



Bilan des missions d'arbitrage de l'ANAM au titre de l'année 2012

SOMMAIRE

I. Introduction	3
II. Objectifs	3
III. Références juridiques	3
IV. Organisation de l'activité de l'arbitrage dans le cadre de l'AMO:	5
1. Intervenants	5
2. Outil de gestion et de suivi	7
V. Présentation des données	8
1. Evolution mensuelle des réclamations reçues durant l'année 2012	8
2. Type de demandeur:.....	8
3. La répartition des dossiers par nature de réclamation:	9
VI. Répartition des dossiers selon la décision de l'ANAM	10
1. Répartition des dossiers par nature de réclamation et décision de l'ANAM....	10
2. Délais moyen de traitement des dossiers de réclamations	12
VII. Analyse et instruction des dossiers.....	13
1. Demande de remboursement	13
2. Révision de remboursement des médicaments	13
3. Violations des conventions nationales	14
4. Demande d'arbitrage	14
5. Demande d'exonération du ticket modérateur	14
6. Objets divers	14
VIII. Propositions et perspectives	15
IX. Conclusion	15

I. Introduction

Dans le cadre de ses missions, l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie assure l'encadrement technique du régime de l'assurance maladie obligatoire de base et veille à la mise en place des outils de régulation du système dans le respect des dispositions législatives et réglementaires s'y rapportant. A ce titre, elle est chargée d'assurer l'arbitrage en cas de litiges entre les différents intervenants dans l'assurance maladie.

L'ANAM reçoit continuellement des réclamations des différentes parties qui interviennent directement ou indirectement dans le système d'assurance maladie obligatoire. Le traitement des dossiers se fait sur le plan médico-juridique conformément aux dispositifs juridiques en vigueur.

Le traitement des dossiers de réclamation se fait dans la dynamique de mise à jour des outils de régulation et de l'amélioration du cadre opérationnel du régime de l'assurance maladie.

II. Objectifs

Il permet :

- Le respect des dispositions juridiques et conventionnelles concernant le régime de l'AMO;
- L'identification des points de dysfonctionnement et/ou des difficultés concernant l'application des dits dispositions;
- L'amélioration et le renforcement des outils de gestion et/ou de régulation du régime de l'AMO;
- L'amendement et la refonte des textes juridiques existants et la proposition de nouvelles dispositions juridiques.

III. Références juridiques

Article 59 de la loi n° 65-00 :

- 1^{er} alinéa « L'Agence nationale de l'assurance maladie 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 dans le respect des dispositions législatives et réglementaires s'y rapportant »
- 8^{ème} alinéa « A ce titre, elle est chargée de : Assurer l'arbitrage en cas de litiges entre les différents intervenants dans l'assurance maladie »

Article 30 de la loi n° 65-00 :

« En cas de contrôle médical, la décision prise par l'organisme gestionnaire à la suite dudit contrôle est portée à la connaissance de l'intéressé. Celui-ci a le droit de contester ladite décision auprès de l'Agence nationale de l'assurance maladie, qui désigne un médecin expert pour procéder à un nouvel examen. Les conclusions du médecin expert s'imposent aux deux parties ».

Article 30 du Décret n° 2-05-733

« Le non-respect ou la violation des termes de la convention nationale est porté par l'organisme gestionnaire à la connaissance de l'Agence nationale de l'assurance maladie qui en informe l'ordre professionnel concerné. L'Agence peut, après avoir invité le praticien à fournir ses explications écrites à la commission spécialisée citée à l'alinéa ci-après, sur les griefs qui lui sont reprochés, le mettre hors convention pour une durée qui ne peut excéder un an. A l'expiration de cette durée, le praticien réintègre d'office la convention nationale.

La mise hors convention et la réintégration sont décidées par la commission spécialisée permanente créée à cet effet par le conseil d'administration de l'Agence et notifiées à l'intéressé par le directeur dudit établissement.

En cas de récidive, la mise hors convention est prononcée d'office dans les mêmes formes. »

Article 38 du Décret n° 2-05-733 :

« Les contestations des décisions prises par l'organisme gestionnaire à la suite d'un contrôle médical sont portées devant l'Agence nationale d'assurance maladie qui fait procéder à sa charge à un nouvel examen par un praticien expert, dans les conditions prévues par l'article 30 de la loi n° 65-00 susvisée. Les conclusions de l'expert doivent être notifiées aux parties dans un délai qui ne peut excéder la durée prévue à l'article 36 ci-dessus. »

Article 40 du Décret n° 2-05-733

« Le contrôle technique visant le respect des dispositions de la loi n° 65-00, des textes pris pour son application et des clauses des conventions nationales par les parties auxdites conventions est effectué par des médecins, des médecins dentistes et des pharmaciens inspecteurs dûment mandatés à cet effet par le ministre de la santé parmi les fonctionnaires.

Ce contrôle s'effectue, soit sur pièces, soit sur place, à l'initiative du ministre de la santé ou à la demande de l'Agence nationale de l'assurance maladie.

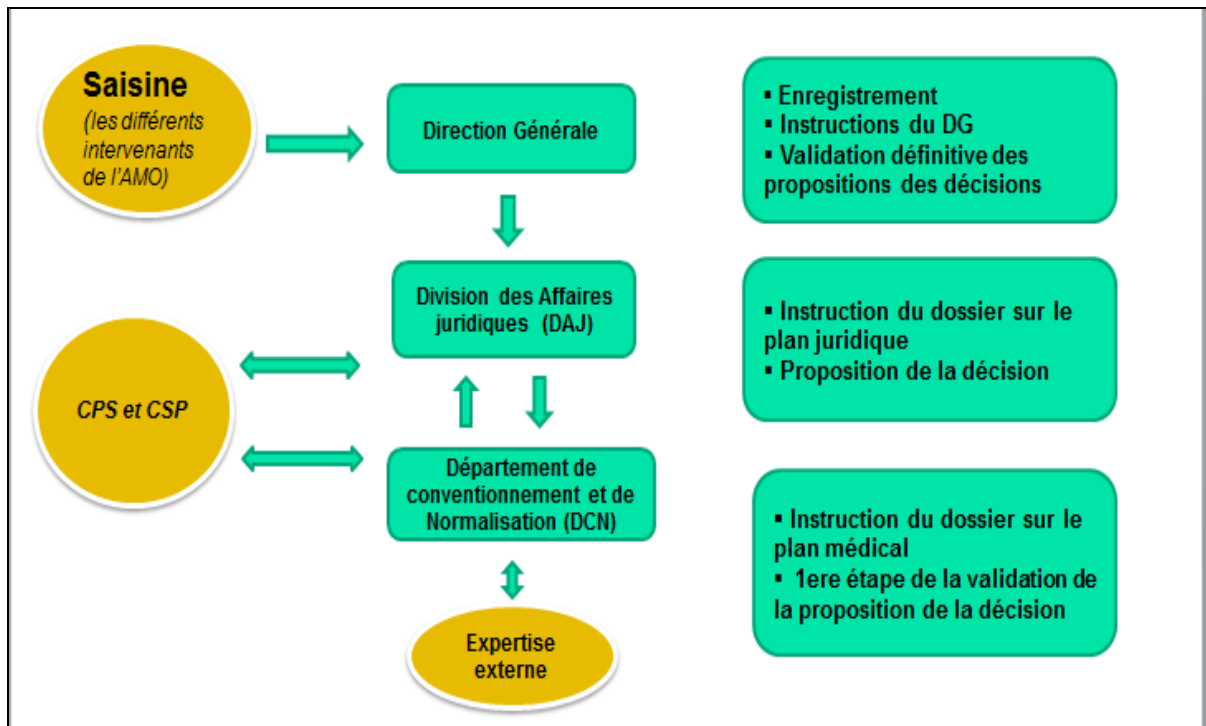
Les praticiens chargés du contrôle technique sont également habilités à s'assurer de l'organisation d'un service de contrôle médical par les organismes gestionnaires et à vérifier que ledit contrôle s'exerce dans le respect des règles y afférentes.

Les organismes gestionnaires et les producteurs de soins sont tenus, chacun en ce qui le concerne, de fournir aux praticiens chargés du contrôle, les documents et informations utiles au bon déroulement de leur mission. »

IV. Organisation de l'activité de l'arbitrage dans le cadre de l'AMO:

1. Intervenants

Le traitement des dossiers se fait sur le plan médico-juridique conformément aux dispositifs législatifs et réglementaires.



▪ Saisine

- L'ANAM reçoit les réclamations essentiellement des :
 - Organismes gestionnaires ;
 - Assurés AMO ;
 - Professionnels de santé ;
 - Sociétés savantes ;
 - Départements ministériels et ou la primature ;
 - Associations ou autres.

▪ **Traitement de la demande**

- Réception du dossier de la réclamation par le bureau d'ordre ;
- Inscription à l'application « **e-réclamations** » par le secrétariat de la Direction Générale ;
- Traitement par la Division Juridique ;
- Traitement du dossier au niveau de la DCN, si le dossier nécessite un avis médical.

▪ **Décision**

- Suite au traitement du dossier, la prise de décision se fait au niveau de la DG.

▪ **Dossiers à soumettre aux deux Commissions : CPS et CSP :**

- Suite à la décision du Directeur Général de soumettre le dossier à la CPS, le prestataire de soins est invité à fournir des explications écrites concernant la transgression relevée par l'organisme gestionnaire ;
- Le prestataire dispose d'un délai maximum de 15 jours qui commence à courir à partir de la date de réception du courrier de l'ANAM par voie recommandée avec accusé de réception. Si le prestataire ne répond pas dans les délais, et sauf cas de force majeure, il est considéré comme n'ayant pas d'explications à fournir ;
- **La Commission Permanente de Suivi (CPS)** peut décider de classer le dossier de la réclamation, comme elle peut le soumettre à la Commission Spécialisée Permanente, pour les dossiers qui n'ont pas fait l'objet d'une solution consensuelle ou qui ont révélé le caractère de violation des termes de la convention nationale.
- **La Commission Spécialisé Permanente (CSP)** est régi par une décision du Conseil d'administration de l'ANAM. Elle examine le dossier et statue sur pièces, elle peut décider, selon le cas d'appliquer une sanction à l'égard du concerné allant **à la mise hors convention**, comme elle peut classer le dossier. La durée de la mise hors convention ne peut en aucun cas excéder un an.
- Mise en ligne des décisions prises par la CSP (DSI) sur le site de l'ANAM sur demande de la DG, et le développement d'une alerte automatique de l'approche de la date de fin de déconventionnement.

2. Outil de gestion et de suivi

L'Agence a développé une application Workflow nommée « **e-réclamations** » permettant la gestion et le suivi des réclamations. Cette application permet également la constitution **d'une base de données interne** comprenant **des indicateurs statistiques** qui facilitent l'exploitation des résultats.

« **E-réclamations** » respecte les procédures de traitement des dossiers de réclamations mises en place par l'Agence. Elle est exploitée depuis janvier 2011.

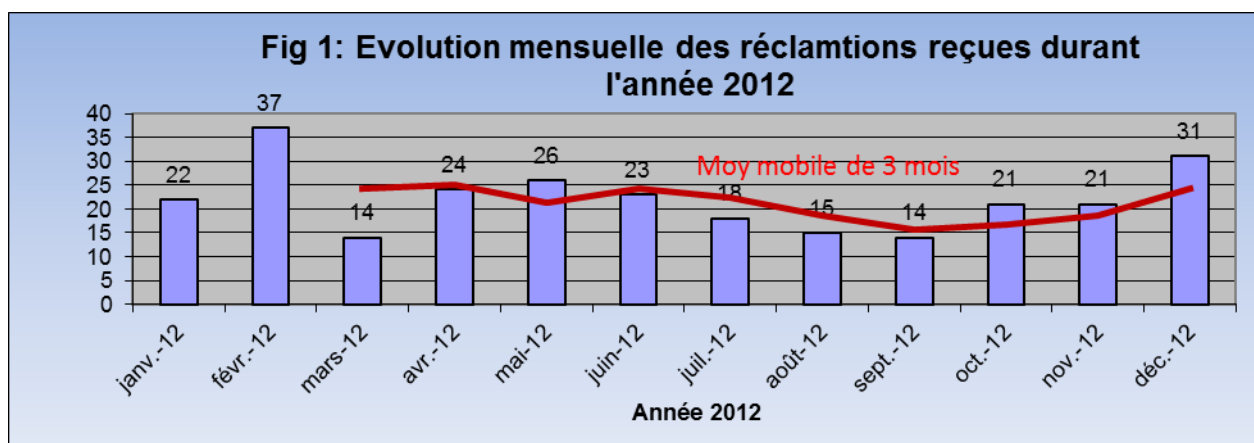
Les différents profils sont:

- **Profil de l'enregistrement:** Les assistantes de la DG
- **Profil de la saisie des dossiers sur l'application:** L'assistance à la DAJ.
- **Profil de validation:** Chef de la Division Juridique
- **Profil d'instruction des dossiers:** Chargé de dossier juridique et chargé de dossier médical.

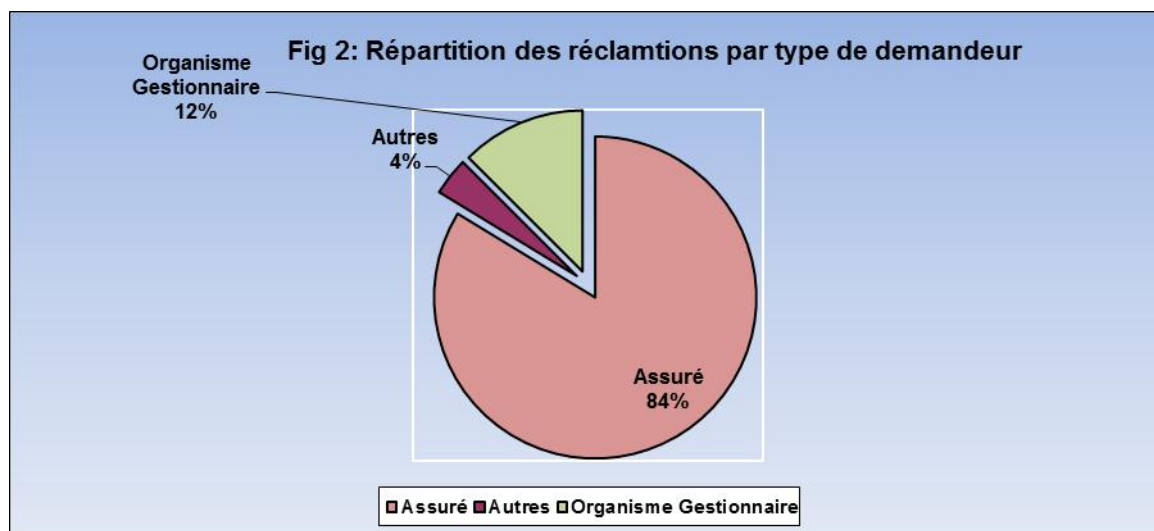
V. Présentation des données

1. Evolution mensuelle des réclamations reçues durant l'année 2012

- La répartition des dossiers de réclamations reçus par l'Agence durant l'année 2012 concerne la période du **01/01/2012** au **31/12/2012**.
- L'ANAM a reçu **266** dossiers avec un pic aux deux mois : Février et Décembre 2012.

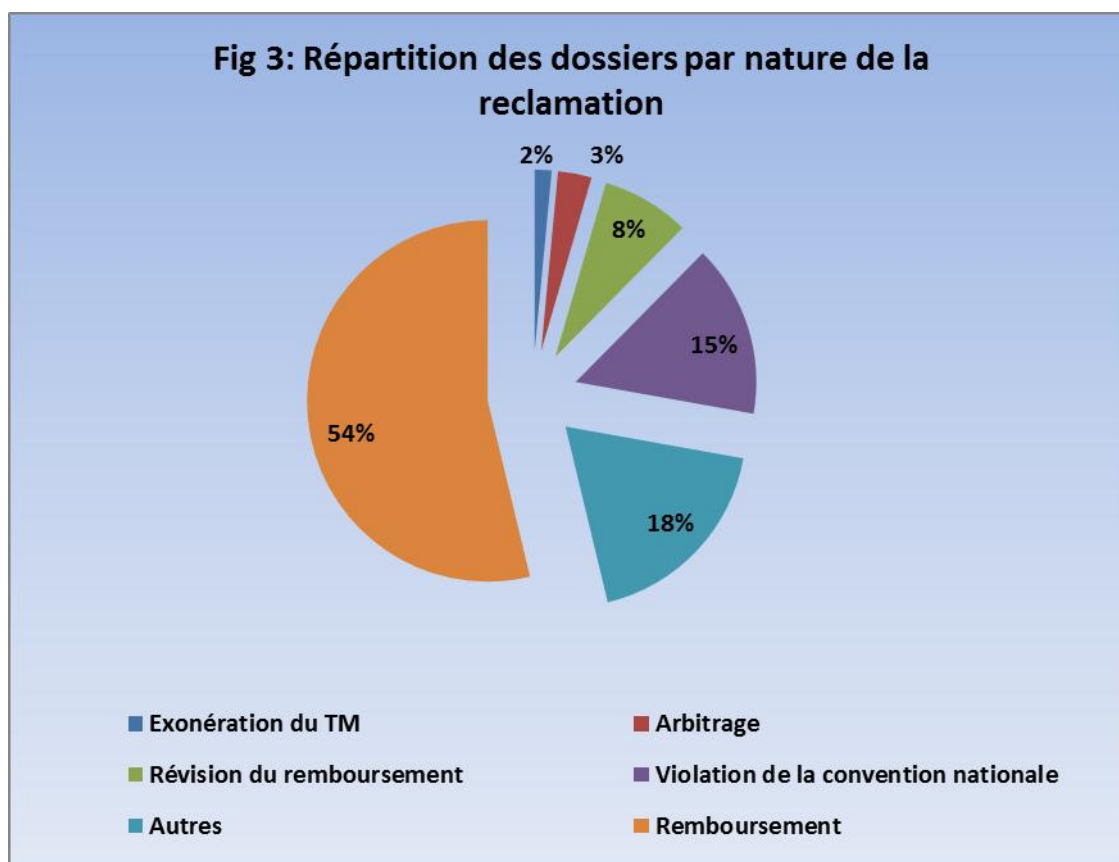


2. Type de demandeur:



- Les réclamations émanent essentiellement des assurés (**84%**) et des Organismes gestionnaires (**12%**);
- 4%** des dossiers sont reçus des autres entités (Sociétés savantes, départements ministériels et associations ou autres intervenants).

3. La répartition des dossiers par nature de réclamation:



- **54%** des dossiers sont en rapport avec une demande de remboursement des médicaments ou des dispositifs médicaux : L'Agence a reçu **143 dossiers** concernant la demande de remboursement des médicaments (**138** dossiers) et des dispositifs médicaux (5 dossiers) ;
- **15%** des dossiers sont en rapport avec la violation des conventions nationales par les prestataires de soins ;
- **8%** des dossiers sont en rapport avec une révision du remboursement des médicaments ;
- **3%** des dossiers sont en rapport avec une demande d'arbitrage ;
- **2%** des dossiers en rapport avec la demande d'exonération du ticket modérateur ;
- **18%** des dossiers sont en rapport avec des objets divers.

VI. Répartition des dossiers selon la décision de l'ANAM

1. Répartition des dossiers par nature de réclamation et décision de l'ANAM

		Nature de la réclamation						Total des dossiers	
		Demande de remboursement	Violation de la convention nationale	Révision du remboursement	Demande d'arbitrage	Demande d'exonération du TM	Autres		
Décision de l'ANAM	Avis défavorable	117	-	19	3	4	23	166	
	Dossiers incomplets	4	28	2	1		8	43	
	Attribution	6	3		1		14	24	
	Avis favorable	16	-		1		1	18	
	En attente de la Commission Permanente de Suivi (CPS) et CSP	-	12		-		-	-	12
	En attente d'expertise						2	1	3

- **166 dossiers (62%)** ont eu un avis défavorable, en raison que la réclamation
- **18 dossiers (7%)** ont eu un avis favorable :
 - **16 dossiers** en rapport avec la dérogation de remboursement : il s'agit de médicaments non remboursables au titre de l'AMO mais prescrits dans le cadre des ALD avec absence d'alternative thérapeutique remboursable au titre du même régime.
 - **2 dossiers** en rapport avec une expertise externe en faveur de l'assuré.

- **43 dossiers (16%)** sont incomplets :

Type de demandeur	Nombre de dossiers
Assuré	24
OG	16
Professionnels de Santé	1
Autres	2
Total	43

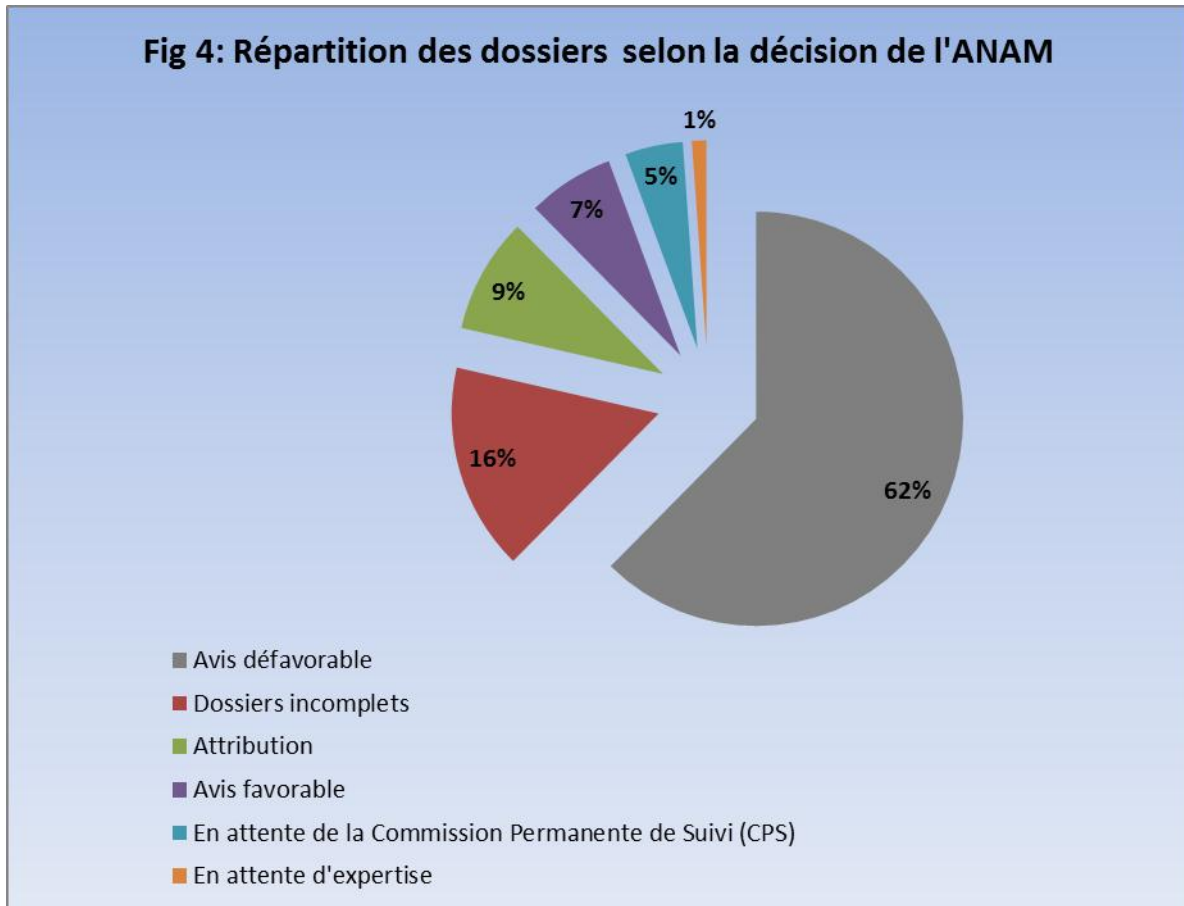
- **24 dossiers** sont soumis pour attribution aux entités suivantes :

Entité administrative	Nombre de dossier soumis pour attribution	Retour d'information	
		Oui	Non
CNOPS	15		15
MGEN	1		1
MGPAP	3	2	1
CNSS	4	3	1
Ministère de la Santé	2		2
Total	25	5	20

NB : un des dossiers a été soumis à la CNOPS et à la CNSS (la CNSS a donné un retour d'information)

- **12 dossiers (5%)** sont en attente de la Commission Permanente de Suivi (CPS) : le traitement s'arrête au stade d'instruction des dossiers par l'Agence et l'envoi d'une demande d'explication écrite aux établissements concernés par les réclamations.
- **3 dossiers (1%)** sont encore en attente d'expertise médicale externe : les dossiers sont soumis aux experts sans retour d'expertise en dépit de relances.

Fig 4: Répartition des dossiers selon la décision de l'ANAM



2. Délais moyen de traitement des dossiers de réclamations

Nature de réclamation	Moyenne de Délais (jours)
Demande de remboursement	34,44
Demande d'exonération du TM	31,50
Autres	54,85
Violation de la convention nationale	53,83
Révision du remboursement	40,35
Demande d'arbitrage	47,71
Total général	41,94

VII. Analyse et instruction des dossiers

1. Demande de remboursement

- Concerne essentiellement
 - Un dispositif médical non remboursable au titre de l'AMO
 - Des médicaments.

Demande de remboursement	Les différents cas de figures	Suite à donner	Limites
Médicaments	Sans AMM, ayant l'AMM à l'étranger mais pas au Maroc et non remboursable au titre de l'AMO	Dérogation de remboursement au titre de l'AMO en fonction des critères suivants: ALD ou maladies rares chroniques et absence d'alternative thérapeutique remboursable au titre de l'AMO	Nombre de dossier croissant, L'évaluation économique des médicaments.
	Ayant l'AMM au Maroc et non remboursable au titre de l'AMO	Médicament non évalué par la CT : Dérogation de remboursement au titre de l'AMO en fonction des critères suivants: ALD ou maladies rares chroniques et absence d'alternative thérapeutique remboursable au titre de l'AMO	Nombre de dossier croissant, L'évaluation économique des médicaments.
	Ayant l'AMM et remboursable au titre de l'AMO mais est prescrit hors indications de son AMM au Maroc	Pas de remboursement en l'absence des protocoles thérapeutiques validant l'indication en question.	Absence d'alternative thérapeutique pour le patient et devant une maladie engageant le pronostic vital.

2. Révision de remboursement des médicaments

Elle concerne le remboursement des médicaments sur le prix base de remboursement (**PBR**) qui correspond au PPM du générique de référence en cas de princeps avec générique, ou la présence de ces spécialités dans le même dossier de réclamation portant sur la révision du remboursement avec **des médicaments non remboursables**.

3. Violations des conventions nationales

- Le non-respect des conventions nationales est en rapport essentiellement avec:
 - La facturation en sus des éléments compris dans les forfaits conventionnels ;
 - La surfacturation des actes professionnels (non-respect de la TNR) ;
 - Le refus des établissements de soins de faire des demandes de prise en charge auprès des organismes gestionnaires pour les assurés AMO.

4. Demande d'arbitrage

- Elle concerne les litiges opposant les assurés aux OG ou les PS aux OG.
- Ces litiges concernent essentiellement:
 - La possibilité de la réalisation d'un acte médical;
 - La prise en charge à l'étranger des actes médicaux ;
 - L'indication d'un médicament;
 - L'indication d'une technique médicale dans une pathologie donnée;
 - La nomenclature d'un acte médical et sa tarification.

5. Demande d'exonération du ticket modérateur

- Les demandes sont en rapport avec des pathologies ne figurant pas dans la liste des ALD.

6. Objets divers

- Demande de remboursement d'un acte médical qui est hors nomenclature
- Litige PS –OG (exp : Cas de suspicion de fraude...)
- Demande d'information;
- Demande d'avis juridique de l'Agence
- Litige d'ordre juridique (interprétation, vide juridique..)
- Objet ne rentrant pas dans les attributions de l'Agence.
- ..

VIII. Propositions et perspectives

Nature de la réclamation		Perspectives
Remboursement	Médicament	Renforcer le rôle de la Commission de la Transparence (CT) pour l'introduction des médicaments indiqués dans les ALD au remboursement au titre de l'AMO.
	DM	Réaliser une étude sur les Dispositifs Médicaux (DM), ensuite la création d'une commission d'évaluation des DM à l'instar de la CT pour faciliter la mise à jour de la liste des DM remboursables.
	Acte hors nomenclature	Accélérer l'adoption d'une nouvelle nomenclature englobant la plupart des actes médicaux en l'occurrence la CCAM (projet en cours en collaboration avec le MS).
Violations des conventions nationales		Renforcer la mission de l'arbitrage de l'ANAM.
		Renouvellement des conventions nationales avec les Professionnels de Santé en prenant en considération l'adoption des mesures appropriées qui engagent les parties signataires de la convention.
Arbitrage		Création d' un comité d'expert tripartite au niveau de l'ANAM, afin de statuer sur les dossiers d'arbitrage de façon périodique, ce Comité sera composé de deux Médecins spécialistes permanents dont leurs spécialités sont horizontales avec les autres et un médecin spécialiste qui change en fonction de la discipline concernée (la procédure de fonctionnement pourrait être arrêtée ultérieurement).
Autres		Proposition des amendements juridiques selon les situations présentes dans les dossiers de réclamation.

IX. Conclusion

Le traitement des réclamations reste un processus dynamique qui évolue continuellement dans le but d'améliorer le dispositif de la couverture médicale de base. A ce propos, l'Agence est, d'une part, entrain de mobiliser des moyens humains et matériels pour renforcer sa mission d'arbitrage en termes de traitement et du respect des délais impartis et d'autre part par la mise à niveau de son système d'information dans l'objectif d'atteindre une meilleure communication et un rapprochement efficient avec les différents intervenants et ce pour répondre positivement aux différentes doléances.