

Régime de l'assurance maladie obligatoire gérée par la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale

Conformément aux dispositions de la loi 65-00, portant code de la couverture médicale de base, un régime d'Assurance maladie obligatoire (AMO) de base a été institué au profit des salariés et des titulaires de pensions du secteur public.

Avec la promulgation de la loi n° loi n°116-12 relative au régime de l'assurance maladie obligatoire de base des étudiants par le dahir n°1-15-105 du 04 août 2015, les étudiants de l'enseignement supérieur et de la formation professionnelle sont devenus éligibles à ce régime⁶⁵.

La gestion de ces deux régimes a été confiée à la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS), et ce en vertu de l'article 73 de loi n° 65.00 susmentionnée, et de l'article 20 de la loi n° 116.12 sus indiquée.

Aussi, et en vertu d'une convention conclue, en date du 05/07/2007, entre le ministre des Finances et de la privatisation, le ministre de l'Emploi et de la formation professionnelle, le ministre de la Santé, le Conseil national des droits de l'Homme et la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale, cette dernière gère un régime de couverture médicale de base au profit des victimes des violations des droits de l'Homme⁶⁶.

La Cour des comptes a diligenté une mission de contrôle de la gestion du régime de l'Assurance maladie obligatoire de base au profit des salariés et des titulaires de pensions du secteur public, géré par la CNOPS. Cette mission a porté, essentiellement, sur la gouvernance du régime, le niveau de couverture des coûts des prestations garanties par ce régime, ainsi que son équilibre financier et sa pérennité. La mission de contrôle a porté sur la période 2009-2017.

Au cours de cette période, les chiffres clés de l'AMO fonctionnaires ont connu une nette évolution. Ainsi, le nombre total des bénéficiaires est passé de 2.410.757 en 2009 à 3.030.448 bénéficiaires en 2017. Ils sont répartis, au titre de 2017, à hauteur de 793.109 assurés actifs avec 1.303.759 ayant droits et de 436.822 pensionnés avec 496.758 ayant droits.

L'effectif global des bénéficiaires sinistrés (ceux ayant déposé au moins un dossier de soins) est passé de 1.081.705 en 2009 à 1.349.003 en 2017. Ils ont déposé 4.018.282 dossiers en 2009 et 4.598.163 dossiers en 2017, soit une fréquence moyenne de 3,5 dossiers par bénéficiaire sinistré sur cette période.

En 2017, les dossiers de soins déposés se composent de 4.132.883 dossiers en mode ambulatoire (lorsque l'assuré paye les frais des soins et demande le remboursement par la suite) et de 465.280 dossiers en mode tiers payant (en cas de prise en charge des frais de soins par la CNOPS et paiement direct aux prestataires de soins). Ils ont généré respectivement, des dépenses de 2,4MMDH et de 1.8MMDH.

En ce qui concerne les recettes du régime, elles sont constituées principalement par des cotisations, dont le montant est passé de 3.46 MMDH en 2009 à 4.9 MMDH en 2017. Quant aux dépenses globales du régime, elles sont passées de 3.077 MMDH en 2009 à 4.499MMDH en 2017.

⁶⁵ Le régime de l'assurance maladie obligatoire de base des étudiants, le nombre des établissements affiliés, depuis l'entrée en vigueur de ce régime, est de 601, avec 33.081 étudiants immatriculés en 2016 et 65.553 étudiants immatriculés en 2017.

⁶⁶ La couverture médicale de base au profit des victimes de violation des droits de l'homme. Le nombre des assurés est passé de 2383 en 2008 à 8306 en 2017 avec un total de 18.417 bénéficiaires en 2017.

I. Observations et recommandations de la Cour des comptes

Les principales observations et recommandations, relatives aux axes de contrôle susmentionnés, se présentent comme suit :

A. Gouvernance du régime Assurance maladie obligatoire de base du secteur public (AMO/PUBLIC)

L'appréciation de la gouvernance du régime de l'AMO/PUBLIC est appréhendée à travers l'examen du cadre juridique et des conditions d'administration, de gestion et de contrôle de ce régime.

1. Cadre juridique de l'AMO/PUBLIC

A ce niveau, il a été constaté ce qui suit.

➤ Cadre juridique inachevé

L'Assurance maladie obligatoire de base, applicable aux fonctionnaires et titulaires de pensions relevant du secteur public, est régie par le code de la couverture médicale de base dont l'application des dispositions renvoie à des textes réglementaires qui n'ont pas été adoptés à la date d'achèvement de la mission. L'absence de ces textes met en difficulté la gestion et l'opérationnalisation de ce régime. Il s'agit, à titre indicatif, des textes relatifs à :

- la définition des règles de facturation ;
- les conditions dans lesquelles l'assuré ne perd pas le droit au remboursement ;
- la liste des pièces justifiant les dépenses engagées par les assurés.

➤ Retard dans la généralisation de l'AMO/PUBLIC

L'examen de la situation des affiliés à l'assurance maladie obligatoire de base au niveau de la CNOPS a montré qu'une population éligible n'a pas encore intégré ce régime. Il s'agit de la population, désignée à l'article 114 de la loi n°65.00 susmentionnée, et qui concerne les employés et les pensionnés de 32 établissements publics, dont l'effectif est estimé à 250.000 personnes éligibles (la CNOPS ne dispose pas de données détaillées sur cette population).

2. Administration et gestion de l'AMO/PUBLIC

La gestion du régime AMO/PUBLIC est confiée à la CNOPS et aux sociétés mutuelles la composant, et ce en vertu de l'article 73 de la loi n°65.00. A ce sujet, il a été relevé ce qui suit.

➤ Dysfonctionnements au niveau de la tenue des réunions et l'exercice des attributions du conseil d'administration

Le régime de l'AMO/PUBLIC est administré par le conseil d'administration de la CNOPS, présidé par l'un des présidents des sociétés mutualistes siégeant à ce conseil. Il est composé, en vertu de l'article 84 de loi n°65.00, des représentants de l'Etat avec la moitié des membres et des représentants des mutuelles et des centrales syndicales avec la deuxième moitié. Cependant, l'examen des procès-verbaux de sessions du conseil d'administration sur la période 2009-2017 a montré que son fonctionnement normal et l'exercice de ses attributions prévues à l'article 85 de la loi n°65, sont compromis par sa non-tenue depuis juillet 2016 à cause du non renouvellement du mandat de certains membres des centrales syndicales. Ainsi ;

- les budgets du régime AMO/PUBLIC des exercices 2017 et 2018 n'ont pas été arrêtés par le conseil d'administration ;
- les comptes des exercices budgétaires 2016 et 2017 n'ont pas été arrêtés par le C.A ;
- les rapports d'activité de la CNOPS et les rapports financiers relatifs à ces deux exercices n'ont pas été approuvés par le conseil.

➤ Absence d'un budget propre à la CNOPS

Selon les dispositions des textes juridiques qui régissent l'établissement des budgets des régimes de l'assurance maladie obligatoire de base gérés par la CNOPS, chaque régime doit disposer d'un budget séparé. Il s'agit du :

- budget relatif au régime AMO/PUBLIC prévu à l'article 90 de la loi n°65.00.
- budget relatif au régime de l'assurance maladie obligatoire de base des étudiants prévu à l'article 20 de la loi n° 116-12 susmentionné.

En matière d'exécution de ces deux budgets, la CNOPS procède à des appels d'offres séparés, notamment quand il s'agit de dépenses spécifiques à chaque régime, et à des recrutements selon la loi des cadres annexée à ces budgets, avec un traitement comptable séparé.

Cette situation montre que la CNOPS ne dispose ni de ces budgets, ni d'un budget propre qui consolide l'ensemble de ses dépenses d'investissement et de fonctionnement et qui clarifie les frais de gestion liés à chaque régime ainsi que les critères retenus en matière de prévision et de répartition des charges communes.

➤ Situation d'incompatibilité des mutuelles

En application de l'article 83 de la loi n° 65.00 susmentionnée, la CNOPS a conclu avec les mutuelles la composant une convention⁶⁷ par laquelle ces dernières sont chargées de la gestion des prestations portant sur les soins ambulatoires.

Cette convention a été conclue sans l'observation des dispositions de l'article 44 de la loi n°65.00. En effet, plusieurs mutuelles disposent d'unités médicales, et agissent en tant que prestataires de soins d'un côté. D'un autre côté, elles gèrent pour, le compte de la CNOPS, les dossiers relatifs aux soins ambulatoires moyennant des frais de gestion. Cette situation confère aux mutuelles une position incompatible dans la mesure où ces unités médicales facturent, à la CNOPS, des prestations de soins offertes aux assurés en mode tiers payant. A titre indicatif, les remboursements accordés par la CNOPS aux unités médicales de ces mutuelles ont atteint un total de 77 251 626,00DH au titre de 2017 réparti comme suit :

Répartition par mutuelle des dépenses du secteur mutualiste en 2017

| Mutuelle | Effectif des sinistrés | Nbre de dossiers | Montant des remboursements en DH |
|--|------------------------|------------------|----------------------------------|
| Clinique Dentaire Mutualiste (CDM) MGPAP | 8 640 | 12 694 | 5 031 484 |
| C.D.M. OMFAM | 42 023 | 90 086 | 42 398 694 |
| C.D.M. MFA | 12 528 | 29 187 | 8 144 724 |
| C.D.M. MGEN | 17 609 | 26 774 | 10 722 768 |
| C.D.M. FRATERNELLE DE POLICE | 311 | 436 | 157 395 |
| Clinique MGEN | 5 967 | 10 881 | 3 036 321 |
| LABORATOIRE MGEN | 11 213 | 16 874 | 7 760 240 |
| Total | 98 291 | 186 932 | 77 251 626 |

Source : CNOPS

➤ Absence de contrôle technique

En se référant aux textes réglementaires pris pour l'application de la loi n°65.00 portant code de la couverture médicale, la CNOPS, en tant que gestionnaire du régime AMO/PUBLIC, a été

⁶⁷ Convention pluriannuelle de gestion des dossiers de soins en mode ambulatoire entre la CNOPS et les huit sociétés mutualistes signée le 28/11/2006.

soumise, en plus du contrôle financier prévu par l'article 53 de la loi n°65.00, au contrôle technique de l'Etat. Celui-ci comprend deux types de contrôle :

- un contrôle technique exercé par le ministère de la Santé, en vertu des dispositions de l'article 40 du décret n° 2-05-733, pris pour l'application de la loi n°65.00, 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. Toutefois, Depuis la mise en œuvre de ce régime, aucune mission de contrôle technique de ce régime n'a été diligentée par le ministère de la santé ;
- un contrôle technique exercé par l'Autorité de contrôle des assurances et de la prévoyance sociale. En effet, après la création de cette autorité par la loi n° 64-12, le contrôle technique qui doit être exercé par le ministère de l'Economie et des finances aux termes des dispositions des articles 54 et 55 de la loi n°65.00, lui a été confié. Toutefois, aucune mission de contrôle sur place n'a été effectuée, et ce depuis la mise en œuvre de ce régime.

B. Couverture médicale

L'appréciation de la couverture médicale de base que procure le régime AMO/PUBLIC est appréhendée à travers l'examen des référentiels et des outils d'encadrement technique de ce régime et des prestations de soins, du panier de soins couvert par ce régime et du taux réel de couverture des frais de soins de santé engagés par les assurés. A cet égard, il a été relevé ce qui suit.

1. Encadrement technique

Dans l'objectif d'harmoniser les pratiques médicales, d'améliorer la qualité des soins offerts aux malades et de constituer une base pour le contrôle médical, la couverture médicale doit disposer des référentiels et des outils d'encadrement harmonisés et actualisés, Toutefois, le fonctionnement de l'Assurance maladie obligatoire de base rencontre plusieurs contraintes. Il s'agit de ce qui suit.

➤ Incomplétude du référentiel des professionnels de santé

La CNOPS reçoit de l'Agence nationale de l'assurance maladie un référentiel des professionnels de santé incomplet (l'Identifiant national des professionnels de santé et des établissements de santé « Code INPE »), et dont les informations, concernant les praticiens, ne sont pas mises à jour. Aussi, il a été noté, l'absence d'un dispositif juridique obligeant les prestataires de soins à disposer d'un « Code INPE ».

➤ Non actualisation de la nomenclature générale des actes professionnels

La nomenclature générale des actes professionnels, mise en place en 2006, n'a pas été actualisée à ce jour. Ainsi, et au vu l'évolution continue des sciences médicales, certains actes de soins ne figurent pas dans cette nomenclature, et de ce fait, ils ne sont pas remboursables au titre de l'assurance maladie obligatoire de base.

➤ Non couverture des protocoles thérapeutiques de l'ensemble des maladies

Le référentiel relatif aux protocoles thérapeutiques ne compte que neuf protocoles qui ont été validés et approuvés à la date d'achèvement de la mission, par les organes habilités. A titre indicatif, la liste relative aux affections de longue durée ou lourdes et coûteuses comporte 47 groupes de pathologies déclinées en 149 maladies. Par conséquent, l'absence de protocoles thérapeutiques pour l'ensemble des maladies ne permet pas une prise en charge efficace et efficiente des dépenses de soins par l'AMO/PUBLIC.

2. Extension du panier de soins

En plus des prestations prévues par le panier de soins remboursables, tel qu'il est fixé par l'article 7 de la loi n°65.00, le régime de l'assurance maladie obligatoire de base a connu, l'extension de la remboursabilité à certains actes, médicaments, dispositifs médicaux et analyses biologiques.

Malgré cette extension du panier de soins, certaines prestations de soins ne sont pas couvertes. En témoigne le nombre d'avis nominatifs auxquels recourent les assurés à travers des réclamations auprès de l'agence nationale de l'assurance maladie.

En effet, la CNOPS procède au remboursement de certains actes et prestations, sur avis nominatifs de l'agence nationale de l'assurance maladie, accordés à titre spécifique et personnel à l'assuré qui le réclame. Au cours de la période 2009-2017, 735 avis nominatifs portant sur les médicaments et trois sur les dispositifs médicaux ont été accordés par cette dernière, conformément à l'article 9 du décret d'application n°02-05-733 sus-mentionné. De plus, il a été relevé que la CNOPS procède au remboursement de trois dispositifs médicaux sur simple décision de sa commission médicale.

3. Taux de couverture des dépenses de soins et restant à charge de l'assuré

En application du décret n°02-05-733 et des conventions fixant la Tarification Nationale de Référence, le taux de couverture offert par l'AMO/PUBLIC varie entre 70% et 100%. Toutefois, il a été constaté ce qui suit :

➤ Un restant à charge significatif

Le montant des remboursements accordé par l'Assurance maladie obligatoire de base rapporté aux frais engagés par l'assuré fait ressortir un faible taux de couverture des frais engagés, aussi bien au niveau des soins en mode ambulatoire qu'au niveau des soins en mode tiers payant. En effet :

- le taux de couverture des soins en mode ambulatoire, se situe, en moyenne, à 58% par rapport au tarif national de référence. En 2017, 61% des dossiers ont été remboursés avec un taux inférieur à 70% ;
- le taux de couverture des soins en mode tiers payant, s'élève, en moyenne, à 93%. Toutefois, ce taux de couverture est biaisé et ne reflète pas la réalité, dans la mesure où il est calculé sur la base de la tarification nationale de référence, alors que les frais engagés, par les assurés, dépassent cette tarification. En effet, dans plusieurs cas l'assuré paye un montant qui dépasse celui déclaré par les prestataires de soins à la CNOPS ou non facturé. Il est à signaler que les conventions nationales fixant la tarification nationale de référence n'ont pas été révisées depuis 2009.

➤ Un apport limité de la couverture médicale complémentaire offerte par les mutuelles

En parallèle à l'adhésion obligatoire à l'Assurance maladie obligatoire, la majorité des bénéficiaires de l'AMO/PUBLIC dispose d'une assurance complémentaire proposée par les mutuelles. Cependant, la part du remboursement complémentaire accordée par le secteur mutualiste reste faible et se situe autour de 6% en moyenne des frais engagés par les assurés (sur la période 2009-2017).

C. L'équilibre financier du régime

L'examen de la situation financière de ce régime au cours de la période 2009-2017, a révélé une dégradation continue de cette situation. Le régime a enregistré en 2016, pour la première fois, un déficit technique de 225MDH. Puis, 302MDH en 2017, avec un résultat global déficitaire de 22,5MDH, comme le montre le tableau suivant.

Evolution de la situation financière de l'AMO/public en million de DH

| Exercice | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|
| Résultat technique | 376 | 224 | 176 | 552 | 459 | 364 | 60 | - 225 | - 302 |
| Résultat net | 576 | 447 | 402 | 807 | 729 | 725 | 439 | 119 | -22,5 |

Source : CNOPS

Cette situation est expliquée, entre autres, par les facteurs suivants :

➤ **Une quasi-stagnation des recettes**

Les recettes de l'AMO/PUBLIC se caractérisent par un faible taux d'évolution. Cette situation résulte, de la faiblesse de l'évolution des cotisations qui ne dépasse pas 3% annuellement, en passant de 3,46MMDH en 2009 à 4,9MMDH en 2017.

➤ **Une dégradation du ratio démographique**

L'effectif des assurés pensionnés (436.822) représente 36% de l'ensemble des assurés (1.229.931 assurés) en 2017. Cet effectif, enregistre une augmentation de 91% entre 2009 et 2017. L'évolution de cette catégorie d'assurés confirme le vieillissement de la population des immatriculés et se traduit par la dégradation du ratio démographique, qui est passé de 3,26 actifs par pensionné en 2009 à 1,81 en 2017, sachant que le taux de sinistralité et la prévalence des maladies longues et coûteuses sont plus élevées chez cette catégorie de population par rapport aux assurés actifs. Aussi, le taux de cotisation pour les assurés pensionnés n'est que 2,5% contre 5% pour les assurés actifs avec un plafond de 400DH par mois.

➤ **Une prévalence des affections de longue durée, lourdes ou coûteuses**

Durant la période sous-revue, les assurés porteurs d'au moins une maladie de longue durée ou lourde et coûteuse ont connu une évolution significative, en passant de 94.025 en 2010 à 169.243 assurés sinistrés en 2017. Les dépenses y afférentes sont passées de 1,6MMDH à 2,05MMDH, soit une augmentation, respective, de 80% et de 26%. Il est à noter que cette population ne représente que 5,6% des bénéficiaires de l'AMO/PUBLIC alors qu'elle consomme 49% des dépenses des prestations.

➤ **Une évolution du taux de sinistralité**

L'appréciation de l'activité de l'AMO/PUBLIC a révélé que l'effectif des assurés sinistrés ayant déposé au moins un dossier, est passé de 1.081.705 en 2009 à 1.349.003 en 2017, soit un taux de sinistralité de 45%. Ce taux de sinistralité traduit le recours des assurés à l'assurance maladie obligatoire pour couvrir les frais de soins qu'ils ont engagés. Ainsi, le nombre de dossiers déposés par les assurés sinistrés est passé de 4.018.282 en 2009 à 4.598.163 dossiers en 2017, soit un taux moyen de fréquence de 3,5 dossiers par bénéficiaire sinistré.

➤ **Une croissance continue des dépenses**

Les dépenses de l'AMO/PUBLIC ont connu une forte évolution en passant de 3.077 MMDH en 2009 à 4.499MMDH en 2017, réparties en dépenses de gestion et en dépenses de prestations.

Les dépenses des prestations sont passées de 2,91MMDH en 2009 à 4,18MMDH en 2017, soit une augmentation de 43%. La répartition des dépenses des prestations, au 31/12/2017, par classes d'actes fait ressortir que cinq classes d'actes consomment 2,6MMDH, soit 62% du total des dépenses des prestations. Ces cinq classes d'actes ont réalisé, durant la période 2009-2017, des évolutions significatives. Il s'agit des médicaments avec un montant de 1,4MMDH, de la biologie médicale avec un montant de 384MDH, des soins bucco-dentaires avec 348MDH, des consultations et visites avec 261MDH et de l'optique médicale avec 212MDH.

Pour les dépenses de gestion, elles sont passées de 167MDH en 2009 à 319MDH en 2017, soit une augmentation de 90%. Elles sont réparties comme suit :

- les frais de gestion propres à la CNOPS qui sont passées de 123MDH en 2009 à 226MDH en 2017 ;
- les frais de gestion versés aux mutuelles, pour la gestion des dossiers des soins ambulatoires, qui sont passées de 22,8MDH à 60,5MDH au cours de la même période ;
- les contributions aux frais de gestion de l'ANAM qui sont passées de 20,7MDH en 2009 à 31,7MDH en 2017.

➤ Une faible attractivité des établissements publics de soins

La ventilation des dépenses des prestations, par secteur de soins, en mode tiers payant, durant la période 2009-2017, montre que le secteur public ne bénéficie que de 12%, en moyenne, des financements procurés par l'AMO/PUBLIC alors que la part du secteur privé représente, en moyenne, 67% suivi du secteur mutualiste avec 19%.

Il convient de noter que la part des dépenses au bénéfice du secteur privé est passée de 53% en 2009 à 84% en 2017. Quant à la part des dépenses revenant aux établissements de soins publics, elle a enregistré une quasi-stagnation durant la même période, en se situant à 12%.

Cette situation traduit la faible attractivité du secteur public, bien qu'il dispose d'une grande capacité litière et bénéficie d'avantages en termes d'exonération du ticket modérateur et d'allègement de la procédure d'accord de prise en charge.

D. Pérennité du régime

Face à une situation financière déficitaire depuis 2017, des interrogations sur la pérennité du régime à moyen et long termes sont posées.

En l'absence d'études actuarielles établies avec une fréquence régulière par la CNOPS, sachant que la dernière étude date de 2010, des projections ont été élaborées en concertation avec la CNOPS. Ces projections visent la simulation de l'évolution de la situation financière du régime sur la période 2018-2022. Ainsi que l'impact des variations de certains paramètres sur cette situation.

La logique adoptée par les projections susmentionnées est d'agir sur les mécanismes d'amélioration des ressources ou sur ceux de maîtrise des dépenses pour rétablir l'équilibre financier du régime et garantir sa pérennité.

L'analyse des résultats des projections actuarielles, a montré, qu'en l'absence de réformes, le déficit technique va s'accroître davantage dans les années à venir. Il peut dépasser un milliard de dirhams comme résultat net déficitaire en 2022.

Par ailleurs, l'étude des différents scénarios relatifs à la modification des principaux paramètres a montré qu'agir uniquement sur les cotisations ou uniquement sur les dépenses des prestations ne permettrait pas nécessairement de rétablir l'équilibre financier et d'assurer la pérennité de ce régime, et que l'augmentation de la part des hôpitaux publics dans les dépenses de l'AMO aurait un impact significatif sur l'amélioration de la situation financière de ce régime.

Par conséquent, la pérennité du régime AMO/PUBLIC sur le long terme dépendra de la mise en œuvre de réformes profondes du régime qui, tout en tenant compte du maintien d'un niveau de couverture acceptable, prendront en considération, notamment, la mobilisation des ressources nécessaires, la maîtrise des dépenses, l'amélioration de l'attractivité de l'hôpital public.

La Cour des comptes recommande au chef du gouvernement de :

- *en tant que président de la commission de pilotage de la réforme de la couverture médicale de base, d'engager une réforme multiparamétrique du régime de l'assurance maladie obligatoire de base des employés et des titulaires de pensions du secteur public, pour rétablir son équilibre financier et garantir sa pérennité sur le long terme. Cette réforme doit tenir compte, notamment, de la mobilisation des ressources nécessaires, de l'amélioration de la couverture des prestations garanties, de la maîtrise des dépenses, et de l'amélioration de l'attractivité de l'hôpital public ;*
- *veiller à l'adoption des textes réglementaires prévus par la loi n°65.00 portant code de la couverture médicale de base, notamment, ceux relatifs à la définition des règles de facturation, des conditions dans lesquelles l'assuré ne perd pas le droit au remboursement, de la liste des pièces justifiant les dépenses engagées par les assurés ;*
- *œuvrer pour l'adhésion de l'ensemble des établissements publics au régime de l'assurance maladie obligatoire de base, prévus à l'article 114 de la loi n°65.00 .*

La Cour des comptes recommande aussi au ministère de la Santé de :

- *améliorer l'attractivité de l'hôpital public, notamment, par le développement de l'offre des soins, la réduction des délais de prise en charge, la dotation des établissements de soins en moyens nécessaires, et profiter des financements procurés par le régime de l'assurance maladie obligatoire de base ;*
- *veiller au renouvellement des conventions nationales et à la révision de la tarification nationale de référence ;*
- *veiller à la mise à jour périodique des référentiels et des outils relatifs à l'encadrement technique de l'assurance maladie obligatoire de base, notamment, la nomenclature générale des actes professionnels, les protocoles thérapeutiques et le référentiel des professionnels de santé ;*
- *opérationnaliser le contrôle technique, sur pièces et sur place, de l'assurance maladie obligatoire de base tel qu'il est prévu par les dispositions de la loi n°65.00 et de son décret d'application n°02-05-733 .*

La Cour recommande aussi à l'Autorité de contrôle des assurances et de la prévoyance sociale d'assurer le contrôle technique de l'assurance maladie obligatoire de base tel qu'il est prévu par les dispositions des articles 54 et 55 de la loi n° 65-00 telle qu'elle a été modifiée et complétée, aussi bien au niveau de la CNOPS que les sociétés mutuelles impliquées dans la gestion de ce régime.

Et à la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale/caisse marocaine de l'assurance maladie, de se conformer aux dispositions de l'article 44 de la loi n° 65.00 en matière de conventionnement avec les mutuelles, lorsqu'il s'agit des prestations liées au régime de l'assurance maladie obligatoire de base.

II. Réponse du Directeur de la caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNNOPS)

(Texte réduit)

(...)

Quelques précisions par rapport aux chiffres relatifs à l'exercice 2017

Il a été précisé par la CNOPS dans sa réponse au rapport initial d'observations relatif au contrôle de la gestion de l'Assurance Maladie Obligatoire que les chiffres présentés concernant les prestations de soins se rapportent à chaque exercice de soins et sont arrêtés au 31/12/2017, c'est-à-dire qu'ils ne tiennent pas compte des montants des provisions pour prestations restant à payer à cette date. Ainsi, les chiffres au titre de 2017, en l'occurrence ceux relatifs à l'effectif sinistré et au taux de sinistralité qui en découle, aux montants et au nombre de dossiers de soins en ambulatoire, en tiers payant et aux maladies chroniques, ne reflètent pas la situation réelle gérée par la CNOPS, étant donné que le montant provisionné relatif à cet exercice s'élève à 665 M.DH (402 M.DH en ambulatoire et 263 M.DH en tiers payant) et le nombre de dossiers provisionnés est de 505 144 dont 424 488 pour les soins ambulatoires et 80 665 pour ceux en tiers payant.

(...)

A. Gouvernance du régime AMO

1. Le cadre juridique de l'AMO

➤ Incomplétude du cadre réglementaire

Effectivement, jusqu'alors, certains textes d'application de la loi n°65.00 ne sont pas encore promulgués entraînant beaucoup de problèmes et de contraintes pour la CNOPS dans le cadre de sa gestion de l'AMO alors que d'autres sont devenus désuets et anachroniques.

La révision de la loi 65-00 et ses textes d'application en vue de leur adaptation aux exigences de gestion des organismes gestionnaires ainsi que la complétude de tout le cadre juridique et réglementaire de l'AMO sont des chantiers d'envergure qui devraient être lancés incessamment en vue d'assurer une meilleure gouvernance de ce régime et de toute la couverture médicale de base.

Parmi les textes qui font défaut actuellement, et qui posent énormément de problèmes pour la CNOPS en matière de gestion des prestations, l'on cite notamment, en plus de ceux cités, ceux prévus dans les articles 13, 17 et 74 de la loi 65-00. Il s'agit de ceux relatifs respectivement à la liste des examens justifiant le transfert à l'étranger, à la forclusion et aux règles de coordination entre les différents organismes gestionnaires de l'AMO de base en cas de mobilité des salariés entre les deux secteurs public et privé.

L'on rappelle à ce titre que la CNOPS et la CNSS avaient répondu au projet d'amendement du décret n° 2-05-733 (Cf. lettre conjointe CNOPS-CNSS envoyée au Ministère de l'emploi et des affaires sociales n° 705/E du 19/05/2016).

➤ Retard en matière d'application de l'AMO pour tous les salariés du secteur public

L'intégration de la population visée à l'article 114 de la loi 65-00, telle que recommandée par la Cour des comptes, aura immédiatement un impact négatif sur la situation financière du régime AMO/public déjà déséquilibrée depuis 2016.

(...)

A titre d'illustration, à partir de janvier 2016, la CNOPS a accueilli le personnel et les pensionnés de l'ONCF, soit 45.055 bénéficiaires avec un ratio démographique de 0,66 actif pour un pensionné. Après deux années de l'adhésion de cette population à l'AMO, le solde entre leurs cotisations et leurs dépenses dégage un déficit annuel de 40 MDH ».

2. L'administration et la gestion de l'AMO

➤ Dysfonctionnement en matière de la tenue et de l'exercice des fonctions du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration de la CNOPS a été tenu régulièrement depuis le démarrage de son régime AMO. Néanmoins, compte tenu du retard important pris pour la désignation de certains de ses administrateurs dont le mandat est arrivé à terme en 2016, ce conseil n'a tenu sa session n°19 relative aux exercices 2016 et 2017 qu'en date du 20 février 2019.

Lors de cette session, sur la base du fait que les états de synthèse ont été soumis à l'audit comptable et financier et que les comptes du régime au titre de ces deux exercices ont été certifiés sans réserve par des auditeurs externes, ce même Conseil a arrêté ces états de synthèse et ces comptes et a approuvé le rapport financier et le rapport d'activités de ces exercices.

De même, ce Conseil a pris connaissance et a arrêté les budgets des exercices 2017 et 2018 dûment autorisés par Monsieur le Chef de Gouvernement.

➤ Absence d'un budget spécifique pour la CNOPS

Le budget de la CNOPS est celui de l'AMO qu'elle gère conformément à l'article 90 de la loi 65-00. Cette loi n'a pas prévu deux budgets séparés dont l'un propre à la CNOPS et l'autre dédié à l'AMO.

Dans le même esprit, l'article 13 du décret- loi n° 2-18-781 du 10 octobre 2018, portant création de la CMAM, prévoit un budget pour cette Caisse réparti comme suit :

- Le budget d'investissement et de fonctionnement global (consolidé pour tous les régimes gérés par cette Caisse).
- Le budget des prestations garanties par chaque régime AMO.

➤ Existence des Mutuelles en situation d'incompatibilité

En vertu de l'article 83 de la loi 65-00, la CNOPS a conclu la convention de délégation de gestion avec les Mutuelles la composant, en date du 20 novembre 2006, qui a été renouvelée le 26 juillet 2010 sans qu'y ait une situation d'incompatibilité.

En effet, l'article 44 de la loi 65-00, a donné aux organismes gestionnaires de l'AMO, un délai de trois ans pour s'y conformer. Ce délai a été prorogé, en vertu de la loi n°19-11, jusqu'au 31 décembre 2012.

Sur un autre point, le tableau présenté, au niveau de ce volet, donne le montant des prestations, le nombre de dossiers liquidés (payés et restant à payer) et l'effectif sinistré relatifs au secteur mutualiste au titre de l'exercice de soins 2017 arrêté au 31/12/2017. Ces chiffres ne tiennent pas compte des provisions pour prestations restant à payer à cette date.

➤ Absence du contrôle technique

Le rapport a constaté que le contrôle technique prévu selon les stipulations de la loi 65-00 (articles 54 et 55) et du décret 2.05.733 (article 40) n'a pas été accompli par les parties en charge à savoir le Ministère de la Santé et l'Autorité de Contrôle de l'Assurance et de la Prévoyance. A ce titre, l'on estime que des prérequis importants doivent être instaurés préalablement à l'exercice de ce contrôle.

Tout d'abord, il s'agit principalement de mettre en place des protocoles thérapeutiques (...). A signaler que les 9 protocoles sont dépassés car non mis à jour, et des référentiels de santé opposables à tous les acteurs (organismes gestionnaires, assurés, professionnels de santé, contrôleurs techniques, etc).

Ensuite, l'étendue et les modalités de l'exercice de ce contrôle technique ainsi que ses acteurs devraient être définis par un texte réglementaire.

Recommandations :

Les recommandations préconisées par rapport à cette partie devraient tenir compte des éléments suivants :

Par rapport au cadre juridique, il y a lieu de procéder non seulement à la complétude de tout le cadre juridique et réglementaire de l'AMO mais aussi de réviser les dispositions de loi 65-00 et ses textes d'application déjà publiés qui sont dépassés et anachroniques actuellement en vue de leur adaptation aux exigences de gestion des organismes gestionnaires.

Concernant l'intégration de la population 114 : des prérequis devraient être envisagés. D'une part, sur le plan financier en passant par la réalisation d'une étude actuarielle préalablement à l'intégration de cette population et ce, pour déterminer le taux d'équilibre et mesurer l'horizon de viabilité financière du régime tenant compte aussi des autres impacts financiers prévisibles sur celui-ci. D'autre part, sur le plan logistique, il est indispensable de mettre à la disposition de la Caisse tous les moyens humains et matériels nécessaires pour accueillir cette nouvelle population et d'étaler cette intégration dans le temps.

En relation avec le contrôle technique à exercer par le Ministère de la Santé et/ou l'ACAPS, il est prioritaire de mettre en place ses outils précités et de définir l'étendue, les modalités de l'exercice de ce contrôle et ses acteurs par un texte réglementaire.

S'agissant de la convention avec les Mutuelles : il convient de tenir compte du fait que l'article 83 de la loi 65-00 qui exige la mise en conformité avec l'article 44 de cette loi lors de la conclusion de la convention avec les Mutuelles sera abrogé après la période transitoire de 5 ans prévue par les articles 21 et 24 du décret-loi n°2.18.781 portant création de la CMAM.

B. Couverture des frais des soins

1. Le contrôle technique

(Cf. point précédent/absence du contrôle technique, voir prérequis nécessaires)

2. Le panier de soins

Bien que le rapport fasse état de l'extension continue du panier de soins à de nouvelles prestations, il stipule que ce panier n'est pas étendu aux nouvelles thérapies coûteuses prises en charge par avis nominatifs de l'ANAM et que la nomenclature des actes médicaux n'est pas actualisée pour couvrir les nouveaux actes au fur et à mesure de leur apparition sur le marché.

(...)

A cet effet, il y a lieu plutôt de procéder à la réévaluation du panier de soins dans le but de la maîtrise de son évolution et sa limitation aux soins médicalement requis, efficaces et de qualité.

Par rapport à un autre point, dans ce volet, il a été stipulé que la CNOPS a procédé au remboursement de trois dispositifs médicaux en se basant uniquement sur la décision médicale. En réponse, il est à préciser que pour deux de ces trois dispositifs, la décision prise concerne des accessoires, qui ont été omis de l'arrêté 2315-08 fixant les tarifs des dispositifs médicaux, correspondants à des dispositifs qui sont déjà admis au remboursement. Ainsi, il a été décidé de forfaitiser ces articles en vue d'épargner à l'assuré le changement de tout le dispositif et à la CNOPS de supporter toute la charge financière y afférente et de maîtriser par la même les dépenses de ce poste compte tenu de la cherté desdits dispositifs :

- Dispositif de base : « implant cochléaire » 144 000 DH ;
- Dispositif forfaitisé par la CNOPS : « processeur externe de l'implant cochléaire » : 53000 DH ;

- Dispositif de base : « Stimulateur pour stimulation cérébrale profonde » : 180 000DH
- Dispositif forfaitisé par la CNOPS : « boîtier de stimulateur pour stimulateur cérébral profonde » : 150 000DH.

Concernant le 3^{ème} dispositif médical, il s'agissait d'une demande de prise en charge d'un assuré présentant un anévrisme de l'aorte abdominale nécessitant une technique par voie endovasculaire réservée à des indications à haut risque endochirurgical. Ainsi, vu le pronostic engagé, l'urgence et la cherté du dispositif médical nécessaire dans cette situation : « endoprothèse aortique abdominale » non inscrit dans la liste des dispositifs médicaux admis au remboursement, la CNOPS a décidé de le prendre en charge. **A noter que cette décision a été confortée par un avis favorable de remboursement émis par l'ANAM au profit du même assuré.**

3. Le niveau de couverture des frais de soins

➤ Augmentation du reste à charge pour les assurés :

Il est noté que le reste à charge est important en raison de la non révision des conventions nationales avec les prestataires de soins. Toutefois, il y a lieu de faire remarquer que ce reste à charge qui a, en fait, diminué de 48% en 2006 à un peu moins de 32% en 2017, sans tenir compte de la couverture complémentaire qui fait baisser encore plus ce taux à 26%, trouve son explication plus particulièrement dans le non-respect des tarifs par bon nombre des prestataires du secteur privé (surfacturation), et ce, sans parler du paiement au noir qui ne figure pas sur les factures envoyées à la CNOPS et, dans une certaine mesure, dans la non prescription du générique lorsqu'il existe et le faible recours des assurés au secteur public surtout pour leurs soins ambulatoires.

(...)

Ceci dit, la révision de la tarification nationale de référence (TNR) n'est pas, à elle seule, un gage de la baisse du reste à charge. En témoigne, l'expérience déjà vécue par la CNOPS, aussi bien 2006, au lendemain de la signature des nouvelles conventions avec le secteur privé, qu'en 2008, après les augmentations des tarifs intervenues alors (césarienne, cataracte, amygdalectomie, oncologie, greffe de la moelle osseuse, etc). En l'absence de sanctions conformément à la réglementation en vigueur, les prestataires de soins ont continué les mêmes pratiques susdites qui prévalaient avant ce qui n'a pas eu d'impact positif en termes de diminution de la part restant à la charge des assurés.

➤ Limitation de la couverture médicale complémentaire :

Les assurés et les ayants droit de la CNOPS bénéficient d'une 1^{ère} couverture complémentaire qui leur est assurée par leurs Mutuelles et bon nombre d'entre eux dont ceux relevant de l'Education nationale, de la Santé, de l'Intérieur, des Finances, etc bénéficient d'une 2^{ème} complémentaire (compagnies d'assurance privées) pour laquelle on n'a pas de chiffres. Néanmoins, ces couvertures complémentaires foisonnées et sans régulation ni encadrement, sont à l'origine de l'inflation même des dépenses de certains actes en ambulatoire. D'où l'importance de la conception d'une nouvelle articulation entre la couverture obligatoire et celle complémentaire par les instances concernées (Ministère de l'Economie et des Finances, Ministère du Travail et ACAPS) pour renforcer la couverture des soins de santé des assurés.

(...)

Recommandations :

- *Veiller au renouvellement des conventions nationales*

Il y a lieu de noter à ce titre, sans revenir sur les contraintes financières actuelles de la CNOPS et les charges financières qui vont en découler inéluctablement, que la position de cette dernière par rapport à ce point l'a bien explicitée dans ses différents écrits à l'ANAM et aux Ministères concernés. Elle se résume en la nécessité d'élaborer, d'abord, un cadrage budgétaire des prétentions tarifaires des prestataires de soins et de mobiliser, par la suite, les ressources

financières nécessaires à cet effet. Aussi, il est primordial de développer et de privilégier des logiques rationnelles en matière d'achat des prestations basées sur des études de benchmark à l'échelle nationale et internationale et sur la détermination de leurs coûts de revient réels pour revaloriser spécifiquement les actes sous tarifés et de l'autre côté réduire ceux surtarifés (médicaments et dispositifs médicaux, biologie, dentaire, explorations et radiologie, etc).

Par ailleurs, en l'absence de garanties nécessaires, sur lesquelles la CNOPS a beaucoup insisté dans ses écrits susdits, pour la protection des assurés à l'encontre des pratiques délétères des prestataires de soins (surfacturation, paiement au noir, refus de prises en charge, demande de chèque de garantie, etc.), la révision de la TNR ne constituera nullement un garant pour l'allègement du reste à charge des assurés.

(...)

- *Mettre à jour des outils de régulation de l'AMO*

Certainement, il est nécessaire de mettre en place et d'actualiser ces outils surtout les référentiels de santé (...) et les protocoles thérapeutiques relatifs à toutes les maladies chroniques (.). Par contre, si la nomenclature des actes nécessite une actualisation pour intégrer les actes non assimilés, qui risquent de freiner l'accès de certains assurés aux soins devant les difficultés qu'ils engendrent pour leur accorder les prises en charge dans les délais réglementaires, il n'en reste pas moins que cette actualisation ne devrait signifier en aucun cas l'intégration continue des thérapies innovantes et coûteuses n'ayant même pas fait l'objet d'études scientifiques attestant leur valeur thérapeutique additionnelle.

(...)

C. L'équilibre du régime AMO

La situation déséquilibrée du régime qui a commencé par un déficit technique depuis 2016 de -225 MDH pour arriver à un déficit technique et global en 2017, respectivement, de -302 MDH et -22.5 MDH, s'explique par l'évolution disproportionnée des prestations notamment en raison de l'extension du panier de soins, avec un taux annuel moyen de 8,8%, par rapport à celle des cotisations, avec un taux annuel moyen de 4,5%, sur la période 2006-2017. Cette évolution est la conséquence d'autres facteurs, en plus de ceux cités sur le présent projet de recommandations, dont plus particulièrement :

➤ **En ce qui concerne la faiblesse des cotisations**

- **Le gel des taux de cotisations:** aucune révision des taux de cotisation de la CNOPS n'est intervenue depuis plus de treize ans de la mise en œuvre de son régime AMO (5% pour les actifs et 2.5% pour les titulaires de pension), alors que les taux de cotisation de la CNSS ont été révisés à deux reprises pour atteindre ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2016, 6.37% pour les actifs et 4.52% pour les titulaires de pension (les même taux ont été adoptés pour le régime AMI/décret n°2.18.623 publié au B.O n° 6745).

- **Le plafonnement des cotisations :** Selon les résultats de l'étude actuarielle réalisée dans le cadre de la présente mission de la Cour des Comptes, la perte annuelle pour la CNOPS due au maintien du plafond de 400 DH par part des cotisations est estimée à plus de 500 MDH sachant qu'en contrepartie les cotisations la CNSS ne sont soumises à aucun plafond.
- **Le départ volontaire à la retraite en 2005 :** Une opération qui a bénéficié à 38 173 actifs du secteur public et qui a contribué non seulement à la baisse du ratio démographique mais aussi à une perte considérable sur les cotisations de la CNOPS estimée à un peu plus de 1.7 Mds. DH (étude actuarielle de la CNOPS réalisée en 2010).

Un autre point non moins important en relation avec les ressources du régime est celui relatif aux produits financiers de ses placements qui ne sont pas optimisés (...)

➤ Pour ce qui est de l'inflation des prestations

- **La cherté des prix de certaines prestations.** Les tarifs de remboursement de certains actes sont chers ce qui pèsent lourdement sur les dépenses de l'AMO. Il s'agit des tarifs de médicaments, des analyses biologiques et des dispositifs médicaux.
- **Le passage au remboursement sur la base des TNR.** Le recours de la CNOPS au TNR au lieu des tarifs de responsabilité, pour le remboursement de certaines prestations a entraîné une augmentation des dépenses afférentes auxdites prestations.
- **L'extension continue du panier de soins par l'ANAM.** Cette extension concerne les médicaments en l'occurrence ceux coûteux, les dispositifs médicaux, la liste des ALD/ALC et la liste des actes médicaux sachant que cette extension relève des prérogatives régaliennes du Ministère de la Santé et non pas de l'ANAM.

Ces facteurs ont été à l'origine de l'augmentation du coût moyen par dossier qui est passé de 480 DH en 2006 à 956 DH en 2017 (en exercice plein), soit une évolution d'environ 100%.

De surcroît, la progression continue des dépenses de soins est la conséquence des éléments précités en plus de de la prévalence accrue des maladies chroniques et de l'augmentation du taux de sinistralité, issues plus particulièrement de la tendance au vieillissement de la population assurée.

Néanmoins, la progression des dépenses globales (prestations plus frais de gestion) du régime n'est nullement due à l'expansion des frais de gestion de la CNOPS puisque celle-ci ne dépasse pas en moyenne 6% des cotisations (contre un taux réglementaire de 9.4%), et son évolution bien maîtrisée est expliquée par l'augmentation de la population assurée et de sa sinistralité (évolution du nombre des bénéficiaires du secteur public, gestion du régime AMO des étudiants et intégration du personnel de l'ONCF depuis 2016) et des charges de fonctionnement et d'investissement nécessaires qui en découlent issues entre autres :

- du renforcement des ressources humaines de la CNOPS et leur valorisation (hausse de l'effectif du personnel de 19% entre 2009 et 2017 avec un gain en taux d'encadrement de 18 points, adoption d'un nouveau statut du personnel en 2011 et d'une nouvelle organisation administrative en 2015, etc).
- de la poursuite de la politique de régionalisation et de proximité vis-à-vis des assurés et des prestataires de soins (passage de 8 délégations régionales en 2009 à 19 en 2017).
- de la modernisation des outils de gestion : numérisation des dossiers d'immatriculation, mise en place de la télé-déclaration au profit des employeurs et développement d'autres services de proximité (CNOPS sur mobile, bouquet de services en lignes, centre d'appel, etc).
- de l'amélioration des conditions d'accueil, la modernisation du cadre du travail et la sécurisation des locaux : aménagement des locaux avenue Alger et rue Tindouf, contrôle d'accès, files d'attente, vidéosurveillance, visioconférence siège/délégations etc.
- de l'évolution du système d'information métier et le développement de la sécurité informatique (conformité aux règles de la directive nationale de sécurité des systèmes d'information, alignement progressive aux dispositions de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel).

Reste à signaler à ce niveau que :

- Les principaux postes de dépenses de soins en plus de ceux énumérés, de par leurs poids dans les dépenses de soins sont aussi les hospitalisations chirurgicales (avec celles de cardiologie) et médicales y compris l'accouchement qui constituent 17% et la dialyse avec 9% des dépenses de soins en 2017.

- Les chiffres relatifs à 2017, arrêtés au 31/12/2017, par classes d'actes sont incomplets et les montants des prestations présentés pour les médicaments, la biologie, le dentaire, l'optique et les consultations et visites sont nettement inférieurs aux montants réels y afférents tenant compte des provisions pour prestations restant à payer, au titre de l'exercice de soins 2017, pour un montant de 665 M.DH.

➤ La faible attractivité des hôpitaux publics

Effectivement, l'inflation des dépenses de soins trouve sa justification aussi dans la faible part du secteur public dans les dépenses de soins de l'AMO, étant donné que le coût moyen par dossier au niveau du secteur privé est de plus de 5 fois supérieur à celui du secteur public. Ceci est dû principalement à l'écart important de tarifs entre les deux secteurs conjugués au faible recours des assurés au secteur public plus particulièrement pour leurs soins ambulatoires puisqu'en mode tiers payant la fréquence du recours à chaque secteur de soins ne s'avère pas très différente selon les statistiques qui ont été communiquées à la Cour des Comptes.

Il convient de préciser par rapport à ce point que :

- Les poids dans les dépenses de soins présentés par secteur de soins concernent uniquement le mode tiers payant alors que dans le total des dépenses (ambulatoire et tiers payant), le poids du secteur public ne dépasse pas 6%.
- La baisse de la part du secteur mutualiste de 33% à 4% entre 2009 et 2017 est due principalement à la fermeture de la pharmacie de la CNOPS conformément à l'article 44 de la loi 65-00.

D. La pérennité du régime AMO

Il est à signaler que la CNOPS ne dispose pas d'études actuarielles permettant d'avoir une visibilité sur la situation financière projetée du régime. Or, il y a lieu de faire savoir que les organismes gestionnaires avec l'ANAM ont convenu de réaliser, conjointement, une étude actuarielle du régime AMO.

Dans ce cadre, cette dernière a réalisé en 2015 une étude actuarielle pour les deux organismes gestionnaires de l'AMO (CNSS et CNOPS) à laquelle la CNOPS, en ce qui la concerne, a participé très activement que ce soit en termes de masse de données mises à la disposition de l'ANAM qu'en termes d'affectation de ses équipes spécialisées dans le domaine pour la réalisation et le suivi de cette étude.

Cette étude montre clairement et confirme les résultats réels réalisés par le régime de la CNOPS à savoir son enregistrement des déficits dès 2016-2017 bien que cette étude ait sous-estimé les prestations et surestimé les cotisations (Cf. remarques de la CNOPS qui ont été envoyées à l'ANAM par rapport au livrable provisoire de cette étude sachant que le livrable définitif n'a jamais été communiqué à la CNOPS).

Il est à signaler que les résultats de cette étude ont été également présentés au Comité Technique Interministériel de la couverture médicale de base, en date du 27/07/2016, sans qu'ils soient validés par la CNOPS.

(...)

De surcroît, compte tenu de la situation financière de la CNOPS et dans les conditions actuelles de financement de son régime conjuguées à la faiblesse des mesures sur la voie de la maîtrise médicalisée de ses dépenses de soins, il est certain que les impacts financiers additionnels résultant de la mise en place des recommandations concernant, plus particulièrement, l'intégration de la population 114, la révision de la TNR et l'extension du panier de soins, selon les échéanciers prévus, c'est-à-dire, à court terme sinon immédiatement, vont inéluctablement aggraver la situation financière du régime et l'enliser dans des déficits structurels irréversibles.

(...)

Sous le bénéfice de ce qui précède, l'on propose que toute charge additionnelle qui va découler des éléments précités et éventuellement de bien d'autres non évoqués (entre autres l'intégration des parents) devrait être assortie de ressources financières additionnelles pour assurer l'équilibre dudit régime au travers la révision inévitable de ses cotisations (détermination du taux de cotisation d'équilibre qui tient compte de l'ensemble des paramètres impactant la pérennité du régime).

En dernier lieu, il est temps de réfléchir sur la diversification des sources de financement du régime et de développer des stratégies basées sur des financements innovants, à l'instar d'autres pays (contribution des laboratoires pharmaceutiques, Instauration des taxes sur les produits à risque, d'un prélèvement sur les télécoms, etc.).

III. Réponse du Ministre du travail et de l'insertion professionnelle

(Texte réduit)

(...) J'ai l'honneur de vous communiquer des éclaircissements sur les remarques soulevées (...):

En ce qui concerne la généralisation de l'Assurance Maladie Obligatoire du secteur public à la catégorie de salariés prévue par l'article 114 de la loi n°65.00 portant code de la couverture médicale de base, il y a lieu de préciser qu'en date du 11 septembre 2014, une Loi n°120.13 a été promulguée modifiant et complétant la loi 65-00 précitée, permettant aux sociétés mutualistes du secteur public, ne composant pas la CNOPS, de gérer l'AMO par le biais d'une convention de gestion à conclure avec la CNOPS ;

Dans ce cadre, une convention a été signée entre la CNOPS et la Mutuelle de Prévoyance Sociale des Cheminots (MPSC), entrée en vigueur le 1er janvier 2016, et en vertu de laquelle la MPSC gère l'AMO au profit de ses adhérents, ce qui a permis l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'AMO dans le secteur public de 2.935.123 enregistré en 2015 à 3.024.179 en 2016 pour atteindre 3.093.421 en 2018.

A signaler par ailleurs que les représentants des employés et pensionnés de certains établissements publics ont exprimé leur refus d'adhérer à la CNOPS et préfèrent la préservation de leur régime de couverture médicale auquel ils sont assujettis.

A rappeler que la Commission Interministérielle de Pilotage de la réforme de la Couverture Médicale de Base (CMB) créée par la circulaire du Chef du Gouvernement en 2013, a abordé, lors de ses travaux sur la généralisation de l'AMO, la problématique de l'article 114 de la loi 65.00 et la nécessité d'activer le basculement progressif des populations bénéficiant des dispositions de cet article vers le régime AMO. Elle recommandait de porter une attention particulière aux assurés actuels des caisses internes des établissements publics afin d'uniformiser la couverture médicale de base à l'ensemble des salariés et mettre fin au particularisme et soulager les établissements publics d'une activité d'assureur qui ne rentre pas dans leurs missions. De même, le comité thématique relevant de la Commission Interministérielle chargée de la réforme de la CMB, instituée par la circulaire du Chef de Gouvernement du 30 mars 2018, a intégré ce point dans son ordre du jour et qui est en cours d'étude.

S'agissant de la non tenue du Conseil d'Administration de la CNOPS, le Ministère du Travail et de l'Insertion Professionnelle a procédé, au terme de la fin du mandat des représentants du CA de la CNOPS, en novembre 2016, à la saisie de tous les départements ministériels et syndicats représentés au CA pour présenter leurs propositions relatives au renouvellement de leurs représentants au conseil. Cependant, les membres proposées ne remplissaient pas les conditions prévues par les dispositions du décret n°2.03.681 du 07 juin 2004, relatif à l'application de l'article 84 de la loi 65.00 portant code de la couverture médicale de base, en ce qui concerne la composition du conseil d'administration de la CNOPS, tel qu'il a été modifié et complété et qui fixe la durée du mandat des membres du conseil d'administration,

représentants de l'administration et des centrales syndicales, à trois (03) ans renouvelable une seule fois. De ce fait, la procédure de renouvellement n'a pas abouti, ce qui a retardé la désignation des membres du Conseil par arrêté du Chef de Gouvernement.

Pour résoudre cette problématique, il a été procédé à la modification du décret n°2.03.681 susvisé en date du 31 décembre 2018, stipulant la fixation de la durée du mandat des membres du conseil d'administration. Ainsi, la désignation des membres du Conseil d'Administration de la Caisse a été faite par l'arrêté n°3.01.19 du 21 janvier 2019 du Chef de Gouvernement.

A propos de la remarque relative à la gestion de l'AMO par des mutuelles disposant des œuvres sanitaires, ce qui est incompatible avec l'article 44 de la loi n°65.00 sus-visée, il y a lieu de préciser qu'en application des dispositions de l'article 44 en question les adhérents des mutuelles concernées ont trouvé des solutions à cette problématique par la création de nouvelles mutuelles dédiées à la création et à la gestion des œuvres sanitaires et sociales. Ainsi, les Assemblées Générales des mutuelles ont voté pour la séparation de la gestion de l'AMO à celle des unités médicales et le transfert de ces dernières aux nouvelles mutuelles créées dans le cadre d'une gestion déléguée. A cet effet, trois mutuelles ont été créées et dont leurs statuts ont été approuvés et publiés au B.O, il s'agit notamment de la :

- Mutuelle des Unités Sanitaires des Fonctionnaires et Agents Assimilés du Maroc ;
- Mutuelle des Œuvres Sociales et Sanitaires du Personnel de l'Office d'Exploitation des Ports ;
- Mutuelle des Actions Sanitaires et Sociales des Forces Auxiliaires.

Deux autres nouvelles mutuelles ont été créées ; la première par les adhérents de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale et la deuxième par la Mutuelle de la Sûreté Nationale.

Pour la Mutuelle Générale des Postes et des Télécommunications et la deuxième par la Mutuelle des Douanes et des Impôts Indirects, elles ne possèdent pas d'unités sanitaires.

Concernant la limitation de la Couverture médicale complémentaire à l'AMO offerte par les mutuelles, il est à signaler que les mutuelles composant la CNOPS ont pris des mesures en vue d'améliorer la qualité des services au profit de leurs adhérents, au niveau de l'accueil et du délai de remboursement malgré l'évolution et l'augmentation du nombre d'adhérents et du nombre de dossiers de demande de remboursement. Elles ont, en outre, réalisé des études sur le développement de la couverture qui ont abouti à l'augmentation du taux et du montant de remboursement des frais de certains médicaments, consultations médicales, actes radiologiques et optiques.

Par ailleurs, le Ministère du Travail et de l'Insertion Professionnelle tient à saluer vivement l'effort et le travail consentis pour la réalisation de ce rapport qui représente une base pour toutes études et examens des difficultés et problématiques posées à propos de la gestion de l'AMO du secteur public, considérée comme un grand chantier ouvert et intéressé par les acteurs opérant dans le domaine de la couverture médicale. A signaler également que le comité thématique de la CMB créée par la Commission Interministérielle chargée du Pilotage de la réforme de la protection sociale, instituée en vertu de la circulaire du Chef de Gouvernement du 30 mars 2018, a inscrit dans son ordre du jour plusieurs points et sujets dont certains ont été abordés dans votre rapport et qui sont en cours d'étude afin de résoudre ces problématiques posant contraintes à l'amélioration du régime.

(...)