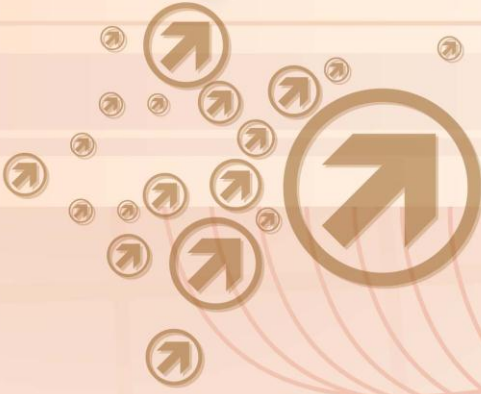


المملكة المغربية
ROYAUME DU MAROC



الوكالة الوطنية للتأمين الصحي
Agence Nationale de l'Assurance Maladie

Feuille de route 2014-2018



www.assurancemaladie.ma



Sa Majesté le Roi Mohammed VI que Dieu l'assiste



SA MAJESTÉ LE ROI MOHAMMED VI QUE DIEU L'ASSISTE

DONNE LE COUP D'ENVOI POUR LA GÉNÉRALISATION
DE L'OPÉRATION **RAMED** À TRAVERS TOUT LE ROYAUME,
AU PALAIS ROYALE DE CASABLANCA, LE 13 MARS 2012

« L'Etat, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens à disposition pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir des droits:

- aux soins de santé;
- à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'Etat... »

Article 31 de la Constitution marocaine de 2011

« ... il importe également d'élargir la protection sociale et l'assurance maladie, de lutter contre la pauvreté et toute forme d'exclusion, de renforcer la solidarité sociale entre les générations en prenant des mesures urgentes pour sauver les systèmes de retraite avant qu'il ne soit trop tard.»

Discours du Trône du 30 juillet 2004

« ...Nous tenons tout particulièrement à réaffirmer notre ferme volonté personnelle d'assurer la mise en œuvre optimale du RAMED, en lui permettant de surmonter tous les obstacles, et en veillant à le développer et à en simplifier les procédures, de sorte à garantir un large accès des catégories défavorisées parmi nos citoyens à ce régime.

« ...A cela s'ajoute la nécessité de tirer parti des expériences internationales en ayant à l'esprit les directives de l'Organisation mondiale de la santé, visant à assurer une couverture médicale globale.»

Extrait de la Lettre Royale adressée à la 2^{ème} CNS à Marrakech les 1,2 et 3 juillet 2013

Vision : «Repositionner les missions de l'ANAM de manière stratégique pour qu'elle contribue à l'atteinte de l'objectif de la couverture sanitaire universelle au Maroc »

Feuille de Route

2014-2018

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	6
1. La Couverture Universelle (CU), engagement fort du Maroc	7
2. Les défis du système de santé au Maroc, encore des insuffisances en ressources et en gouvernance	7
3. La loi n°65-00, un levier de la protection sociale vers la CU	8
II. BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA COUVERTURE MEDICALE DE BASE (CMB)	10
1. Progression de la couverture	11
2. Enjeux financiers	13
3. Impact sur la santé	16
4. Contraintes liées à la mise en oeuvre des régimes	18
III. FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE LA CMB	20
1. Gestion des régimes	21
2. Régulation et encadrement technique : principales missions de l'agence nationale de l'assurance maladie (l'ANAM)	28
3. Fonctionnement des organes de l'ANAM	30
4. Enjeux, dysfonctionnement et contraintes	30
IV. REPOSITIONNEMENT DE L'ANAM DANS LE CONTEXTE DE LA CU	34
1. Accompagnement des réformes de santé	36
2. Harmonisation des régimes	36
3. Accélération de l'extension aux autres catégories	37
4. Réforme de la gouvernance de la CMB et de l'ANAM	38
5. Refonte du dispositif juridique	39
V. CONCLUSION	40



INTRODUCTION



1. LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE (CSU), ENGAGEMENT FORT DU MAROC

Par la couverture sanitaire universelle, on entend : l'accès de toute personne aux services de santé de quantité et de qualité suffisantes sans que leur coût, au moment du paiement, n'entraîne des difficultés financières. Cela suppose un système solide, efficace, bien géré, articulé autour d'un accès aisé aux soins et particulièrement aux médicaments, aux technologies essentiels et un personnel suffisant, qualifié et motivé ; utilisant des technologies modernes.

le Maroc s'est inscrit dans le cadre de deux résolutions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2005 et 2011 (WHA58.33 et WHA64.9), à réformer son système de santé en vue d'atteindre la couverture sanitaire universelle. Cet engagement, est déjà annoncé par l'ONU comme un objectif de développement de l'après 2015.

Dans cette perspective, la lettre Royale adressée à la 2^{ème} conférence nationale sur la santé, tenue à Marrakech du 1^{er} au 3 juillet 2013, a-t-elle confirmé l'engagement de notre pays à relever les défis afin d'atteindre la couverture sanitaire universelle.

2. LES DÉFIS DU SYSTÈME DE SANTÉ AU MAROC, ENCORE DES INSUFFISANCES EN RESSOURCES ET EN GOUVERNANCE

Si le Maroc a réussi sa politique de prévention de manière efficiente, et a maîtrisé les problèmes liés aux maladies transmissibles, il a toujours du mal à assurer un accès aux soins curatifs appropriés et équitables. Le premier grand défi en matière de santé étant sans aucun doute lié à l'accès aux soins, et ce eu égard aux exigences de plus en plus croissantes de la population.

Pour relever ce défi, il est impératif de rattraper le retard aussi bien en termes de disponibilité de l'offre que de la qualité des services. Le secteur de la santé doit donc résoudre les déficits en ressources humaines, en financement et en accessibilité aux médicaments, face à une demande de soins et une consommation médicale croissante, aggravée par l'augmentation des prestations liées aux maladies chroniques.

Il est à noter aussi que le défi majeur reste, l'amélioration de la gouvernance du secteur qui est à puiser incontournableement dans la transparence, le partenariat et la mutualisation des efforts de l'ensemble des acteurs du système de santé.

La mise en place d'un système national d'information ainsi que la maîtrise des déterminants de la Santé, constituent quant à eux deux chantiers d'importance capitale pour concrétiser cette nouvelle gouvernance.

3.LA LOI N° 65-00, UN LEVIER DE LA PROTECTION SOCIALE VERS LA CSU

Le Maroc a démarré sa couverture sanitaire universelle en 2002 par l'adoption de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base (CMB) qui constitue le noyau de la réforme sur le financement.

Cette loi est une fierté pour notre pays, par ce que construite sur la base des six principes fondamentaux et universels à savoir l'obligation, l'universalité, l'équité, la solidarité, l'interdiction de toute forme de discrimination et l'interdiction de la sélection du risque maladie.

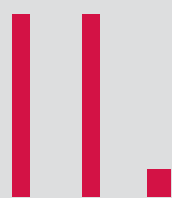
La Loi n°65-00 qui constitue le fondement de la protection sociale en matière de santé, annonce dans son préambule la mise en place d'un système de couverture médicale de base en vue d'atteindre une couverture universelle, prévoit la mise en place d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour les salariés et pensionnés du secteur privé et public, pour les étudiants et les travailleurs indépendants, ainsi que pour les personnes exerçant une profession libérale, pour les anciens résistants et membres de l'armée de libération et pour toute autre activité non salariée) et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) et a prévu un organe de régulation qui est l'agence nationale de l'assurance maladie (ANAM).

La démarche suivie pour l'élaboration de la « feuille de route 2014-2018 » a été déroulée en quatre étapes :

- Une étape de consultation auprès de partenaires nationaux et internationaux et acteurs de la CMB ;
- Une étape de concertation avec les organismes et certaines mutuelles gestionnaires de l'AMO ;

- Une étape d'implication de l'équipe de l'ANAM ;
- Une étape de formulation de la feuille de route par une commission ad hoc.

Le fruit de cette démarche est présenté dans ce document structuré en trois parties : une première partie qui décrit le bilan de la mise en œuvre de la CMB en terme de progression de la couverture, d'enjeux financiers, d'impact sur la santé des assurés et des contraintes, une deuxième partie qui évalue le fonctionnement du système de la CMB après huit ans d'expérience et surtout celui de l'exercice des missions de l'ANAM en tant que régulateur et gestionnaire des ressources affectées au RAMED et une troisième partie qui traite des axes stratégiques de la feuille de route avec leur déclinaison en actions et activités.



BILAN DE LA MISE
EN ŒUVRE DE LA
COUVERTURE
MEDICALE DE BASE

1.PROGRESSION DE LA COUVERTURE

Dix ans après l'adoption de la loi n°65-00, portant code de la Couverture Médicale de Base, il est à noter que : Seuls deux régimes AMO sur cinq sont mis en place à partir de 2005 à savoir le régime des employés et titulaires de pension du secteur public, géré par la Caisse Nationale des Organismes de la Prévoyance Sociale (CNOPS) et le régime des salariés et retraités du secteur privé, géré par la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNSS).

Le régime des étudiants n'est pas encore entré en vigueur quoique sa conception soit avancée. Celui des indépendants et professions libérales a fait l'objet d'études générale et actuarielle d'envergure, qui ont permis d'identifier des scénarios de couverture.

S'agissant du régime des anciens résistants et membres de l'armée de libération est intégré à la mutuelle des FAR, dont le régime est fixé par une réglementation particulière.

Quant aux bénéficiaires de l'article 114, ils n'ont pas encore basculé à l'AMO malgré l'expiration des délais, mais on assiste surtout à la prolifération de régimes particuliers, gérés par l'assurance privée, en marge de la loi (les IMAMS, les MOCKADIMINES, les artistes, INAYA, victimes des violations des droits de l'homme, etc.) ;

Enfin, le lancement de la généralisation du RAMED n'a été opéré qu'à partir de mars 2012 après une expérience pilote à la région Tadla-Azilal en 2008

Le bilan chiffré jusqu'à 2012, en termes de couverture médicale qui a été relativement positif, n'a concerné que les régimes des salariés et des personnes économiquement faibles. En effet, il a été relevé une progression des bénéficiaires de l'AMO de 50% passant de 5,1 millions à 7.6 millions entre 2006 et 2012.

Pendant la même période, l'augmentation de la part des assurés atteints de maladies chroniques est de 73%, en passant de 1,73% à 2,99% (tableau 1).

Tableau 1 : évolution de la couverture de la population salariale par l'AMO entre 2006 et 2012 (en millions)

Indicateurs	Salariés et retraités du secteur privé		Salariés et retraités du secteur public		Total		
	2006	2012	2006	2012	2006	2012	Taux
Bénéficiaires ayant droits ouverts	1,796	4,097	2,376	2,940	4,172	7,037	69%
Bénéficiaires atteints d'ALD	1,30%	2,30%	2,06%	3,95%	1,73%	2,99%	73%
Bénéficiaires de l'Article 114	*	1,244	*	0,305	*	1,549	*
Taux de sinistralité (%)	*	17,0%	*	42,3%	*	27,6%	*

En ce qui concerne le RAMED, la population immatriculée a atteint 5,6 millions à fin Octobre 2013, soit 69% de la population cible (tableau 2).

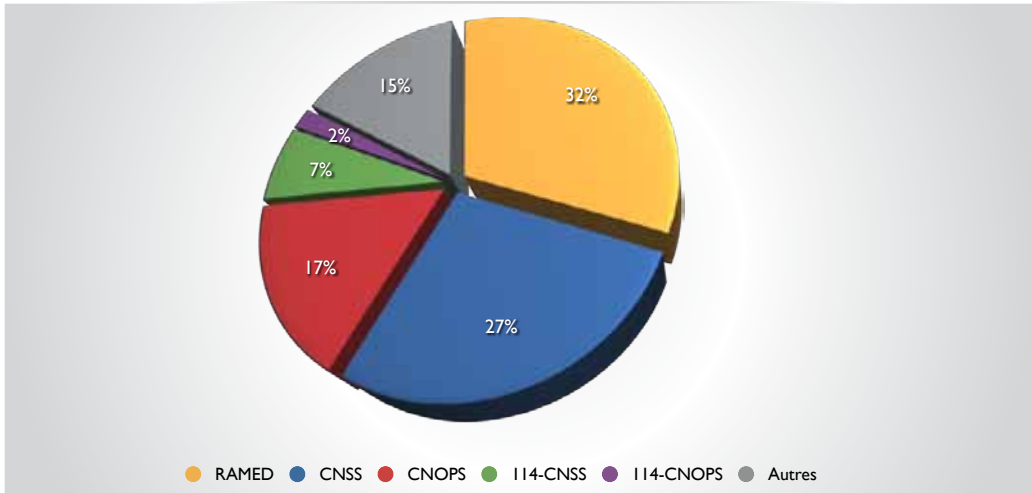
Tableau 2 : évolution de la couverture des bénéficiaires du RAMED entre 2006 et Octobre 2013

Indicateurs (en Millions)	2006	25/10/2013
Bénéficiaires éligibles dont :	0	5,597
En situation de pauvreté	0	4,490
En situation de vulnérabilité	0	1,007
Taux de réalisation	0%	69%

En prenant en compte l'ensemble des régimes en vigueur au Maroc, (AMO-CNOPS, AMO-CNSS, RAMED, AMO-114 Privé et Public, Autre régimes), la population totale couverte est d'environ 17,5 millions, soit 53% de la population marocaine.

La part de couverture de la population par régime est donnée par le graphique 1 :

graphique 1 : Part de la population couverte par régime



2.ENJEUX FINANCIERS

Sur le plan financier, les deux régimes des salariés sont, pour le moment, excédentaires car réalisent 8,11 milliards de dirhams mais ne dépensent que 5,30 milliards de dirhams de prestations. La structure des dépenses est marquée par la prépondérance des affections de longue durée (ALD) et des affections longues et coûteuses (ALC) qui, à elles seules, constituent plus 50% des dépenses globales. La ventilation des recettes et des dépenses par organisme est donnée par le tableau 3.

Tableau 3 : recettes et dépenses relatives au régime AMO des salariés et des titulaires des pensions au titre de l'année 2012

Indicateurs	CNSS	CNOPS	Total
Recettes du régime (en milliards)	3.767	4.340	8.107
Dépenses du régime (en milliards)	1.795	3.506	5.301
Dépenses des ALD/ALC	58,7%	45,9%	49,9%
Dépenses des médicaments	33.3%	33.4%	33.3%

Quant au RAMED, et compte tenu de l'effectif éligible à fin Octobre 2013 et des fréquences de soins dispensés par les hôpitaux publics, les recettes générées devraient être de 1,924 milliards de dirhams de recettes/facturation dont 179,6 millions devraient provenir des collectivités territoriales et 120.8 Millions au titre des contributions des personnes éligibles en situation de vulnérabilité. Le reste étant bien évidemment dû à l'Etat soit 1,611 milliards de dirhams (tableau 4).

Il est à rappeler cependant, que le montage financier du RAMED qui a été basé sur une étude actuarielle réalisée en 2006 est dépassé pour trois raisons :

- La mise à jour de cette étude actuarielle faite en 2013, a fait sortir une consommation annuelle moyenne d'environ 650 dhs/personne bénéficiaire au RAMED en augmentation de 90% par rapport à 2006 (343 dhs/personne) ;
- Une répartition de la population du RAMED (82% en situation de pauvreté et 18% en situation de vulnérabilité) largement dépassée par rapport aux prévisions initiales (45% en situation de pauvreté et 55% en situation de vulnérabilité), ce qui a compromis l'apport des contributions des collectivités locales et celles des personnes en situation de vulnérabilité ;
- Uniquement 50% des personnes en situation de vulnérabilité qui retirent leurs cartes et par conséquent contribuent au financement du RAMED.

Tableau 4 : ventilation des recettes réalisées au titre du RAMED à fin Octobre 2013, par source de financement

Source de financement	Montant en millions de DH
Collectivités Territoriales	177
Personnes en situation de vulnérabilité	136
Etat	1.611

Le bilan présenté par le ministère de la santé lors de la célébration de la première année de la généralisation du régime a permis de constater que les dépenses du RAMED ont atteint 1,065 milliards de dirhams, dont 31% pour prendre en charge les ALD et ALC (tableau 5).

Il en résulte un manque à gagner pour les hôpitaux à fin octobre 2013 étant donné que le fonds d'appui à la cohésion sociale crée pour être le pourvoyeur des fonds pour le RAMED n'a pas pour le moment injecté de fonds dans le budget du RAMED.

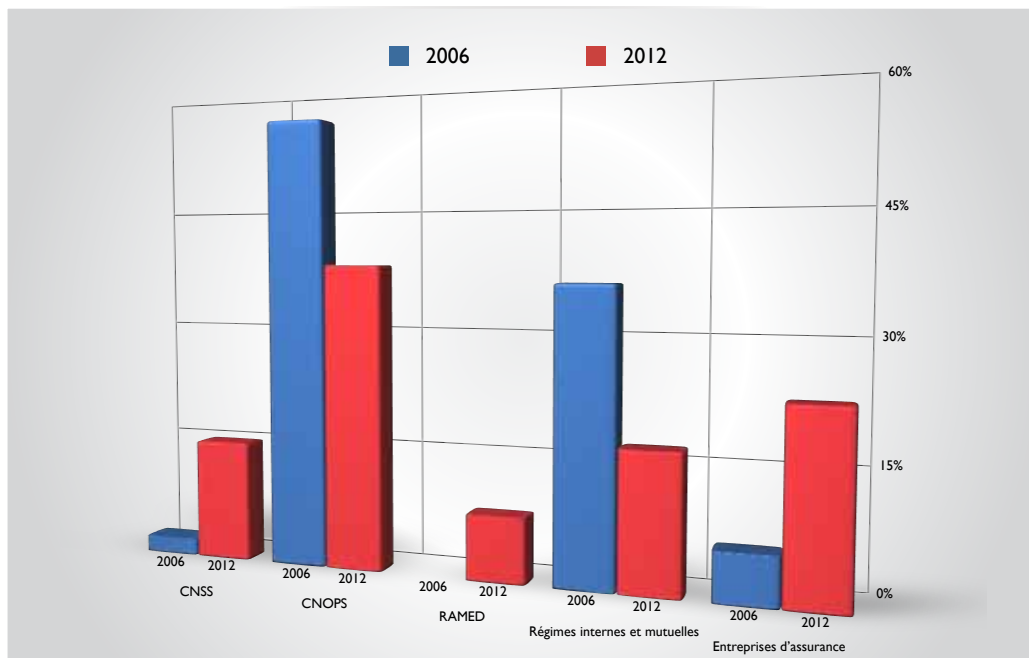
Tableau 5 : recettes et dépenses relative au RAMED à fin octobre 2013

Indicateurs	En million de DH à fin octobre 2013
Recettes/ Facturations du régime	1.924
Dépenses du régime	1.065 *
Dépenses ALD/ALC	31%

* Dépenses du RAMED à fin Février 2013

En mettant ensemble tous les régimes en vigueur, privé et régimes internes compris, la couverture maladie contribue à l'économie de la santé par 9,2 milliards de dirhams soit 20% de la dépense totale en santé. La part par régime entre 2006 et 2012 est donnée par le graphique 2 :

Graphique 2 : évolution de la structure des dépenses des régimes par organisme d'assurance maladie entre 2006 et 2012



3.IMPACT SUR LA SANTÉ

Avec un panier de soins élargi - tel que défini à l'article 7 de la loi n° 65-00- et des taux de couverture importants, notamment pour les ALD et les ALC, le régime AMO contribue activement à l'accès aux soins au profit d'une large population marocaine, puisque 53 % de marocains environ, sont aujourd'hui assurés contre le risque maladie.

Sur les 7.632 millions d'éligible à l'AMO, 1.943 millions ont bénéficié en 2012, de prestations de soins ; dont 698.389 à la CNSS et 1.244.713 à la CNOPS. L'écart flagrant entre ces effectifs est dû à l'importance de la sinistralité à la CNOPS qui s'élève à 42.3% contre seulement 17% à la CNSS. Selon les études actuarielles, le taux de sinistralité à la CNSS atteindra sa maturité à l'an 2022, quand il s'alignera sur celui de la CNOPS déjà stationnaire. La fréquence de sinistralité quant à elle, est de 3,6 à la CNOPS contre 2,6 à la CNSS ; elle représente le nombre moyen de dossier par an et par bénéficiaire de soins.

Il est à rappeler que la cherté des traitements des ALD et des ALC dû notamment à la cherté des prix des médicaments, constitue un frein à l'accès aux soins pour la population marocaine. Un peu plus de 3% des assurés AMO atteints d'ALD, s'accaparent plus de 50% de la consommation totale.

En 2012, plus de 209 milles assurés AMO, atteints d'ALD et d'ALC, ont bénéficié de soins médicaux.

Pour leur permettre un accès aisé à ces soins onéreux, les assurés porteurs d'ALD, sont pris en charge par l'AMO sur la base d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur.

Il convient de rappeler que pour atteindre les taux avantageux appliqués par la CNOPS, la CNSS opère continuellement et progressivement des améliorations sur les taux de couverture des ALD.

A titre de rappel, la dialyse occupe le troisième poste de dépense AMO (12%), après le poste des médicaments (33%) suivi des hospitalisations (16%).

En ce qui concerne l'accès des assurés aux médicaments, il est à signaler la part très importante qu'occupe ce poste dans la dépense de l'AMO soit le tiers, sachant que l'extension de la liste des médicaments remboursables est en permanence en progression, passant de 1000 à 3.376 médicaments, entre 2006 et 2012.

Il est à rappeler aussi, que dans le souci de garantir une qualité de soins améliorée et à prix moindre, pour les assurés AMO; des référentiels de prise en charge d'un ensemble de pathologies, ont été développés. L'application de ces référentiels thérapeutiques ne doit pas se limiter aux assurés AMO uniquement, mais doit être généralisée à l'ensemble des régimes pour soulager les dépenses de la santé d'une part et améliorer la qualité des prestations médicales d'autre part.

Le bilan de la première année des prises en charge en profit des bénéficiaires de ce régime se présente comme suite :

- 4.285 personnes ont bénéficié d'hémodialyse à travers 145.044 séances ;
- 7.794 opérations chirurgicales de cataracte ;

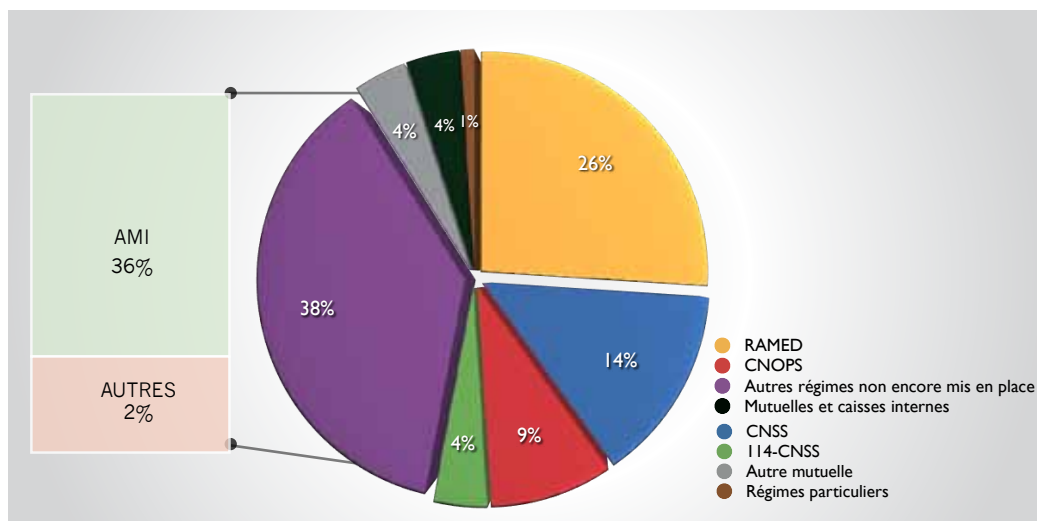
- 83 caravanes médicales spécialisées dans 33 provinces et préfectures ;
- 8 opérations de greffes dont quatre de cornée, trois rénales et une de la moelle ;
- 485.000 diabétiques ont bénéficié de médicaments gratuitement ;
- 320.000 hypertendus ont bénéficié de prise en charge totale.

4.CONTRAINTES LIÉES À LA MISE EN ŒUVRE DES RÉGIMES :

Par rapport aux objectifs fixés par la réforme du financement ainsi qu'aux principes sur lesquels elle a été construite, beaucoup de contraintes pèsent lourdement sur la mise en œuvre de la CMB. La principale contrainte étant, sans aucun doute, la tendance à la multiplicité des régimes et surtout leur cloisonnement.

Cette fragmentation, si elle est accentuée, elle pourrait être à l'origine de déficits financiers, étant donné qu'elle transgresse les principes fondamentaux de l'assurance sociale, en l'occurrence, la solidarité et la mutualisation des risques. Elle pourrait aussi mettre en difficulté tous les régimes notamment celui des indépendants dont les mécanismes de recouvrement des cotisations ont toujours posé des problèmes même aux pays développés (graphique 3).

Graphique 3 : régimes de couverture mis en place ou en cours



La multiplicité des régimes et surtout les sous systèmes cloisonnés risquent de donner lieu à des contradictions et déficits

En sus de l'impact négatif de la prolifération des régimes, il importe de rappeler l'existence d'écarts flagrants entre les paramètres des différents régimes à savoir des paniers de soins disparates, des taux de couverture différents, des taux de cotisation inéquitables, ainsi que l'existence d'une population d'affiliés actifs ayant cotisé mais n'ayant pas obtenu l'ouverture des droits (13% de la population immatriculée).

En fin, la gouvernance du système de la CMB souffre aussi de diverses faiblesses dont particulièrement, l'incompatibilité de certaines fonctions pratiquées contrairement aux dispositions de l'article 44 de la loi n°65-00 qui peine à se concrétiser et surtout l'absence d'un système de gestion et d'information intégré de la CMB.

S'ajoutant à cela, l'insuffisance dans la gouvernance du RAMED, puisque le financement, la gestion et le contrôle, ne sont pas confiés à une seule entité.



FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE LA CMB



1.GESTION DES RÉGIMES

A ce jour, deux régimes de l'AMO ont été mis en place; le régime des fonctionnaires et des retraités du secteur public, géré par la CNOPS; et le régime des salariés et des retraités du secteur privé, géré par la CNSS. Quant au RAMED, sa généralisation à l'ensemble des régions du pays fut lancée en mars 2012, à la suite de l'expérience pilote conduite dans la région de Tadla-Azilal.

Les autres régimes de l'AMO prévus à la loi n°65-00 sont au stade de la gestation :

- Le régime des indépendants (environ 10 millions de bénéficiaires, ciblés) fait l'objet d'études d'envergure en ce qui a trait à la détermination des assujettis et au développement de scénariis de couverture.
- Le régime des étudiants qui devrait couvrir plus de 500 mille personnes
- Les employeurs visés par l'article 114 dont l'effectif est de 1,5 millions
- Les ascendants pour lesquels aucune étude n'a été faite.

1.1 LE RÉGIME DES SALARIÉS ET TITULAIRES DE PENSIONS DU SECTEUR PUBLIC

a. Population couverte

Selon les articles 5 et 72 de la loi n°65-00, la population éligible à l'AMO-CNOPS se présente comme suit :

Assurés :

- Fonctionnaires, agents temporaires, occasionnels, journaliers et contractuels de l'Etat, magistrats, personnels d'encadrement et de rang des forces auxiliaires, corps des administrateurs du ministère de l'intérieur, personnel des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public.
- Personnes titulaires de pensions de retraite, de vieillesse, d'invalidité ou d'ayants cause notamment en vertu des régimes suivants: régime des pensions civiles, régime des pensions militaires, régimes des allocations de retraite.

Ayants droit :

- Le (s) conjoint (s) de l'assuré;
- Les enfants à la charge de l'assuré, âgés de 21 ans au plus.
- Leurs enfants à charge non mariés âgés de 26 ans au plus et poursuivant des études supérieures ;
- Leurs enfants handicapés à charge, sans limite d'âge.

b. Taux de cotisation :

Selon le décret n° 2-05-735 du 11 jourmada II 1426 (18 juillet 2005), le taux de cotisation due à la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base est fixé comme suit :

Salariés :

- 5% de l'ensemble des rémunérations visées à l'article 106 de la loi n° 65-00 réparties à parts égales entre l'employeur et le salarié.
- L'article premier du décret n°2-05-735 précise que « Chacune des parts de la cotisation est perçue dans la limite d'un montant mensuel minimum de 70 dirhams et d'un plafond mensuel de 400 dirhams ».

Pensionnés :

- 2,5% du montant global des pensions de base dans la limite d'un montant mensuel minimum de 70 dirhams et d'un plafond mensuel de 400 dirhams.

c. Panier de soins et taux de couverture:

Selon le décret n° 2-05-736 du 11 jourmada II 1426 (18 juillet 2005) fixant les taux de couverture des prestations médicales à la charge de la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base, les prestations couvertes ainsi que les taux de remboursement y afférents se présentent comme suit :

Tableau 6 : Prestations couvertes et niveaux de couverture

Prestations couvertes		Taux de remboursement
Groupe I	Actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales, actes paramédicaux, de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie délivrés à titre ambulatoire hors médicaments.	80% de la tarification nationale de référence.
Groupe II	Soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales y compris les actes de chirurgie réparatrice et le sang et ses dérivés labiles.	90% de la tarification nationale de référence. Ce taux est porté à 100% lorsque les prestations sont rendues dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat.
Groupe III	Médicaments admis au remboursement.	70% du prix public Maroc.
Groupe IV	Lunetterie médicale, dispositifs médicaux et implants nécessaires aux actes médicaux et chirurgicaux.	Forfaits fixés dans la tarification nationale de référence.
Groupe V	Appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement.	Forfaits fixés dans la tarification nationale de référence.
Groupe VI	Soins bucco-dentaires.	80% de la tarification nationale de référence.
Groupe VII	Orthodontie médicalement requise pour les enfants.	Forfait fixé dans la tarification nationale de référence.

En cas de maladie grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux, l'assuré est exonéré totalement ou partiellement de sa charge selon le type de maladies telles que prévues dans la liste arrêtée par le Ministère de la Santé.

La part restant à la charge de l'assuré ne peut être supérieure à 10% de la tarification nationale de référence pour ces maladies.

1.2 LE RÉGIME DES SALARIÉS ET TITULAIRES DE PENSIONS DU SECTEUR PRIVÉ

a. Population couverte :

Selon les articles 5 et 72 de la loi n°65-00, la population éligible à l'AMO-CNSS se présente comme suit :

Assurés :

- Salariés assujettis au régime de sécurité sociale ;
- Titulaires de pensions du régime de sécurité sociale.

Ayants droit :

- Le (s) conjoint (s) de l'assuré;
- Les enfants à la charge de l'assuré, âgés de 21 ans au plus ;
- Leurs enfants à charge non mariés âgés de 26 ans au plus et poursuivant des études supérieures ;
- Leurs enfants handicapés à charge, sans limite d'âge.

b. Taux de cotisation

Selon le décret n° 2-11-464 du 7 chaoual 1432 (6 septembre 2011) modifiant et complétant le décret n° 2-05-734 du 11 jourmada II 1426 (18 juillet 2005) le taux de cotisation due à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base, est fixé comme suit :

Salariés :

- 4% de l'ensemble des rémunérations visées à l'article 19 du dahir relatif au régime de la sécurité sociale dont 50% à la charge de l'employeur et 50% à la charge du salarié.
- 1,5% de la rémunération brute mensuelle à la charge exclusive de tous les employeurs affiliés à la CNSS.

Pensionnés :

- Le taux de la cotisation due par les titulaires de pensions est fixé à 4 % du montant global des pensions de base servies.

Marins pêcheurs à la part :

- Le taux de cotisation des marins pêcheurs à la part est un pourcentage du produit brut de la vente de poisson (1,2% du montant du produit brut de la vente du poisson pêché par les chalutiers ; 1,5% du montant du produit brut de la vente du poisson pêché par les sardiniers et les palangriers.

c. Panier de soins et taux de couverture :

Selon le décret n° 2-05-737 du 11 jourmada II 1426 (18 juillet 2005) fixant les taux de couverture des prestations médicales à la charge de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base et le décret n° 2-09-299 du 23 hija 1430 (11 décembre 2009) complétant le décret n° 2-05-737 du 11 jourmada II 1426 (18 juillet 2005) fixant les taux de couverture des prestations médicales à la charge de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base, les prestations couvertes ainsi que les taux de remboursement y afférents se présentent comme suit :

Tableau 7 : Prestations couvertes et niveaux de couverture

	Prestations couvertes	Taux de remboursement
Groupe I	Actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales, actes paramédicaux, de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie délivrés à titre ambulatoire hors médicaments.	70% de la tarification nationale de référence.
Groupe II	Soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales y compris les actes de chirurgie réparatrice et le sang et ses dérivés labiles.	70% de la tarification nationale de référence. Ce taux est porté à 90 % lorsque les prestations sont rendues dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'Etat.
Groupe III	Médicaments admis au remboursement.	70% du prix public Maroc.
Groupe IV	Lunetterie médicale, dispositifs médicaux et implants nécessaires aux actes médicaux et chirurgicaux.	70% de la tarification nationale de référence.
Groupe V	Appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement.	70% de la tarification nationale de référence.
Groupe VI	Soins bucco-dentaires.	70% de la tarification nationale de référence mais uniquement pour les enfants dont l'âge est inférieur à 12 ans
Groupe VII	Orthodontie médicalement requise pour les enfants.	70% de la tarification nationale de référence mais uniquement pour les enfants dont l'âge est inférieur à 12 ans

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°65-00, la part restant à la charge de l'assuré, fait l'objet de l'exonération partielle ou totale en cas de maladie grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée, ou en cas de soins particulièrement coûteux. A cet effet, le Conseil d'Administration de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie a fixé à l'issue de sa 5^{ème} session (résolution n°38), les modalités de cette exonération et a décidé que le taux de remboursement de chaque affection soit déterminé de façon à ce que la part restante à la charge de l'assuré ne doit pas dépasser 3000 Dhs par an.

1.3 LE RÉGIME D'ASSISTANCE MÉDICALE

a) population couverte :

Pour bénéficier des prestations du RAMED, les personnes visées aux articles 116 et 117 de la loi n°65-00 doivent, d'une part, attester qu'elles ne bénéficient d'aucun régime d'assurance maladie obligatoire de base ou de toute autre couverture médicale de base, soit en qualité d'assurés, soit en qualité d'ayants droit, et d'autre part, être reconnues, sur la base des critères d'éligibilité cités dans l'article 3 du décret n° 2-08-177 du 28 ramadan 1429 (29 septembre 2008) tel qu'il a été modifié et complété, ne pas disposer de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux soins.

Sont admis de droit au bénéfice de l'assistance médicale totale, en vertu de l'article 118 de la même loi :

- les pensionnaires des établissements de bienfaisance, orphelinats, hospices, ou des établissements de rééducation et de tout établissement public ou privé à but non lucratif hébergeant des enfants abandonnés ou adultes sans famille;
- les pensionnaires des établissements pénitentiaires;
- les personnes sans domicile fixe.

Également, bénéficient de droit, de la prise en charge d'une ou de plusieurs pathologies, les personnes qui bénéficient de la gratuité en vertu d'une législation particulière, et ce, suivant l'article 119 de la loi susmentionnée.

b) contribution :

Le financement du RAMED a été estimé au démarrage à 3 milliards de dirhams dont 75% à la charge de l'État, 19% à la

charge des personnes en situation de vulnérabilité qui contribuent au financement du RAMED à raison de 120,00 dhs/ personne chaque année avec un plafond de 600 dhs/foyer et 6% à la charge des collectivités territoriales qui contribuent annuellement par 40 dhs/personne en situation de pauvreté.

c) Panier des soins :

A l'instar de l'AMO, le RAMED bénéficie d'un panier de soins élargi conformément à l'article 121 de la loi n°65-00. Ce panier couvre les prestations médicalement requises suivantes :

- Soins préventifs ;
- Actes de médecine générale et de spécialités médicales et Chirurgicales ;
- Soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et ses suites ;
- Soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales y compris les actes de chirurgie réparatrice ;
- Analyses de biologie médicale ;
- Radiologie et imagerie médicale ;
- Explorations fonctionnelles ;
- Médicaments et produits pharmaceutiques administrés pendant les soins ;
- Poches de sang humain et ses dérivés ;
- Dispositifs médicaux et implants nécessaires aux différents actes médicaux et chirurgicaux ;
- Articles de prothèse et d'orthèse ;
- Lunetterie médicale ;
- Soins bucco-dentaires ;
- Orthodontie pour les enfants ;
- Actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ;
- Actes paramédicaux ;
- Evacuations sanitaires inter-hospitalières.

Ce panier est accessible aux bénéficiaires du RAMED gratuitement à condition de respecter la filière des soins qui doit commencer par le centre de santé de rattachement et éventuellement se terminer par le centre hospitalier universitaire (CHU).

Sachant que tous les soins et services de prévention dispensés dans les établissements des soins de santé de base sont gratuits pour toute la population quel que soit son statut.

Reste à signaler que toutes les prestations du RAMED sont dispensées dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services sanitaires relevant de l'Etat.

2. RÉGULATION ET ENCADREMENT TECHNIQUE : PRINCIPALES MISSIONS DE L'ANAM

Par rapport à ce bilan, quel a été alors le rôle joué par l'ANAM dans le paysage de la CMB?

L'ANAM est un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Selon l'article 58 de la loi n°65-00, elle est chargée de faire respecter les dispositions légales et de veiller au bon fonctionnement du système de la couverture médicale de base.

Elle est investie de 10 missions, selon l'article 59 de la loi sus-visée, qui doivent logiquement lui permettre d'assurer l'encadrement technique de l'AMO et de veiller à la mise en place des outils de régulation.

«L'Agence nationale de l'assurance maladie est soumise à la tutelle de l'État, laquelle a pour objet de faire respecter par les organes compétents de l'Agence; les dispositions de la présente loi, en particulier celles relatives aux missions qui lui sont dévolues et de manière générale, de veiller au bon fonctionnement du système de couverture médicale de base.»

«L'ANAM a pour mission d'assurer l'encadrement technique de l'assurance maladie obligatoire de base et de veiller à la mise en place des outils de régulation du système (AMO) dans le respect des dispositions législatives et réglementaires s'y rapportant.»

en plus de ces attributions, l'ANAM a aussi pour mission de gérer les ressources affectées au RAMED, et ce conformément à l'article 60 de la loi.

Elle est chargée de:

1. s'assurer, de concert avec l'administration, de l'adéquation entre le fonctionnement de l'assurance maladie obligatoire de base et les objectifs de l'État en matière de santé;

2. conduire, dans les conditions fixées par voie réglementaire, les négociations relatives à l'établissement des conventions nationales entre les organismes gestionnaires d'une part, les prestataires de soins et les fournisseurs de biens et de services médicaux d'autre part;
3. proposer à l'administration les mesures nécessaires à la régulation du système d'assurance maladie obligatoire de base et, en particulier, les mécanismes appropriés de maîtrise des coûts de l'assurance maladie obligatoire de base et veiller à leur respect;
4. émettre son avis sur les projets de textes législatifs et réglementaires relatifs à l'assurance maladie obligatoire de base dont elle est saisie par l'administration, ainsi que sur toutes autres questions relatives au même objet;
5. veiller à l'équilibre global entre les ressources et les dépenses pour chaque régime d'assurance maladie obligatoire de base;
6. apporter l'appui technique aux organismes gestionnaires pour la mise en place d'un dispositif permanent d'évaluation des soins dispensés aux bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire de base dans les conditions et selon les formes édictées par l'administration;
7. assurer l'arbitrage en cas de litiges entre les différents intervenants dans l'assurance maladie; assurer la normalisation des outils de gestion et documents relatifs à l'assurance maladie obligatoire de base;
8. assurer la normalisation des outils de gestion et documents relatifs à l'assurance maladie obligatoire de base;
9. tenir les informations statistiques consolidées de l'assurance maladie obligatoire de base sur la base des rapports annuels qui lui sont adressés par chacun des organismes gestionnaires;
10. élaborer et diffuser annuellement un rapport global relatant les ressources, les dépenses et les données relatives à la consommation médicale des différents régimes d'assurance maladie obligatoire de base»

3. FONCTIONNEMENT DES ORGANES DE L'ANAM

La gouvernance de l'ANAM est assurée par un conseil d'administration à représentation tripartite des voix délibératives (Administration : 10 membres, Employeurs : 5 membres, Salariés : 6 membres en plus de 2 membres représentants la CNOPS et la CNSS).

Quant au RAMED, il est composé de représentants des autorités gouvernementales chargées de l'Interieur, des Finances, de la Santé, de l'Emploi ainsi que les Directeurs des cinq CHU.

Le financement de l'ANAM est assuré par deux sources. Un prélèvement de 0,6% sur les cotisations dues à la CNSS et à la CNOPS pour l'AMO et une subvention de l'Etat pour le RAMED.

Quant aux ressources humaines, l'effectif du personnel de l'ANAM (AMO et RAMED) s'élève à 75 employés avec un taux d'encadrement de 72%.

Comme le montre le tableau n°8 relatif à la répartition du budget par nature de dépenses, la gestion financière sépare entre les budgets des deux régimes. Le budget de l'ANAM est excédentaire (109 millions de dirhams de disponible de trésorerie à fin octobre 2013).

Tableau n°8 : répartition du budget de l'ANAM par chapitre au titre de l'année 2013, en millions de Dirhams

Composante	AMO	RAMED
Montant du budget dont	165,7	39,4
Budget de Fonctionnement	18%	14%
Budget d'investissement	14%	48%
Reste à payer	23%	38%
Crédit non programmé	45%	

4. ENJEUX, DYSFONCTIONNEMENT ET CONTRAINTES

Huit ans après la mise en œuvre de l'AMO, des enjeux, des dysfonctionnements et des contraintes sont toujours constatés. Trois grandes questions se posent :

- 1. l'ANAM est-elle vraiment un organisme régulateur de l'AMO et /ou de la CMB? Ou, les pouvoirs publics ont conservé cette fonction entre leurs mains?**

2. Les équilibres financiers sont-ils garantis, voire possibles à maintenir malgré la quasi-stagnation des paramètres financiers?

3. Par rapport au droit à la santé et l'accès financiers aux soins mesuré par les dépenses directes assumées par les ménages, s'agit-il de mettre en cause le modèle d'assurance maladie dessiné par la loi 65-00 plutôt que de mettre en cause les paramètres des régimes?

Afin d'apporter les éléments de réponses à ces questions, un benchmark des missions, de régulation auprès de quatre institutions de régulation au Maroc a été effectué:

Il s'agit de :

- l'autorité de contrôle des assurances et de la prévoyance sociale (ACAPS)
- l'autorité marocaine du marché des capitaux (AMMC)
- la haute autorité de la communication audiovisuelle (HACA)
- l'agence nationale de réglementation des télécommunications (ANRT).

Ce benchmark a montré que toutes les institutions sont investies de pouvoirs pour s'acquitter de leurs missions de régulation convenablement. Ces pouvoirs leur permettent de donner des avis, des avis obligatoires, des approbations (cahiers des charges, autorisations,...), des pouvoirs de sanction, de contrôle, publication des décisions dans le bulletin officiel etc...

Ainsi, pour répondre à la 1^{ère} question et eu égard au champ d'interventions de l'ANAM dans le cadre de l'AMO, il en ressort que l'Agence a été conçue comme une zone tampon entre l'Administration et les acteurs du terrain. Certains la considèrent comme un bureau d'études, un observatoire, une force de proposition...

Son mandat tel que prévu par les articles 58 et 59 n'a pas été accompagné d'une autorité correspondant à la fonction de régulation.

Aussi est-il nécessaire de noter que :

- N'étant pas définie, la mission une de l'ANAM concernant l'adéquation entre l'AMO et les objectifs de santé n'a fait l'objet d'aucune mesure.
- La mission deux relative au conventionnement peine à se mettre en place. L'ANAM n'est pas une partie négociante mais conduit

les négociations sans arriver à les faire renouveler. Depuis lors, les prestataires de soins libéraux pratiquent la liberté des prix sur le marché au détriment des assurés qui ne sont remboursés que sur la base de la tarification nationale de référence. Ce comportement relève-t-il d'un manque de régulation ou d'un manque de discipline ou d'un manque de conscience sociale?

- Les missions trois, quatre et cinq relatives aux mesures de régulation du système AMO n'ont pas été exercées de manière satisfaisante et les outils développés n'ont fait l'objet d'aucune mesure d'application .
- La mission six concernant l'évaluation des soins comme appui aux organismes gestionnaires est inopérante. Elle doit être adaptée à la loi n°34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins en ce qui concerne l'évaluation de la qualité des soins dispensés aux assurés.
- La mission sept concernant les arbitrages, est la seule mission partiellement accomplie car l'agence a le champ libre grâce au comité de suivi des conventions nationales.
- La mission huit concernant la normalisation de l'application du dispositif juridique n'a pas pu donner des effets bénéfiques étant donné que les organismes gestionnaires quand ils ne sont pas associés au processus n'y participent qu'à l'occasion;
- Les missions neuf et dix liées à la production des statistiques consolidées, des régimes et en l'absence d'un système d'information intégré dépendent entièrement de la volonté des organismes gestionnaires de fournir les données requises.

S'agissant de la gouvernance, le conseil d'administration est certes, investi de tous les pouvoirs et attributions nécessaires à l'administration de l'agence mais présente certaines insuffisances :

- Une sur-représentation de l'administration par rapport aux autres groupes;
- Une limitation de la représentation aux régimes des actifs salariés. Ne sont pas représentés, les retraités, les régimes des étudiants et des indépendants...

- Pas de représentation des usagers Ramedistes au Conseil d'administration du RAMED (associations représentatives des personnes éligibles).
- Absence d'une commission de gouvernance des régimes de l'AMO dont les avis pourraient porter sur les enjeux évolutifs des régimes existants et à venir, et pourraient aider à la prise de décisions au sein du conseil de l'Agence.

En conclusion, L'ANAM n'a pas d'autorité sur les acteurs de son environnement (sauf exception) et ne dispose pas de moyens pour faire appliquer ses directives, ni de pouvoir d'enquêtes et de sanctions à l'égard du non-respect des dispositions légales et réglementaires de la CMB.

S'agissant des deux autres questions et comme l'a montré l'étude sur les comptes nationaux de la santé de 2010, les équilibres financiers des deux régimes sont difficiles à maintenir à terme, en raison de la consommation sans cesse croissante (12% par an), du poids des dépenses des ALD, ALC et des médicaments, du cloisonnement des régimes etc...

Aussi, les objectifs liés au droit à la santé et à l'accès financier aux soins ne peuvent-ils être réalisés en raison de la faiblesse de la couverture et des iniquités présentées précédemment.

VI.

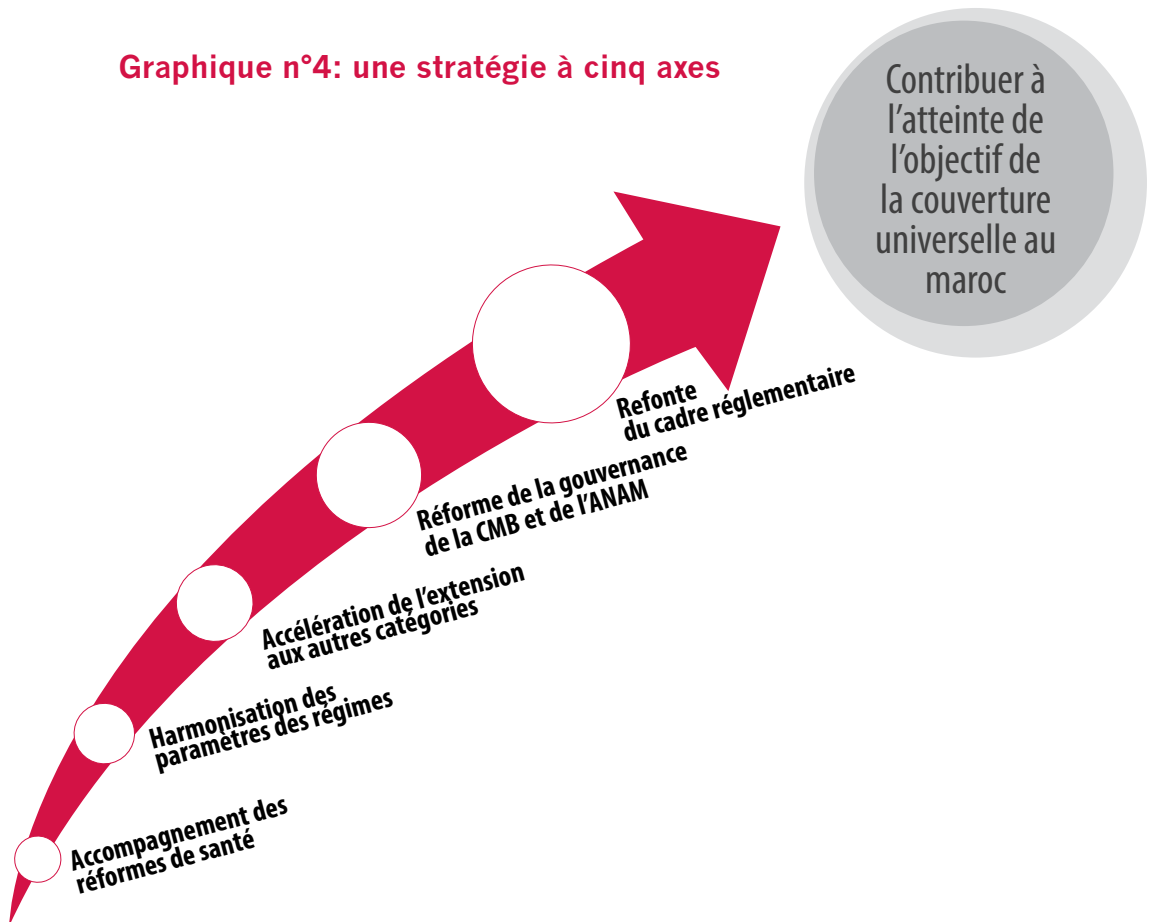
LE REPOSITIONNEMENT
DE L'ANAM DANS
LA PERSPECTIVE DE
LA CU EST UN IMPERATIF

Par rapport au bilan très modeste de la mise en œuvre de la CMB depuis 2005 en particulier en ce qui concerne la manière dont a été conduit et gouverné à la fois la CMB et l'ANAM, et compte tenu du benchmark opéré, un repositionnement stratégique de l'ANAM s'avère impératif.

Pour contribuer à la concrétisation de l'objectif de la couverture sanitaire universelle au Maroc, L'ANAM doit s'inscrire dans une nouvelle vision permettant de la repositionner de manière stratégique sur l'échiquier de la couverture médicale de base.

Cette vision s'appuie sur cinq axes stratégiques et portée par une feuille de route pour la période 2014-2018 déclinée en plan d'actions. Les cinq axes stratégiques sont rappelés par le graphique n°4 comme suit :

Graphique n°4: une stratégie à cinq axes



1. ACCOMPAGNEMENT DES RÉFORMES DE SANTÉ

Il s'agit d'accompagner surtout les réformes suivantes :

- La réforme du financement, par une implication très forte de l'ANAM aux projets structurants relatifs à la CMBIII et au PARCOUMIII, financés respectivement par un don de la Commission Européenne et un prêt de la Banque Africaine de Développement.
- La réforme hospitalière, par un appui au management des hôpitaux et des cliniques privées notamment en ce qui concerne le système d'information hospitalier y compris le système de facturation et la formation des professionnels de santé en particulier sur les outils de régulation.
- La politique du médicament, en vue de rendre les produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux accessibles à la population assurée (liste des médicaments et dispositifs médicaux remboursables, génériques, prix,...).
- La politique de préventions en vue de contribuer avec les organismes gestionnaires de l'AMO à la mise en oeuvre des actions de santé publique.

2. HARMONISATION DES RÉGIMES

Il est nécessaire de converger vers un même panier de soins essentiels ; mêmes taux de cotisation et de couverture et à des modalités de rémunération des prestations normalisées et équitables.

Pour débloquer les négociations sur la tarification nationale de référence (TNR), il est prévu de rendre la durée des conventions souple; rendre sectorielle la négociation des conventions nationales des médecins libéraux, séparer le conventionnement entre les professionnels de santé et les établissements de soins, légitimer les responsables chargés de la négociation, etc...;

Aussi, et pour plus de transparence, est-il nécessaire de formaliser le ticket modérateur et les frais liés au confort, et, ce en vue de lutter contre le noir et la pratique des chèques de garantie.

Il est important aussi de fixer le cadre financier de la consommation médicale sur la base d'une indexation annuelle sur quatre ans et édicter

de nouvelles règles pour responsabiliser les prestataires par rapport à ce cadre;

En fin, le rôle des régimes transitoires est à clarifier : gestion déléguée de l'AMO de certaines catégories et/ou couverture complémentaire.

Cet axe se décline en actions comme suit :

- Adopter un panier de soins essentiels et un autre pour la complémentaire ;
- Rendre équitable les taux des contributions, Taux de couverture/ tickets modérateurs;
- Adopter des modalités de rémunération des prestataires de soins normalisées et équitables;
- Rendre les conventions tarifaires opposables en adoptant le principe du volontariat d'adhésion;
- Accélérer l'élaboration des protocoles thérapeutiques notamment pour les ALD et les ALC;
- Identifier les problématiques d'ordre opérationnel des organismes gestionnaires afin d'éviter de leur proposer des projets ne collant pas à leur réalité ou dépassant leur capacité à les gérer.

3. ACCÉLÉRATION DE L'EXTENSION DE L'AMO AUX AUTRES CATÉGORIES

Le troisième axe prévoit le développement d'une vision de mise en œuvre de l'AMO par un calendrier précis, pour étendre l'AMO aux indépendants, aux étudiants et aux ascendants en les intégrant progressivement aux régimes existants.

Pour pérenniser le régime RAMED en terme de financement, de gestion et de contrôle, il est impératif d'assurer sa gestion par un organisme gestionnaire (nouveau ou existant) indépendant du ministère de la santé et de l'ANAM.

Les actions proposées sont de :

- développer une vision de mise en œuvre de l'AMO ;
- intégrer les assurés de la CNSS aux droits fermés à l'AMO;
- intégrer les indépendants et professions libérales progressivement aux régimes existants;

- intégrer les étudiants et les ascendants immédiatement aux régimes existants;
- confier la gestion du RAMED à un organisme gestionnaire pour être géré selon les normes et standards de l'assurance sociale.

4. RÉFORME DE LA GOUVERNANCE DE LA CMB ET DE L'ANAM

Plusieurs mesures sont proposées au titre de l'axe concernant la gouvernance, particulièrement :

- La création d'une commission de gouvernance des régimes;
- L'amélioration de l'efficacité de la CMB : possibilité de convergence vers deux pôles;
- Normaliser la gestion des ressources de la CMB par la mise en place du Système National Intégré d'information et de gestion basé sur la dématérialisation des actes et des flux;
- La mise en place d'un système intégré de gestion et d'information de la CMB avec dématérialisation des actes et flux;
- L'accélération de la séparation entre les organismes gestionnaires de l'AMO de leurs services de soins;

Aussi, d'autres mesures sont-elles envisagées pour améliorer le management de l'ANAM. Il s'agit de :

- renforcer le dispositif de régulation, veiller à son application et à son évaluation (protocoles thérapeutique, nomenclature, liste des médicaments et dispositifs médicaux remboursables, démarche coût etc...)
- développer une stratégie de communication de l'ANAM pour améliorer les relations avec la presse et renforcer la concertation avec les différents acteurs de la CMB en vue de rapprocher l'ANAM de ses partenaires, notamment du Ministère de la Santé.
- réaliser un audit institutionnel organisationnel et de gestion de l'ANAM. L'objectif étant de réadapter les effectifs en quantité et en qualité aux missions de l'ANAM, d'adopter un nouveau statut du personnel permettant une rémunération adéquatement liée à la charge du travail (REC), d'élaborer un budget programme sur trois années, de renforcer l'organigramme de l'ANAM par la création de structures chargées de

la planification stratégique et de coopération), d'ériger la division de l'information en une direction chargée du système national intégré de gestion et d'information et enfin de mettre en place une organisation dédiée au RAMED.

- institutionnaliser la formation continue ;
- développer les actions des œuvres sociales de l'ANAM (adhésion à la Fondation Hassan II).

5. REFONTE DU DISPOSITIF JURIDIQUE

Le plus grand défi auquel sera confrontée la mise en œuvre de la présente feuille de route, reste bien évidemment l'actualisation de l'arsenal juridique

Quatre principaux domaines seront concernés :

- la correction des incohérences dans le dispositif juridique;
- la gouvernance de la CMB;
- la gestion des régimes;
- la gouvernance de l'ANAM.

La déclinaison de ces domaines par actions est donnée par le tableau n°9 suivant :

Tableau 9 : Déclinaison des domaines juridiques par action

Domaine	Déclinaison
Dispositif juridique d'encadrement de l'AMO	<ul style="list-style-type: none"> • Clarifier le sens et la portée de certaines dispositions légales et réglementaire • Clomber les insuffisances eu égard au vécu de l'expérience • Mettre fin aux incompatibilités et incohérences
Gouvernance de la CMB	<ul style="list-style-type: none"> • Doter l'ANAM de pouvoir de régulation • Recenter l'ANAM sur la régulation de la CMB • Habilitier l'ANAM à exercer des pouvoirs de vérifications, d'enquête et de sanction
Gestion des régimes de l'AMO	<ul style="list-style-type: none"> • Clarifier les relations avec les organismes gestionnaires de l'AMO • Clarifier les attributions et pouvoirs de l'ANAM eu égard aux mesures de maîtrise des dépenses et la normalisation
Gouvernance de la l'ANAM	<ul style="list-style-type: none"> • Institutions au sein de l'ANAM d'organes de veille pour appuyer la Direction Générale dans la régulation, l'exercice des contrôle, l'application des sanctions,



V.

CONCLUSION

Au Maroc, la couverture médicale est depuis 2011, un des droits constitutionnels. Pour se soumettre à cette obligation et aussi, respecter les engagements en interne ainsi qu'à l'échelon international, les pouvoirs publics au Maroc sont appelés à accélérer la cadence de généralisation de la couverture du risque maladie au profit des populations non encore couvertes. Pour contribuer à la concrétisation de cet objectif, l'ANAM, acteur central dans le paysage de la couverture médicale, a projeté dans le cadre de sa feuille de route 2014-2018 de contribuer à l'atteinte de l'objectif de la couverture sanitaire universelle.

Il est à noter que l'ANAM, à travers la mise en œuvre de la présente feuille de route, veillera à la réussite du chantier de la couverture médicale des indépendants dont la population représente à peu près le tiers de la population marocaine.

L'aboutissement du chantier relatif à la couverture des indépendants est un passage obligé pour la réussite de la couverture universelle au Maroc.

Quant à la viabilité des régimes en cours qui ciblent environ 53 % de la population, elle peut être garantie moyennant les mesures identifiées par cette feuille de route.

Cependant, deux risques majeurs menacent en permanence la viabilité des régimes déjà opérationnels : d'une part, le déséquilibre budgétaire et d'autre part, l'inefficacité du système de gouvernance marqué par les intérêts conflictuels des différents acteurs du paysage de la couverture médicale (Prestataires de Soins, Organismes Gestionnaires, Régulateur, Assurés, Assureurs privés...). Pour cerner ces risques, un certain nombre de mesures ont été identifiées par la présente feuille de route dont principalement :

- La mise en place d'un système nationale de gestion et d'informations (élément incontournable à la bonne gouvernance d'un système marqué par une inflation d'intervenants) ;
- L'amélioration du cadre partenarial entre les différents acteurs ;
- La redéfinition des rôles quant à la gestion et la régulation du RAMED loin des incompatibilités ;

- Le basculement de la population bénéficiant de l'article 114 vers l'AMO (Population à forte cotisation et faible consommation) ;
- L'harmonisation des différents régimes ;
- Le développement d'outils de régulation (protocoles thérapeutiques des pathologies lourdes ; promotion du générique, soins coordonnés, contrôle et sanction de la fraude,...) ;
- Le développement d'un système de couverture médicale complémentaire ;
- Le développement d'une stratégie de négociation, qui se veut globale afin d'instituer un système de tarification accepté, respecté et défendu par tous.

Pour mieux garantir la concrétisation de ces actions dans un échéancier à moyen terme, en vue d'atteindre la couverture sanitaire universelle, l'un des moyens les plus pertinents qui s'impose est le contrat programme avec l'État.

Il s'avère cependant, que le positionnement actuel de l'ANAM ne lui permet pas de relever les défis et les enjeux insurmontables qui entraveront indéniablement la réussite de sa mission, ***c'est la raison pour laquelle un nouveau système de gouvernance, dotant l'ANAM de prérogatives et pouvoirs décisionnels dûment instrumentés juridiquement, serait la solution pertinente à ces risques.***