

LES LEVIERS DE PERFORMANCE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE AU MAROC

Imane Sninate¹, Pr Ahmed Bennana ¹

¹ Centre d'Etudes Doctorales Sciences de la Vie et de la Santé, Université : Mohammed V Souissi, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Rabat

RESUME

Au Maroc, les enjeux démographiques et sociaux auxquels fait face l'assurance maladie ainsi que la rareté des ressources financières combinée à l'augmentation des attentes de la population en matière de couverture médicale, engagent les décideurs du secteur sur la nécessité de faire mieux avec moins en adoptant une démarche proactive visant la pérennisation financière des régimes d'assurance maladie déjà mis en place et l'extension de la couverture à la population qui n'en jouit pas encore.

Les défis auxquels fait face le régime de l'Assurance Maladie Obligatoire au Maroc ont trait aux difficultés de la mise en place de la couverture médicale des indépendants, l'existence de régimes parcellaires, la fraude et les abus de prescription, le recours important aux médecins spécialistes, l'augmentation de la part restant à la charge de

l'assuré, l'iniquité entre les assurés traduite par les écarts entre les taux de remboursement des deux caisses d'assurance maladie et le plafonnement des cotisations pour les assurés du secteur public... ainsi qu'à des insuffisances liées à la gouvernance.

La performance de ce système pourrait être améliorée par la généralisation de cette couverture avec la convergence vers une caisse unique, l'intervention de l'Etat dans le financement, la lutte contre la fraude et l'instauration des mesures de maîtrise des dépenses comme le suivi médical coordonné, les protocoles thérapeutiques ainsi que la consolidation de la gouvernance via la clarification du rôle des acteurs, le renforcement de la mission de régulation et l'implication de toutes les parties prenantes ;

Mots clés : Assurance Maladie obligatoire, performance, gouvernance

ABSTRACT

In Morocco, the demographic and social challenges facing health insurance, as well as the scarcity of financial resources combined with the rising expectations of the population in terms of medical coverage, are compelling decision-makers in the sector to do better with less by adopting a proactive approach aimed at the financial sustainability of health insurance plans already in place and the extension of coverage to the population that does not yet enjoy it.

The challenges faced by Morocco's compulsory health insurance scheme relate to the difficulties of setting up medical coverage for the self-employed, the existence of fragmentary regimes, fraud and prescription abuse, and the significant use of specialist doctors, the increase in the out of pocket,

the inequity between the insurers, reflected by the differences between the reimbursement rates of the two health insurance funds and the contribution ceiling for public sector employees. ... as well as weaknesses related to governance. The performance of this system could be improved by the extension of this coverage with the convergence towards a single fund, the intervention of the State in the financing, the fight against the fraud and the introduction of the measures of control of the expenses like coordinated medical follow-up, therapeutic protocols as well as consolidation of governance through the clarification of the role of the actors, the strengthening of regulation's mission and the involvement of all stakeholders;

Key words: Compulsory health insurance, performance, governance

INTRODUCTION

Le Maroc a renforcé sa politique du financement de la santé par la promulgation en 2002 et la mise en œuvre en 2005 de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base. Cette loi a institué deux régimes : **L'Assurance Maladie Obligatoire** fondée sur le principe contributif et sur celui de la mutualisation des risques au profit de la population solvable et le **Régime**

de l'Assistance Médicale fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit de la population des démunis.

Il s'est engagé également 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 qui consiste à ce que

tout un chacun accède aux soins dont il a besoin sans subir des difficultés financières.

Cependant, malgré les efforts déployés, la couverture médicale de base est loin de fournir une protection adaptée car les comptes nationaux de la santé de 2015 révèlent que la part des dépenses en soins de santé financées directement par les ménages est de 50,7% [1] au Maroc. Cet indicateur est relativement élevé comparativement à d'autres pays comme la Turquie où il est de 16,8%, l'Algérie 26,4% et la Jordanie 22,5% [1].

Dans le cadre du présent article, nous allons procéder dans un premier temps, à faire un diagnostic des contraintes qui entravent l'accomplissement des objectifs du système de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à savoir la génération de ressources suffisantes et pérennes, l'utilisation de ces ressources de façon optimale et la garantie d'une accessibilité financière aux soins pour tous.

Dans un second temps, nous présenterons les pistes d'amélioration ainsi que leviers majeurs d'action permettant de remédier aux principaux dysfonctionnements relevés qui entravent la réalisation des trois objectifs assignés au système.

METHODOLOGIE

En vue d'élaborer un diagnostic qui permet de ressortir les dysfonctionnements et les insuffisances qui entravent l'atteinte des objectifs assignés au régime AMO au Maroc, nous nous sommes appuyés, d'une part, sur le cadre d'analyse de la performance d'un système de financement des soins de santé élaboré par l'OMS en relevant les écarts entre ce que édicte ce référentiel et l'état des lieux de l'AMO au Maroc, une recherche documentaire que nous avons mené au cours de 2016 et actualisé en 2017 portant sur les publications émanant des instances gouvernementales nationales ayant trait à l'assurance maladie ainsi qu'une enquête terrain qualitative auprès des représentants des principaux acteurs dans le paysage de l'AMO.

D'autre part, et afin de suggérer des pistes d'amélioration pouvant avoir un retentissement positif sur la performance du système, nous nous sommes basés sur les différentes options recommandées par l'OMS (cadre d'analyse), les enseignements tirés d'un benchmark international ainsi que les résultats de l'investigation terrain.

LE CADRE D'ANALYSE DE L'OMS

L'OMS définit un système de financement de la santé comme un système ayant les fonctions suivantes [2] :

- La collecte des ressources : le procédé par lequel le système de santé reçoit l'argent des ménages, des entreprises, du gouvernement et d'autres organisations y compris les bailleurs de fonds.
- La mise en commun des risques (mutualisation des risques) : l'accumulation et la gestion de ces revenus

afin d'étaler les risques de paiement des soins de santé sur les membres du groupe ainsi les individus ne supportent plus de risque sur une base individuelle.

-L'achat : le procédé par lequel les contributions sont utilisées pour payer les prestataires afin de livrer un ensemble d'interventions de santé spécifiques ou non spécifiques.

Et considère qu'un système de financement de la santé performant doit atteindre les objectifs suivants :

- Génération de ressources suffisantes et pérennes ;
- Utilisation de ces ressources de façon optimale ;
- Garantie d'une accessibilité financière pour tous aux soins de santé.

Sept Problématiques conceptuelles clés relativement aux trois fonctions du régime AMO seront étudiées dans le présent chapitre avec *des indicateurs de performance* afférents à chaque problématique. Un résumé de cette évaluation de la performance se trouve dans le tableau ci-dessous.

INVESTIGATION TERRAIN

Nous avons opté pour une méthode d'investigation terrain qualitative par le biais d'un guide d'entretiens composé majoritairement de questions ouvertes. Le choix de cette méthode puise sa justification des éléments suivants :

- Le thème de notre recherche revêt un caractère exploratoire et qualitatif ;
- Les questions ouvertes permettent d'avoir une idée sur les perceptions des gens par rapport à certains points de façon approfondie ;
- Elles donnent plus de latitude aux interlocuteurs dans l'analyse et l'appréhension de certains points.
- Elles permettent également de collecter des informations dont nous n'avons pas eu connaissance.
- Les entretiens face à face permettent un contact direct avec l'interlocuteur, une meilleure compréhension des questions avec reformulation et approfondissement en cas de besoin.

Cette enquête a été menée, au cours de 2016, auprès de 13 personnes représentant les entités suivantes :

Ministère de la santé, Ministère de l'emploi, l'ANAM, la CNOPS, la CNSS, l'Union Européenne, Cabinets de consulting ayant réalisé des études d'envergure auprès de la CNSS et la CNOPS, Mutuelle gérant la couverture médicale au profit d'une population relevant des indépendants.

PAYSAGE DE L'AMO AU MAROC

L'Assurance Maladie Obligatoire, selon la loi 65-00, cible cinq catégories de population [3]:

- Les salariés et titulaires de pension du secteur privé : la couverture de cette population est entrée en vigueur depuis 2005 et est gérée par la Caisse Nationale de Sécurité sociale (CNSS) ;
- Les salariés et titulaires de pension du secteur public : la couverture de cette population est entrée en vigueur

depuis 2005 et est gérée par la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS).

-Les travailleurs indépendants et personnes exerçant une profession libérale : La couverture de cette population est en cours de mise en place et sera gérée par la CNSS.

-Les étudiants : La couverture de cette population est mise en place en 2015 et est gérée par la CNOPS ;

-Les anciens résistants et membres de l'armée de libération : Cette population est couverte, à titre facultatif, auprès d'une compagnie d'assurance privée.

-Les ascendants : Le démarrage de cette couverture concernera dans un premier temps les parents des

assurés du secteur public. Un avant-projet de la loi n° 63.16 modifiant et complétant la loi 65.00 portant code de la couverture médicale de base est actuellement en cours d'approbation au parlement.

Tableau I : Résumé de la performance de sept problématiques conceptuelles clés

Problématique conceptuelle clé	Indicateurs de performance	Objectif
COLLECTE DES RESSOURCES		
1. COUVERTURE DE LA POPULATION		
niveau général/macroéconomique	Pourcentage de la population couverte par l'AMO	Génération de ressources suffisantes et pérennes/Accès financier aux soins pour tous
par groupe spécifique de population	Couverture par groupe socioéconomique	tous
2. METHODE DE FINANCEMENT		
a. Mesure des cotisations payées d'avance		
niveau général/macroéconomique	Ratio des cotisations payées d'avance sur les coûts totaux des soins de santé	Génération de ressources suffisantes et pérennes/Accès financier aux soins pour tous
par groupe spécifique de population	Ratio des cotisations payées d'avance par groupe socioéconomique	tous
b. Protection contre les dépenses d'urgence		
niveau général/macroéconomique	Pourcentage des ménages ayant des dépenses d'urgence	Accès financier aux soins pour tous
par groupe spécifique de population	Dépenses d'urgence par groupe socioéconomique	
MISE EN COMMUN DES RISQUES		
3. NIVEAU DE FRAGMENTATION		
	Plusieurs risques partagés? Si oui, y a-t-il des mesures d'égalisation des risques en place?	Accès financier aux soins pour tous
4. COMPOSITION DES RISQUES PARTAGES		
	Est-ce que l'adhésion est obligatoire?	Génération de ressources suffisantes et pérennes/Accès financier aux soins pour tous
ACHAT		
5. FORFAIT DE PRESTATIONS DE SOINS DE SANTE		
	Y a-t-il des mécanismes de contrôle -mécanisme de demande de révision pour les patients, informations sur les droits des prestataires? comité de revue et examen des revendications-en place?	Utilisation Optimale des ressources
6. MECANISMES DE PAIEMENT DES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTE		
	Rémunération à l'acte/Rémunération à la journée/Rémunération au cas/Rémunération à la capitation /Budget/Salaires	
7. EFFICACITE ADMINISTRATIVE		
	Pourcentage des dépenses en coûts administratifs	

DIAGNOSTIC DES CONTRAINTES QUI ENTRAVENT L'ATTEINTE DES OBJECTIFS D'UN SYSTEME AMO PERFORMANT :

1. Premier objectif : Génération de ressources suffisantes et pérennes

Les principaux facteurs qui entravent l'atteinte de cet objectif se présentent comme suit :

-Le fait qu'une population solvable est toujours en dehors de l'AMO, représente un manque à gagner pour ce régime .Ainsi, la couverture de la population des indépendants, 13 ans après l'entrée en vigueur de la loi portant code de la Couverture Médicale de Base , n'a pas encore vu le jour en raison de la difficulté d'identification et d'immatriculation de cette population résultant du fait que 53% de la population travaille dans le milieu rural, de la mobilité de certaines catégories dans le marché de l'emploi et du faible degré d'organisation collective ou de syndicalisation ainsi que de la difficulté du recouvrement des cotisations due à

l'irrégularité du revenu ainsi qu'aux différences du revenu au sein des sous-catégories socioprofessionnelles résultant de l'hétérogénéité de la population des indépendants. Cette population qui est de 5,8 millions d'assurés [4] représente un gisement important-en termes de ressources-pour le régime AMO.

Il en va de même de la population bénéficiant des dispositions de l'article 114. Cette population correspond à la population des salariés des secteurs public et privé qui jouissait - avant l'entrée en vigueur de l'AMO- d'une assurance maladie facultative auprès de compagnies d'assurance privées, mutuelles et caisses internes , qui n'a pas basculé volontairement vers les régimes AMO gérés par la CNSS et la CNOPS et qui continue de bénéficier de cette couverture car l'article 114 de la loi 65-00 accorde une période transitoire de cinq ans renouvelables, à compter de la date de publication des décrets réglementaires de la présente loi pour un basculement intégral alors que trois décrets d'application n'ont pas encore vu le jour: décret des

ascendants, décret des soins à l'étranger ainsi que le décret sur la coordination entre les régimes ;

- Le recouvrement des cotisations pour les salariés du secteur privé se fait sur la base du système déclaratif et les employeurs du secteur privé sous-déclarent leurs salariés. Ainsi, au titre de 2015, 65% des salariés sont déclarés toucher moins de 2800 Dhs [5]. Ceci pourrait être attribué-entre autres - au fait que le système des sanctions n'est pas dissuasif ;
- Les cotisations pour les assurés de la CNOPS sont plafonnées à 800 Dhs pour les actifs qui touchent plus de 16 000 Dhs et 400 Dhs pour les pensionnés dont la pension dépasse 16 000 Dhs [6], ce qui compromet le principe de l'équité selon lequel les assurés doivent cotiser à hauteur de leurs revenus et constitue un manque à gagner pour la caisse d'assurance maladie.

2. Deuxième objectif : Utilisation optimale de ces ressources

Parmi les facteurs qui portent atteinte à la gestion optimale des ressources du régime AMO, nous citons :

- La fraude des assurés et des prestataires de soins qui prend plusieurs formes ;
- Les abus de prescription des médecins dûs, entre autres, à l'absence de protocoles thérapeutiques opposables qui ont pour but d'uniformiser le traitement de pathologies.
- L'insuffisance de l'exercice du contrôle médical aussi bien physique que sur dossier, a priori et a posteriori car cette fonction fait face aux contraintes suivantes : manque de ressources humaines, l'absence de cadre référentiel des pratiques médicales notamment les protocoles thérapeutiques qui pourraient servir au médecin contrôleur dans ses missions.
- Le principal fournisseur des soins auquel recourt la population couverte par le régime AMO est le secteur privé : le montant remboursé relativement aux soins dispensés dans l'hôpital public représente 10% du montant total de la consommation médicale. Ce constat est à relativiser car la consommation réelle des soins des assurés auprès des hôpitaux publics n'est pas reflétée par des recouvrements systématiques des coûts des services rendus dans ces établissements.
- Le paiement à l'acte est le mode de rémunération des prestataires du secteur privé : il présente l'avantage d'encourager les prestataires de soins à fournir des soins de qualité. Toutefois, il a l'inconvénient d'encourager une surproduction de soins de santé étant donné que les fournisseurs sont payés pour chaque acte effectué.
- Un recours plus fréquent chez les médecins spécialistes dont les tarifs et les niveaux de prescription sont plus importants que chez les généralistes. Ceci est dû à l'absence de l'obligation du passage par le médecin de famille chose qui entraîne également des prescriptions de soins redondantes et inutiles.
- Les limites liées aux systèmes d'information, le manque des éléments de décision résultant du flou juridique, l'incomplétude du référentiel des actes et des forfaits, l'existence d'actes hors nomenclature rendent

plus lentes l'accomplissement de certaines procédures par les caisses ce qui compromet leurs performances de gestion.

3. Troisième objectif : Garantie d'une accessibilité financière aux soins pour tous

Malgré la mise en place de la couverture médicale de base, les facteurs suivants compromettent l'accessibilité financière aux soins :

- La population ciblée par l'AMO n'a pas toute une assurance maladie. En l'occurrence, certains régimes n'ont pas encore vu le jour : les indépendants, et les ascendants. De plus, la population constituant les régimes transitoires notamment la population bénéficiant des dispositions de l'article 114, les régimes spéciaux comme les préposés religieux, les anciens résistants et membres de l'armée de libération...sont couverts auprès de compagnies d'assurance privées où les niveaux de couverture des prestations -la plupart des temps- sont plafonnés ;
- L'existence d'une population, dans le secteur privé, qui ne bénéficie pas de l'ouverture des droits toute l'année puisqu'elle n'arrive pas à remplir la condition de 54 jours déclarés et payés dans six mois tel qu'exigé dans l'article 101 de la loi 65-00. Cette population a avoisiné 460 000 au titre de 2015[5].
- Etant donné leurs niveaux de revenu modestes, certaines catégories de la population ont des difficultés financières à avancer les frais des soins médicaux avant de percevoir le remboursement par la caisse d'assurance maladie puisque les prestations ne sont pas toutes dispensées dans le cadre du Tiers Payant.
- La part restant à la charge de l'assuré est en croissance continue passant de 28,3% en 2010 à 33,9% en 2015 [5] pour les assurés de la CNSS et la CNOPS car les prix facturés par les prestataires de soins aux assurés dépassent les tarifs -base de remboursement. Ces derniers-dans leur majorité- n'ont pas été révisés depuis 2006 en raison du non renouvellement des conventions nationales entre les prestataires de soins et les organismes gestionnaires.
- Les produits pharmaceutiques ne sont pas tous admis au remboursement. En plus, le remboursement des médicaments se fait sur la base du générique alors que les médecins continuent à prescrire des médicaments princeps dont le générique est commercialisé.
- Les écarts entre les taux de remboursement en vigueur entre la CNSS et la CNOPS[7][8], compromettent le principe de l'équité.

PRINCIPAUX LEVIERS D'ACTION POUR AMELIORER LA PERFORMANCE DE L'AMO :

Afin de remédier aux insuffisances et aux dysfonctionnements relevés qui entravent la réalisation des trois objectifs assignés au système AMO, il s'avère nécessaire de :

- Généraliser l'Assurance Maladie Obligatoire à l'ensemble de la population marocaine en convergeant vers une caisse unique ;
- Améliorer le financement de l'AMO en introduisant l'impôt comme source de financement parallèlement aux cotisations et contributions des assurés et employeurs ;
- Rendre plus efficiente la gestion des ressources des régimes d'AMO actuels ;
- Consolider la gouvernance ;
- Mettre en place un système national intégré de gestion et d'information.

1.Schéma de généralisation de la couverture AMO.

Afin de généraliser l'AMO à l'ensemble de la population solvable, il serait opportun de faire basculer l'ensemble de la population qui bénéficie d'une couverture médicale auprès de mutuelles, caisses internes et compagnies d'assurance privées auprès de la CNSS ou la CNOPS selon les spécificités de cette population et le secteur d'activité dont elle est issue. Et ce, sans recourir à la création de nouveaux organismes gestionnaires.

Le fait d'articuler la couverture de la population AMO autour de deux caisses à savoir la CNSS et la CNOPS permettrait de tirer profit de : l'expérience acquise en matière de gestion du risque maladie par ces deux organismes, l'étendue géographique du réseau des délégations de la CNSS-plus de 60 délégations-à travers le territoire du Royaume garantirait, la proximité au profit de la population des indépendants, la mise en cohérence des règles de gestion, de contrôle médical, d'évaluation et de lutte contre la fraude entre les différents régimes.

Ensuite, et en vue d'être en conformité avec les objectifs d'égalité et d'équité à l'accès aux soins des bénéficiaires de la couverture médicale de base et afin d'améliorer l'accessibilité financière aux soins pour la population du secteur privé qui demeure lésée par rapport à celle du secteur public, il faut harmoniser le panier de soins entre la CNSS et la CNOPS, aligner les taux de remboursement de la CNSS sur ceux de la CNOPS. Il faut également dé plafonner les cotisations à la CNOPS, afin que tout un chacun cotiserait à la hauteur de ses revenus.

Dans le moyen terme, après l'harmonisation des paramètres de couverture entre les deux caisses, il faut renforcer la mutualisation des risques. Ceci passerait, selon l'OMS, soit par l'instauration d'un mécanisme de péréquation via la création d'un fonds de solidarité, soit par la fusion des deux caisses.

En vue de réduire le nombre d'intervenants dans l'AMO, la convergence vers une caisse unique est préférable à la création d'un fonds de compensation d'après l'enquête terrain.

Outre le fait que la fusion des caisses est gage de la pérennité financière du régime-car plus on fait jouer la loi des grands nombres, plus on fait noyer le risque, elle

permettrait également de réaliser des économies d'échelle et donc de réduire les coûts administratifs, minimiser la fraude des assurés résultant du bénéfice de deux régimes par exemple, harmoniser les meilleures pratiques d'une caisse ou de l'autre en termes de gestion des risques, liquidation des dossiers, contrôle médical ..., assurer une qualité de service uniforme pour tous les assurés en termes de délais de traitement des dossiers, délais d'immatriculation, réactivité face aux attentes des assurés, gestion des réclamations... , faciliter le contrôle par l'Etat du régime d'assurance maladie et à plus long terme de mutualiser les ressources de l'AMO avec celles du RAMED en faisant adjoindre l'organisme gestionnaire du RAMED à la caisse unique.[9] Ajoutons à cela que la généralisation de la couverture couplée à l'unification des caisses permettrait de renforcer le pouvoir de négociation de l'assurance maladie avec les prestataires de soins et les feraient adhérer à la politique de l'Etat en matière de santé.

2.Financement de l'assurance maladie par l'impôt :

La généralisation de la couverture AMO ainsi que la garantie de sa viabilité financière ne peut reposer uniquement sur les prélèvements sociaux car il existe des populations ciblées par l'AMO dont la capacité contributive ne permet pas de supporter la totalité de la cotisation par exemple les étudiants boursiers ainsi que certaines catégories des travailleurs indépendants.

De plus, la révision des taux de cotisation à la hausse qui pourrait résulter de l'augmentation croissante des dépenses ou l'extension du panier des soins, n'est pas toujours acquiescée par les partenaires sociaux et les représentants des assurés car l'augmentation des taux de cotisation dans le privé entraînerait une hausse du coût du travail et compromettrait par conséquent la compétitivité de l'entreprise. Ajoutons à cela, la réforme de la retraite projette également une augmentation des taux de cotisation à la retraite surtout pour le secteur public sans perdre de vue l'augmentation du taux d'inflation qui pèse sur le pouvoir d'achat des citoyens.

Ainsi, le recours à un financement par les impôts et taxes s'avère nécessaire dans le moyen terme.

La détermination de ces derniers doit se faire en tenant compte des axes des autres politiques publiques comme les actions émanant de la réforme fiscale, les impôts et taxes qui ont été imposés pour le financement du fonds d'appui à la cohésion sociale...afin de ne pas exercer une pression fiscale sur des opérateurs économiques plus que d'autres.

Dans le cadre du présent travail, nous proposons les impôts et taxes suivants: la TVA qui représente l'assiette et le rendement le plus élevé, une partie des ressources rendues disponibles par la réforme de la caisse de compensation[10], impôt sur le tabac et l'alcool, les sodas, impôt sur les industries polluantes ainsi que les produits qui nuisent à la santé et l'environnement...

3. Mesures pour une gestion efficiente de l'AMO :

Mécanismes de lutte contre la fraude et les abus de prescription

La lutte contre la fraude et les activités abusives devrait constituer une priorité majeure dans la stratégie de pérennisation du système d'assurance maladie.

Les actions à mener, en vue d'immuniser le système contre le risque de la fraude et agir en acheteur éclairé des soins, se présentent comme suit :

- Elaborer un système de sanction allant de la pénalité financière à la procédure pénale ;
- Mener une campagne de communication en vue d'informer les prestataires de soins et les assurés sur les risques et les sanctions auxquels s'exposent ceux qui ne respectent pas les règles ou adoptent des comportements déviants ;
- La généralisation des protocoles thérapeutiques[11] qui doivent constituer un standard de prescription pour les prestataires de soins et un facilitateur du contrôle médical au niveau des caisses et les rendre opposables;
- L'expérimentation du datamining et l'exploitation systématique des bases de données-au niveau des organismes gestionnaires- pour la détection des activités anormalement élevées à travers différentes requêtes.
- Renforcement du contrôle médical (a priori/a posteriori, sur dossier/physique, sur site) pour la vérification de la facturation et la réalité des soins effectués ;
- Mise sous accord préalable des médecins dont les prescriptions sont anormalement élevées ;
- La mise en place de l'identifiant personnel pour l'ensemble des bénéficiaires de la Couverture Médicale de Base en vue de détecter les immatriculations multiples auprès d'un ou de plusieurs régimes, assurer la traçabilité intra et inter régimes.

Mesures et outils de régulation de l'assurance maladie :

-Instauration du suivi médical coordonné [12]:Les avantages de la mise en place du médecin traitant comme pivot à l'accès aux soins et coordonnateur sont nombreux, aussi bien pour l'assuré auquel la qualité et la coordination des soins est garantie que pour l'assurance maladie qui réaliserait des économies dans la mesure où ce mécanisme permet d'éviter au malade de subir plusieurs fois les mêmes examens ou d'être soumis aux aléas d'une méconnaissance de ses antécédents médicaux, des soins suivis, des examens complémentaires déjà faits .

-Promotion de la prévention : La prévalence croissante des maladies non transmissibles fait peser un fardeau économique considérable sur les systèmes d'assurance maladie et les ménages. Ces derniers peuvent être appauvris à cause des coûts onéreux des traitements qu'ils doivent engager directement pour faire face à des pathologies graves. Agir sur ces facteurs de risque permettrait à l'assurance maladie de réaliser des économies importantes. L'assurance maladie doit ,en

collaboration avec le ministère de la santé et en impliquant le ministère de l'éducation, la société civile, les employeurs et les organisations professionnelles qui sont sensibles aux journées de travail perdues pour cause de maladie et à la nécessité de maîtriser la hausse des cotisations (charges sociales) liées à l'AMO[13], élaborer une stratégie de financement des actions de prévention primaire (les campagnes de diffusion d'informations et de sensibilisation des membres sur les risques pour la santé et les bonnes habitudes en matière de santé et la prévention secondaire (la fourniture directe de services de santé préventive (comme le dépistage précoce).

-La mise en place de l'ordonnance bi-zone qui permet au médecin prescripteur de spécifier clairement les prescriptions en rapport avec les affections de longue durée qui bénéficient d'un taux de remboursement avantageux et celles qui ne le sont pas.

Enrichissement de la politique du conventionnement :

Les conventions, en tant que contrat conclu entre les caisses d'assurance maladie et les prestataires de soins, doivent être un levier pour l'atteinte des objectifs de la santé tout en contribuant à la maîtrise médicalisée des dépenses et à l'optimisation de la gestion de l'assurance maladie. Pour ce, la politique de conventionnement doit tenir compte des aspects suivants :

-La Promotion de la qualité des soins et la prévention[14] à travers l'indication des objectifs sanitaires de l'Etat dans les conventions liant les prestataires de soins aux caisses d'assurance maladie et la mise en place d'une convention spécifique pour les généralistes liant une meilleure rémunération voire des avantages spécifiques à des engagements sur la qualité et en matière de suivi, prévention, prise en charge des maladies chroniques et optimisation des prescriptions.

-La confortation de l'accessibilité géographique et financière aux soins [14] en proposant des incitatifs financiers à des prestataires de soins en vue de leur installation dans les régions insuffisamment pourvues de médecins et en déconventionnant les médecins qui ne respectent pas la tarification nationale de référence.

-La modernisation et la simplification des conditions d'exercice [14] passerait par l'informatisation des cabinets médicaux pour préparer la dématérialisation des flux entre l'AMO et les prestataires de soins, constituer un dossier médical de famille informatisé et l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié.

-L'implication de toutes les parties prenantes dans le processus du conventionnement : En l'occurrence, les associations des consommateurs qui doivent avoir un droit de regard sur les conventions et les labelliser.

-L'alignement des prestataires de soins sur les mesures de maîtrise médicalisée des dépenses comme le respect des protocoles thérapeutiques, l'adhésion au suivi médical coordonné et la prescription des médicaments génériques.

-Faire de l'accréditation des cliniques privées un préalable au conventionnement.

4.Recommandations ayant trait aux rôles des acteurs de l'AMO :

Face aux enjeux démographiques et sociaux auxquels fait face l'assurance maladie, une consolidation de la gouvernance est nécessaire au bon fonctionnement de l'AMO. Ceci passerait, en premier lieu, par une détermination d'une vision globale du secteur, la définition claire du rôle de chacun, des différentes responsabilités et des objectifs ainsi que les modes de leur réalisation dans le cadre de la participation, la transparence, la responsabilité, la primauté du droit et la reddition des comptes.

Clarification des missions des acteurs :

La proximité de certaines missions qui relèvent historiquement du champ de compétence de certains départements de l'Etat : ministère des finances (la Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale remplacée par l'Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale-ACAPS-), et le ministère de la santé avec les missions de l'ANAM, entité créée lors de la promulgation de la loi 65-00 nécessite la clarification du champ d'action de chacun des acteurs et la définition des conditions et formes d'une stratégie claire de coordination en ce qui concerne :

-Le contrôle technique de l'AMO entre l'ANAM et l'ACAPS du moment que la loi portant création de l'ACAPS[15] a corroboré l'assignement de cette mission à cette nouvelle entité.

-L'évaluation de la qualité des soins entre le ministère de la santé et l'ANAM en vue de rendre opérante la sixième mission de l'Agence consistant en " l'apport de 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."

Renforcement de la mission de régulation :

Afin de lui permettre de jouer pleinement son rôle de régulation et de veiller sur le bon fonctionnement du régime, il faut placer l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie sous la tutelle du chef de gouvernement[9] car elle touche à des missions parfois transversales à plusieurs composantes gouvernementales (santé, protection sociale, industrie pharmaceutique,...) et la doter de pouvoirs de vérification, d'enquête et de sanctions aussi bien auprès des prestataires de soins que des organismes gestionnaires.

Implication de toutes les parties prenantes :

L'implication des parties prenantes est au cœur de la bonne gouvernance car il permet la pertinence et la légitimation du processus de la prise de décision et

l'efficacité de la mise en œuvre de toute stratégie. Dans le cadre du présent travail, nous proposons de :

-Interpeller le conseil de l'ordre dans le cadre des actions ayant trait à la lutte contre la fraude, abus de prescription et garantie de la qualité des soins et sécurité des patients pour qu'il s'acquitte de son rôle de dissuasion des médecins dont les pratiques portent atteinte à l'éthique et se contredisent avec le code déontologique de la profession

-Il faut également créer un comité national de lutte contre la fraude[16] rattaché à la chefferie du gouvernement composé de l'ANAM, les organismes gestionnaires, le ministère de la santé, le ministère de l'intérieur, le ministère de la justice, le ministère de l'emploi, les caisses de retraite, l'ACAPS,...

-Compter des représentants de la population des indépendants, des étudiants, des retraités dans les organes de décision comme le conseil d'administration de l'ANAM.

-Créer une association de défense des droits des consommateurs qui informe les assurés de leurs droits, relate leurs problèmes et défend leurs intérêts et lui octroyer le droit de siéger dans les conseils d'administration que ce soit de l'ANAM ou des organismes gestionnaires.

5.La mise en place d'un système national intégré de gestion et d'information

Compte tenu de ce qui précède, il s'avère nécessaire de mettre en place un système d'information national intégré de la couverture médicale de base basé sur la dématérialisation des flux[17] qui abrite toutes les données nécessaires au pilotage de l'assurance maladie, et qui tient compte des intérêts de toutes les parties prenantes (assuré, employeur, prestataire de soins, gestionnaire et régulateur..).Et ce, en vue d'être à la hauteur des défis auxquels fait face l'assurance maladie:

Qualité de service pour l'assuré qui se traduirait par une facilitation de la gestion intégrée et coordonnée des soins, de la généralisation du Tiers Pays et de la coordination Assurance Maladie Obligatoire-Assurance Maladie Complémentaire, une réduction des délais de traitement des dossiers, délais de prise en charge et de paiement, une célérité dans le traitement des réclamations étant donné que le système d'information fournirait tous les éléments y afférents...

Maîtrise des dépenses :la mise en place d'un système d'information intégrée, basé sur des nouvelles technologies de pointe, faciliterait le recoupement des données permettrait de mieux cerner la consommation abusive et de contrôler la fraude en consolidant les profils de dispensation et de consommation pour avoir un portrait global de l'AMO.

Contrôle de l'application des mesures de régulation : le SNIGI faciliterait l'application des mesures de régulation et les rendrait opposables (Dossier médical personnel, suivi médical coordonné, l'application des recommandations de bonnes pratiques médicales...)

Aide à la prise de décision stratégique : le système d'information permet d'assurer une meilleure traçabilité de l'information (médicale, financière, de contrôle, ...), suivi de l'épidémiologie des grandes affections et leur coût.

CONCLUSION :

L'élaboration d'une stratégie de financement de la santé est primordiale à l'atteinte de la couverture sanitaire universelle qui consiste à ce que tout un chacun puisse jouir de son droit à la santé sans encourir le risque d'appauvrissement qui pourrait résulter du coût des soins médicaux.

Pour le Maroc, le pilotage de l'AMO principal pivot de la couverture médicale de base connaît des insuffisances et dysfonctionnements auxquels il peut faire face via :

- L'extension de cette couverture sans la création de nouveaux organismes gestionnaires et convergence vers une caisse unique ;
- L'intervention de l'Etat dans le financement ;
- La lutte contre la fraude et l'instauration des mesures de maîtrise des dépenses comme le suivi médical coordonné, les protocoles thérapeutiques ;
- La consolidation de la gouvernance via la clarification du rôle des acteurs, le renforcement de la mission de l'ANAM et l'implication de toutes les parties prenantes ;
- La mise en place d'un système national intégré de gestion et d'information.

REFERENCES :

1. Ministère de la santé | Comptes Nationaux de la santé. Rapport 2015 [Internet]. [Cité 21 mars 2018]. Disponible sur : www.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents
2. OMS | Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire : problématiques conceptuelles-clé durant la période de transition [Internet]. [Cité 21 mars 2018]. Disponible sur : http://www.who.int/health_financing
3. ANAM | Dahir n° 1-02-296 du 25 rejev 1423 (3 octobre 2002) portant promulgation de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base. [Internet]. [Cité 21 mars 2018]. Disponible sur : <http://www.anam.ma/>
4. HCP | Activité, emploi et chômage 2013 [Internet]. [Cité 21 mars 2018]. Disponible sur : https://www.hcp.ma/downloads/Activite-emploi-et-chomage-resultats-detaillies_t13039.html
5. ANAM | Rapport Annuel Global de l'AMO 2015 [Internet]. [Cité 21 mars 2018]. Disponible sur : <http://www.anam.ma/>
6. ANAM | Décret n° 2-05-735 du 11 jomada II 1426 (18 juillet 2005) fixant 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 [Internet]. [Cité 21 mars 2018]. Disponible sur : <http://www.anam.ma/reglementation/couverture-medicale-de-base/amo/decrets/>

7. ANAM | Décret n° 2-05-736 du 11 jomada 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 [Internet]. [Cité 21 mars 2018]. Disponible sur : <http://www.anam.ma/reglementation/couverture-medicale-de-base/amo/decrets/>
8. ANAM | Décret n° 2-05-737 du 11 jomada 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 [Internet]. [Cité 21 mars 2018]. Disponible sur : <http://www.anam.ma/reglementation/couverture-medicale-de-base/amo/decrets/>
9. CESE | Les soins de santé de base Vers un accès équitable et généralisé [Internet]. [Cité 21 mars 2018]. Disponible sur : <http://www.cese.ma/Documents>
10. CESE | Le système fiscal marocain : développement économique et cohésion sociale [Internet]. [Cité 21 mars 2018]. Disponible sur : <http://www.ces.ma/Documents>
11. HAS | Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations par consensus formalisé » Décembre 2010 [Internet]. [Cité 21 mars 2018]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail>
12. OMS | Aspects Organisationnels du Système de Financement de la Santé Français-Réforme de l'Assurance Maladie Obligatoire - [Internet]. [Cité 21 mars 2018]. Disponible sur : <http://digicollection.org/hss/documents/s16842f/s16842f.pdf>
13. ISSA | Des sociétés en bonne santé grâce à la sécurité sociale : vers un nouveau rôle pour la prévention [Internet]. [Cité 21 mars 2018]. Disponible sur : <http://documentation.fhp.fr/documents/18945R.pdf>
14. Sécurité Sociale La convention Médecins - Assurance maladie : Un nouveau partenariat en faveur de la qualité des soins [Internet]. [Cité 21 mars 2018]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr>
15. ACAPS la loi 64.12 portant création de l'ACAPS [Internet]. [Cité 21 mars 2018]. Disponible sur : <http://www.acaps.ma/reglementation/lois/>
16. Legifrance | Décret n° 2008-371 du 18 avril 2008 relatif à la coordination de la lutte contre les fraudes et créant une délégation nationale à la lutte contre la fraude [Internet]. [Cité 21 mars 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
17. COOPAMI | Système d'information de l'ANAM 2015 [Internet]. [Cité 21 mars 2018]. Disponible sur : <http://www.coopami.org/>