وإضفاء الشفافيّة اللاّزمة على أعمال الصندوق.

وبهدف تحسين جودة الخدمات، يتعيّن على الصّندوق احترام الآجال والتعريفات التعاقديّة والإسراع في اعتماد مشروع البطاقة المغناطيسيّة بما يعزّز قدرته على إحكام المتابعة الحينيّة لأوجه التكفّل وتلافي الإخلالات الممكنة خاصّة منها المتعلقة بمتابعة مصاريف العلاج واستخلاص المبالغ التي تتجاوز السقف المحدّد.

وإزاء اختلال التوازنات الماليّة لنظام التأمين على المرض بسبب تضخّم مصاريف العلاج، وتشعّب صيغ التكفّل وتعدّد الإشكاليّات المطروحة سواء المتصلة منها باستخلاص مستحقّات الصندوق لدى صندوقي الضمان الاجتماعي أو بتطبيق الإطار التعاقدي أو بالعلاقة مع المضمونين الاجتماعيين، على غرار الترفيع في التعريفات التعاقديّة وفي السقف السّنوي للعلاج، توصي الدّائرة باستحثاث أعمال المجلس الوطني للتأمين على المرض في مجال تقييم هذا النظام ومراجعة محتواه بما يكفل استدامة إسداء خدمات الصندوق.

ردّ وزارة الشّؤون الاجتماعية

ستتولّى وزارة الشؤون الاجتماعية تدارك الإخلالات والنقائص التي تّم تضمينها بتقرير دائرة المحاسبات المتعلّق بالصندوق الوطني للتأمين على المرض والعمل على تجسيم ما تضمنه من مقترحات بالتّنسيق عند الاقتضاء مع الصندوق المعني.

ردّ الصندوق الوطني للتأمين على المرض

يفسّر تطوّر عجز النّظام بارتفاع مصاريف الأمراض الثقيلة أو المزمنة والأدوية الخصوصية بالإضافة إلى ارتفاع كلفة الخدمات الصحية في القطاع الخاص.

ومثلما تمت الإشارة إليه بالتقرير فقد ارتفع عدد المنتفعين بقرارات التكفل بمرض ثقيل أو مزمن ساري المفعول من 205541 في سنة 2008 إلى 689665 في سنة 2012 أي بنسبة تطور بلغت 235 % وتطور عدد قرارات التكفل بمرض مزمن سارية المفعول من 270055 قرارا في سنة 2008 إلى 956006 في سنة 2012 أي بنسبة 254 %.

وبالنسبة لاستخلاص المساهمات الراجعة للصندوق الوطني للتأمين على المرض من لدن صندوقي الضمان الاجتماعي تم عقد جلسات عمل مع مسؤولي الصندوقين وقد تعهد الصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية الذي يحظى بالنصيب الأكبر من الدّين بدفع المساهمات موضوع الدين على أقساط. ولئن لم يتوصل الصندوق إلى حد هذا التاريخ بأي مقترح في الغرض بعنوان المبالغ الآنف ذكرها، فإنه سيتم مواصلة العمل مع الصندوقين المذكورين بغية إيجاد آلية لاستخلاص المساهمات.

- منظومة استرجاع المصاريف

- بالنّسبة لتجاوز التعريفات التعاقديّة، قام الصندوق على إثر ملاحظات الفريق الرقابي بتفعيل مقتضيات المذكّرة الصّادرة في الغرض عن إدارة العلاقات التعاقدية والرامية إلى لفت نظر كل مسدي خدمة متجاوز للتعريفات التعاقدية والحرص على إيجاد الآليات اللازمة للمتابعة واتخاذ التدابير الضرورية عملا بالاتفاقيات والقوانين العامة في الغرض.

كما يذكّر الصندوق بفحوى إجابته على التقرير الأولي بأن تتولى دائرة المحاسبات إعلام العمادات والتمثيلات المهنية بفحوى الملاحظات التي أفرزتها الأعمال الرقابية والمتعلقة بتجاوز بعض المهنيين للتعريفات التعاقدية مع العلم وأنّ الصندوق قام باتخاذ إجراءات تمكّن من إعلام الأطبّاء بالتجاوز المذكور خاصة على مستوى منظومة الطرف الدافع.

وبالنّسبة للتكفّل بمصاريف العلاج لفائدة مضموني المنظومة العلاجيّة الخاصة، يمكّن الصندوق منظوريه من استرجاع مصاريف الخدمات الصحية المسداة في إطار المنظومة العلاجية الخاصة في صورة احترام المسار المنسّق للعلاج وهي وضعيّة وإن كانت في الظاهر مخالفة لأحكام الأمر عدد 1367 المؤرخ في 11 جوان 2007 الذي نص على القاعدة العامة للتكفل ولم يميّز بين قواعد الانتفاع بالخدمات الصحية في المنظومة العلاجية الخاصة وآلية التكفل المعمول بها في إطار هذه الصيغة حيث أن صيغة الطرف الدافع هي امتياز يمنح للمضمون الاجتماعي الذي يختار المنظومة العلاجية الخاصّة، أي المسار المنسق للعلاج إلا أنه وفي صورة عدم انتفاعه بهذه الصيغة لأي سبب من الأسباب (رفض الطبيب أو الصيدلي أو أي مسدي خدمة آخر) فإنّه لا يمكن حرمانه من التداوي وفق صيغة استرجاع المصاريف شريطة احترامه للمسار المنسق للعلاج المنصوص عليه بالأمر المذكور.

ولا ينفي تمكين المضمون الاجتماعي من استرجاع المصاريف مخالفة مقدّمي الخدمات الصحية لالتزاماتهم التعاقدية، إلا أنه من غير المنطقي حرمان المضمون الاجتماعي من استرجاع المصاريف نتيجة إخلالات تعاقدية قام بها الطبيب خاصة وأنّ المضمون الاجتماعي يجد الكثير من الحرج في إلزام طبيبه المباشر بالعمل بصيغة الطرف الدافع نظرا لخصوصية العلاقة بين الطبيب والمريض عموما. إلاّ أنه وفي صورة تقدّم المضمون الاجتماعي بعريضة في الغرض فإنّ الصندوق يتدخل من أجل حمل مقدّم الخدمة الصحية على العمل بصيغة الطرف الدافع.

على أنّه تمّ الشّروع في إعادة تنظيم نظام التأمين على المرض باعتبار النتائج المتوصّل إليها بتشريك جميع الأطراف.

وبالنّسبة للتّكفل بمصاريف أدوية علاج الأمراض الثقيلة والمزمنة حسب صيغة استرجاع المصاريف بالنسبة لمضموني المنظومة العمومية، تمت مراسلة وزارة الإشراف ووزارة الصحة في الغرض بحيث تم التوصل إلى حل يتم بمقتضاه إما توظيف هذه المصاريف في تدعيم الصيدليات العمومية التي يفترض، حسب الاتفاقيات المبرمة في الغرض، توفير العيادة الصحية والأدوية المترتبة عنها إلا أنه لم يتم تجسيم هذا الهدف خلال الفترة 2012-2014 بموجب عدم التزام الهياكل الصحية بعدم إصدار بطاقات استرجاع المصاريف بعنوان أدوية الأمراض المزمنة.

وتبعا لذلك تضمنت الإتفاقية في سنة 2015 إيقاف العمل بهذا الإجراء بتاريخ 31 ديسمبر 2015.

وتعتمد عملية تصفية بطاقات استرجاع مصاريف العلاج على الرأي الطبّي إلاّ أنه نظرا لتفاقم عدد الملفات التي يتم عرضها على الطبيب المستشار بمختلف المراكز الجهويّة والمحلية تم إرساء ضوابط تستند على المراجع الطبية في الغرض وتم إدراج هذه الضوابط الطبية بالتطبيقات الإعلامية "PARAMETRAGES".

وبالاستناد على هذه المراجع، يتم إخضاع بطاقات استرجاع المصاريف إلى عملية مراقبة طبية آلية مما يمكّن من إبداء الرأي الطبي دون عرض الملف على الطبيب المستشار.

مع الإشارة إلى أنّه تمّ التخلّي عن إجراء إخضاع بطاقات استرجاع مصاريف العلاج التي تجاوز مبلغها 140 د أو قيمة أدويتها 70 د للمراقبة الطبية بصفة آلية في إطار مراجعة الضوابط الطبية بالتطبيقات الإعلامية.

وتمّ اللجوء إلى الأطباء المباشرين المؤقتين أمام تضاعف عدد الملفّات المعروضة على أنظار المراقبة الطبية وذلك بهدف تقليص آجال الملفات، هذا وإن الصندوق يعمل حاليا على تفادي هذه الوضعية من خلال انتداب أطباء مستشارين كامل الوقت وإيقاف التعامل مع الأطباء المؤقتين بداية من سنة 2016.

- المنظومة العلاجيّة الخاصّة

تم في مرحلة أولى، إيقاف تسجيل مضمونين اجتماعيين جدد لدى أطباء الاختصاص ويرجع هذا الاختيار إلى بداية فترة إرساء النظام الذي استوجب اتخاذ إجراءات استثنائية تمكّن عامة مسدي الخدمات من الانخراط في النظام الجديد بداية من سنة 2011. وستتم تسوية وضعية المضمونين الاجتماعيين المسجلين سابقا لدى أطباء الاختصاص في مرحلة ثانيـة وقد قام الصندوق بحملة لإصلاح هذه الوضعية إضافة إلى اعتماد الأتعاب التعاقدية الخاصة بطبيب العائلة عند قيام الطبيب المختص بهذا الدور.

وتم العمل على إعداد إستراتيجية في مجال رصد الإخلالات والحد من ظاهرة التجاوزات وذلك من خلال عقد جلسات عمل تشمل مختلف الإدارات في إطار تنسيق الجهود لتدعيم وتسريع نسق الإصلاح حيث تم وضع معايير متابعة وتحيين التطبيقة الإعلامية علاوة على إرساء لجان جهوية لمتابعة ورصد التجاوزات على أن الصندوق شرع في عملية تقييمية شاملة على هذه المنظومة بما سيمكن من تفادي هذه الوضعيات مستقبلا.

- المنظومة العمومية

إنّ خلاص الكشوفات والأعمال الطبية المسداة لمنظوري الصندوق بالمؤسسات الصحية حسب الكلفة الحقيقية للأعمال هو مطلب دائم للصندوق وتم تجديده دوريا بمناسبة المناقشة السنوية الأخيرة بخصوص اتفاقية فوترة الخدمات مع الهياكل الصحية الإستشفائية

العمومية إلا أن وزارة الصحة لم تتمكن من إرساء نظام الفوترة حسب الكلفة وتواصل العمل بالمبالغ الجزافية.

أما بالنسبة لتسجيل فواضل على مستوى استهلاك السقف بالنسبة لبعض المؤسسات وتراكم الفواتير بالنسبة لمؤسسات أخرى، فإنّ هذا التوزيع يندرج في إطار صلاحيات وزارة الصحة التي تتولى توزيع المبالغ المخصصة لكل مؤسسة.

أما بخصوص تكفل الصندوق بتمويل ميزانية مصحات الضمان الاجتماعي، فذلك يتم في إطار الاتفاق المبرم في سنة 2004 بين وزارة الإشراف والأطرف الاجتماعية حيث ورد بالفقرة الخاصة بمصحات الضمان الاجتماعي ما يلي " أكد الطرفان على مكاسب المضمونين الاجتماعيين في الضمان الاجتماعي واتفقا على الإبقاء على مصحات الضمان الاجتماعي كجزء لا يتجزأ من المنظومة العلاجية في القطاع العمومي وتحت إشراف وزارة الشؤون الاجتماعية والتضامن حتى تواصل أداء رسالتها النبيلة لفائدة كافة المضمونين الاجتماعيين" .

وبالنسبة لدعم إجراءات الرقابة، يتمّ العمل حاليا على إرساء آليات المتابعة والتقييم الداخلية. فبالإضافة إلى تدعيم التأطير بهياكل التدقيق الداخلي والتفقد الإداري والفني، تم سد الشغور على مستوى وحدة السلامة المعلوماتية وتكليف طبيب مدير مركزي بوظيفة التنسيق بين مختلف الوحدات المعنية بالتأمين على المرض.

وعلاوة على ذلك تم وضع ضوابط متابعة " PARAMETRAGES " وتحديد برنامج عمل لإرساء لوحات القيادة وسيتم العمل على تفعيل العمل بمنظومة " ايكوستات " وتعميم استعمالها أو ما يعادلها.

هذا وسيتمّ الحرص على التنسيق مع مختلف الأطراف المتدخلة قصد تطبيق التوصية المتعلقة بإرساء نظام الفوترة حسب الكلفة الحقيقية بالتنسيق مع وزارة الصحة وتعميمه على كافة الهياكل الصحية العمومية وضبط قاعدة بيانات موحدة لحاملي بطاقات

الإعاقة بالاشتراك مع وزارة الشؤون الاجتماعية وتدعيم إجراءات المراقبة الطبية بما يحدّ من مخاطر تحمل مصاريف دون موجب.

وبالنّسبة للانتفاع بالحقوق المكتسبة، فقد تم في إطار الاتفاق المبرم في سنة 2004 بين وزارة الإشراف والأطراف الاجتماعية، حيث ورد بالفقرة الخاصة بالحقوق المكتسبة ما يلي " أكد الطرفان على أن مشروع الإصلاح جاء لتحسين الخدمات الصحية المسداة لمختلف أصناف المضمونين الاجتماعيين واتفقا بالتالي على المحافظة على الحقوق المكتسبة لكل القطاعات المعنية في مجال التغطية الصحية "، مع التـأكيد على حرص الصندوق على إرساء ضوابط معلوماتية بالنسبة للمنخرطين الذين نشأت أمراضهم بتاريخ لاحق لدخول النظام حيز التنفيذ يحدّ من هذه الإخلالات.

وبالنّسبة إلى إحكام التصرف في الأدوية الخصوصية المتكفل بها ومتابعة الاستهلاك ومقاربة كميات الأدوية المقتناة بالكميات المضمنة بقرارات التكفل، فقد تمّ بتاريخ 18 سبتمبر 2015 إمضاء اتفاقية مع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي حول التصرف في الأدوية الخصوصية والمستلزمات الطبية والمواد الصيدلانية غير الدوائية المسداة للمضمونين الاجتماعيين.

وبخصوص غياب بروتوكولات علاجية وطنية، تولّى الصندوق مراسلة الهيئة الوطنية للاعتماد في المجال الصحّي منذ 20 نوفمبر 2013 للتنسيق معها قصد إعداد المقاييس والمواصفات والبروتوكولات العلاجية المتعلقة بعدة أمراض لإنجاز مشروع بروتوكول تعاقدي واقترح الصندوق المشاركة فنيا وماديا في تركيبة وعمل اللجان التي ستتولى هذه المهمة.

وتلقى الصندوق مراسلة الهيئة بتاريخ 8 جوان 2015 حول إعداد المقاييس والمواصفات والبروتوكولات العلاجية مفادها أنّ المصالح المختصة بصياغة توصيات حسن الممارسة العلاجية صلب الهيئة بصدد إعداد دليل مرجعي لصياغة الممارسات

العلاجية ودليل آخر لتكييف توصيات حسن الممارسة تحت إشراف خبراء دوليين في المجال وبالمشاركة مع مهني الصحة.

ويسعى الصندوق إلى البحث عن حلول عملية تمكّن من مواصلة التحكم في التوازنات المالية الجملية والتحكم في العجز المسجل بنظام التأمين على المرض بتشجيع الجميع على ترشيد الاستهلاك الصحي والحثّ على اعتماد أنظمة تكميلية للتأمين.

وفيما يخصّ متابعة العلاقات مع مسدي الخدمات الصحية، تمّ الاتفاق مع بعض القطاعات (الأطباء وأطباء الأسنان والصيادلة) على إحداث لجان جهوية متناصفة تمثل الدرجة الأولى للتسوية الرضائية للنزاعات الممكن حدوثها، وقد تمّ التنصيص ضمن الاتفاقيات القطاعية الخاصة بهذه القطاعات على مهام هذه اللجان الجهويّة وتركيبتها وطرق أعمالها.

ومنذ سنة 2010 وفي إطار تقييم العلاقات التعاقدية ومراجعة الاتفاقيات وسعيا إلى مزيد تفعيل دور هذه اللجان الجهوية المتناصفة في مجال تسوية النزاعات، تمّ الاتفاق على التوسع الجغرافي لهذه اللجان والترفيع في عددها وتكوين فريق مشترك بين الصندوق والنقابة لإعداد دليل إجراءات التصرف في أعمال اللجان الجهوية المتناصفة لتوحيد طرق التعاطي مع ملفات النزاع وتوضيح سبل تبادل المعلومات والوثائق بين جميع الهياكل المتدخلة (خاصة محاضر الجلسات والقرارات).

وقد تدارك الصندوق هذه الوضعية بإمضاء دليل إجراءات التصرف في أعمال اللجان الجهوية المتناصفة الخاصة بالأطباء في سنة 2011. أمّا بالنّسبة للصيادلة، فقد تمّت المصادقة بين الطرفين على الصيغة النهائية للدليل للإمضاء، كما تمّ في نفس السياق الترفيع في عدد اللجان القطاعية للصيادلة.

– آليات تقييم نظام التأمين على المرض

إيمانا منها بضرورة إضفاء مزيد من النجاعة على آليات تقييم نظام التأمين على المرض، قامت الإدارة المركزية لمنافع التأمين على المرض والعلاقات التعاقدية بتاريخ 21 أفريل 2015 بتنظيم جلسة عمل ضمت كل من الإدارة المركزية لمنافع التأمين على المرض والعلاقات التعاقدية وإدارة الدراسات والإحصائيات والإدارة المركزية للمراقبة الطبية وإدارة الدراسات الإعلامية وذلك قصد البحث في السبل الكفيلة بتطوير آليات تقييم إسداء خدمات التأمين على المرض، وتم الاتفاق على تحيين منظومة "إيكوستات" وعرضها على الإدارة العامة للمصادقة وعلى العمل على تركيز تطبيقه إعلامية خاصة بتجميع وتنظيم وتخزين المعلومات التي توفرها قواعد البيانات بشكل يمكّن خاصة من توحيد المراجع الإحصائية التي تساعد على أخذ القرار.

كما قامت الإدارة المركزية للتأمين على المرض وعلى إثر موافقة الإدارة العامة بتاريخ 14 ماي 2015 بالشروع في إحداث لجنة تعنى بتحديد وتصميم لوحات القيادة سعيا منها لمزيد تطوير أدوات المتابعة والمراقبة التي من شأنها أن تساعد على اتخاذ القرارات المناسبة والإجراءات التصحيحية السريعة. وتتكون هذه اللجنة من ممثلين عن الإدارة العامة والإدارة المركزية لمنافع التأمين على المرض والعلاقات التعاقدية وإدارة الدراسات والإحصائيات والإدارة المركزية للمراقبة الطبية وإدارة الدراسات الإعلامية وإدارة مراقبة التصرف وإدارة التدقيق الداخلي والمراكز الجهوية.

وتعدّ لجنة التجاوزات لجنة متابعة بالأساس، حيث تتكون من مختلف الإدارات التقنية والرقابية للصندوق وهي تسهّل عملية التنسيق بين مختلف المتدخلين لإضفاء المزيد من النجاعة في التعامل مع مثل هذه الملفات على أنه تمّ تحديد مجال تدخلها وتجسيم هيكلتها ضمن الهيكل التنظيمي الجديد للصندوق.

- التصرّف في السجلاّت المرجعيّة

وبالنّسبة لمبدأ عدم الجمع بين المهام المتنافرة، يتعيّن تحقيق التوازن بين واجب إسداء الصلاحية ومحدودية الموارد البشرية. إلا أنه ينتج في بعض الأحيان جمع بين المهام

المتنافرة علما وأن تصفية الملفات يجب أن تتم في آجال مقبولة مع الإشارة إلى أنّ الصندوق سجل تحسنا ملحوظا في هذا المجال خلال السنوات المنقضية بالتوازي مع دعم موارده البشرية. وقد تم إصدار مذكرات عمل في الغرض وسيتواصل مجهود الصندوق في هذا الإطار. وبالإضافة إلى ذلك تمت مراسلة المراكز المعنية بالملاحظة بغية تقويم هذه الوضعية.

وقامت اللجان الوطنية القطاعية في بعض الأحيان بتعليق تعاقد مسدي الخدمات الصحية بمفعول رجعي وهو ما قد تسبب في صرف بعض الأموال بدون وجه حق، خاصة بصيغة استرجاع المصاريف، وقد قام ممثلو الصندوق صلب اللجان بتحسيس الرؤساء بهذا الإشكال وتم التخلّي عن هذا التمشّي.

وتبعا لتلقي الصندوق مراسلة من قبل وزارة الصحة بتاريخ 27 ديسمبر 2012 حول استغلال مؤسسة صحية لآلة المفراس دون الحصول على الترخيص النهائي للوزارة ودعوة الصندوق إلى إيقاف التعامل معها في هذا المجال، تعهد الصندوق بالمطلوب، كما بادر بدعوة جميع المؤسسات الأخرى التي تقوم بفوترة أعمال الكشف بالمفراس للصندوق إلى مدّه بالترخيص النهائي لاستغلال الآلة ذات الصلة. كما تمت موافاة المصالح المختصة بقائمة هذه المؤسسات لتحديد المؤسسات التي لم تتحصل على الترخيص النهائي من الوزارة.

وتوصّل الصندوق بتاريخ 22 أكتوبر 2013 بردّ الوزارة حول تحديد المؤسسات التي لم تتحصل على الترخيص النهائي في استغلال الآلة من قبل الوزارة. كما بادر بتسوية وضعية المؤسسات التي استجابت لمراسلة الصندوق في مرحلة ثانية. وبالاعتماد على القائمة المحددة من قبل الوزارة تمت مراسلة المؤسسات التي لم تتحصل على الترخيص النهائي ومنحها أجلا يتم بعد ذلك إيقاف التعامل معها في هذا المجال. وقد تم بتاريخ 3 فيفري 2014 تحديد قائمة المؤسسات التي قام الصندوق بتعليق التعامل معها في مجال الكشف بالمفراس.

وبالنسبة لشطب انخراط مسدي الخدمة بسبب الوفاة أو غلق العيادة لا يقع إبلاغ مصالح الصندوق عادة في الإبان وبالتالي تتم عملية الفسخ بصفة متأخرة، إلاّ أن تاريخ الفسخ يكون حسب التاريخ الفعلي مع العلم أن الصندوق يعتمد على كافة الوسائل المتاحة لتقصّي المعلومة بوجود تغييرات بوضعية مسدي الخدمات، من ذلك : وزارة الصحة - الاتصال المباشر بمسدي الخدمات - المضمونين الاجتماعيين وفي بعض الأحيان إعلانات الوفيات بوسائل الإعلام. ويتم التنسيق مع الهيئات المهنية والنقابية لوضع آليات تمكّن من الإعلام الحيني للصندوق بالتغييرات التي قد تطرأ على وضعيات مسدي الخدمات الصحية لاتخاذ الإجراءات اللازمة في الغرض.

مع الإشارة إلى أنه يتعين على مسدي الخدمات إعلام الصندوق بوجود أي تغيير على وضعيته المهنية عن طريق مطالب تقدّم للمركز الراجع له بالنظر وتتم إحالتها إلى الإدارة المركزية أو تقدم مباشرة إلى الإدارة المركزية لأنّ التحيين في سجلات انخراط مسدي الخدمات لا يتم إلا على المستوى المركزي.

وأما بالنسبة لسجلّ المضمونين الاجتماعيين، لم يتسنّ للصندوق إرساء قاعدة بيانات خاصة به نظرا لأجل وضع النظام حيز التنفيذ وهو ما اضطره إلى الاعتماد على المعطيات المسجلة بالمنظومة الإعلامية لصندوقي الضمان الاجتماعي وهو تمشّي تم اتخاذه من قبل وزارة الإشراف وصناديق الضمان الاجتماعي منذ الفترة السابقة للإصلاح (بالرغم من تضمنه بعض المخاطر) ويسعى الصندوق إلى مراقبة المعطيات المحالة من الصندوقين وتحسين وتيرة الحصول عليها. ومن ناحية أخرى فقد اضطرّت هذه الوضعية الصندوق إلى إدخال التعديلات الضرورية على وضعية المضمونين الاجتماعيين بعد الإدلاء بما يفيد ذلك في الحالات المتأكدة والإستعجالية وذلك نظرا لوتيرة الحصول على المعطيات من قبل صندوقي الضمان الاجتماعي وطبيعة الخدمات التي يسديها الصندوق.

ويعمل الصّندوق حاليّا على إحكام التّنسيق مع صندوقي الضّمان الاجتماعي في المجال واتخاذ ما يتعين من آليات لتنقية سجلّ المضمونين الاجتماعيين مع الإشارة وأن

مركز البحوث والدراسات الاجتماعية يتولى حاليا الإشراف على مشروع إعداد المعرف الاجتماعي الوحيد وهو ما سيمكّن من تلافي الوضعيات السابقة.

وتمّ التنسيق مع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للتقليص من آجال تبادل بيانات الأجور الواردة آليا ووضع الضوابط اللاّزمة للحدّ من تمكين عملية تحيين هذه البيانات استنادا على نسخ ورقية من التصاريح.

- سجلّ الأدوية

إنّ تحيين سجلّ الأدوية يتمّ عبر لجنة مراجعة محتوى النظام القاعدي كما تعتبر مصادقة اللجنة كافية للتكفّل بهذه الأدوية من طرف الصندوق للاستجابة لمطالب المرضى وذلك في انتظار صدور الأمر.

- خلاص الأدوية

بالنسبة لخلاص أدوية غير متحصّلة على رخصة ترويج، فإن هذه النقطة تمّت إثارتها من قبل الفريق الرقابي لعدم التنصيص بالنظام المعلوماتي للصندوق على رقم الرخصة لبعض الأدوية مع العلم أن الأدوية التي يتمّ التكفل بها من قبل الصندوق إن لم تكن متحصّلة على رخصة ترويج مسبّقا يتم إستيرادها من قبل الصيدلية المركزية طبقا للتراتيب والتدابير القانونية الجاري بها العمل وجميع التراخيص اللازمة في إطار الطّلبيات التي تقدّم بصفة حصريّة.

وبالنسبة لحالات تجاوز التعريفات التعاقدية، يحرص الصندوق على لفت نظر كل مسدي خدمة متجاوز لهذه التعريفات والحرص على إيجاد الآليات اللازمة للمتابعة واتخاذ التدابير الضرورية عملا بالاتفاقيات والقوانين العامة في الغرض. إلا أنّ الصندوق يوصي بأن تتولى دائرة المحاسبات إعلام العمادات والتمثيليات المهنية بفحوى الملاحظات التي أفرزتها الأعمال الرقابية والمتعلقة بتجاوز بعض المهنيين للتعريفات التعاقدية مع العلم

وأنّ الصندوق قام باتخاذ إجراءات تمكّن من إعلام الأطباء بالتجاوز المذكور خاصة على مستوى منظومة الطرف الدافع.

وبالنسبة لآجال إيداع بطاقات استرجاع المصاريف وتطبيقا لدليل إجراءات استرجاع مصاريف العلاج، تمكّن التطبيقة الإعلامية من إيقاف كل بطاقة استرجاع مصاريف تجاوزت 60 يوما من تاريخ آخر علاج إلا أنّ هذه القاعدة تستثني في بعض الحالات وذلك بعد طلب كتابي من المنخرطين الذين تم رفض استرجاع مقابل علاجهم وبعد دراسة المصالح المختصة لأسباب تأخير إيداع بطاقاتهم وسيعمل الصندوق على الحدّ من هذه الحالات عبر التحسيس المستمر للمنخرطين بوجوب احترام الآجال.

ويعد الأجل المنصوص عليه بمذكرة العمل عدد 63 لسنة 2006 أجلا يتلاءم مع المرحلة الأولى من الإصلاح (جويلية 2007) التي لم تعن إلا بالأمراض الثقيلة أو المزمنة ومتابعة الحمل والولادة والعمليات الجراحية لدى القطاع الخاص وهي تمثل حجم عمل يقل بكثير عن حجم العمل الذي يواجهه الصندوق منذ الشروع في المرحلة الثانية من الإصلاح (جويلية 2008) وهو ما أدى إلى عدم إمكانية احترام الأجل المذكور. إلا أنه في المقابل يعمل الصندوق سنويا على تدعيم تموقعه وعدد موارده البشرية بصورة تمكّن من إيجاد أجل نوعي لخلاص الاسترجاع مع الإشارة إلى أن بعض الحالات التي تجاوزت الآجال القانونية تعود إلى حالات خصوصية استوجب البت فيها. ويذكّر الصندوق في هذا الصدد أنّه شرع في المرحلة الأولى من إرساء البطاقة المغناطسية التي ستمكّن كل من الصندوق ومسدي الخدمات من صلاحيات متابعة حينية تمكّن من القيام باسترجاع المصاريف في أقرب الآجال.

وتمّ تفادي الوضعية المتمثّلة في المصادقة من طرف الممارس المستشار على بطاقات استرجاع مصاريف علاج تخصّه أو تخصّ أولي حقّه وذلك بإصدار مذكرة عمل في الغرض. هذا وإثر التحرّي في الموضوع لم يتبيّن تولّي الأطباء المراقبين خلال فترة مباشرتهم بالصندوق وصف خدمات صحيّة لمضمونين اجتماعيين.

وبالنسبة لنقطة التصرف في حقوق النفاذ إلى التطبيقة، تعد مسألة الجمع بين المهام المتنافرة من أهمّ إشكاليّات التصرف التي يواجهها الصندوق وهي تعود أساسا وفي أغلب الحالات، خاصة في السنوات الأولى من الإصلاح إلى نقص الموارد البشرية المتدخلة في تصفية بطاقات استرجاع المصاريف. إلا أنّه وبصفة تدريجيّة تمّ تلافي هذه النقائص ولم تبق إلا بعض الحالات التي تخص بعض المراكز خاصة بعد إصدار دليل إجراءات التصرف في بطاقات استرجاع المصاريف ويسعى الصندوق حاليا إلى التلافي الكلّي لهذه النقائص بكل المراكز.

وبالنسبة لتكفّل الصندوق بأدوية علاج أمراض ثقيلة ومزمنة لمضموني المنظومة العمومية حسب صيغة استرجاع المصاريف، فقد تمّت مراسلة وزارة الصحة في الغرض رسميا وإعلامها بأنه سيتمّ طرح المبالغ السنوية المنجزة عن التكفّل بهذه الأدوية من مبلغ السقف المحدّد للفوترة للسنة الموالية مع الأخذ بعين الاعتبار الهيكل الإستشفائي الذي قام بإصدار هذه الوصفات طبقا لموافقة السيد وزير الشّؤون الاجتماعية إلى حين التوصل إلى حل نهائي لهذا الإجراء الاستثنائي.

كما قام الصندوق بتضمين فصل جديد يتعلق بطرح هذه المصاريف من تلك المتكفل بها باتفاقية سنة 2015 مع هياكل الصحة العمومية.

وبالنسبة لغياب الترابط بين تطبيقتي الخدمات الخاضعة للموافقة المسبّقة واسترجاع المصاريف فإن وجود حالات تكفّل مضاعفة بين صيغة الموافقة المسبقة وصيغة استرجاع المصاريف لا يعني وجوبا عدم الاستحقاق الطبّي لهذه الخدمة وإنما يرتبط باختيار المضمون الاجتماعي لإحدى الصيغتين. ولتفادي هذه الاخلالات فإن الصندوق بصدد إرساء "مستودع بيانات بالنّظام المعلوماتي" الذي سيمكّن الطبيب المستشار من الاطّلاع بصفة آليّة وحينيّة على الخدمات التي انتفع بها المضمون الاجتماعي بقطع النّظر على

صيغة التكفّل والمنظومة العلاجية. ومن المتوقّع تفعيل هذا المشروع المعلوماتي خلال الثلاثيّة الثالثة لسنة 2015.

وبالنسبة للإجراءات الخاصة بطبيب العائلة، يمثّل الأجل القانوني لتغيير الطبيب آليّة الهدف منها تمكين الصندوق من الوقت الضّروري لمعالجة مطالب التغيير وإصدار بطاقات العلاج الجديدة أي قبل بداية السّنة الموالية خاصة في السّنة الأولى من الإصلاح. ولا يثير تغيير طبيب العائلة بعد ذلك الأجل إشكالا جوهريّا وليست له انعكاسات ماليّة على الصندوق خاصة إذا كان قبل موفى السّنة الإداريّة وهي مرونة اعتمدها الصندوق خاصة خلال السّنوات الأولى باعتبار حداثة عهد النّظام وضرورة تمكين المضمونين الاجتماعيين من التأقلم التدريجي معه واستيعاب مختلف خصوصياته.

وبالنسبة لاحترام المسار العلاجي المنسق تم وضع إجراءات رقابية طبية وإعلامية لرفض التكفّل في حالة توجيه المريض من قبل طبيب العائلة إلى طبيب عام آخر إلا في الحالات الاستثنائيّة المشار إليها بالاتفاقيات.

وبالنّسبة لمعالجة فواتير مسدي الخدمات الصحيّة طبقا للإجراءات القانونيّة لمنظومة الطرف الدافع فإن الصندوق مجبر على خلاص مسدي الخدمة الصحيّة وتثقيل المصاريف المنجرّة على الطرف المسؤول في وقت لاحق.

وبالنسبة لخلاص الأعمال الطبية التي تجاوزت الآجال التعاقدية تم وضع الضوابط اللازمة ضمن تطبيقة التصرّف في المنظومة الخاصة لتفادي ذلك.

وبالنسبة لغياب ضوابط طبّية تحول دون التكفّل المضاعف بالأعمال الطبيّة، شرع الصندوق في إخضاع الحالات المتعلّقة بمصاريف علاج مضاعفة إلى المراقبة الطبيّة اللاحقة.

وقامت المراقبة الطبيّة بتحديد الأعمال التي لا يمكن التكفّل بها بصفة مضاعفة مع العيادة الطبيّة في صورة إنجازهما في نفس اليوم وقد تمّ مدّ الإدارة المركزية للإعلامية بقائمة هذه الأعمال لإدراجها بالتطبيقة الإعلاميّة.

- تمّ وضع الضوابط اللازمة لتفادي خلاص مسدي الخدمات الصحية في صورة الفوترة الذاتية للعيادات لفائدته أو لفائدة أفراد عائلته المقربين وذلك بعد أخذ رأي عمادة الأطباء.

- عيادات غير مشفوعة بوصفة طبية

يتمّ حاليا بالتشارك مع ممثلي نقابة أطباء الممارسة الحرة دراسة مقترح الصندوق المتعلق بتدعيم فواتير العيادة الغير مشفوعة بوصفة طبية، بوثيقة تثبت إجرائها كمرحلة أولى إلى حين الشروع في استغلال البطاقة المغناطسية.

- الأعمال المتنافرة

يسجّل الصندوق الملاحظة المتعلقة بتولّي بعض الأعوان الجمع بين عدة مهام متنافرة وسيتمّ الحرص على إيلاء هذا الجانب كل الأهمية اللازمة عبر تطوير كل الهياكل والعمل على تدعيمها بالموارد الضرورية لذلك.

- الرقابة المستنديّة

بالتوازي مع إجراءات الرقابة الآلية سيتم اتخاذ التدابير الكفيلة بإجراء الرقابة المستندية على الفواتير قبل خلاصها. هذا مع إعطاء إمكانية تغيير بعض المعطيات للمسؤول عن الهيكل استثنائيا في حالات سيتمّ حصرها.

وتم توسيع القائمة السوداء حسب المعطيات المتوفرة بخصوص العيادات غير المشفوعة بوصفات طبيّة وتمت إحالة الملفات المشبوهة إلى اللجان الجهوية والوطنية المتناصفة كما تم اللجوء إلى القضاء في الحالات القصوى.

- تجاوز السقف

بلغ تجاوز السقف في موفّى سنة 2013 مبلغ 128 م.د. وقد تمكّن الصندوق من جدولة مبلغ 107 م.د واسترجاع فعلي لمبلغ 44 م.د. وقد بلغ عدد المنخرطين الذين قاموا بتسوية وضعيّتهم سواء بخلاص متخلّدات بذمتّهم أو جدولتها حوالي 280.000 منخرط من ضمن 320.060 منخرط تجاوزوا السّقف أي بنسبة فاقت 87% في موفّى جويلية 2014.

وفي صورة صرف مبلغ مالي بدون موجب لفائدة هيكل استشفائي عمومي، يقوم الصندوق عبر هياكل المراقبة التابعة له، طبقا لمقتضيات الفصل 55 من اتفاقية فوترة الخدمات المسداة للمضمونين الاجتماعيّين بالهياكل الصحية الاستشفائية العمومية، بطرح هذا المبلغ من خلاص الفواتير الموالية سواء كان ذلك بعنوان السنة الجارية للاتفاقية أو السنة الموالية. وسيقع العمل على وضع ضوابط بالتطبيقة الإعلامية قصد إيقاف خلاص الحالات التي تفوق المستوى الأقصى لعدد الحصص.