



الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي

ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⵎⴳⴷⴰⵢⵜ | ⵏ ⵙⵉⵔⵉⵏ ⵏ ⵙⵉⵔⵉⵏ ⵏ ⵙⵉⵔⵉⵏ

Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale

تقرير حول نشاط

الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي

برسم سنة 2019

الفهرس

- .I المستفدون من خدمات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض .
 - .II الاشتراكات
 - .III الأداءات
 - .IV المؤشرات النوعية للخدمات
 - .V ديمومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض
 - .VI أهم المشاريع سنة 2019
 - .VII التقرير المالي
 - .VIII المصحة التعاضدية
 - .IX الخاتمة
-

مقدمة

صادفت السنة الأخيرة من مخطط العمل الاستراتيجي المندمج 2015-2019 إطلاق إصلاحات عميقة للوضعية القانونية للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي طبقا للاستراتيجية الوطنية المعتمدة في إطار اللجنة الوزارية لإصلاح قيادة التغطية الصحية الأساسية.

هكذا، صدر الظهير الشريف رقم 1-19-92 الصادر في 21 جمادى الآخرة 1440 (27 فبراير 2019) بتنفيذ القانون رقم 18-94 القاضي بالمصادقة على المرسوم بقانون رقم 2-18-781 القاضي بإحداث الصندوق المغربي للتأمين الصحي كما تم بعد ذلك تصنيف المؤسسة العمومية الجديدة كمؤسسة عمومية استراتيجية. ويشكل هذا التموقع الجديد فرصة لتعزيز حكمة الصندوق التي تتميز بمواصلة المصادقة على الحسابات خلال سنة 2019 والتحكم في المؤشرات المتعلقة بتدبير حقوق المؤمنين، كما تميزت سنة 2019 بتحسين الوضعية المالية، إذ استعاد الصندوق تحقيق نتيجة مالية إيجابية بالرغم من استمرار الإكراهات الهيكلية المتعلقة بالاشتراكات وشيخوخة المؤمنين والتطور المطرد للخدمات في الضغط على توازناته المالية، في ظرفية أصبح من اللازم الانخراط في إصلاحات تهم أربعة توجهات:

أولا، مواصلة تحديث الخدمات سواء عبر رقميتها أو تبسيطها ومواصلة سياسة الجهوية لتمكين المؤمنين ومنتجي العلاجات من الاستفادة من خدمات التأمين الإجباري عن المرض. وقد أبان هذه التوجه عن أهميته خلال فترة الطوارئ الصحية التي عرفتها بلادنا إثر تفشي جائحة كورونا، علما أن مدى رؤية الصندوق في هذا المجال يمتد إلى وضع تصور للتحويل الرقمي لجميع أنظمة التغطية الصحية سواء الأساسية أو التكميلية.

ثانيا، الانخراط في إصلاح معياري للتأمين الصحي الأساسي بالقطاع العام يشمل نسب وسقف الاشتراكات والتحكم الطبي في نفقات العلاج واعتماد التدبير الرشيد للخدمات بما يضمن استدامتها وإيلاء الأهمية للوقاية ومحاربة الغش.

ثالثا، إعادة الاعتبار للمستشفى العمومي وجعله قاطرة للقطاع الصحي وأداة فعالة لخلق الانسجام مع أنظمة التغطية الصحية الأساسية والتكميلية لتمكين المواطن المغربي من الاستفادة من سلة واسعة من الخدمات في ظروف تضمن السلامة والجودة. وقد أظهرت جائحة كورونا حاجة القطاع الصحي لمستشفى عمومي قوي ومجهز ومدعم بالموارد البشرية الضرورية ومنسجم من أنظمة التأمين عن المرض.

1. المستفيدون من خدمات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

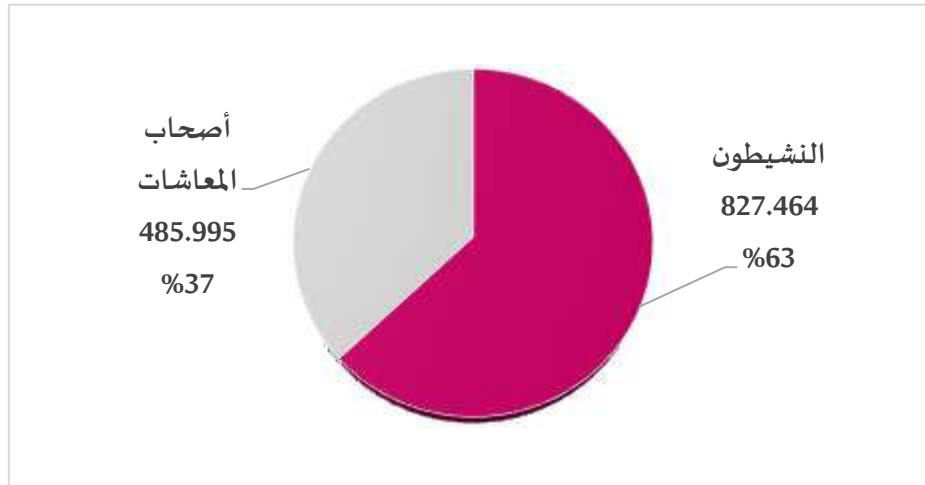
بلغ عدد المؤمنين المستفيدين من التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ما مجموعه 3.117.649 شخص، مقابل 3.093.421 شخص سنة 2018، أي بارتفاع بنسبة 0.8%.

ويتوزع عدد المستفيدين كالتالي :

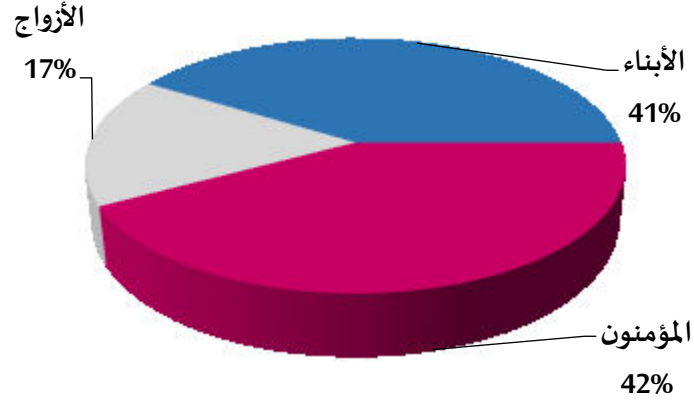
نوعية المستفيدين	المؤمنين	ذوي الحقوق	المجموع
سنة 2018	1 268 479	1.824.942	3.093.421
سنة 2019	1 313 459	1 804 190	3 117 649
الفارق	%3.5	%-1.1	%0.8

(1) توزيع عدد المؤمنين حسب نوعية النشاط خلال سنة 2019

تمثل نسبة أصحاب المعاشات 37% من إجمالي المؤمنين، مقابل 63% بالنسبة للمؤمنين النشيطين. هذه النسب لم تتغير مقارنة مع سنة 2018:



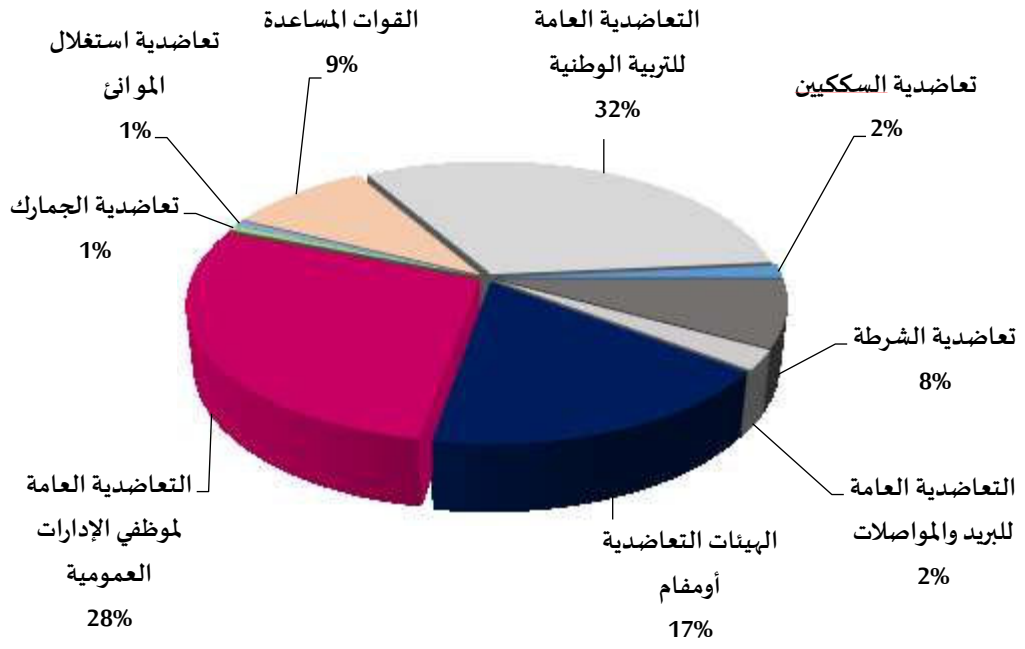
ويمثل المؤمنين، سواء كانوا نشيطين أو من ذوي المعاشات، نسبة 42% من إجمالي المستفيدين، كما يوضح ذلك الرسم التالي:



(2) توزيع المستفيدين حسب التعاضديات

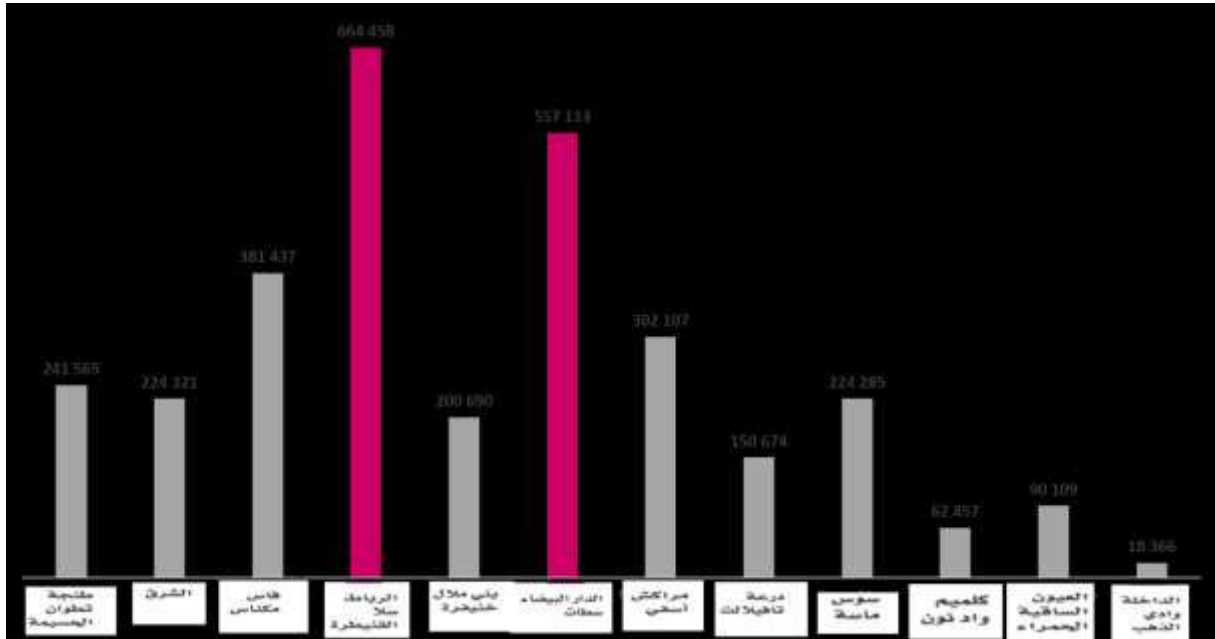
يمثل المنخرطون في التعاضدية العامة للتربية الوطنية والتعاضدية العامة لموظفي الإدارات العمومية والهيئات التعاضدية لموظفي الإدارات والمصالح العمومية بالمغرب ما مجموعه 77% من إجمالي المؤمنين لدى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي :

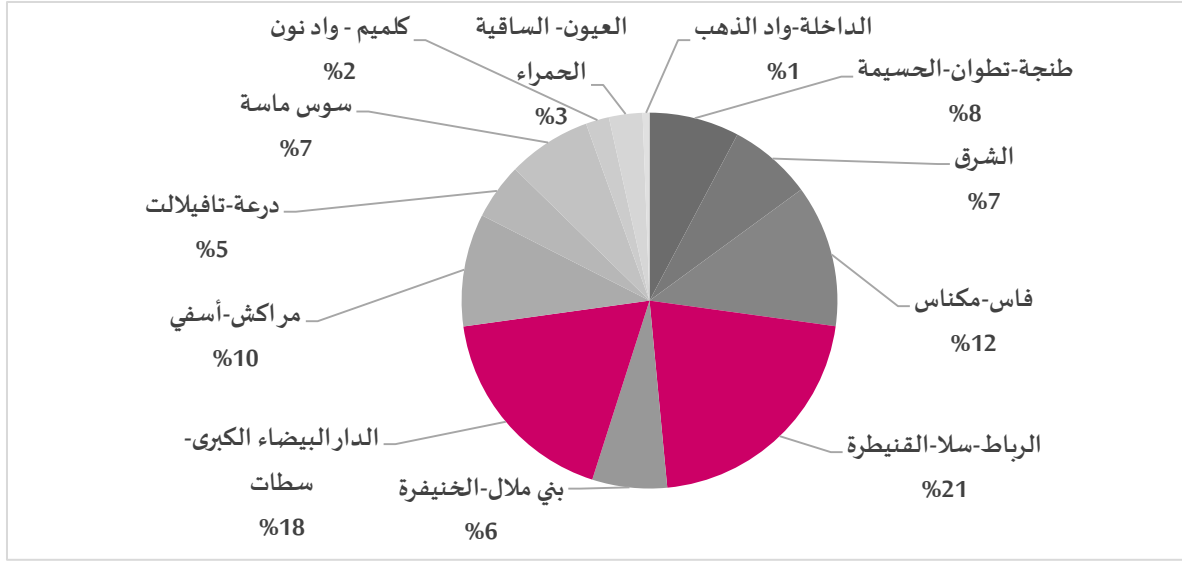
التعاضديات	عدد المستفيدين
تعاضدية الشرطة	249 202
التعاضدية العامة للبريد والمواصلات السلوكية	73 290
الهيئات التعاضدية أومفام	541 341
التعاضدية العامة لموظفي الإدارات العمومية	885 097
تعاضدية الجمارك والضرائب غير المباشرة	19 840
تعاضدية مكتب استغلال الموانئ	20 701
تعاضدية القوات المساعدة	291 438
التعاضدية العامة للتربية الوطنية	990 777
تعاضدية الاحتياط الاجتماعي للسككيين	45 963
المجموع	3 117 649



(3) توزيع المستفيدين حسب الجهات :

يتمركز 39% من المؤمنين في جهتي الرباط-سلا-القنيطرة والدار البيضاء سطات





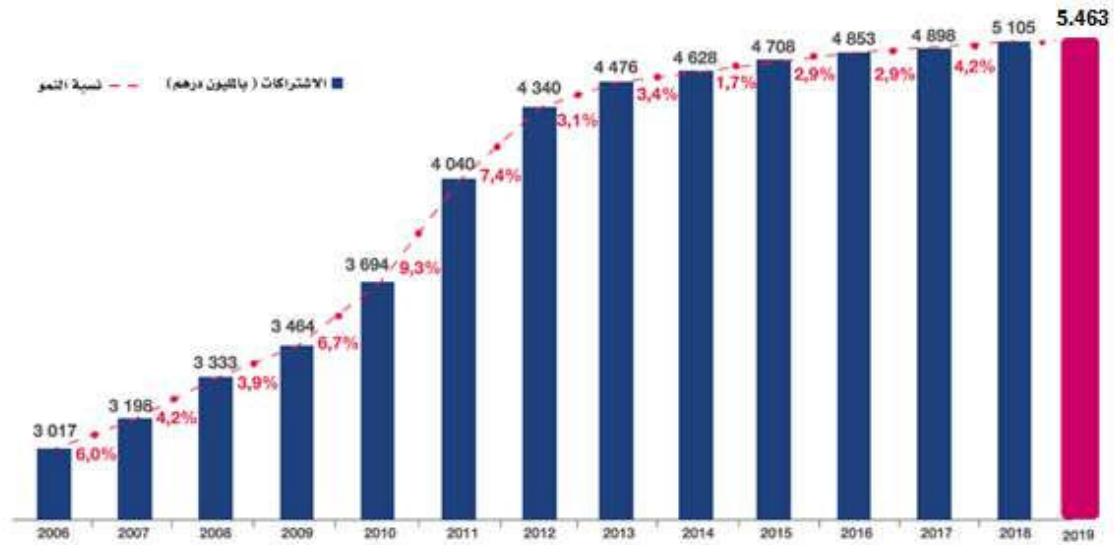
ii. الاشتراكات

من فاتح يناير وإلى غاية 31 دجنبر 2019، بلغت الاشتراكات المحصلة ما مجموعه 5.462.906.980 درهم مقابل 5.105.982.433 درهم سنة 2018، أي بزيادة صافية قدرها 356.924.547 درهم.

ويبين الجدول التالي توزيع الاشتراكات حسب المشغلين:

النسبة	مبلغ الاشتراك	
62%	3 383 335 894	اشتراكات الدولة وموظفيها
8%	428 860 940	اشتراكات الجماعات الترابية وموظفيها
16%	879.876.587	المنخرطون في صناديق التقاعد
14%	766 135 677	المؤسسات العمومية ومستخدميها
0%	2.484.484	اشتراكات مؤمنين آخرين
100%	5 462 906 980	المجموع

تمثل اشتراكات الدولة وموظفيها 62% من إجمالي موارد الصندوق، متبوعة باشتراكات صناديق التقاعد بـ 16%.

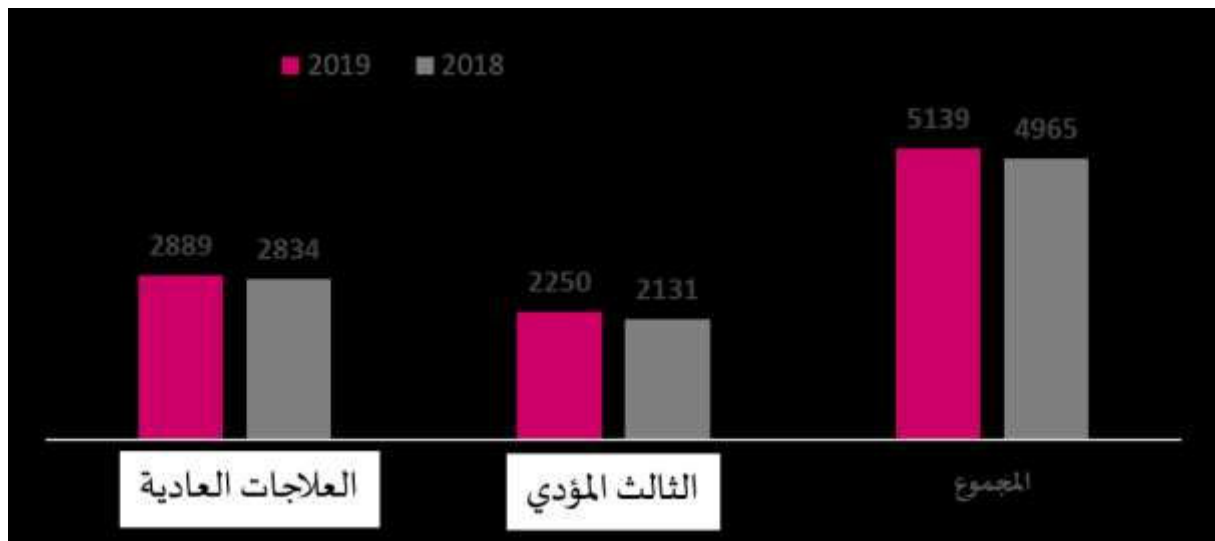


III. الأداءات

بلغت أداءات الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي منذ دخول التأمين الإجباري الأساسي عن المرض حيز التنفيذ ما مجموعه 50.548 مليار درهم، منها 27.500 مليار درهم عبارة عن تعويضات مباشرة للمؤمنين و 23.048 مليار درهم عبارة عن أداءات في إطار الثالث المؤدي.

1) الأداءات سنة 2019

بلغت الأداءات المتعلقة بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض بالقطاع العام خلال سنة 2019 ما مجموعه 5.139.298.858 درهم. وتتوزع الأداءات ما بين العلاجات العادية بـ 2.888.800.311 درهم، والثالث المؤدي الذي بلغ 2.250.498.547 درهم.



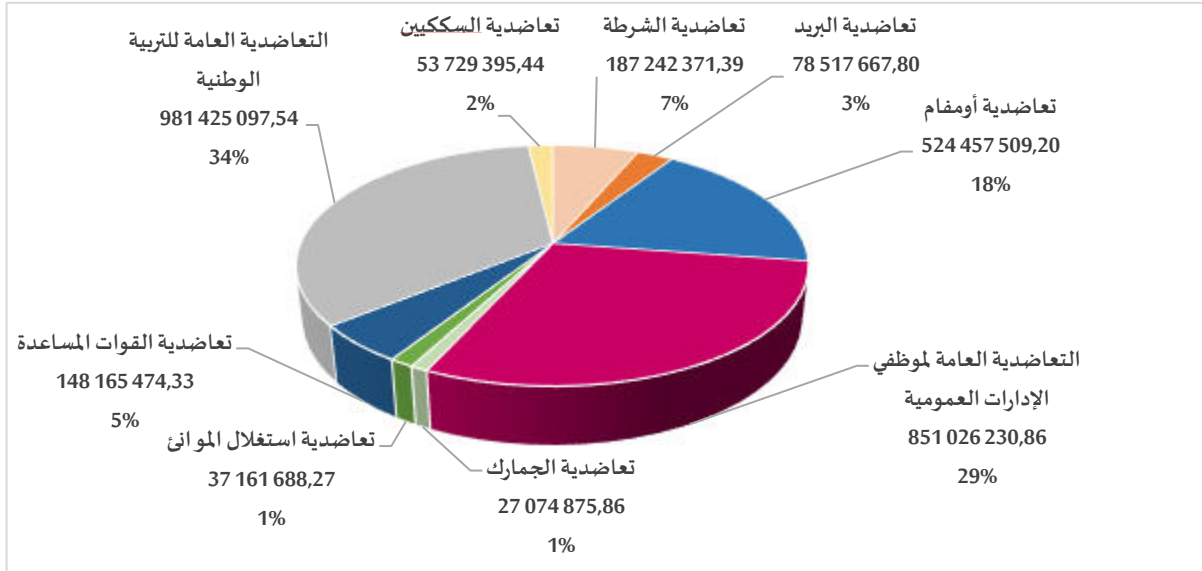
وفيما يلي مقارنة الأداءات ما بين سنة 2018 و 2019 بمليون درهم، إذ يتبين أن الأداءات ارتفعت بما قدره 174 268 184 درهم .

(2) توزيع الأداءات في إطار العلاجات العادية :

بلغت قيمة التعويضات في إطار العلاجات العادية ما مجموعه 2.888.800.310,69 درهم مقابل 2.833.717.063,05 درهم سنة 2018، موزعة حسب التعاضديات كالتالي :

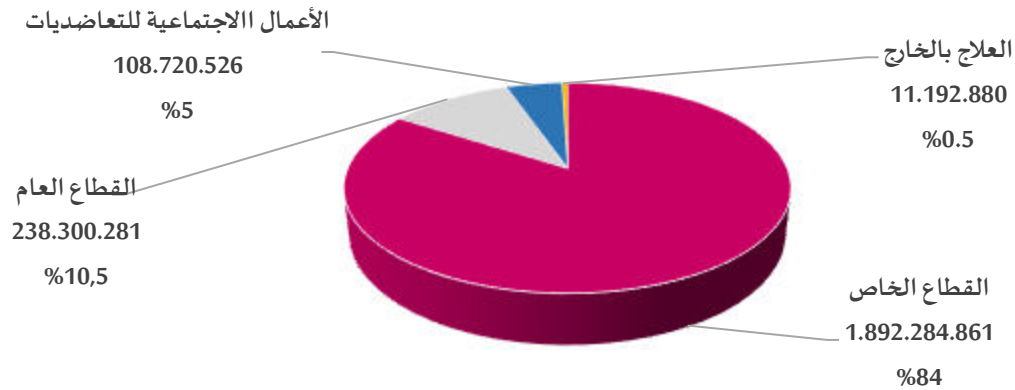
التعاضديات	2019	2018
تعاضدية الشرطة	187 242 371,39	182 243 654,21
تعاضدية البريد والمواصلات السلكية	78 517 667,80	84 254 229,11
أومقام	524 457 509,20	519 474 273,22
التعاضدية العامة لموظفي الإدارات العمومية	851 026 230,86	817 376 143,48
تعاضدية الجمارك	27 074 875,86	28 222 679,89
تعاضدية استغلال الموانئ	37 161 688,27	34 171 617,21
تعاضدية القوات المساعدة	148 165 474,33	137 827 293,15
التعاضدية العامة للتربية الوطنية	981 425 097,54	973 585 486,04
تعاضدية السكك الحديدية	53 729 395,44	56 561 686,74
المجموع	2 888 800 310,69	2 833 717 063,05

وقد استأثر منخرطو 3 تعاضديات ب 81 % من إجمالي الأداءات، كما يوضح ذلك الرسم التالي :



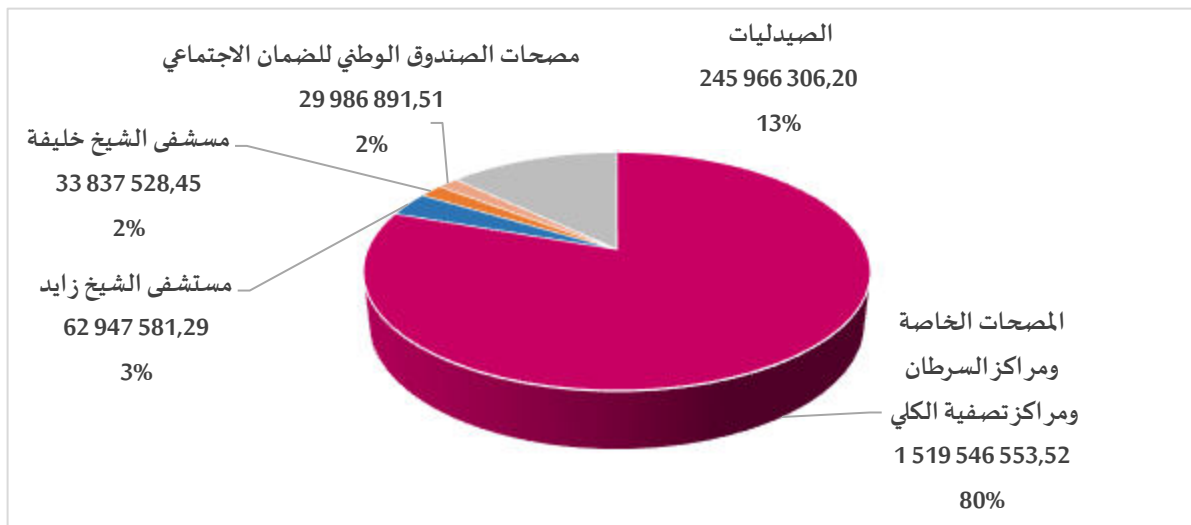
(3) توزيع الأداءات في إطار الثالث المؤدي :

بلغت الأديات المتعلقة بالتأمين الإلجباري الأساسي عن المرض خلال سنة 2019 ما مجموعه 2.250.498.547 درهم، مقابل 2.131.313.611 درهم سنة 2018. وتتوزع هذه الأديات كالتالي :



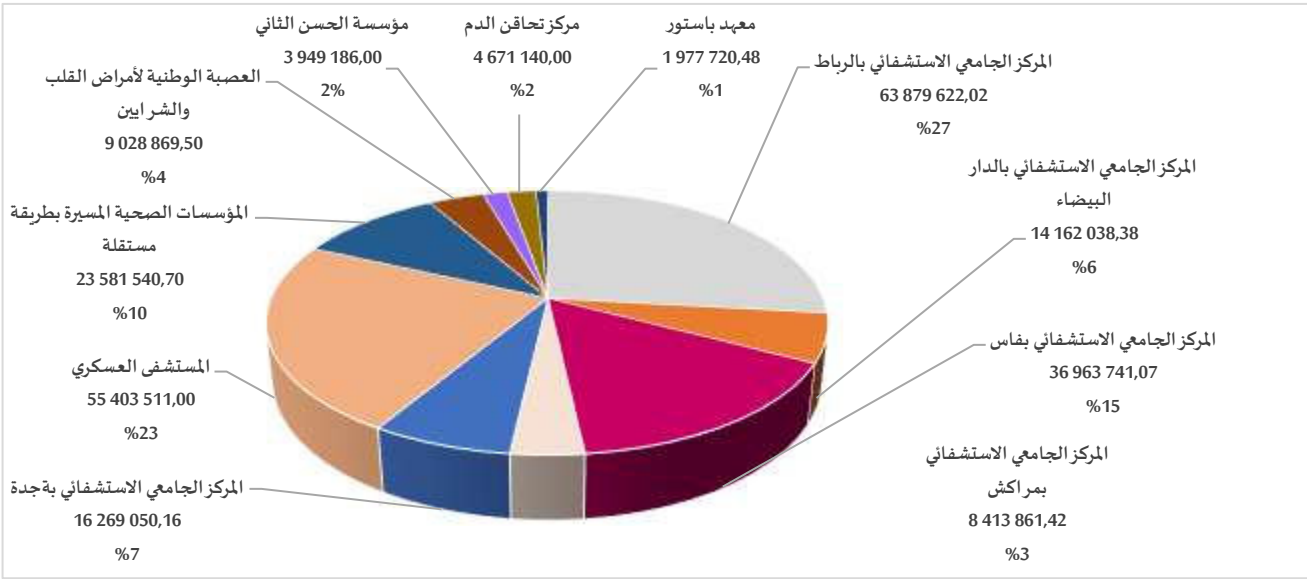
استأثر القطاع الخاص بنسبة 84% من أديات الصندوق وهي نفس النسبة المسجلة سنة 2018. أما القطاع العام وباقي الخدمات المقبولة في إطار الثالث المؤدي، فلا تشكل مجتمعة سوى 16% من إجمالي الأديات.

1- القطاع الخاص: 1.892.284.861 درهم،



تستحوذ المصحات الخاصة ومراكز تصفية الكلي والمراكز الخاصة للسرطان على 80% من إجمالي الأديات التي تم تحويلها للقطاع الخاص والتي بلغت سنة 2019 ما مجموعه 1.892.284.861 درهم،

2- القطاع العام : 238.300.281 درهم



بلغت الأداءات لفائدة القطاع العمومي سنة 2019 ما مجموعه 238.300.281 درهم، 65% كانت من نصيب المركز الجامعي الاستشفائي بالرباط وفاس والمستشفى العسكري. أما الأداءات لفائدة التعاضديات في إطار الثالث المؤدي، فقد بلغت 108.720.526 درهم في حين لم تتجاوز الأداءات بالعلاج بالخارج 11.192.880 درهم.

4) توزيع عدد المؤمنين المصابين بأمراض مزمنة ومكلفة ونفقاتهم :

بلغ عدد المصابين بأمراض مزمنة و/أو مكلفة سنة 2019 ما مجموعه 189.097 شخص، 70% منهم هم من المصابين بالسكري وارتفاع الضغط الدموي الحاد :

نوعية المرض	عدد المصابين	النسبة
السكري	78175	41%
ارتفاع الضغط الدموي الجاد	55292	29%
الأورام الخبيثة	25134	13%
أمراض القلب	12686	7%

ويتوزع المصابين بأمراض مزمنة و/أو مكلفة حسب التعاضديات كما يلي :

التعاضديات	عدد المصابين	النسبة
تعاضدية الشرطة	11 782	6%
تعاضدية البريد والمواصلات السلوكية	5 112	3%
أومفام	32 363	17%
التعاضدية العامة لموظفي الإدارات العمومية	58 688	31%
تعاضدية الجمارك	1 694	1%
تعاضدية استغلال الموانئ	2 017	1%

تعاضدية القوات المساعدة	9 976	5 %
التعاضدية العامة للتربية الوطنية	63 236	33 %
تعاضدية السككيين	4 229	2 %
المجموع	189 097	

وقد بلغت نفقات هذه الفئة خلال سنة 2019 ما مجموعه 2.563.263.505 درهم، وهو ما يعادل 50% من اشتراكات نفس السنة. وتستحوذ 4 أمراض مزمنة على 74% من إجمالي نفقات الأمراض المزمنة والمكلفة :

نوعية المرض	النفقات	النسبة
الأورام الخبيثة	674 529 492	26%
القصور الكلوي المزمن والنهائي	558 864 605	22%
السكري	373 619 746	15%
ارتفاع الضغط الدكوي الجاد	285 112 479	11%

IV. تحليل المؤشرات النوعية للخدمات خلال سنة 2019

1-أجال تعويض العلاجات العادية

بلغ الأجل المتوسط لتعويض المؤمنين 42 يوما سنة 2019 مقابل 43 يوما سنة 2018 مع العلم أن الهدف الاستراتيجي حدد في 21 يوما والأجل القانوني في 90 يوما.

التعاضديات	الأجل سنة 2018	الأجل سنة 2019
تعاضدية الشرطة	38	50
تعاضدية البريد والمواصلات السلوكية	52	39
أومفام	34	35
التعاضدية العامة لموظفي الإدارات العمومية	50	55
تعاضدية الجمارك	25	33
تعاضدية استغلال الموانئ	26	20
تعاضدية القوات المساعدة	23	21
التعاضدية العامة للتربية الوطنية	44	35
تعاضدية السككيين	73	75
المجموع	43	42

خلال سنة 2019 ، تم تعويض % أكثر من 95 من الملفات خلال مدة زمنية تقل عن أو تساوي الأجل القانوني المحدد في 90 يوما:

- 16% خلال أجل يقل أو يساوي 21 يوما.

- 71% خلال أجل يتراوح ما بين 21 يوما وشهرين.
- 8% خلال أجل يتراوح ما بين شهرين و3 أشهر.
- 5% خلال أجل يتجاوز 3 أشهر.

2- آجال أداء مستحقات منتجي العلاج

بلغ الأجل المتوسط لأداء مستحقات منتجي العلاجات 34 يوما سنة 2019 مقابل 27 يوما سنة 2018، علما بأن الهدف الاستراتيجي حدد في 21 يوما والقانوني في 180 يوما.

منتجو العلاجات	2019	2018	2017
القطاع العام	43	29	20
القطاع الخاص	28	27	38
المجموع	34 يوم	27 يوم	30 يوم

خلال سنة 2019، تم أداء أكثر من 98% من الملفات خلال مدة زمنية تقل عن أو تساوي الأجل القانوني المحدد في 180 يوم:

- 36% خلال أجل يقل أو يساوي الهدف الاستراتيجي المحدد في 21 يوما.
- 58% خلال أجل يتراوح ما بين 21 و90 يوما.
- 4% خلال أجل يتراوح ما بين 3 و6 أشهر.
- أقل من 1% خلال أجل يتجاوز 6 أشهر.

3- آجال المراقبة الطبية

بلغ الأجل المتوسط لمعالجة ملفات المراقبة الطبية بالنسبة للأمراض المزمنة والمكلفة وبالنسبة للتحملات 8 و3 أيام على التوالي سنة 2019 مقابل 4 و3 أيام سنة 2018.

نوعية الملفات	2019	2018	2017
الأمراض المزمنة والمكلفة	8 أيام	4 أيام	8 أيام
التحملات	3 أيام	3 أيام	3 أيام

وتجدر الإشارة بالنسبة للتحملات إلى أن هذه الأجال تختلف حسب درجة صعوبة الملفات المعالجة:

- حوالي يوم واحد بالنسبة للولادة والفحوصات الاستكشافية ...
- حوالي يومين بالنسبة للتدخلات الجراحية، وتصفية الكلي ...إلخ.

عموما، عرف متوسط الأجل تحسنا منذ سنة 2015 بالرغم من اعتماد الثالث المؤدي مع الصيادلة ابتداء من 8 يونيو 2016 واستقبال مستخدمي المكتب الوطني للسكك الحديدية طبقا للقانون 13-120 ابتداء من يناير 2016. حيث استطاع الصندوق الوصول على هذه النتائج بفضل مجموعة من الإجراءات لاتي اتخذها ابتداء من منتصف سنة 2015، لا يزال يتم تطبيق بعضها الى اليوم، من بينها تفعيل لا مركزية نشاط المندوبيات الجهوية ودعمها وتكوين أطرها عن بعد وتمكينها من الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة.

وزيادة في تحسين العلاقات مع المؤمنين ومنتجي العلاج، وتبسيط مساطر التدبير، واحترام الأجل القانونية لمعالجة الملفات وتديير المخاطر، قام الصندوق ببرمجة مجموعة من الإجراءات تدخل في إطار مشروع إعادة تنظيم مديرية المراقبة الطبية وتديير مخاطر المرض، الذي تم الشروع فيه في منتصف شتنبر من سنة 2017، بالموازة مع التوسع التدريجي لشبكة المندوبيات الجهوية وتعميم منصة معالجة التحملات عن بعد التي انطلقت في فبراير 2018.

7. ديمومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

ينطوي الإمام بالعوامل المفسرة للوضع المالي الذي يعيشه النظام اليوم على أهمية كبيرة بالنسبة لجميع الجهات المعنية، باعتباره الخطوة الأساسية الأولى لإيجاد الحلول الناجعة والبحث عن حلول حقيقية تحافظ على مصداقية نظام التغطية الصحية الأساسية ككل وتسعى به لبلوغ التغطية الصحية الشاملة المنشودة.

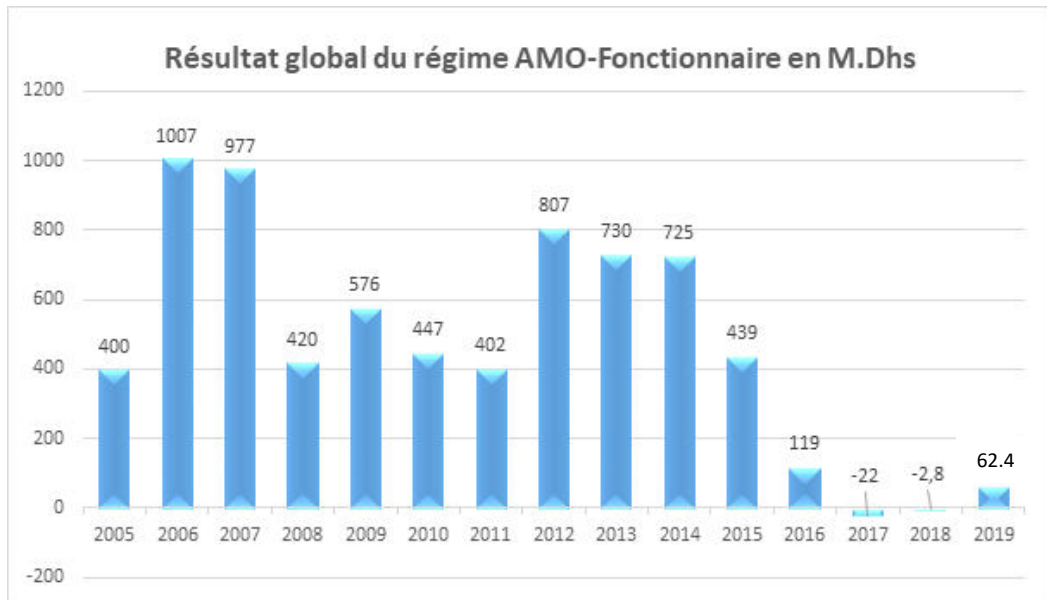
1- الوضعية المالية لنظام التأمين الإجباري عن المرض في القطاع العام ما بين 2006 و2019:

بلغ الفائض التراكمي لنظام التأمين الإجباري عن المرض في القطاع العام، والذي تم إيداعه لدى صندوق الإيداع والتدبير ما قدره 7543 مليون درهم بتاريخ 31 ديسمبر 2019، دون احتساب الاحتياطيات المتمثلة في "احتياطي المصاريف الباقية الواجب دفعها" و"الاحتياطي الأمني" بمبلغ إجمالي قدره 2612 مليون درهم.

إلا أنه، يجدر التنبيه هنا إلى أن هذا الفائض محكوم بسرعة الزوال لأنه ليس ناتجا عن سخاء في تقدير نسبة الاشتراك (5٪ للنشيط و2.5٪ للمتقاعدين)، بل على العكس من ذلك فإن النظام انطلق بنسبة اشتراك أقل من نسبة الاشتراك المحققة للتوازن بل ويسقف محدد في 400 درهم لكل حصة (حصة صاحب العمل وحصة الموظف). خلافا لتوصيات الدراسة الاكتوارية التي أجرتها السلطات العمومية سنة 2004 والتي أوصت بنسبة اشتراك لا تقل عن 6٪ خلال السنة الأولى لدخول النظام حيز التنفيذ (2006) مع رفعها بـ 0.2 نقطة سنويًا دون اعتماد أدنى سقف.

ويجدر التأكيد على أن معظم الفائض التراكمي قد تم تكوينه خلال السنوات الأولى من انطلاق النظام والتي تميزت بانخفاض تكلفة الخدمات وتظافر مجموعة من العوامل المؤقتة التي سنفصل فيها لاحقا، والتي تكون في مجملها مجرد عوامل مؤقتة انتفى تأثيرها الإيجابي بالتدرج مع تطور النظام إلى أن سجل عجزا ماليا سنة 2016 فلم يعد قادرا على تغذية احتياطياته. والأخطر من هذا هو أن الصندوق قد يضطر، في ظل المقاييس الحالية لتمويل النظام، إلى استهلاك احتياطياته في المستقبل القريب لسد عجزه السنوي،

ونثير الانتباه هنا إلى أن هذه الاحتياطيات نفسها لا تغطي سوى أقل من عامين من نفقات العلاج، وبالتالي لن تسمح له بالاستمرار في أداء خدماته لفترة طويلة، هذا مع افتراض البقاء في حالة الوضع القائم، أي دون احتساب تبعات شيخوخة الساكنة المؤمنة وزيادة انتشار الأمراض المزمنة بينها والتوسع المستمر لسلسلة العلاجات المضمونة. مع العلم أنه، من حيث المبدأ، ينبغي حفظ الفوائض المذكورة للأجيال القادمة ولتغطية المخاطر التي لا مفر منها كتلك المرتبطة بتداعيات الشيخوخة السريعة للمؤمنين والتي تصنف ضمن فئة "المخاطر المتزايدة" "risques croissants".



من جهة أخرى، فإن النظام يظل مهددا بمواجهة عجز هيكلي يصعب تجاوزه إذا لم يتم اعتماد تدابير عاجلة تعيد له التوازن المالي وتضمن له ديمومة مالية بعيدة المدى، وذلك بسبب الرفع المتوقع من سقف التزاماته، ونخص بالذكر هنا الوقع المالي الإضافي الناشئ عن مراجعة التعريفات المرجعية الوطنية في إطار تجديد الاتفاقات الوطنية مع منتجي العلاج بالقطاعين العام والخاص، ودمج الفئات المعنية بالمادة 114 من القانون 65.00 (حوالي 250.000 شخص) وتوسيع تغطيته لتشمل آباء المؤمنين (حوالي 200.000 شخص).

2- قراءة حصيلة نتائج النظام خلال الفترة الممتدة ما بين 2006 و2018:

تكشف معالجة النتائج السنوية لنظام التأمين الإجباري عن المرض في القطاع العام، خلال الفترة الممتدة ما بين 2006 و2018، عن تباين وتقلب واضح من سنة إلى أخرى بحسب تواريخ الأحداث:

- الفترة ما بين 2006 و2007: حقق النظام فائضا كبيرا (يشكل ثلث الفائض الحالي) نتج بشكل رئيسي عن "التضحيات الضمنية" التي قدمها المؤمنون الذين كانوا أقل تعويضا لمصاريف علاجهم بسبب الانطلاق التدريجي للنظام المعتمد آنذاك على تعريفه المسؤولية التي تقل بكثير عن التعريف المرجعية الوطنية، وعلى لوائح محدودة للأدوية والأجهزة الطبية القابلة للتعويض (1001 و167 على التوالي)، في حين كانت نسب الاشتراك التي يؤديها أعلى من تلك المعمول بها في ظل النظام الاختياري السابق. هذا الفائض تكوّن أيضا بفضل التسجيل التدريجي للمؤمنين الجدد الذين كانوا يمرون من فترة تدريب (3 أشهر) تؤدي خلالها الاشتراكات قبل أن يخوّل لهم الحق في الاستفادة من خدمات النظام.
- الفترة ما بين 2008 و2011: النتائج المالية للنظام كانت إيجابية ولكن مستواها انحدر بشكل كبير مقارنة مع الفترة السابقة، بسبب دخول اتفاقيات وطنية جديدة مع منتجي العلاج بالقطعين العام والخاص، وإعادة تقييم تعريفه المسؤولية لبعض التدخلات الطبية كالاستشارة والزيارة الطبية وتدخلات الترويض الطبي وعلاجات الأسنان.
- سنة 2012: ارتفعت النتيجة المالية للنظام بشكل واضح بحكم الزيادة في الأجور التي تحققت على إثر اتفاق الحوار الاجتماعي الموقع سنة 2011 وأيضاً بفضل تحكم الصندوق في آلية استخلاص المساهمات والاشتراكات. ومما زكى الوقع الإيجابي لهذه العناصر على الملاءة المالية للنظام، تزامنها مع جني الصندوق لثمار استراتيجيته المعتمدة على الدواء الجنييس ما بين سنتي 2010 و2011 في إطار التصفية المدققة لملفات المرض، والتي شكلت في حد ذاتها محفزا لانطلاق سياسة التخفيض من أسعار عدد مهم من الأدوية وساهمت بشكل كبير في التحكم بحصة بند نفقات الأدوية ضمن النفقات الإجمالية للنظام بحيث انتقلت من 48٪ سنة 2006 إلى 34٪ سنة 2012.
- الفترة ما بين 2013 و2015: حافظ النظام بفضل العوامل سالفة الذكر على نتائج مالية جيّدة مقارنة بالفترة التي سبقت سنة 2012، بيد أن مستويات نتائجه المالية بدأت سنة 2015 تسجل منحاً منخفض -بما يعادل النصف تقريبا- منذرة بذلك بداية عكس مسار النمو.
- الفترة ما بين 2016-2018: انطلقا من سنة 2016 سجل النظام فعليا أول عجز تقني قدره 225 م.د، ليصل إلى 302 م.د سنة 2017 ثم إلى 273 م.د سنة 2018، نظراً لأن حجم النفقات فاق حجم الاشتراكات (راجع الرسم البياني رقم 1). كما تم تسجيل عجز إجمالي قدره 22.5 م.د سنة 2017 و2.8 م.د سنة 2018 حيث لم يعد بإمكان مردودية التوظيفات المالية لاحتياطيات النظام أن يغطي العجز التقني.

ومن الملاحظ أن الصندوق استطاع التخفيض نسبيا من مستوى العجز التقني والكلي سنة 2018 بفضل مجموعة من التدابير التي اتخذها لضبط نفقات العلاجات المتضخمة والتي على رأسها نفقات علاجات الفم والأسنان، حيث اعتمد على مجموعة من آليات التحكم الطبي من قبيل:

- تعزيز المراقبة الطبية بشأن ترميم الأسنان،
- طلب الإدلاء بالرمز الاستدلالي المهني INPE لطبيب الأسنان في ورقة العلاج لتتبع وصفاته الطبية،
- التصفية المدققة باعتماد مخطط الأسنان shéma dentaire،
- رصد كبار مستهلكي علاجات الأسنان من المؤمنين ومن أطباء الأسنان méga consommateur et méga prescripteur.

3- تحليل النتائج المالية لسنة 2019 :

بالرغم من كون النتيجة التقنية للنظام هي نتيجة سلبية (-180 م.د.)، إلا أن النتيجة الإجمالية تبقى إيجابية (62.4 م.د) إذا أخذنا بعين الاعتبار مردودية التوظيفات المالية، محققة بذلك تحسنا نسبيا مقارنة بالنتائج التي سجلتها برسم سنة 2018.

ويجد هذا "التحسن" في نتائج النظام لسنة 2019 -مقارنة مع سنة 2018- تبرره بشكل أساسي في المجهود الذي بذله الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، من أجل التحكم في بعض بنود نفقات العلاج الأكثر استهلاكاً لميزانية النظام، والتي يأتي على رأسها نفقات علاجات الأسنان.

كما يعزى التحسن في نتائج النظام برسم سنة 2019، من ناحية أخرى، إلى الزيادة الأخيرة في الأجور على إثر تفعيل ما أسفر عنه الحوار الاجتماعي، فضلا عن تمديد سن التقاعد.

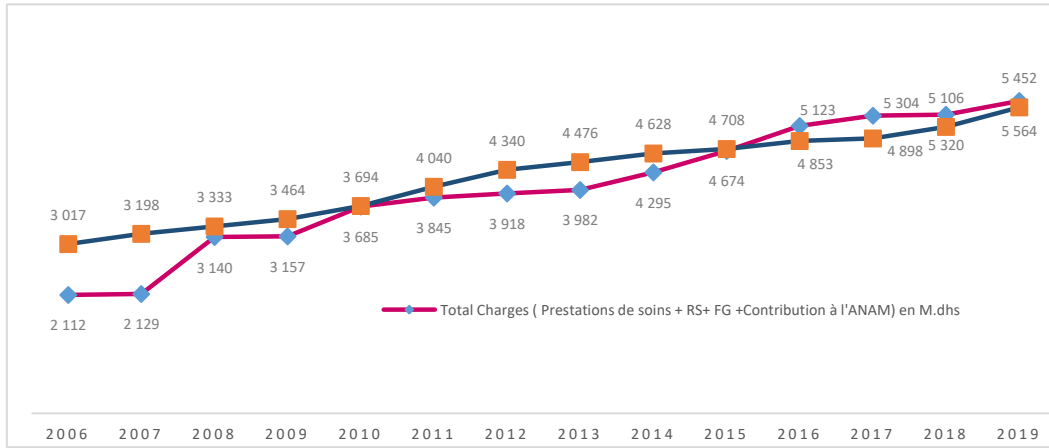
وبناء عليه فإن النتيجة الإجمالية للنظام لم تحقق حصيلة إيجابية إلا بفضل عوامل مؤقتة ناشئة عن التأثير المشترك للزيادة في الأجور والاستمرار نشاط المؤمنين بعد سن الستين (نسبة اشتراك النشيط هي 5٪ مقابل 2.5٪ للمتقاعدين)، حيث إن هذين العاملين ساهما في زيادة حجم الاشتراكات بنسبة 7٪ مقارنة بمستواهم سنة 2018. في حين أنه بالرجوع لحصيلة السنوات الفارطة فإن معدل النمو السنوي للاشتراكات لم يكن يتجاوز 2٪ إلى 3٪ خلال السنوات الفارطة، بل إنه انخفض إلى 0.9 ما بين سنتي 2016 و2017. وبعبارة أخرى فإنه لولا هذه العوامل المؤقتة التي كان لها أثرا إيجابيا قويا ومباشرا على حجم الاشتراكات لعرف النظام عجزاً تقنياً وإجمالياً أكبر بكثير من الذي حققه منذ سنة 2016.

فالأكد أن الإجراءات التي اتخذها الصندوق فيما يتعلق بالتحكم في نفقات العلاج والتي تعتمد أساسا على تعزيز المراقبة الطبية، على الرغم من أنها ساعدت إلى حد كبير في الحد من تضخم بعض بنود نفقات العلاج

والتي على رأسها نفقات علاجات الأسنان التي انخفضت من 565 مليون درهم سنة 2016 إلى 400 مليون درهم سنة 2019، إلا أنها لم ولن تكون قادرة وحدها على تحسين الوضعية المالية للنظام، خصوصا في ظل محدودية الموارد وتزايد "معدل استهلاك الخدمات" *taux de sinistralité* الذي بلغ 47% سنة 2019 ولم يكن يتجاوز 36% سنة 2006.

4- العوامل الرئيسية المفسرة لتراجع الوضعية المالية للنظام:

يُظهر تحليل مختلف مؤشرات نظام التأمين الإجباري عن المرض في القطاع العام، أن العجز المسجل منذ سنة 2016، هو نتيجة طبيعية تمامًا للتطور غير المتناسب بين اشتراكات النظام وأعبائه المالية (نفقات العلاجات + نفقات التسيير + الاحتياطي الأمني)، إذ بينما بلغ متوسط النمو السنوي لهاته الأعباء المالية ما يناهز 8.3%، فإن متوسط النمو السنوي للاشتراكات لم يكد يتجاوز 4.7% خلال الفترة ما بين 2006-2019.



والمثير للقلق هو أن النظام بلغ هذه المرحلة من العجز وهو لم يتأثر بعد بالوقوع المالي الإضافي لمجموعة من العوامل التي ستستجد عليه في الأمد القريب ونخص بالذكر هنا مراجعة التعريفات المرجعية وإدماج الفئات المعنية بالمادة 114 من القانون 65.00 وتوسيع التغطية لتشمل آباء المؤمنين.

وتتمثل العوامل الأساسية الكامنة وراء التطور غير المتناسب بين اشتراكات النظام وأعبائه المالية فيما يلي:

● تضخم نفقات العلاج:

○ التوسيع المستمر لسلة العلاجات: كعامل الرئيسي ونخص بالذكر هنا "الأدوية" التي انتقلت لائحتها من 1001 دواء سنة 2006 إلى حوالي 4500 سنة 2019، مع معدل ضعيف لدخول الدواء الجديس في هذه اللائحة لا يتجاوز 24%، أيضا "لائحة المستلزمات الطبية" التي امتدت من 168 إلى 887 جهاز طبي خلال الفترة ما بين 2006 و2019، والتدخلات الطبية بما يناهز 104 تدخل مضاف إلى مصنفات الأعمال المهنية الطبية، وكذا الأعمال البيولوجية بما يناهز 130 عمل بيولوجي مضاف إلى مصنفات الأعمال البيولوجية، ناهيك عن لائحة الأمراض طويلة الأمد التي انتقلت من 41 إلى 55 مرض مزمن ومكلف.

● غلاء التعريفات وارتفاع كلفة بعض بنود العلاجات:

○ الأدوية (32% من نفقات العلاج): بسبب تطبيق سعر البيع للعموم الذي يعد أعلى بأكثر من 3 إلى 4 مرات من سعر شراء الأدوية من طرق الصيدلية التعاقدية للصندوق قبل إغلاقها تطبيقاً لمقتضيات المادة 44 من القانون 65.00، هذا بالإضافة إلى الوقوع المالي الإضافي لتحمل مصاريف أدوية جديدة جد مكلفة.

○ المستلزمات الطبية: تتصف الأجهزة الطبية بغلاء سعرها مقارنة بنظيراتها لدى العديد من البلدان، ونضيف في هذا الإطار على أنه بالرغم من التخفيض الذي عرفته أسعار بعض المستلزمات الطبية المتعلقة بجراحة القلب سنة 2015 بموجب قرار وزير الصحة رقم 13207.15، فإنه لم يتم تطبيقه إلا بعد مدة، ممّا أدى إلى خسارة للصندوق تقدر بـ 86 مليون درهم ما بين 2016-2018.

○ علاجات الأسنان: يعزى تضخم هذا البند من النفقات والذي بلغ ذروته سنة 2016، إلى اعتماد التعريفات المرجعية الوطنية في تغطية مصاريف علاجات الفم والأسنان (12.50 درهم بالنسبة لترميم الأسنان prothèse dentaire ابتداء من يوليو 2014 و17.50 درهم بالنسبة لعلاجات الأسنان soins dentaires منذ نونبر 2015). مع العلم أن تعريف ترميم الأسنان لا تتناسب مع تكلفة إنتاجه على المستوى الوطني بل وتزيد عمّا هو معتمد كتعريف تعويض بفرنسا، وكمثال على ذلك فإن كلفة "التيجان الخزفية المعدنية CCM" تعوض في فرنسا بما يعادل 75.25 أورو (70% من 107.50 أورو)، مقابل 1800 درهم بالنسبة للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (80% من 2250 درهم). كل ذلك دون اعتماد أي سقف للتعويض عن علاجات الأسنان بخلاف ما هو معمول به لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي الذي اعتمدت سقف 3000 درهم كل سنتين.

○ التحاليل الطبية: تتجاوز تعريفها المرجعية الوطنية المطبقة على مستوى القطاع الخاص (1.10 درهم) تكلفة إنتاجه على المستوى الوطني ناهيك عن التسعيرة المرتفعة للعديد من الأعمال البيولوجية في إطار مصنّفات الأعمال البيولوجية المحددة بقرار لوزير الصحة.

● الرفع من التعريفات المتعلقة ببعض التدخلات والعلاجات الطبية :

○ الرفع من التعريفات المرجعية الوطنية الخاصة بالاستشارة الطبية المتعلقة بأمراض القلب وإتمام عدسة العين cataracte والولادة القيصرية واستئصال اللوزتين وزرع النخاع الشوكي وعلاجات السرطان وغيرها (يناير 2008).

○ التعويض على أساس التعريف المرجعية الوطنية بدلا من تعريفه المسؤولية بالنسبة للتدخلات شبه الطبية (ديسمبر 2007)، الاستشارات والزيارات الطبية (يناير 2010) وعلاجات الفم والأسنان (2014 و2015).

● **تزايد حالات الإصابة بالأمراض طويلة الأمد والأمراض الخطيرة والمكلفة:**

انتقل حجم المؤمنين المصابين بمرض طويل الأمد أو خطير من 2.3% سنة 2006 إلى 6.1% سنة 2019، وهو مما أدى إلى استئثار هذه الفئة بـ 50% من نفقات العلاج مقابل 41% سنة 2006، في غياب بروتوكولات علاجية تسمح بالتحكم الطبي في نفقات العلاج.

● **ارتفاع نسبة لجوء المؤمنين للعلاج:**

حيث انتقل معدل استهلاك الخدمات *taux de sinistralité* من 36% سنة 2006 إلى 47% سنة 2019، ويمكن تفسير هذا التزايد بالهدف الذي تبناه الصندوق وسطّره في مختلف مخططاته الاستراتيجية والمتمثل في تسهيل ولوج المؤمنين للعلاج من خلال إرساء تدابير متعددة على رأسها تقليص آجال التعويض، وتبسيط مسطرة التحمل والفوترة مع تحسين معدلات تغطية تكاليف العلاج (68% سنة 2019 مقابل 52% سنة 2006)، هذا فضلا عمّا تسهم به التغطية التكميلية من رفع هذا المعدل على مستوى تعاضديات (ليصل المعدل إلى 73%)، بالإضافة لما توفره بعض القطاعات المهنية من تغطية تكميلية لفائدة المنتمين لها كقطاعات الصحة والتعليم والمالية والداخلية.

● **ضعف حصة المستشفى العمومي:**

فالمستشفى العمومي لا يستقطب سوى 6% من إجمالي أداءات الصندوق، مع العلم أن متوسط تكلفة ملف المرض في القطاع الخاص يتجاوز نظيره بالقطاع العام بأكثر من 5 أضعاف. وبشكل عام، يمكن قياس تضخم نفقات العلاج على أساس الزيادة في متوسط تكلفة ملف العلاج، الذي ارتفع من 480 درهم سنة 2006 إلى 990 درهم سنة 2019، أي بزيادة قدرها حوالي 106%.

● **إدماج مستخدمي المكتب الوطني للسكك الحديدية:**

التزاما بمقتضيات القانون رقم 120.13 استقبل الصندوق هذه الفئة من المستخدمين منذ يناير 2016، والتي يقدر عدد أفرادها بـ 45 963 مستفيد سنة 2019. ومنذ ذلك الحين ونظام التأمين الإجباري عن المرض في القطاع العام يسجل انعدام التوازن بين اشتراكات ونفقات هذه الفئة الأخيرة، واليوم تظهر النتائج المالية للنظام أن إدماج هذه الفئة أدى إلى وقع مالي إضافي للسنة الرابعة على التوالي بوقع مالي إضافي تراكمي يناهز 174 مليون درهم أي بوقع مالي إضافي يقدر بـ 43 مليون درهم كمتوسط سنوي، وهو الأمر الذي يعزى بالأساس لشيخوخة البنية الديمغرافية لهذه الفئة (مؤشر التبعية 0.61 نشيط لكل متقاعد) وما تشهده كمعدل لانتشار الأمراض الخطيرة وطويلة الأمد (9.2%).

ويجدر التذكير هنا، إلى أن "الوكالة الوطنية للتأمين الصحي" في رأيها (الرأي رقم 1 بتاريخ 15 يونيو 2015) المتعلق بدمج مستخدمي "المكتب الوطني للسكك الحديدية" في نظام التأمين الإجباري عن المرض في القطاع العام، اعتبرت « هذا الدمج سيكون له تأثير سلبي تراكمي على النظام بأكثر من 240 مليون درهم بحلول عام 2019 وأنه من الممكن استيعاب هذا الوقع من خلال التضامن بين المساهمين داخل النظام وأيضا من خلال تعديل المقاييس المالية للنظام المخطط لها بعد دراسة اكتوارية قيد التنفيذ من طرف الوكالة تهم نظام التأمين الإجباري عن المرض بنوعيه العام والخاص ».

• ركود الاشتراكات:

○ جمود معدل الاشتراكات: منذ ما يقارب 15 سنة ظلت نسبة الاشتراكات في النظام مجمدة ودون تعديل ومحدودة بسقف 400 درهم، في تعارض تام مع ما أوصت به الدراسة الاكتوارية السالفة الذكر لسنة 2004، وأيضا تلك المنجزة سنة 2010 من طرف الصندوق والتي قدرت من جهتها نسبة الاشتراك المحققة للتوازن في 5.68% ما بين سنتي 2012 و 2016 و 7.48% ما بين سنتي 2017 و 2020 بدون سقف مقابل على التوالي 6.53% و 9.39% بسقف.

○ اشتراكات محدودة بسقف: تقدر الخسارة السنوية للصندوق بسبب وجود سقف للاشتراكات بأزيد من 450 مليون درهم في السنة.

○ شيخوخة الساكنة المؤمنة: بالرغم من تطور عدد مؤمني النظام إلا أن هذا التزايد تم في ظل تراجع مضطرد "المؤشر التبعية" الذي تقهقر من 3.81 نشيط لكل متقاعد سنة 2006 إلى فقط 1.70 نشيط لكل متقاعد سنة 2019. وهو ما خلّف تراجعا للموارد المالية للنظام المستقاة أساسا من واجبات اشتراك النشيطين مقابل زيادة متواصلة للنفقات الصحية لفائدة فئة المتقاعدين حيث ترتفع نسبة الإصابة بخطر المرض وتختزل الاشتراكات في حصة واحدة (غياب حصة المشغل). وللتذكير هنا فإن صاحب معاش يساهم في النظام بأقل مما يساهم به النشيط لكونه لايقدم سوى حصة أجرية دون وجود حصة المشغل (2.5% فقط)، وهو ماينتج عنه اشتراكا سنويا متوسطا لصاحب المعاش أقل بثلاث مرات عما يقدمه النشيط، مقابل استهلاكه لخدمات علاجية أكثر بمرتين من هذا الأخير (2.2 مرة).

○ التأثير السلبي لبرنامج المغادرة الطوعية لسنة 2005 والذي استفاد منه 38 173 نشيط في القطاع العام، حملَ الصندوق خسارة تقدر بمليار و700 مليون درهم ناهيك عن تأثيره السلبي على مستوى المؤشر الديمغرافي (الدراسة الاكتوارية للصندوق لسنة 2010)

ومعلوم أن خصائص تمويل "نظام التأمين الإجباري عن المرض في القطاع العام" تختلف تماما عن تلك الخاصة "بنظام التأمين الإجباري عن المرض في القطاع الخاص المدبر من طرف الصندوق الوطني للضمان

الاجتماعي، حيث أن هذا الأخير بمجرد توسيع سلة علاجاته- ابتداء من فاتح يناير 2015- لتشمل "علاجات الفم والأسنان" استفاد ابتداء من فاتح يناير 2016 من رفع نسبة الاشتراك برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض 3، وعلى إثره انتقلت نسبة الاشتراكات فيما يخص مأجوري القطاع الخاص من 5.5% إلى 6.37% ومن 4% إلى 4.52% بالنسبة لأصحاب المعاشات. وللإشارة فقد تقرر الرفع من هذه النسب بالرغم من أن مبلغ الاحتياطات المالية لهذا الصندوق تفوق بأربع مرات احتياطات الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي. كما أن نظام التأمين الإجباري عن المرض الخاص بفئة المهنيين والعمال المستقلين اعتمد بدوره نسبة اشتراك محددة في 6.37% بالنسبة للنشيطين و 4.52% بالنسبة لأصحاب المعاشات.

5- توصيات الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي لاستعادة التوازن المالي والحفاظ على

ديمومة النظام

يشهد نظام التأمين الإجباري عن المرض في القطاع العام تزايد حاجته إلى التمويل، تحت وطأة تفشي عبء المرض وارتفاع سقف الاحتياجات الصحية للمؤمنين، في ظل بيئة تنذر بتفاقم الالتزامات المالية للدولة باعتبارها طرفاً مشغلاً مساهماً في نظام التأمين الإجباري عن المرض في القطاع العام وأيضاً طرفاً ضامناً لتمويل التأمين عن المرض لفائدة الطلبة ولفائدة ضحايا انتهاكات حقوق الإنسان لكون تمويلهما يعتمد أساساً على ميزانية الدولة.

من أجل ذلك فقد بات اتخاذ التدابير الإصلاحية والتقويمية المستعجلة أمراً ملحاً لتفادي تراكم العجز المالي للنظام، كما أنه رهان يجب كسبه من أجل ضمان استمرارية دور الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في لعب دوره المهم كهيئة مدبرة ليس فقط لنظام التأمين الإجباري عن المرض في القطاع العام وإنما أيضاً لنظام التأمين الإجباري عن المرض لفائدة الطلبة ولفائدة ضحايا انتهاكات حقوق الإنسان.

بيد أن معالجة الإكراهات التي يواجهها اليوم نظام التأمين الإجباري عن المرض في القطاع العام لا يمكن التصدي لها من زاوية تمويلية صرفية، إنما يجب موازاة مع مراجعة مقاييس تمويل النظام إيلاء أهمية خاصة لآليات التحكم الطبي في نفقات العلاج، فضلاً عن ضرورة مصاحبة هذه الإصلاحات بنظام قيادي فعال يدعم النظام في مساعيه نحو تحقيق ديمومته وتحسين مؤشرات، وذلك في إطار برنامج عمل على المدى القصير والمتوسط يجمع كل المتدخلين من أجل تفعيل المقترحات التالية:

² بموجب المرسوم رقم 2.14.706 صادر في 10 نوفمبر 2014 بتنظيم المرسوم رقم 2.05.737 الصادر في 18 يوليو 2005 بتحديد نسب تغطية الخدمات الطبية التي يتحملها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي برسم نظام التأمين الإجباري عن المرض. ج.ر. عدد 6310

³ بموجب المرسوم رقم 2.14.707 الصادر في 10 نوفمبر 2014 بتغيير المرسوم رقم 2.05.734 بتاريخ 18 يوليو 2005 بتحديد نسب الاشتراك الواجب أدائه للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي برسم نظام التأمين الإجباري عن المرض. ج.ر. عدد 6310

أولاً: مراجعة مقاييس تمويل نظام التأمين الإجباري عن المرض في القطاع العام

أصبح الصندوق بسبب الضغط الإنفاقي الذي يعيشه غير قادر على تحمل أعباء مالية إضافية، مما يتطلب مراجعة آلية تمويله بما يحقق التوازن المالي للنظام ويساعده على تحمل التزاماته إلى المدى البعيد، الأمر الذي يتحقق من خلال التنفيذ المتزامن للتدابير التالية:

تعديل نسبة الاشتراكات بما يضمن التوازن المالي للنظام على مدى 10 سنوات على الأقل، وذلك مروراً باحتساب كل الآثار المالية المتوقعة لكل العوامل المحتمل ورودها في المدى القريب ولا سيما تلك المذكورة سابقاً وأيضاً تلك الناتجة عن التوسع المستمر لسلسلة العلاجات لتشمل علاجات وتدخلات طبية مكلفة.

حذف سقف الاشتراكات (تطبيقاً لقرار مجلس إدارة الصندوق بتاريخ 28 ديسمبر 2010) من أجل إرساء المزيد من الإنصاف والتضامن بين المستفيدين من نظام التأمين الإجباري عن المرض بالقطاعين العام والخاص، نظراً لأن الاشتراكات في النظام الذي يدبره الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لا تخضع لأي سقف، وأيضاً من أجل ضخ موارد جديدة لا يستهان بها في ميزانية الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي.

وتجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أن رئيس الحكومة كان قد وافق خلال اجتماع اللجنة الوزارية لقيادة إصلاح وحكامة منظومة الحماية الاجتماعية، المنعقد بتاريخ 12 شتنبر 2018، على حذف سقف الاشتراكات في نظام التأمين الإجباري عن المرض بالقطاع العام ووضع سقف للتعويضات التي يمنحها هذا الأخير على تقويم الأسنان، ولكن للأسف هذا القرار لم يطبق بعد.

تنويع مصادر التمويل، على غرار بعض الدول، من خلال تطوير استراتيجيات مبنية على التمويل المبتكر (فرض ضريبة على الاتصالات، اقتطاع مساهمة صغيرة من تذاكر الطائرات، فرض ضريبة على المنتجات الحلوة، ضريبة على أرباح الشركات المصنعة للدواء...).

ثانياً: تشجيع واعتماد آليات التحكم الطبي في نفقات العلاج:

تظل مراجعة مقاييس تمويل النظام على أهميتها قاصرة عن تحقيق مسار تمويل مستدام إذا لم تصاحبها تدابير عاجلة تهدف إلى تعزيز التحكم الطبي في مختلف بنود نفقات العلاجات، حيث إنه بالرغم من كون إرساء آليات التحكم في نفقات العلاج يصنف ضمن الآليات الأساسية التي ينبغي أن يتبناها كل نظام صحي يسعى للتطور، إلا أن النتائج المسجلة في هذا الإطار على المستوى الوطني لازالت جد قاصرة وبعيدة عن تحقيق طموح نظام التأمين الإجباري عن المرض، ونؤكد في هذا الإطار على ضرورة إعطاء الأولوية للتدابير التالية:

- التحكم في سلة العلاجات من حيث المحتوى والأسعار لتظل قابلة للاستمرارية في الزمن، من خلال إعادة تقييمها بانتظام بحيث تغطي جميع "العلاجات الأساسية"، وأن تقتصر على العلاجات المستحقة التي أثبتت قيمتها العلاجية على أساس الدراسات العلمية اللازمة. فبدون هذا الضبط لسلة العلاجات فإن كل الجهود المبذولة للحفاظ على التوازن المالي للنظام ستذهب سدى.

- إرساء حكمة جديدة في إدارة بند الدواء قائمة على تشجيع الدواء الجنييس، وإعادة تقييم قائمة الأدوية القابلة للتعويض بحسب الخدمة العلاجية المسداة، مع اعتماد قاعدة جديدة للتعويض على أساس سعر الدواء الجنييس، على سبيل المثال يمكن اعتماد تعريفه جزافية كما هو الشأن في فرنسا بدلاً من اعتماد السعر الأقرب إلى سعر الدواء الأصلي، كما يمكن اعتماد الإدخال التلقائي للسعر المخفض للدواء الجنييس في دليل الأدوية المعوض عنها مباشرة بعد نشره بقرار لوزير الصحة.
- وضع سقف للتعويض عن بعض نفقات العلاج، على رأسها نفقات علاجات الأسنان، وذلك على غرار ما هو معتمد من طرف أنظمة مختلفة للتأمين عن المرض وطنياً ودولياً (سقف 3000 درهم كل سنتين لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، وسقف 5000 درهم كل سنة لدى الصندوق التعاضدي المهني المغربي). وتجدر الإشارة هنا إلى أنه مقابل اعتماد سقف لتعويض ترميم الأسنان فإن مؤمني الصندوق سيظلون مستفيدين من تعويض سخي لعلاجات الأسنان لأن التسعيرة المعتمدة في التعويض تظل مرتفعة (قيمة المعامل دال "D" المحددة في معدل 17.5 درهم).
- عقلنة شراء الخدمات من خلال تحديد تعريفات مُجزية وعادلة للخدمات التي تستحق تعريفاتها المراجعة نحو الارتفاع، مقابل مراجعة نحو الانخفاض للتعريفات المبالغ فيها (الأدوية والأجهزة الطبية، التحاليل الطبية، علاجات الأسنان، الفحوصات الإشعاعية...).
- تفادي وصف التدخلات أو العلاجات غير الضرورية للوقاية من هدر الموارد، من قبيل تفادي وصف تحاليل طبية زائدة أو فحوصات إشعاعية مكلفة (IRM) يمكن الاستعاضة عنها، أو عمليات غير مبررة، أو وصف أدوية يمكن الاستغناء عنها.
- استكمال وتحيين مراجع الصحة من بروتوكولات العلاج، والمراجع المهنية لمنتهي العلاج والمصنفات العامة للأعمال الطبية والمصنفات العامة للأعمال البيولوجية...
- فرض الإدلاء بالرمز الوطني المهني الاستدلالي INPE لتيسير عملية تتبع منتج العلاج ورصد كل ممارسة غير قانونية.
- تعزيز المراقبة الطبية على الخدمات الصحية بالتنسيق مع الأطباء المفتشين لوزارة الصحة.
- السعي لتحقيق الجودة في الخدمات العلاجية المقدمة.
- المشاركة في برامج الوقاية والفحص والتوعية لفائدة المواطنين بناءً على برامج وزارة الصحة.

ثالثاً: إصلاح حكمة نظام التأمين الإجباري عن المرض:

- يعد إصلاح حكمة نظام التأمين الإجباري عن المرض أمراً ضرورياً للحفاظ على ديمومته وضمان مصداقية نظام التغطية الصحية الأساسية بأكمله. يجب أن يعتمد هذا الإصلاح بشكل خاص على الركائز التالية:

1- تفعيل اللجنة المتخصصة التي شكلها رئيس الحكومة خلال اجتماع اللجنة الوزارية لقيادة إصلاح وحكامة منظومة الحماية الاجتماعية بتاريخ 19 يوليو 2019، والتي تضم إلى جانب الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي ممثلين عن الوزارات المعنية (المالية، الشغل..)، وهيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، والوكالة الوطنية للتأمين الصحي، بغية تباحث جميع الأسئلة المتعلقة بديمومة نظام التأمين الإجباري عن المرض بالقطاع العام، وفي نفس الوقت اقتراح خطة عمل تضم التدابير المزمع اتخاذها على المدى القصير والمتوسط، والكفيلة بأن تنعش موارد هذا النظام وتعزز التحكم الطبي في نفقات العلاج من أجل استعادة توازناته وضمان استدامته المالية خلال السنوات المقبلة.

2- إشراك جميع الأطراف المعنية في بلورة استراتيجية إصلاح القطاع الصحي يعيد تموقع المستشفى العمومي كقاطرة للتغطية الصحية الأساسية، وذلك بهدف تعزيز قدرة المستشفى العمومي ليصبح قادرا على تلبية احتياجات المؤمنين وجميع المواطنين فيما يتعلق بوصولهم العادل إلى الرعاية الصحية الأساسية ذات الجودة، مما سيساهم في الرفع من قدرته على استقطاب أداءات نظام التأمين الإجباري عن المرض وبالتالي يعمل على التقليل من التضخم الحالي لنفقات العلاج التي يستأثر بها القطاع الصحي الخاص (متوسط تكلفة ملف مرض القطاع الصحي الخاص يتجاوز 5 أضعاف تكلفته في القطاع الصحي العمومي).

ومع ذلك، فإن أي اعتماد على المؤسسة الصحية العمومية للمساهمة في الحفاظ على توازن النظام يجب دراسته جيداً لأن إنجاحه يتطلب تحقق مجموعة من الشروط المسبقة، والمتمثلة أساساً في مدها بالمعدات البشرية والمالية والتقنية اللازمة. كما أنه سيكون من غير الواقعي أن تتحقق زيادة فورية في حصة المستشفى العمومي من أداءات الصندوق برفعها من 6% (حالياً) إلى 30% كهدف مسطر من طرف الدولة منذ سنة 2006، لأن هذا المعدل يعني لجوء 70% على الأقل من مؤمني القطاع العام لتلقي العلاج بالمستشفى العمومي ليس فقط بالنسبة للاستشفاءات ولكن أيضاً بالنسبة للعلاجات العادية، في حين أن الطاقة الاستيعابية الحالية للمستشفى محدودة، هذا دون احتساب المرضى الآخرين الذين يلجؤون اعتيادياً للمستشفى العمومي سواء كان لديهم تغطية صحية أم لا، فهذا كله سيتطلب استعداداً مالياً قوياً لا مناص منه.

3- تأطير التغطية الصحية التكميلية وتصميم رؤية جديدة لتتكامل مع التغطية الصحية الأساسية من قبل الهيئات المعنية (وزارة المالية، وزارة الشغل، هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي) بهدف تعزيز التغطية الصحية لفائدة كل فئات المؤمنين. وذلك عن طريق توجيه التغطية الصحية الأساسية لتحمل المخاطر الثقيلة لحماية المؤمنين من النفقات الصحية الكارثية في حالة المرض في حين يوجه

النظام التكميلي للتعاضديات أو لشركات التأمين لتقوية ودعم الخدمات التأمينية الأخرى سواء كانت مضمونة أم لا في إطار التغطية الصحية الأساسية.

4- إصلاح الإطار القانوني لنظام التأمين الإجباري عن المرض، من خلال استصدار النصوص التطبيقية التي لم تر النور بعد -التي تعرقل فعالية تدير النظام وسيره العادي- أو تعديل المقتضيات القانونية التي باتت متجاوزة. مع استحضار أهمية هذا الإصلاح لتأهيل دور الهيئات المدبرة للعب دورها كفاعل رئيسي ضمن مشروع توسيع التغطية الصحية والارتقاء بها نحو الشمولية.

5- الاتجاه نحو نظام معلوماتي وطني قائم على "المعرف الاجتماعي الوطني" *identifiant social national*. وهو الأمر الذي يتطلب إعداد رؤية وطنية لتوحيد النظم المعلوماتية للتغطية الصحية الأساسية، بحيث تعطى الأولوية لإضفاء الصبغة اللامادية على التدفقات مع منتجي العلاج اعتماداً على بطاقة صحية ذكية ولامادية تدير ملفات المرض، موازاة مع إضفاء الطابع المؤسسي على تبادل البيانات بين مختلف الجهات الفاعلة في التغطية الصحية الأساسية (الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، الإدارة العامة للأمن الوطني، وزارة الداخلية...). ويمكن في هذا الإطار "للجنة الوزارية لقيادة إصلاح وحكامة منظومة الحماية الاجتماعية" أن تلعب دوراً رائداً في اتخاذ القرارات المناسبة. كما أنه، سيكون من المهم أيضاً تشارك أنظمة المعلومات *mutualisation des système d'information* بين مختلف المتدخلين بما فهم الهيئات المدبرة للتأمين الإجباري عن المرض.

6- توحيد الجهود لمحاربة الغش، إذ يظل نظام التأمين الإجباري عن المرض شأنه شأن أي نظام للتأمين الصحي في العالم، مجالاً خصباً للممارسات الاحتياطية، خصوصاً في ظل عدم تعميم في التغطية الصحية الأساسية لجميع المواطنين وتباين الخدمات المضمونة ومستويات التغطية من نظام لآخر. فالأكيد أن الإجراءات المتعددة التي تقوم بها الهيئات المدبرة غير قادرة وحدها على وقف مثل هذه الممارسات التي تتطلب بالأحرى اعتماد إطار منظم ومنسق، لذلك فإن إنشاء لجنة وطنية لمكافحة الغش على غرار ما هو معمول به في فرنسا مثلاً (اللجنة المشتركة بين الوزارات لمكافحة الغش الاجتماعي) سيسند مجهودات الهيئات المدبرة بشكل كبير في مجال مكافحة الغش الاجتماعي.

VI. أهم مشاريع سنة 2019

1- الإصلاح القانوني للصندوق

اعتمدت اللجنة الوزارية لإصلاح حكامة التغطية الصحية الأساسية* استراتيجية وطنية لإصلاح التغطية الصحية الأساسية ابتداء من سنة 2014 تتضمن إصلاح الإطار القانوني للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط

الاجتماعي الذي يخضع لمقتضيات الظهير الشريف ل 12 نونبر 1963 بسن النظام الأساسي للتعاون المتبادل والقانون 00-65 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية.

وبعد دعوة صاحب الجلالة نصره الله في خطاب العرش لسنة 2018، "للقيام بإعادة هيكلة شاملة وعميقة، للبرامج والسياسات الوطنية، في مجال الدعم والحماية الاجتماعية"، قررت الحكومة تسريع وثيرة الإصلاح القانوني للصندوق عبر إحداث مؤسسة عمومية جديدة لتكون أداة قوية للرفع من إيقاع تعميم التغطية الصحية الأساسية ولضمان ديمومتها ولتنزيل كل القرارات التي تكفل استمرارية ومواصلة تحسين جودة المرفق العمومي الصحي، على غرار ما هو معمول به بالعديد من الدول المتقدمة في مجال التغطية الصحية الشاملة.

ويخضع الصندوق المغربي للتأمين الصحي للظهير الشريف رقم 92-19-1 الصادر في 21 جمادى الآخرة 1440 (27 فبر اير 2019) 4 بتنفيذ القانون رقم 94-18 القاضي بالمصادقة على المرسوم بقانون رقم 2-18-781 الصادر في 10 أكتوبر 2018 بإحداث الصندوق المغربي للتأمين الصحي، علما أن المؤسسة العمومية الجديدة قد تم تصنيفها مؤسسة عمومية استراتيجية.

وببإشر الصندوق المغربي للتأمين الصحي مهامه مباشرة بعد نشر النصوص التطبيقية اللازمة لتنصيب أعضاء مجلس إدارته بالجريدة الرسمية (المادة 8 و28 من المرسوم بقانون 2-18-781). وقد صدر في 29 غشت 2019 بالجريدة الرسمية المرسوم 2-19-328 الذي يسمي أعضاء المجلس الإداري بعد تعيينهم (ممثل الإدارة والخبيرين) أو انتخابهم (ممثلين لأربع تعاضديات من أصل تسعة) ليكون المرسوم المتعلق بتسمية أعضاء المجلس الإداري آخر نص قانوني سيمكن المؤسسة الجديدة، عند نشره، من مباشرة مهامها في إطار أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

وبموجب المادة الأولى من الظهير الشريف بمثابة قانون رقم 1.77.185 بتاريخ 5 شوال 1397 (19 شتنبر 1977) المتعلق برئاسة المجالس الإدارية للمؤسسات العمومية الوطنية والجهوية، فإن رئيس الحكومة يتأسس المجلس الإداري للصندوق في إطار التأمين الإجباري عن المرض بالقطاع العام أو في إطار التأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة أو يفوض جهة حكومية للقيام بذلك، وهي، حسب المرسوم رقم 2.19.328، السلطة الحكومية المكلفة بالشغل.

وقد عملت لجن خاصة على إحصاء الممتلكات والمنقولات الخاصة بالصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في أفق نقلها للصندوق المغربي للتأمين الصحي طبقا لمقتضيات القانون 94-18 ونصوصه التطبيقية.

2- مراقبة ومكافحة الغش

★ حالات الغش المسجلة فيما يتعلق بالأهلية للاستفادة من خدمات التغطية الصحية

في إطار السياسة المتخذة من أجل محاربة الغش المتعلق بمحاولة الاستفادة من خدمات التغطية الصحية، يقوم الصندوق بإجراء مراقبة قبلية، بالنسبة لكل حالة تسجيل جديد للأزواج، عن طريق مطابقة المعطيات المعلن عنها للصندوق وتلك المتوفرة لدى مديرية الأمن الوطني.

خلال سنة 2019، بلغ عدد طلبات التسجيل المرفوضة للأزواج (الإناث والذكور)، بعد مطابقة المعطيات مع مديرية الأمن الوطني، 1480 من أصل 21199 طلب أي 7٪ من الطلبات.

كما يقوم الصندوق بشكل دوري (كل 15 يوما)، بالتحقق من وضعية كل الأزواج والأبناء المستفيدين بمقارنة قواعد المعطيات المتوفرة لديه ولدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ومديرية الأمن الوطني، وقد مكنت هذه العملية خلال سنة 2019 من الإغلاق للحق من الاستفادة من التغطية الصحية ل:

- 1982 زوج وزوجة المتوفرين على نشاط مدر للدخل،
- 11469 من الأزواج و11652 من الأبناء المستفيدين اللذين يتوفرون على تغطية صحية مماثلة لدى CNSS، أي على التوالي 2٪ و1٪ من فئة المستفيدين.

★ مراقبة الخدمات في إطار لثالث المؤدي

• مراقبة الصندوق كجزء من تدير المخاطر

في إطار مخطط العمل المتعلق بتدير مخاطر المرض وكذا عمليات المراقبة ومكافحة الغش والاحتيايل، قام الصندوق بالعديد من الإجراءات الهادفة إلى التحكم في النفقات والحد من الاستهلاك المفرط وكذا زجر الغش من بينها:

أ-مراسلة المؤمنين

في إطار التواصل الدائم مع المؤمنين، قام الصندوق خلال سنة 2019 بشكل أوتوماتيكي بإرسال العديد من رسائل طلب تأكيد القيام بالعلاجات حيث بلغت 75895 مراسلة متعلقة بالتحملات و334026 مراسلة متعلقة بأداءات الثالث المؤدي. في نفس السياق، استقبل الصندوق 703 رسالة جواب من طرف بعض المؤمنين في حين كشفت معالجة الرسائل المذكورة عن بعض المخالفات من جانب منتجي العلاج، والتي بلغ عددها 21 حالة (انتهاك للاتفاقيات الوطنية، واللجوء إلى الفوترة الإضافية، والمغالاة في الأسعار، إلى غيرها من المخالفات). وعلى ضوءها، اتخذ الصندوق بعض التدابير من بينها إرسال طلبات استفسار لمنتجي العلاج مع توجيه رسائل إلى الوكالة الوطنية للتأمين الصحي.

ب- المراقبة بعين المكان:

في إطار عمليات المراقبة ومكافحة الغش والاحتيال، شهدت سنة 2019 إتمام 12 مهمة مراقبة في عين المكان والتي تعد جزءاً من خطة مراقبة مؤسسات العلاج من أجل التأكد من صحة الخدمات التي كانت موضوع التغطية بناء على تقارير أو شكاوى توصل بها الصندوق. ويهدف تعميق التحقيقات المرتبطة بالمراقبة بعين المكان، قام الصندوق بإجراء فحوصات عينية همت 130 مؤمناً بالإضافة إلى فحص عينة مكونة من 391 ملف متعلقة بخدمات الثالث المؤدي.

أسفرت هذه المراقبة على توقيف الاستفادة من الثالث المؤدي بالنسبة لثلاثة مقدمي العلاجات.

د- مراقبة الأعمال الطبية المشكوك فيها: العمل الطبي المستهدف (استئصال الورم العضلي)

بالنظر إلى التقنيات المختلفة لإجراء عملية استئصال الورم العضلي، وبالنظر إلى الشكاوى التي تلقاها الصندوق، تم التركيز على المراقبة البعدية فيما يخص ملفات الثالث المؤدي لعام 2018. واستمر الصندوق في توسيع المراقبة خلال 2019، من خلال القيام بزيارة ميدانية لـ 4 منتجي العلاجات بالإضافة إلى مراقبة 98 ملفاً وإجراء فحوصات عينية على 59 مؤمناً.

وقد أظهرت النتائج بعض الخروقات تم على ضوءها احتساب الصندوق لمبالغ غير مستحقة من طرف مصحة خاصة واحدة تقدر قيمتها بـ 147.015,00 درهم ستقدم للمصالح المعنية من أجل استرجاعها كما تم وضع ملفات تحت المراقبة قبلية (أي قبل الأداء). بالإضافة إلى ذلك قام الصندوق بتوقيف العمل في إطار الثالث المؤدي مع إحدى المصحات بعد ثبوت ممارستها للفوترة الإضافية.

هـ- إجراءات مراقبة الأعمال الطبية المرتبطة بالولادة القيصرية قبل الأداء

بعد الزيادة الملحوظة في نفقات الصندوق المتعلقة بالعملية القيصرية واعتبار أن ما يسمى بعملية قيصرية بناء على اختيار المرأة الحامل، أصبحت ممارسة شائعة على مستوى مختلف المصحات الخاصة ومن أجل تقييد اللجوء غير المبرر طبياً إلى هذه الخدمة، فقد تقرر تبني إجراء ينص على ضرورة ضم تقرير طبي مفصل إلى ملف الفوترة يحدد الضرورة الطبية التي استلزمت اللجوء لهذه العملية والقيام بالمراقبة الطبية لهذا النوع من الملفات قبل الأداء على أساس عينة.

في عام 2019، طالت عمليات المراقبة 376 ملفاً بما في ذلك 366 ملفاً لم تظهر أي مخالفات.

• إجراءات الصندوق في ظل الخروقات المكتشفة:

بعد الوقوف على العديد من التجاوزات، اتخذ الصندوق خلال سنة 2019 عدة إجراءات منها:

- مراسلة الوكالة الوطنية للتأمين الصحي في شأن 28 منتجي العلاجات المتعلقة بالتجاوزات التي تم الوقوف عليها من ضمنها: عدم احترام الاتفاقية الوطنية، شيك الضمان، فوترة بعض الأعمال الطبية والتي تدخل في حساب المبلغ الجزافي المحتمل، فوترة بعض الأعمال الطبية والتي يمكن أن تدخل في طلب التحمل كأعمال إضافية وعدم السماح للمريض بالخروج من المصحة.

- توجيه طلبات استفسار ل 26 منتجي العلاجات.
- اللجوء الى تفعيل مسطرة توقيف العمل بنظام الثالث المؤدي في حق 9 منتجي علاج واسترجاعه بعد تعهد كتابي من طرف منتجي العلاجات باحترام الاتفاقية الوطنية.

★ مراقبة الخدمات في إطار العلاجات العادية

● أ- مراقبة المستهلكين الكبار

اعتمد الصندوق مقارنة تدير المخاطر تحدد فئة المؤمنين التي يتم وضعها قيد المراقبة الطبية. منذ انطلاق عملية المراقبة القبلية لملفات المستهلكين الكبار سنة 2012 وحتى نهاية 2019 قام الصندوق بإدماج 2378 مؤمنا في نظامه المعلوماتي من ضمنهم 1288 في إطار نظام تدير المخاطر المعتمد منذ 2016. وقد شهدت سنة 2019 ادماج 69 مؤمنا بناء على شكايات تتعلق بالغش وضعت من طرف تعاضدية اومفام والتشكيك في وجود شبكة نصب واحتيال لتزوير ملفات المرضى.

عموما يلاحظ تراجع سلوك الاستهلاك مباشرة بعد ادماج المؤمنين المعنيين في نظام المراقبة، وهكذا:

- انتقل استهلاك التعويضات من 45.2 مليون درهم خلال سنة 2015 و 11.1 مليون درهم سنة 2016 ثم الى 6.5 مليون درهم خلال سنة 2019 بالنسبة للمؤمنين المدمجين في نظام المراقبة من خلال نظام تدير المخاطر،
- انتقل استهلاك التعويضات من 22.8 مليون درهم خلال سنة 2012، الى 8.4 مليون درهم سنة 2019 بالنسبة للمؤمنين المتواجدين خارج نظام تدير المخاطر.

● مراقبة الاستهلاك المفرط للأعمال الطبية المتعلقة بالأسنان في إطار مخطط تدير المخاطر

في إطار هذا المخطط، تم تسجيل تطور مهم لنفقات الخدمات المتعلقة بطب الفم والأسنان. وقد مكن تحليل معطيات سنة 2017 من الكشف عن وجود 36 طبيب اسنان يفرطون في وصف الخدمات (مع رقم أعمال يزيد عن 400.000 درهم سنويا). وكشفت نتائج المراقبة عن ملاحقة قانونية في حق طبيب أسنان واحد وذلك لوجود عدة تجاوزات من بينها وجود عيادة طبية غير مشغلة تقريبا، عدم القيام بالأعمال الطبية لدى أغلبية المؤمنين المستجوبين بالإضافة إلى الفوترة العالية للخدمات بالمقارنة مع المبالغ المؤدات من طرف المؤمنين. بالنسبة لباقي الأطباء (35) لازالت التحقيقات والتحريات الإضافية جارية بخصوصهم.

3- الجهوية

سنة 2019، أحدث الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي مندوبيتين جهوية بكل من خنيفرة وتمارة ليصل عدد المندوبيات إلى 25 مندوبية إلى غاية متم هذه السنة.

4- الموارد البشرية

في إطار تدبير الموارد البشرية بالصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي خلال سنة 2019، نتطرق فيما يلي إلى أهم المحاور في هذا الصدد كالتالي:

- الزيادة في الأجور: استفاد مستخدمو الصندوق من الزيادة في الأجور التي خصصتها الدولة بموجب مراسيم السيد رئيس الحكومة حول تحديد شروط منح التعويضات لفائدة موظفي الدولة لفائدة مختلف الهيئات وذلك بداية من شهر ماي 2019، بزيادات تراوحت، حسب الدرجة والفئة، ما بين 100 درهم إلى 200 درهم شهريا (الجريدة الرسمية عدد 6790 بتاريخ 27 يونيو 2019)
- تعديل قانون المستخدمين: ويتعلق الأمر بمراجعة المنح الأسدية لفائدة المستخدمين بكافة فئاتهم.
- التغطية الاجتماعية: في إطار تحسين التقاعد لفائدة المستخدمين، قام الصندوق بداية من يناير 2020، بالرفع من اشتراكاته لدى الصندوق المغربي للتقاعد بالنسب التالية:
 - حصة المشغل من 10.40% إلى 13%
 - حصة الأجير من 8% إلى 10%

وتهدف هذه الزيادة في الاشتراك إلى تحسين معدل المعاش التكميلي بعد الإحالة عن التقاعد.

- تعزيز الموارد البشرية من خلال التوظيفات: قام الصندوق خلال سنة 2019 بإجراء مباريات جبهوية للتوظيف، حيث تم توظيف على إثر هذه العملية ما مجموعه 69 إطارا من مختلف التخصصات اللازمة لفائدة المصالح المركزية والمندوبيات الجهوية للصندوق.
- تطوير المسارات الإدارية: بلغ عدد المستفيدين من الترقيات بالصندوق خلال سنة 2019 ما مجموعه 289 مستخدم من مختلف الفئات.

VII. موجز التقرير المالي برسم سنة 2019

1- تحليل لحساب المداخيل والنفقات

الفارق	السنة المالية 2018	السنة المالية 2019	القائمة
356 924 546,47	5 105 982 433,19	5 462 906 979,66	1. المساهمات
675 235,88	5 671 125,24	6 346 361,12	2. العائدات التقنية للاشتغال
175 254 988,25	4 961 859 338,31	5.137.114.326,56	3. الخدمات والمصاريف المدفوعة
63 096 495,00	113 993 743,00	177 090 238,00	3. تغيرات مخصصات لعلاجات مستحقة الدفع + مخصصات الإحتياط الأمني
26 671 703,42	308 597 042,41	335 268 745,83	4 النفقات التقنية للاشتغال
92 576 595,68	-272 796 565,29	-180 219 969,61	عجز تقني خارج نتيجة التوظيفات (1+2-3-4)
-432 061 829,63	1 051 892 094,16	619 830 264,53	5 عائدات التوظيفات من المخصصات التقنية
-387 221 461,68	781 702 508,28	394 481 046,60	6 نفقات التوظيفات من المخصصات التقنية
-44 840 367,95	270 189 585,88	225 349 217,93	نتيجة التوظيفات (5-6)
47 736 227,73	-2 606 979,41	45 129 248,32	7 فائض أو عجز تقني (1+2-3-4+5-6)
3 241 930,93	4 350 505,62	7 592 436,55	8 المنتجات غير التقنية المتداولة
-82 377,81	88 786,61	6 408,80	9 نفقات غير تقنية المتداولة
3 324 308,74	4 261 719,01	7 586 027,75	10 الفائض أو العجز غير التقني متداول (8-9)
7 493 962,22	2 839 051,76	10 333 013,98	11 المنتجات غير تقنية غير المتداولة
-6 652 756,45	7 326 943,53	674 187,08	12 النفقات غير تقنية غير المتداولة
14 146 718,67	-4 487 891,77	9 658 826,90	13 الفائض أو العجز غير تقني غير المتداول (11 - 12)
17 471 027,41	-226 172,76	17 244 854,65	14 الفائض أو العجز غير تقني (10 + 13)
65 207 255,14	-2 833 152,17	62 374 102,97	15 الفائض أو العجز قبل الضرائب (7 + 14)
0,00			16 الضريبة على الفائض أو العجز
65 207 255,14	-2 833 152,17	62 374 102,97	17 الفائض أو العجز الصافي (15-16)

الفائض التقني

• الاشتراكات

خلال الفترة المتراوحة ما بين فاتح يناير و 31 دجنبر 2019 تم تحصيل اشتراكات في إطار التأمين الاجباري عن المرض تصل قيمتها إلى 5.462.906.979,66 درهم. وقد عرفت قيمة الاشتراكات خلال سنة 2019 ارتفاعا مقارنة بسنة 2018 بقيمة 356.924.546,47 درهم.

• الخدمات والمصاريف

تتوزع النفقات المتعلقة بالخدمات في إطار العلاجات العادية والثالث المؤدي و المبالغ المستردة من فاتح يناير إلى 31 دجنبر 2019 كالتالي :

2 250 498 547,44	الخدمات المؤداة في إطار الثالث المؤدي
2 888 800 310,69	الخدمات المؤداة في إطار العلاجات العادية
5 139 298 858,13	إجمالي الأداءات
-2 184 531,57	المبالغ المستردة
5 137 114 326,56	المجموع

التغيرات التي يعرفها الاحتياطي في إطار الخدمات المؤداة

حسب المادة 50 من قانون 00-65 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية يجب على الصندوق تكوين احتياطي من أجل الخدمات التي يجب أدائها. الهدف منه تغطية مصاريف الملفات التي لم تتم تصفيتهام و مصاريف الملفات التي تمت تصفيتهام وتلك التي لم يتم بعد أدائها حتى تاريخ الجرد و مصاريف الملفات التي يتم الحسم فيها بعد انتهاء الجرد.

ويصل الاحتياطي المتبقي لهذا الغرض برسم 31 دجنبر 2019 إلى 1.290.026.524,00 درهم مقابل 1.140.059.821,00 درهم عند متم 31 دجنبر 2018 مسجلا بذلك ارتفاعا يقدر ب 149.966.703,00 درهم.

الحصة الممنوحة للاحتياطي الأمني

انتقل الاحتياطي الأمني من 1.200.619.255,00 درهم في نهاية 31 دجنبر 2018، إلى 1.227.742.790,00 درهم في نهاية 31 دجنبر 2019 مسجلا بذلك ارتفاعا يقدر ب 27.123.535,00 درهم.

النفقات التقنية للاستغلال

تتوزع النفقات التقنية للاستغلال بالدرهم كالآتي:

النسبة	الفارق	سنة 2018	سنة 2019	النفقات التقنية للاستغلال
43,48%	4 940 988,47	11 364 686,28	16 305 674,75	مشتريات من مواد وتموينات للاستهلاك وتغير المخزون
-2,38%	-799 815,28	33 631 474,59	32 831 659,31	تكاليف خارجية أخرى
6,99%	2 141 553,56	30 635 888,32	32 777 441,88	تكاليف خارجية أخرى: لفائدة الوكالة الوطنية للتأمين الصحي
4,01%	2 254 394,37	56 207 179,52	58 461 573,89	تكاليف خارجية أخرى: مصاريف التسيير الممنوحة للتعاضديات
91,06%	635 692,27	698 082,85	1 333 775,12	ضرائب ورسوم
7,80%	12 591 085,26	161 332 532,93	173 923 618,19	تكاليف المستخدمين
33,32%	4 907 804,77	14 727 197,92	19 635 002,69	مخصصات الاستغلال
8,64%	26 671 703,42	308 597 042,41	335 268 745,83	المجموع

منتوجات عائدات توظيف الأموال

بلغت عائدات توظيف الأموال produits de placement الخاصة بتغطية الاحتياطات التقنية على المستوى المحاسباتي خلال نشاط 2019 ما مجموعه 619.830.264,53 درهم.

النفقات المتعلقة بتوظيف الأموال لتغطية الاحتياطات التقنية 394.481.046,60 درهم

عند متم 31 دجنبر 2019.

بلغت نتيجة توظيف الأموال 225.349.217,93

نتيجة توظيف الأموال

فائض النشاط السنوي بالدرهم : سجلت نتيجة النشاط لسنة 2019 فائضا يصل إلى

45.129.248,32 درهم، مقابل عجز بلغ 2.606.979,41 درهم خلال نشاط 2018

2- ملخص قوائم الحصيلة

بيان تمويلات الموسم 2019

الموارد	الوظائف	2018	2019	ملخص قوائم الحصيلة
62 317 205,53		7 024 440 133,42	7 086 757 338,95	تمويل دائم (خارج 16)
	3 801 531,43	64 709 535,22	68 511 066,65	أصول ثابتة (خارج 26)
58 515 674,10		6 959 730 598,20	7 018 246 272,30	رأس المال العامل (1-2) (أ)
177 090 238,00		2 340 679 076,00	2 517 769 314,00	مخصصات تقنية (16)
	269 081 364,30	9 885 792 354,50	10 154 873 718,80	التوظيفات من تغطية المخصصات التقنية
	91 991 126,30	-7 545 113 278,50	-7 637 104 404,80	فائض أو عجز من تغطية المخصصات التقنية (4-5) (ب)
584 248 019,83		1 702 401 277,37	1 118 153 257,54	الأصول المتداولة
	611 202 717,69	2 414 493 155,30	1 803 290 437,61	الخصوم المتداولة
	26 954 697,86	-712 091 877,93	-685 137 180,07	احتياجات التمويل الكلية (7-8) (ج)
60 30 150,06		126 709 197,63	66 279 047,57	صافي النقد (الأصول+الخصوم) = (أ+ب+ج)

التوظيفات المخصصة لتغطية المؤونة التقنية

عند 31 دجنبر 2019، بلغت التوظيفات المالية لتغطية المؤونة التقنية على مستوى
10.154.873.718,80 درهم مقابل 9.885.792.354,50 درهم سنة 2018.

المستحقات

بلغ صافي مستحقات الأصول التقنية المتداولة 102.991.054,24 درهم كما بلغت باقي المستحقات
530.383.371,48 درهم.

على مستوى المديونية

سنة 2019 بلغ إجمالي الديون 1 803 290 437,61 درهم، منها ديون اتجاه القطاع المشترك.

VIII . الحصيلة المالية للمصحة التعاضدية

الحدث الرئيسي الذي شهدته المصحة التعاضدية خلال سنة 2019 هو القيام بعملية جرد الأصول الثابتة من قبل الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، والتي تم التحقق من صحة نتائجها من قبل مكتب افتحاص خارجي. "FIZAZI et ASSOCIES".

أدت هذه العملية إلى تعديلات في الأصول الثابتة للمصحة التعاضدية، كما يلي:

- شطب الممتلكات المادية وغير المادية المسجلة على مستوى الأصول الثابتة بقيمة 14.841.893,41 درهم؛
- تسجيل الممتلكات التي تم جردها بقيمة 310.607,40 درهم وتحويلها إلى الأصول الثابتة لنظام التأمين الإجباري عن المرض بالقطاع العام؛

أما بالنسبة لمستحقات وديون المصحة التعاضدية، فتشمل أرصدة قديمة لمستحقات وديون لم يتم تحليلها والتي تعود لما قبل سنة 2005، والمبالغ ذات الصلة التي تبلغ قيمتها على التوالي 73.154.827,08 درهم و 3.604.627,42 درهم

أما بالنسبة لوضعية استغلال المصحة التعاضدية، وبناء على القرار رقم 5 الذي اتخذته المجلس الإداري للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي المنعقد في 25 يوليوز 2019، حصلت المصحة التعاضدية على هبة من مختبرات ROCHE وهي عبارة عن تبرع عيني من دواء HERCEPTIN 150mg بقيمة 2.464.500,00 درهم، والتي تم وضعها رهن إشارة للمعهد الوطني للأورام.

خاتمة :

تشكل ديمومة التأمين الإجباري عن المرض في القطاع العمومي أهم محور، لأنه بدون توازنات مالية مستقرة لا يمكن الاستمرار في تحقيق فعالية التدبير وجودة الخدمات. إلا أن هذا الانشغال يجب أن يعطى له بعد وطني بحيث يصنف ضمن أولويات السياسة الاجتماعية للدولة وهو الأمر الذي يقتضي وضع خارطة طريق لإصلاح شمولي يأخذ بعين الاعتبار جميع الإصلاحات المقياسية والهيكلية الممكنة و يوقع كل طرف من الأطراف الفاعلة تحت سقف مسؤولياته ودوره.

فمواجهة الإكراهات المالية التي يعرفها نظام التأمين الإجباري عن المرض في القطاع العام لا يتحقق إلا من خلال إدراك حقيقة الإكراهات المستقبلية التي ظهرت بوادرها والمتمثلة أساسا في موجة التقدم التكنولوجي للتقنيات الطبية بكل ما تحمله من تقنيات علاجية جديدة مكلفة وأدوية مستحدثة في ظل شيخوخة الساكنة وارتفاع الأمراض المزمنة والمكلفة على غرار باقي دول العالم، الشيء الذي يتأكد معه ضرورة خلق نظام قيادي مرن قادر على موازنة المعادلة بين سوق علاج جارف بكلفته المرتفعة وباحتياجات المؤمن المتصاعدة والمشروعة، ونظام تأمين عن المرض مقيد بموارده المحدودة وبشرط وجوده المصيري ألا وهو شرط التوازن المالي.

وهنا نتأكد مرة أخرى مسؤولية الدولة للتوفيق بين هذه المصالح المتعارضة من أجل بلوغ هدفها التنموي المتمثل في الرفع من مستوى تمويل قطاع الصحة وتحسين المؤشرات الصحية، كما تتحدد مسؤوليتها في خلق الانسجام بين القطاع الصحي والتغطية الصحية الأساسية لتقوية مناعة بلادنا ضد الطوارئ الصحية والأمراض السارية ولخلق جيل جديد من المشاريع قادرة على الانتقال بالتأمين الإجباري عن المرض والقطاع الصحي نحو عصر الرقمنة الشاملة والتكنولوجيا الحديثة.