

# L'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM)

L'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM) a été créée par l'article 57 de la loi n°65-00, relative au régime de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) de base, sous la forme d'un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Elle est à ce titre soumise à la tutelle de l'Etat.

Selon les dispositions des articles 58 et 59 de la loi n°65-00, l'ANAM a pour mission de veiller au bon fonctionnement du système de la couverture de base et d'assurer l'encadrement technique de l'assurance maladie obligatoire de base, ainsi que de veiller à la mise en place des outils de régulation dudit système. En outre, elle est chargée conformément aux dispositions de l'Article 60 de la loi n°65-00 de la gestion des ressources affectées au Régime d'assistance médicale (RAMED), dans les conditions fixées par cette même loi et par ses textes d'application.

Sur le plan de l'organisation, l'ANAM comprend outre la direction générale, la direction du conventionnement et de la normalisation, la direction des études économiques et actuarielles, la direction administrative et financière, ainsi que deux divisions à savoir ; division des affaires juridiques et division des systèmes d'information.

En termes de ressources, l'effectif global du personnel de l'ANAM est de 91 agents. Son budget a enregistré une augmentation de plus de 135% en passant de 34.099.585,56DH en 2006 à 80.125.420,00DH en 2017. Quant à la contribution des organismes gestionnaires de l'AMO dans le budget de l'ANAM, elle est passée de 21.000.000,00DH en 2006 à 69.000.000,00 DH en 2017 enregistrant une évolution de 229%.

## I. Observations et recommandations de la Cour des comptes

Le contrôle de la gestion de l'ANAM a permis de relever les principales observations et formuler des recommandations concernant les axes suivants :

### A. L'ANAM dans l'architecture de la Couverture médicale de base CMB

#### 1. ANAM : établissement avec des attributions ambiguës

La lecture de la loi n° 65-00 et ses décrets d'application rend délicat de situer le rôle effectivement censé être assuré par l'ANAM. Ceci se manifeste au niveau du déphasage entre la loi précitée et ses textes d'application, ce qui rend les pouvoirs de l'ANAM tant qu'organe de régulation ambiguës. Cet état de fait, ne permet pas à l'ANAM de veiller au bon fonctionnement du système de la CMB, tel qu'il est stipulé par l'article 58 de la loi n° 65-00 sus-citée.

En effet, selon les dispositions de l'article 58 de ladite loi, l'ANAM est l'organe qui veille au bon fonctionnement du système de la CMB, tandis que l'article 59 ne confie à l'ANAM que la mission de « proposer à l'administration les mesures nécessaires à la régulation du système d'assurance maladie obligatoire de base ... ».

L'ANAM est censée assurer une mission de surveillance de la mise en œuvre de la loi et des règlements concernant la CMB, avec in fine, un pouvoir de sanction (déconventionnement des prestataires) et un pouvoir de « donner un avis » concernant une décision qui lui semble contraire aux textes. Seulement, certaines dispositions transitoires persistent toujours, il s'agit des deux articles suivants :

- l'article 44 relatif à la séparation entre la mission de prestataire de soins et de gestionnaire de l'AMO qui demeure non appliqué par la CNSS, puisque cette dernière continue toujours à servir des prestations de soins à ces assurés via ces polycliniques. Quant à la CNOPS, elle n'a cessé les activités de la pharmacie mutualiste qu'à partir de

l'année 2016. Elle a en effet bénéficié d'une prorogation après la fin de la période transitoire de trois ans ;

- l'article 114 concernant la généralisation de l'AMO à tous les salariés et fonctionnaires, qui demeure toujours en l'état avec une absence de visibilité sur l'issue de cette disposition.

## **2. L'ANAM, une force de proposition et non de régulation**

Le législateur marocain a fait en sorte de créer l'ANAM pour jouer le rôle d'un organe chargé de la régulation de l'AMO. Toutefois, il s'avère qu'elle ne jouit pas de tous les pouvoirs dévolus à un organisme de régulation pour qu'elle puisse assurer pleinement ses fonctions d'arbitrage, de sanction et de régulation du régime. Ceci est illustré aussi bien au niveau de l'indépendance de l'ANAM qu'au niveau de la discordance entre la loi et ses décrets d'application, ce qui a un impact sur les outils de régulation mis en place.

### **➤ Problèmes inhérents à l'indépendance de l'ANAM**

L'ANAM a été instituée pour assurer la régulation de l'AMO. En la soumettant à la tutelle de l'Etat (art.58), l'objectif était de rehausser le niveau de son rattachement institutionnel en vue de sauvegarder son indépendance et son autorité. Cependant, l'ANAM a agi depuis sa création comme un démembrement ou une direction du ministère de la Santé.

La présidence de son conseil d'administration par le ministre de la Santé sur délégation du Chef du Gouvernement ne fait qu'accentuer cette relation organique. Or, le ministère de la Santé n'est qu'un acteur parmi d'autres agissant dans le cadre de la couverture médicale de base.

Cette mise sous tutelle porte préjudice aux pouvoirs et à la marge de manœuvre de l'ANAM. En effet, le ministère de la Santé assure à la fois la tutelle technique vis-à-vis de l'ANAM et la présidence de son CA et en même temps, il est prestataire de soins à travers ses hôpitaux publics le rendant, par la force de la loi, soumis au pouvoir de régulation de l'ANAM en ce qui concerne l'AMO.

En somme, le pouvoir de l'ANAM se résume à émettre des avis ou des propositions qui doivent être approuvés par le ministère de la Santé avant leur opposabilité aux différents acteurs.

### **➤ Problèmes de déphasage entre la loi n°65-00 et ses décrets d'application**

A la lecture des dispositions juridiques, il s'avère qu'il existe un déphasage voire même une discordance d'une part entre certains articles de la loi et ceux de ses décrets d'application, et d'autre part entre les articles de la loi eux même et entre ceux des décrets eux même.

Ce déphasage se répercute négativement sur les pouvoirs dévolus à l'ANAM, surtout en matière de sanction et de mise hors convention. En effet, et conformément aux dispositions de l'article 23 de la loi n°65-00 « ...Tout prestataire de soins médicaux, adhérent à la convention nationale, est tenu au respect de l'intégralité des clauses de ladite convention, sous peine de l'application de l'article 24 ».

En effet, et conformément à l'article 24 de la même loi, l'ANAM est dotée des pouvoirs de sanction et de mise hors conventions envers des prestataires de soins pour non-respect ou violation des termes de la convention nationale sur demande d'un organisme gestionnaire, selon les conditions et modalités établies par voie réglementaire.

Par ailleurs, la mise hors convention d'un prestataire de soins consiste à empêcher ce dernier de bénéficier des dispositions de la convention nationale. Cependant, l'article 25 de la loi n°65-00 sus –mentionnée, garantit le remboursement ou la prise en charge des frais des prestations de soins quel que soit le statut du prestataire de soins, conventionné ou non, sur la base du tarif national de référence défini par la convention.

Cette disposition a été néanmoins nuancée par l'article 23 du décret n°2-05-733, dans le sens où la non-adhésion d'un prestataire de soins à la convention nationale peut constituer un des motifs de refus de la prise en charge des assurés par l'organisme gestionnaire.

Néanmoins, cette mesure ne concerne que les prestations rendues en mode tiers payant qui n'est pas encore généralisé. De ce fait, la mise hors convention d'un certain nombre de prestataires n'aurait aucun effet puisque les prestations qu'ils rendent sont uniquement soumises au remboursement et non pas à la prise en charge.

*De tout ce qui précède, la Cour des comptes recommande au Chef du Gouvernement de :*

- *assurer la cohérence de l'ensemble du cadre légal et réglementaire de la CMB ;*
- *clarifier les relations entre l'ANAM et le ministère de la Santé.*

## **B. Exécution des missions de l'ANAM**

Afin de mieux cerner les missions dévolues à l'ANAM et étant donné que ces dernières sont complémentaires et similaires, il a été décidé de les regrouper en catégories et par nature d'intervention.

### **1. Mission de la régulation technique de l'AMO**

La régulation du système de santé est conçue comme l'ensemble des actions qui permettent dans le cadre d'un budget donné d'assurer l'accès, pour tous, à des soins de qualité et au meilleur coût, selon un panier de soins défini par la réglementation ayant comme objectif la réduction du restant à la charge des assurés.

#### **a. Panier de soins et le restant à charge des assurés**

Conformément aux dispositions des articles 7 et 8 de la loi n°65-00, les prestations garanties et celles qui sont exclues sont clairement énumérées et définissent de ce fait le contenu du panier de soins mis à la disposition des assurés AMO, selon les conditions et les modalités fixées par voie réglementaire.

Le contenu de ce panier de soins définit à la fois la Tarification Nationale de Référence (TNR) contenue aussi bien dans les conventions nationales, les nomenclatures des actes médicaux et de biologie, les référentiels des médicaments et des dispositifs médicaux remboursables, ainsi que dans la liste des affections de longue durée et coûteuses donnant droit à une exonération du ticket modérateur.

Seulement, et à l'exception faite de la liste des médicaments remboursables, le contenu de ce panier de soins n'a connu que très peu de mise à jour depuis l'avènement de l'AMO en 2005 (nomenclatures, dispositifs médicaux, conventions nationales...), faisant en sorte que la tarification nationale de référence est devenue désuète.

L'impact de cette non mise à jour n'a fait qu'alourdir le restant à charge des assurés atteignant 35% en 2016 au lieu de 28% en 2010. Ces taux n'englobent pas les prestations payées en noir et les actes non remboursables au titre de l'AMO. Ce qui porte la participation des assurés à des taux élevés pratiquement au même niveau des charges directes des ménages au Maroc avoisinant les 51% (comptes nationaux de la santé, rapport de 2015).

S'agissant du restant à charge des assurés atteints des ALD / ALC, il a été constaté ce qui suit :

- la liste des ALD et des ALC fixées par arrêté du ministre de la Santé n°2518 qui date du 5 janvier 2006, n'a pas été revue ou mise à jour depuis cette date ;
- non homogénéisation des seuils d'exonération du ticket modérateur appliqués par les OGA ;
- chaque OGA adopte ses propres critères d'admission aux ALD et ALC, faute de normes médico-techniques établies par l'ANAM et qui soient opposables aux organismes gestionnaires.

Dans le cas des assurés CNOPS, la part restant à la charge ne peut être supérieure à 10% de la tarification nationale de référence pour ces maladies. En réalité seuls les frais relatifs aux médicaments sont exonérés totalement, le reste des prestations dispensées à cette catégorie d'assurés ne bénéficient d'aucune exonération. De ce fait, l'abord adopté par la CNOPS est non

conforme avec l'esprit de la législation et d'autre part, génère un reste à charge supérieur à 10% pour les patients déclarés atteints d'une ALD ou ALC.

Quant à la CNSS, le taux d'exonération du ticket modérateur varie entre 30% à 0% selon le type de l'ALD ou l'ALC. L'application de cette disposition a été cadrée par la résolution n° 38 du conseil d'administration de l'ANAM datant de 2009, qui a fixé pour chaque affection un taux correspondant à un seuil de 3000 DH, comme restant à charge maximale à supporter par l'assuré pour un traitement annuel moyen. Il est à rappeler que depuis 2009 et surtout avec les progrès de la médecine les taux actuellement appliqués par la CNSS laissent un restant à la charge qui dépasse le seuil préalablement fixé.

#### **b. Conventions nationales**

Les conventions nationales constituent l'un des piliers sur lesquels repose l'édifice du régime de l'AMO de base étant donné qu'elles :

- définissent, conformément aux dispositions de l'article 18 de la loi n° 65-00, les rapports entre les organismes gestionnaires et les prestataires de soins publics ou privés ;
- fixent, conformément aux dispositions de l'article 12 de la loi, le TNR.

#### **➤ Conventionnement, processus long et non abouti**

Depuis, 2006, date du démarrage de l'AMO, six conventions nationales ont été signées pour une durée de trois ans, comme il est stipulé dans l'article 28 du décret n° 2-05-733. La période allant de 2009 à 2011, a connu plusieurs tentatives de renouvellement de celles-ci et a été marquée par des demandes de mises hors convention émanant de la CNOPS, vis à vis des établissements de soins privés, ce qui a créé un climat de méfiance et a abouti en conséquence à une situation d'impasse.

Devant cet état de fait, le ministre de la Santé a appelé à la reprise des négociations sur la base de nouveaux engagements qui ont été entérinés par la signature d'un memorandum d'entente en 2011, par les différentes parties prenantes en insistant d'une part, sur la conclusion de nouvelles conventions nationales au plus tard le 31 juillet 2011, et d'autre part, de surseoir à toute décision de mis hors convention, ce qui a restreint, depuis, les prérogatives de l'ANAM en matière de sanctions.

Depuis et malgré les différentes tentatives de relance du processus de renouvellement par l'ANAM à travers l'organisation de plusieurs réunions rassemblant les organismes gestionnaires et prestataires de soins les négociations ont été entravées par le refus d'engagement d'un organisme gestionnaire.

Devant cette situation, l'ANAM a sollicité la médiation du ministre de la Santé qui a provoqué une réunion rassemblant les directeurs de l'ANAM, la CNSS et la CNOPS, le 20 juillet 2015, au cours de laquelle l'ensemble des parties prenantes se sont engagées à la signature imminente, au plus tard durant le mois de septembre 2015, de trois conventions nationales, à savoir celles concernant les pharmaciens d'officine, les biologistes et les médecins dentistes.

En date du 18 septembre 2015, la CNOPS a adressé, à l'ANAM, une correspondance qui conditionne l'aboutissement des négociations tarifaires en cours, par la révision à la baisse du tarif de la lettre clé « D » des prothèses dentaires qui s'en est suivie par des demandes récurrentes des reports des différentes réunions de négociations.

Face à cet état de fait, l'ANAM n'a eu le choix que de s'adresser au chef du Gouvernement, par correspondance du 9 novembre 2015, expliquant la situation et demandant son intervention pour entreprendre les mesures nécessaires permettant de mettre fin à ce blocage. Cette demande n'a pas suscité de réaction de la part de la chefferie du Gouvernement.

Il a fallu attendre le 15 mars 2016, pour qu'une première convention nationale liant les organismes gestionnaires aux pharmaciens d'officine soit finalement signée après de longues tractations particulièrement avec les organismes gestionnaires.

Le processus de négociations pour le renouvellement des autres conventions nationales connaît un réel blocage, du fait, d'une part, de la réticence de la CNSS sur certains sujets et l'absence de la CNOPS aux réunions de négociations et d'autre part, du seuil élevé des exigences de certains prestataires de soins. Parallèlement à cette situation, il est à signaler que la CNOPS a pris des décisions unilatérales sans aucune concertation avec les parties prenantes à l'image :

- de l'application prématurée des termes de la convention nationale avec les pharmaciens d'officine ;
- de l'extension de la liste des médicaments tiers-payant en dehors des critères établis et de la concertation avec les partenaires ;
- des décisions unilatérales de suspension du tiers payant envers des prestataires de soins;
- du refus aussi bien de la CNOPS que de la CNSS d'opérationnaliser les mesures de suivi de la convention liant les organismes gestionnaires et les pharmaciens d'officine dans son volet relatif à la lutte contre la fraude et le dirigisme.
- l'application, depuis le 30 juillet 2017, de nouvelles modalités liées à la complétude des dossiers de remboursement et à l'exclusion de certains actes remboursables par arrêté du ministre de la Santé (couronnes céramo-céramiques...).

***La Cour des comptes recommande au ministère de la Santé et à l'ANAM chacun dans la limite de ses attributions de procéder au renouvellement des conventions nationales.***

### **c. Mesures et outils de régulation**

Parallèlement au conventionnement, coexistent d'autres outils et référentiels servant à compléter l'ensemble de moyens permettant la régulation de l'AMO.

#### **➤ Actions d'encadrement des produits de santé**

Il s'agit essentiellement des médicaments et des dispositifs médicaux dont le remboursement est conditionné par leurs intégrations dans des listes fixées par arrêtés ministériels.

### **d. Les Médicaments**

Conformément à l'article 8 du décret n° 2-05-733, la liste des médicaments admis au remboursement est arrêtée, en fonction du service médical rendu, par le ministre de la Santé.

Afin qu'un médicament soit introduit dans la liste des médicaments remboursables, ce dernier doit être évalué sur le plan scientifique et économique. Pour ce faire, l'ANAM s'appuie sur deux commissions techniques, créées par son conseil d'administration, à savoir la Commission de transparence (CT)<sup>62</sup> et la Commission d'évaluation économique et financière des produits de santé (CEFPS) et ce, sur la base d'une demande émanant du laboratoire pharmaceutique concerné.

L'ANAM procède ensuite à l'élaboration d'un Guide des médicaments remboursables (GMR) qui traduit techniquement l'arrêté ministériel en liste de spécialités pharmaceutiques avec la base de remboursement.

Valeur aujourd'hui, ce processus a permis de passer de 1000 à plus de 4000 médicaments remboursables, (7<sup>ème</sup> arrêté 23<sup>ème</sup> version établie en date du 21 juin 2018). Néanmoins, il connaît certains dysfonctionnements, à savoir :

- bien que les organismes gestionnaires fassent partie de la composition de la CEFPS, ces derniers n'ont pas assisté à ses travaux depuis le mois d'avril 2015.

---

<sup>62</sup>Il est à rappeler que la commission de la transparence (CT) a été créée en vertu des dispositions de l'article 65 de la loi 65-00 et de la décision n° 4/06 du conseil d'administration de l'ANAM du 27 mai 2007 modifiée par la décision n°8 en date du 22 janvier 2014.

- des décisions unilatérales de la part de la CNOPS, sous forme de notes de services internes, de remboursement de certaines spécialités pharmaceutiques n'appartenant pas à la liste arrêté par le ministre de la Santé. ALDURAZYME TARCEVA, ....
- des délais importants ont été enregistrés entre le dépôt de la demande d'inscription d'un médicament au GMR et sa publication au BO ;
- bien que le référentiel des médicaments prévoit une date de début de remboursement, qui est celle de la publication au bulletin officiel, l'ANAM enregistre un retard dans l'envoi de la version actualisée du GMR, ce qui a un impact négatif sur le pouvoir d'achat des assurés relatif aux dépenses médicales;
- certains données, entre autres, le code à barres des médicaments, ainsi que le prix des médicaments qui subissent des changements, de la part des laboratoires, ne sont pas portés à temps à la connaissance de l'ANAM, par le ministère de la Santé, ce qui retarde la mise à jour du GMR. L'ANAM ne dispose pas de procédures de récoltes d'informations lui permettant de mettre à jour le GMR en temps réel.

#### e. Les dispositifs médicaux

A l'image des médicaments remboursables, l'AMO de base fixe, par arrêté ministériel n° 2314-08 (modifié et complété par l'arrêté n°3207-15) relatif à la liste des appareils de prothèses et d'orthèses médicales, des dispositifs médicaux et implants admis au remboursement ou à la prise en charge. La liste comprend 869 articles. Cette liste ainsi que les tarifs nationaux de référence n'ont pas été revus depuis leur établissement en 2008, mis à part la révision à la baisse des tarifs de 20 DM en 2015.

Il y a lieu de signaler que, la refonte de la liste des dispositifs médicaux dépasse le seul environnement de l'AMO de base, étant donné d'une part, que la loi n° 84-12 encadrant ces derniers n'a été rendue effective qu'après publication du décret d'application en septembre 2014 et d'autre part, qu'aucun référentiel de prix n'a été publié à ce jour malgré la publication de l'arrêté n°4217-15 relatif aux modalités de fixation des prix de vente public de ces derniers.

*La Cour des comptes recommande à l'ANAM de :*

- *consolider le processus actuel tout en améliorant l'approche relative à l'intégration des médicaments innovants dans le GMR ;*
- *élargir la liste des dispositifs médicaux et mettre en place un référentiel de leur prix.*

#### ➤ Actions auprès des professionnels de santé et des établissements de soins

Dans le cadre des actions menées auprès des prestataires de soins, l'ANAM a proposé des outils de normalisation administratifs et des outils de normalisation médico-technique (la nomenclature des actes, les protocoles thérapeutiques...).

#### f. Nomenclatures des actes

Les nomenclatures des actes, soit, la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) sont approuvées par arrêté du ministre de la Santé après avis du conseil national de l'ordre concerné. Leurs revues ont suscité les observations suivantes :

- des nomenclatures obsolètes, incomplètes et non structurées qui n'ont pas été mises à jour.
- malgré la création de la commission nationale de nomenclature par décision du ministre de la Santé en 2007 afin de procéder à l'assimilation des actes hors nomenclature, cette dernière n'a réussi qu'à l'assimilation de seulement 13 actes dentaires, 22 actes chirurgicaux et 134 actes de biologie.

Par ailleurs, et conformément à ses prérogatives et afin de redynamiser le processus de refonte de la NGAP, censée être du ressort du ministère de la Santé, l'ANAM a adopté, à travers son conseil

d'administration du mois de décembre 2014, un plan d'action permettant le passage de la NGAP à la CCAM, qui s'étale sur trois années et comporte cinq axes stratégiques.

Néanmoins, les actions stratégiques prévues à cet effet ne sont pas complètement mises en œuvre. En effet, sur quinze actions programmées, seules deux ont été réalisées. Bien que le plan d'action adopté ait prévu le passage de la NGAP à la CCAM à la fin de l'année 2017, plusieurs actions connaissent beaucoup de retard dans leur concrétisation.

Quant à la NABM, établie en 2006, et dans le cadre du processus de renouvellement de la convention nationale liant les organismes gestionnaires aux biologistes du secteur privé, un projet de sa refonte a été initié sans qu'il ne puisse aboutir.

#### **g. Protocoles thérapeutiques**

Les protocoles thérapeutiques de par leurs intérêts en tant qu'outil privilégié de la maîtrise médicalisée des dépenses et afin de mettre en place ses référentiels, l'ANAM a procédé à l'établissement d'une convention de partenariat en date du 8 janvier 2007 avec le ministère de la Santé, et la Société marocaine des sciences médicales (SMSM), ainsi qu'avec le Conseil national de l'ordre des Médecins (CNOM) en tant que partie signataire le 30 mai 2007. Depuis cette date et jusqu'au fin 2011, 16 Référentiels de bonne pratique médicale (RBPM) ont été élaborés, dont trois ont été validés et diffusés par le ministre de la Santé.

Néanmoins, les autres pathologies qui devraient faire l'objet de validation et de diffusion n'ont pas dépassé le stade de projet durant la période allant de 2012 à 2014.

Depuis lors, ce n'est qu'au début 2014 qu'un nouveau chantier a été ouvert, se fixant comme objectif l'élaboration et la diffusion de dix protocoles thérapeutiques annuellement et la révision des engagements de chacune des parties prenantes.

C'est ainsi que, la convention nationale (Cadre) entre le ministère de la Santé (MS), l'ANAM, la (SMSM) et le CNOM, relative à l'élaboration des protocoles thérapeutiques a été renouvelée le 10 septembre 2014.

Six protocoles ont été approuvés par le ministère de la Santé le 20 mai 2015 concernant la prise en charge des pathologies chroniques, fréquentes et coûteuses. Quant aux autres pathologies restantes, elles ont été soumises au Comité technique médical (CTM) pour validation avant leur soumission pour approbation.

Il est à rappeler que la mise en œuvre de la convention cadre, a prévu de signer annuellement une convention spécifique entre SMSM et ANAM, en vue de fixer entre autres la liste des pathologies objet des projets de protocoles thérapeutiques à élaborer y compris le montant de contribution à mettre à la disposition de la SMSM par l'ANAM.

Cette convention a donné lieu à l'établissement du contrat n° 08/2014 signé entre les parties contractantes, fixant la répartition de la contribution financière de l'ANAM, dont le montant s'élève à cinq millions de dirhams. L'examen de ce contrat a permis de conclure que l'ANAM a procédé au paiement de quatre millions de dirhams au profit de la SMSM au titre de la convention spécifique de 2014, sans que l'ensemble des actions prévues ne soient intégralement réalisées à savoir la non diffusion des PT approuvés par décision du ministère de la Santé en date du 20 mai 2015, et la non élaboration des dix autres PT prévus.

***Ainsi, la Cour des comptes recommande à l'ANAM de normaliser la pratique médicale en mettant en place des protocoles thérapeutiques standards, afin de mieux maîtriser les coûts, les dépenses de santé et les contrôles médicaux.***

## **2. Mission de l'encadrement financier des caisses et système d'information de gestion de l'AMO**

Pour s'acquitter de la mission de veiller à l'équilibre global entre les ressources et les dépenses pour chaque régime d'AMO de base, l'ANAM s'appuie sur les données communiquées par les organismes gestionnaires, ainsi que les études qu'elle conduit.

En effet, l'article 43 de la loi n° 65-00 prévoit que les organismes gestionnaires sont tenus de communiquer, annuellement à l'ANAM les documents statistiques et les informations relatives à la consommation médicale des assurés, à leur gestion et à leur comptabilité dans les conditions fixées par l'article 39 du décret n° 2-05-733.

Ce dernier dispose que l'effectif des personnes assurées et leurs ayants droit, le bilan de la consommation médicale des bénéficiaires pour l'exercice écoulé en termes des prestations délivrées et des flux financiers y afférents doivent être communiqués à l'ANAM à la fin du premier trimestre de chaque exercice.

Afin d'opérationnaliser cette disposition réglementaire, le conseil d'administration de l'Agence a chargé le Comité d'études et de suivi de définir la nature des données statistiques et les informations relatives à la consommation médicale, à leurs gestions et à leurs comptabilités, à communiquer à l'ANAM.

A cet effet, un canevas a été établi, ne comportant pas la totalité des informations nécessaires à l'ANAM à l'exercice de sa mission relative au contrôle de l'équilibre financier des caisses. Elle ne dispose pas de statistiques relatives à la consommation des médicaments, pour ce qui est des autres données, il faut signaler qu'aucun croisement des informations n'est possible du fait que les tableaux relatifs à la population, y compris le statut ALD ou non, ne peuvent être corrélés à ceux de la consommation médicale.

Compte tenu des éléments cités auparavant, l'ANAM n'est pas dotée des informations nécessaires pour assurer sa mission relative à l'encadrement financier des caisses et ce, en l'absence des données statistiques détaillées, fiables et en temps réel.

Par ailleurs, l'ANAM est tenu d'élaborer et de diffuser annuellement un rapport global relatant les ressources, les dépenses et les données relatives à la consommation médicale des différents régimes d'AMO de base.

En tant qu'organe de régulation et de par son rôle d'encadrant du système de l'AMO, l'ANAM au vu des statistiques reçues ne peut produire de véritables rapports avec des indicateurs et des orientations permettant de dresser une vision progressive avec une définition des priorités, éditer des mesures de régulation et de maîtrise des dépenses.

***De ce qui précède, la Cour des comptes recommande à l'ANAM de mettre en place un système d'information interconnectant les différents partenaires (ministère de la Santé, les prestataires de soins, les organismes gestionnaires et l'ANAM).***

### **3. Mission d'arbitrage**

Conformément à l'article 59 de la loi 65-00, L'ANAM est tenue d'assurer l'arbitrage en cas de litiges entre les différents intervenants dans l'assurance maladie en s'appuyant sur la commission de transparence et la commission des experts. Dans ce cadre, elle reçoit des réclamations des organismes gestionnaires, des assurés, des professionnels de santé et des départements ministériels. Au titre de l'année 2017, l'ANAM a reçu 831 dossiers de réclamations toutes catégories confondues.

L'examen des dossiers de réclamations a permis de relever que seulement 311 réclamations, ont été soumises à une demande d'expertise via les deux commissions. Le reste, à savoir 520 réclamations ne nécessitent pas d'expertises étant donné qu'il s'agit du non-respect d'une disposition conventionnelle, tarifaire ou réglementaire (conformité avec la base de remboursement, dépassement tarifaire, etc..).

Il est à préciser que les décisions émises par ces deux commissions sont portées à la connaissance des parties prenantes via des correspondances. Le bilan de ces deux commissions est illustré par le tableau suivant :



## Dossiers de réclamations soumis aux deux commissions pour l'année 2017

Dossiers	Décision de la commission	Dossiers soumis à l'arbitrage de la CT	Dossiers soumis à l'arbitrage de la CE
Cas soumis	Avis favorable	108	169
	Avis défavorable	22	10
	Autres		2
Total		130	181

Source : ANAM/ division juridique

Il est à noter que bien que les avis de ces deux commissions s'imposent aux parties, la CNSS n'a accepté de procéder au remboursement des dossiers concernant des médicaments non remboursables, ayant eu un avis favorable, qu'à partir du 26 décembre 2016 suite à l'adoption de la résolution n° 135 prise lors de la 18ème session du conseil d'administration de l'ANAM.

### 4. Mission relative à la gestion des ressources affectées au RAMED

Conformément aux dispositions de la loi n°65-00 et du décret n° 2-08-177 du 28 Ramadan 1429 (29 septembre 2008) pris pour l'application des dispositions du livre III de ladite loi, tel qu'il a été modifié et complété, la gestion du régime RAMED est assuré par :

- ministère de l'Intérieur chargé d'arrêter la liste des personnes éligibles ;
- ministère de la Santé chargé du volet offre de soins ;
- l'ANAM, en ce qui concerne l'immatriculation, l'édition et la distribution des cartes d'adhésion, ainsi que la collecte des contributions des bénéficiaires du régime en situation de vulnérabilité.

#### ➤ Lacune juridique quant à la gestion des ressources financières du RAMED

Conformément aux articles 60 et 127 de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base, l'ANAM est chargée d'assurer la gestion des ressources financières affectées au RAMED.

Cependant, le décret n° 2-08-177 tel qu'il a été complété et modifié par le décret n° 2-11-199 du 06 septembre 2011, a confié la gestion des ressources financières du régime au ministère de la Santé, et a limité le rôle de l'ANAM ( article 25) à la collecte des contributions annuelles partielles des personnes bénéficiaires en situation de vulnérabilité et le versement des sommes collectées au compte d'affectation spéciale intitulé « fonds spécial de la pharmacie centrale » du Ministère de la Santé.

Les sources de financement dudit régime sont variées et peuvent être arrêtées au titre de l'année 2017 comme suit :

- cumul de la contribution de la population en situation de vulnérabilité : 154.579.758,00DH ;
- cumul de la contribution des collectivités territoriales (population en situation de pauvreté):1.489.730.560,00DH ;
- contribution de l'Etat : 36.215.000,00DH (subvention d'investissement et de fonctionnement).

Dans l'état actuel des faits, l'ANAM ne gère pas ces ressources et ne dispose que l'enveloppe relative à la contribution de la population en situation de vulnérabilité, estimée à

154.579.758,00DH<sup>63</sup> fin juin 2017. Cette enveloppe se trouve gelée devant la difficulté de la verser aux prestataires publics et ce à cause des contraintes légales précédemment citées.

En outre, l'article 26 dispose que les contributions des collectivités territoriales sont versées au compte d'affectation spécial de la pharmacie centrale. Il est à signaler, à ce titre que l'absence d'un mécanisme de suivi de ces contributions ne permet pas d'avoir le montant réellement versé et la contribution de chaque commune par rapport aux montants prévus, étant donné que le ministère de l'Intérieur reçoit chaque année les estimations élaborées par l'ANAM basées sur la collecte de 40DH par personne potentiellement éligible en situation de pauvreté.

Outre, les contraintes qui entravent le fonctionnement du RAMED, des contraintes de type opérationnel ont fait l'objet du constat dressé suite à une analyse de la situation actuelle. Ces contraintes sont récapitulées dans ce qui suit :

- le déficit de communication et de sensibilisation des bénéficiaires sur leurs droits et obligations;
- la détection des cas de double affiliation RAMED- AMO<sup>64</sup> a attiré l'attention des acteurs sur la nécessité d'analyser les causes et émettre des propositions pour la fiabilisation des déclarations des postulants ;
- le renouvellement des cartes, dont la durée d'éligibilité est de trois années, connaît des difficultés, d'où la nécessité de la mise en place des dispositions pour permettre au régime d'atteindre l'élan nécessaire;
- absence d'un système d'information intégré.

---

<sup>63</sup> Ce montant est calculé sur la base de 120 DH par personne dans la limite de 600 DH par ménage.

<sup>64</sup> Lettre n°81/2018 du département RAMED relative aux bénéficiaires ayant des droits ouverts à la CNSS titulaires de cartes RAMED, adressée au gouverneur directeur des systèmes d'informations et de communication au sein du ministère de l'Intérieur

## II. Réponse du Directeur général de l'agence nationale de l'assurance maladie (ANAM)

(Texte réduit)

(...)

### A. Le positionnement de l'Agence nationale de l'assurance maladie dans le système de la couverture médicale de base

#### 1. L'imprécision des attributions de l'Agence Nationale de l'assurance maladie.

(...) il est à souligner que l'Agence est un organe de régulation et d'encadrement du régime de l'Assurance Maladie obligatoire de base et non pas un organe de réglementation et ce en application de l'article 59 de la loi 65-00, et que le rôle de l'Agence dans la réglementation est limité dans la formulation de son avis sur les projets des textes législatifs et réglementaires relatifs au régime de l'Assurance Maladie Obligatoire de base dont elle est saisie par l'administration et la proposition des mesures nécessaires à la régulation du régime de l'assurance maladie obligatoire de base et en particulier les mécanismes appropriés de maîtrise des coûts de dudit régime et de veiller à leur respect.

Concernant l'accomplissement par l'agence de la mission de supervision de mise en application des lois et des textes réglementaires relatifs à la couverture médicale de base, on note que la loi a confié à l'Agence la mission d'arbitrage en cas de litiges entre les différents intervenants du régime sur lesquels elle statue en toute objectivité dans le cadre du respect des textes législatifs et réglementaires y afférents. Mais il existe des obstacles juridiques qui influencent les décisions de l'Agence et son fonctionnement normal, et qui seront corrigés dans le projet d'amendement de la loi n°65-00 proposé par l'Agence et soumis au ministère de la santé pour étude, y compris l'amendement des articles 44 et 114.

(...)

S'agissant de l'article 44 de la loi 65-00 relatif aux situations d'incompatibilité, il est à rappeler que la régularisation de cette problématique nécessitant la séparation entre la gestion du régime de l'assurance maladie obligatoire de base et celle des établissements qui dispensent des prestations en matière de diagnostic, des soins et d'hospitalisation, n'a pas pu avoir lieu, malgré les amendements de l'article 44, et suite à la fixation d'un délai de 3 ans pour déléguer la gestion de ces établissements à d'autres organes, ce délai a été prolongé en vertu de la loi 19-11 jusqu'à la date de 31 Décembre 2012. En outre le projet de loi 143-12 a été présenté, proposant une nouvelle prorogation jusqu'au 31/12/2014 mais il n'est pas encore approuvé.

Devant cette situation, on considère que la régularisation de la problématique doit se faire sur le plan de la loi de mutualité, de ce fait il est nécessaire d'accélérer la promulgation du code de la mutualité.

Concernant l'article 114 de la loi 65-00 on note que dans la perspective de trouver des solutions aux problématiques rencontrées, et garantir l'adhésion au régime de l'assurance maladie obligatoire de base de tous les employeurs qui assurent à leurs salariés, une couverture médicale facultative, un projet de loi modifiant et complétant ledit article qui vise la prorogation de la période transitoire à 3 ans calculée à compter de la date de sa publication au bulletin officiel. Par conséquent la mise en application de cet article ne dépendra pas de la promulgation de tous les textes d'application de la loi n°65-00 portant code de la couverture (...).

Soucieuse de garantir le respect par les prestataires de soins des textes législatifs et réglementaires notamment les conventions nationales de la tarification de référence, l'Agence

a présenté la proposition d'amendement du décret n° 2-05-733 notamment son article n°30 en vue de son adéquation avec l'article 24 de la loi 65-00 susvisée (...).

## **2. L'Agence nationale de l'assurance maladie, une force de proposition et non pas un organe de réglementation.**

Conformément à l'article 59 de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base l'Agence a pour mission d'assurer l'encadrement technique du système de l'assurance maladie obligatoire de base et de veiller à la mise en place des outils de régulation du système dans le respect des dispositions législatives et réglementaires s'y rapportant. A ce titre elle est chargée de proposer les mesures nécessaires à la régulation du système d'assurance maladie obligatoire de base et de veiller à leur respect.

Selon la loi 65-00 précitée, l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie présente sa proposition concernant la facturation des prestations médicales (article 11), le cadre conventionnel pour chaque convention nationale (article 20) ainsi en ce qui concerne la fixation du taux de la cotisation (article 48). Elle présente aussi ses propositions en ce qui concerne la fixation de la tarification nationale de référence pour le remboursement des appareils de prothèse et des dispositifs médicaux en application de l'article 11 de la loi susvisée et l'article 1 du décret n° 2-06-802 du 1er Février 2007 relatif à la délégation des pouvoirs au ministre de la santé.

Afin que l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie puisse remplir au mieux sa fonction de régulation, ses rôles doivent être renforcés à travers son implication en tant que partie essentielle dans l'opération du contrôle technique du système prévu à l'article 40. À cet effet, l'Agence a présenté une proposition visant l'amendement des dispositions du décret n° 2.05.733 qui a été soumis au ministère de la santé. Cet amendement inclut les dispositions de l'article 40 susvisé dans le sens d'associer l'Agence dans le processus du contrôle technique. (...).

### **➤ (...) L'harmonisation entre le cadre juridique et réglementaire du système de la couverture médicale de base**

En ce qui concerne l'incohérence entre la loi n° 65.00 et ses décrets d'application, le projet d'observations de la Cour des comptes a mis en évidence une contradiction entre les articles 24 et 25 de la loi n° 65.00 et l'article 23 du décret n° 2.05.733. En réponse à cela on note que selon les dispositions de l'article 23 de ladite loi les organismes gestionnaires disposent du pouvoir discrétionnaire pour le rejet de la prise en charge, cet article prévoit que le refus de l'adhésion à la convention nationale par un prestataire de soins peut constituer un motif du rejet de la prise en charge des frais par les organismes gestionnaires. C'est le même pouvoir discrétionnaire conféré à l'agence et aux organismes gestionnaires en vertu de l'article 24 qui dispose que l'Agence peut décider sur demande d'un organisme gestionnaire de placer un prestataire de soins hors convention pour non-respect ou violation des termes de la convention après lui avoir permis de présenter ses observations en plus des sanctions émises par l'organisme.

Par conséquent et suite à cette comparaison, il s'avère qu'il n'existe aucune contradiction entre les dispositions de l'article 23 du décret n° 2.05.733 et l'article 25 de la loi n° 65.00. L'article 25 constitue la base et le principe :« le remboursement ou la prise en charge des frais des prestations de soins garanties s'effectue quel que soit le prestataire de soins conventionné ou non, sur la base du tarif national de référence défini dans la convention. L'exception à cette règle est le" pouvoir discrétionnaire "accordé aux organismes gestionnaires par le législateur dans les articles 24 de la loi et l'article 23 du décret susmentionné.

Quant à l'incohérence entre les articles 25 et 23 susmentionnés, à savoir que ce dernier porte uniquement sur la prise en charge contrairement à l'article 25 qui concerne à la fois le remboursement et la prise en charge, on note que l'Agence a présenté une proposition d'amendement du décret n° 2.05.733 en vue d'assurer l'adéquation de certaines de ses dispositions avec les dispositions de la loi 65-00. Cette observation a été prise en considération

au niveau de l'article 23, dans le sens de son adéquation avec les dispositions de l'article 25 susvisé (...).

➤ **(...) Clarifier la relation entre l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie et le Ministère de la santé.**

(...) Il convient de noter que la relation de l'Agence avec le ministère de la Santé telle que définie dans la loi n° 65.00 et les textes réglementaires pris pour son application, est une relation de tutelle technique du ministère sur l'Agence visant à donner une force légale aux mesures et actions proposées pour la régulation et l'encadrement du système de la couverture médicale de base. Ainsi, ce type de tutelle ne peut que renforcer les procédures de régulation et d'encadrement du système d'Assurance Maladie Obligatoire de Base maladie et le mettre sur la bonne voie.

## **B. L'étendu de la mise œuvre de l'Agence nationale d'assurance maladie des missions qui lui sont confiées**

### **1. La mission de réglementation technique du régime de l'Assurance maladie obligatoire de base**

(...)

#### **a. Le panier de soins et le ticket modérateur**

La réduction du ticket modérateur et le maintien des équilibres financiers constituent les principaux défis qui se posent au régime de l'assurance maladie obligatoire de base. Dans ce cadre, plusieurs mesures ont été entreprises par l'Agence en collaboration avec les autres acteurs, parmi lesquelles on cite la promotion de la prescription et l'utilisation des médicaments génériques. Dans ce cadre et en vertu de la recommandation n° 142 du conseil d'administration de l'ANAM tenu le 28 Mai 2018 l'Agence a mis en place en collaboration avec tous les intervenants en matière de l'Assurance Maladie Obligatoire de Base à savoir les prestataires de soins, les organismes gestionnaires, les représentants des assurés, une commission pour la promotion des médicaments génériques composée du ministère de la santé, le ministère de l'économie et finances, l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie, la caisse nationale de sécurité sociale, la caisse nationale des organismes de prévoyance sociale, le conseil national de l'ordre des médecins, le conseil national de l'ordre des pharmaciens et le conseil national de l'ordre des médecins dentistes. Sa mission réside dans la proposition d'un plan d'action fixant les mesures et les actions les plus conformes au contexte national pour la promotion du médicament générique.

Dans le souci de suivre le fonctionnement de cette commission, en date du 17 Avril 2019 à l'occasion de la tenue de la 21 session du conseil d'administration, et en vertu de résolution n° 151, les membres du conseil ont pris note de l'état d'avancement des travaux de la commission de la promotion des médicaments génériques, et il a été fixé comme délai le mois de juin pour la présentation des résultats de son travail et leur soumission aux membres du conseil d'administration (...).

Il y'a lieu de rappeler qu'à la fin de l'année 2018, le nombre de médicaments génériques inscrits dans la liste des médicaments remboursables a atteint 2585 médicaments. Par ailleurs, il faut noter que le renouvellement de la convention nationale permettra de réduire le taux du reste à charge, ce qui suppose le soutien de tous les partis et leur engagement afin de surmonter les positions rigides et les intérêts particuliers du fait que la situation actuelle rend les assurés victimes des pratiques qui les obligent à supporter un reste à charge au-delà de leurs capacités.

Comme mentionné précédemment, la réduction du reste à charge est l'un des défis les plus importants ; de ce fait il faut traiter cette question sous tous ses aspects : le progrès médical et son coût, l'intérêt des assurés, l'équilibre financier des régimes, etc.

D'autre part, la question du suivi du contrôle des organismes gestionnaires et des prestataires de soins demeure importante pour assurer une meilleure préservation des droits des assurés,

c'est pourquoi il convient de mettre en œuvre le contrôle technique prévu dans l'article 40 du décret n ° 2.05.733 et rendre l'Agence en tant qu'organe de régulation du régime de l'assurance maladie obligatoire de base conformément à l'article 59 de la loi no 65.00, une partie essentielle de ce contrôle, conjointement avec le ministère de la santé, pour assurer la complémentarité et la coordination entre la régulation du régime du son contrôle . C'est l'approche adoptée par l'Agence nationale de l'assurance maladie dans la proposition de l'amendement de l'article 40 du décret n ° 2.05.733 sur le contrôle technique. (...).

➤ **La mise à jour de la liste des maladies chroniques et coûteuses fixées en vertu de l'arrêté du ministre de la santé n° 2518-05**

Selon l'article 9 de la loi 65-00 la liste des affections donnant droit à l'exonération ainsi que les conditions selon lesquelles cette exonération est accordée, est fixée par voie réglementaire, en application à cette disposition, l'arrêté fixant la liste des maladies graves et invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou coûteuses a été publié au bulletin officiel en janvier 2006 ;

En outre, l'Agence, en collaboration avec les organismes gestionnaires a œuvré pour élargir la liste des maladies chroniques en incluant trois maladies rares, chroniques et coûteuses déclinés en 251 maladies permettant l'exonération du ticket modérateur.

A cet effet, l'agence procédera à une évaluation pour le rétablissement de la liste des affections de longue durée et chroniques donnant lieu à l'exonération de la part restant à la charge de l'assuré. Ainsi, elle a programmé dans le cadre de son plan d'action au titre de l'année 2019, le lancement des travaux pour une nouvelle conception du référentiel des maladies de longue durée.

➤ **La non-normalisation des normes adoptées par les organismes gestionnaires en ce qui concerne les assurés atteints de maladies coûteuses et chroniques, en l'absence des normes techniques et médicales normalisées par l'Agence**

À cet égard, on note que l'Agence a procédé à l'élaboration d'un plan d'action pour la révision de la liste des maladies chroniques et coûteuses, y compris les critères et les conditions adoptés pour l'admission de l'assuré en tant qu'atteint d'une maladie chronique, ainsi que les conditions pour l'exonération de la part restant à la charge de l'assuré souffrant de ces maladies.

**b. Conventions nationales**

➤ **(...) Le renouvellement des conventions nationales**

Convaincue que ces conventions constituent le cadre fondamental pour garantir les droits de tous les parties composantes du régime d'assurance maladie obligatoire de base, l'Agence a mobilisé tous les moyens nécessaires pour assurer la réussite du processus du renouvellement de ces conventions à travers la tenue d'une série de réunions avec tous les intervenants dans un cadre de concertation. Outre la création de comités "technico-juridiques" chargés de la fixation des tarifs.

Pour sortir de la situation d'impasse enregistrée actuellement, il est nécessaire d'assurer l'appui suffisant et l'engagement de tous les acteurs en vue de surmonter les positions rigides de certaines parties, car le blocage actuel influence sur la crédibilité de l'Agence, et sur les assurés qui se trouvent face à des pratiques qui les obligent à surmonter un reste à charge au delà leurs capacités et engendre aussi l'impunité.

En ce qui concerne les décisions unilatérales prises par la caisse nationale des organismes de prévoyance sociale concernant la suspension du tiers pays pour certaines prestations médicales on note que l'Agence nationale d'assurance maladie et suite aux réclamations reçues par l'un des établissements, a pris toutes les mesures nécessaires pour résoudre le problème avec la caisse nationale des organismes de prévoyance sociale y compris la tenue d'une réunion d'étude entre les parties concernées.

Lors de cette réunion, il a été souligné que l'Agence nationale de l'assurance maladie est le seul établissement habilité à décider de placer le prestataire de services médicaux hors convention en cas du non-respect ou de violation des dispositions de la loi n° 65.00 portant code de la couverture maladie de base et des textes pris pour son application. La procédure en vigueur appliquée à cet égard est très claire.

Les efforts déployés ont eu pour conséquence le retrait de la décision émise par la caisse nationale des organisme des prévoyance sociale en rétablissant la relation du tiers payant la reliant avec l'établissement concerné à condition que celui-ci s'engage pleinement à respecter les termes de la convention, ainsi que les conditions réglementaires, et à respecter la tarification nationale de référence que ce soit pour les patients pris en charge en mode tiers payant ou les patients qui assument les frais des soins, et conformément aux termes de la convention nationale conclue entre les organismes gestionnaires et les établissements et d'hospitalisation similaires à ce établissement et conformément à la note de régulation, référence ANAM / RC / 06. En contrepartie, l'établissement s'est engagé à respecter la loi et les textes réglementaires en vigueur.

### c. La gestion et les outils de régulation

#### ➤ Les mesures d'encadrement des produits médicaux

- **(...) le renforcement et l'amélioration de la méthodologie actuelle pour l'inscription des médicaments dans la liste des médicaments remboursables**

Pour la concrétisation du plan d'action de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie, l'Agence a procédé au renforcement du système de régulation en veillant à son application notamment le volet concernant les médicaments et les dispositifs médicaux qui absorbent le tiers des dépenses de l'Assurance maladie obligatoire de base.

En outre, l'Agence accompagne la réforme continue de la politique des médicaments afin de rendre les produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux accessibles aux assurés qui supportent 50% de l'ensemble des dépenses (...) se rapportant aux soins médicaux, cela est dû notamment au coût élevé des médicaments, qui constituent le principal obstacle à la réduction de cette charge.

Comme on le sait, la participation à la mise en œuvre de la politique pharmaceutique du pays, à la rationalisation de sa gestion et au contrôle de ses dépenses fait partie des priorités de l'Agence.

Afin de permettre à l'Agence de s'acquitter pleinement de cette mission et d'atteindre ses objectifs et de s'adapter aux exigences scientifiques et médicales, le Conseil d'administration de l'Agence nationale de l'Assurance maladie a mis en place une commission indépendante baptisée « commission de la transparence », en vertu de la résolution n° 4 de mars 2006, modifié par la résolution n° 80 du 22 janvier 2014 et qui fonctionne sous la supervision de l'Agence.

L'une des missions assignées à cette commission est la formulation de son avis motivé à l'Agence nationale de l'assurance maladie et au ministre de la Santé concernant les services médicaux et pharmaceutiques fournis, à travers l'évaluation et l'inscription des médicaments ayant l'autorisation de mise sur le marché dans la liste des médicaments admis au remboursement.

En outre, la commission s'efforce de statuer sur les dossiers de réclamations relatives aux médicaments non commercialisés au Maroc ainsi que sur les médicaments prescrits hors indications de l'autorisation de mise sur le marché ; et ce pour la sécurité du citoyen en vue de garantir l'utilisation sécurisée de ces médicaments d'une part et d'autre part pour la maîtrise des dépenses en réduisant les charges supportées par les assurés.

Conformément aux dispositions de l'article 8 du décret n° 2-05-733, la liste des médicaments remboursable est arrêtée par le ministre de la Santé, le remboursement de toute spécialité pharmaceutique s'effectue sur la base du prix public du médicament générique de la spécialité de référence, lorsqu'il existe, portant la même dénomination commune internationale.

À cet égard, sept listes de médicaments admis au remboursement ont été émises, par arrêté du ministre de la Santé sachant que l'extension de la liste des médicaments remboursables s'effectue de manière continue, passant de 1 000 médicaments en 2006 à 4196 à la fin de 2018 dont 2857 médicaments génériques.

Afin de renforcer et consolider la fonction de régulation assignée à l'Agence et étudier l'impact économique et financier, le conseil d'administration de l'Agence a procédé à la création et la mise en œuvre de la Commission de l'évaluation économique et financière des produits pharmaceutiques, en vertu de la résolution n° 82 du Conseil, qui fonctionne conformément à son règlement intérieur approuvé par le ministre de la Santé suite à la résolution n° 83 dudit conseil.

Il est à signaler que depuis l'année 2013 jusqu'à présent, le guide des médicaments remboursables a été enrichi par l'introduction de 2775 de médicaments génériques qui ont admis pour le remboursement, ce qui a augmenté le nombre des médicaments remboursables à 3300 médicaments dont 1795 médicaments génériques.

L'agence s'efforce à la mise à jour de ce guide de manière régulière et continue en prenant en considération tous les médicaments ayant l'autorisation de mise sur le marché, ce guide est communiqué aux organismes gestionnaires et publié sur le portail électronique de l'Agence.

En vue d'assurer un accès efficace aux soins de qualité, l'Agence a procédé dernièrement à la mise en place de la commission des experts, parmi les missions qui lui sont assignées est de statuer sur les litiges entre les assurés et les organismes gestionnaires ou entre les professionnels de santé et les organismes gestionnaires.

Enfin, il est à signaler que l'inscription des médicaments sur la liste des médicaments remboursables au titre de l'AMO est une opération réglementée, dans ce contexte, l'Agence veille dans le cadre des missions qui lui sont assignées à garantir l'accès de la population aux produits pharmaceutiques de qualité à un coût minimum, en prenant en considération les équilibres financiers de ce régime, et d'autre part elle statue sur les réclamations y afférent avec professionnalisme.

Compte tenu du délai qui sépare l'obtention de l'autorisation de mise du médicament sur la marché et son admission au remboursement par les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire de base et vu que certains médicaments constituent la seule alternative thérapeutique au traitement de la maladie ; en application de la résolution n° 135 du conseil d'administration de l'Agence, l'Agence nationale de l'assurance maladie et les organismes gestionnaires du régime d'assurance maladie obligatoire ont été autorisés à titre exceptionnel pour le remboursement desdits médicaments en attendant leur introduction sur la liste des médicaments remboursable (...).

Par conséquent, il est devenu nécessaire d'associer l'Agence nationale d'assurance maladie dans le processus de la fixation des prix et dans la procédure d'autorisation de mise sur le marché afin de surmonter le retard entre la mise du médicament sur le marché et la publication de la liste des médicaments remboursables au titre de l'AMO dans le bulletin officiel et l'inscription du médicament dans le Guide des médicaments remboursables.

- (...) **L'élargissement de la liste des dispositifs médicaux et la mise en place d'un référentiel des prix**

Il convient de noter que l'Agence nationale de l'assurance maladie a procédé à la fixation des prix de 20 dispositifs médicaux liés à la chirurgie cardiovasculaire par arrêté du ministre de la Santé en 2015.



Après la promulgation du décret n ° 2.15.878 portant délégation du pouvoir au ministre de la Santé concernant les modalités de fixation du prix de vente et la facturation des dispositifs médicaux et malgré l'édiction de l'arrêté n ° 4217.15 relatif à la détermination des modalités de fixation du prix de vente public et à la facturation des dispositifs médicaux, le ministère n'a pas précisé ces prix et cette facturation, l'Agence se trouve ainsi devant une problématique juridique du fait qu'en l'absence de la fixation de ces prix elle ne peut travailler sur la tarification de ces dispositifs médicaux au titre du régime de l' Assurance Maladie obligatoire de base obligatoire

### ➤ Mesures propres aux professionnels de santé et aux établissements de soins

#### • Les nomenclatures des actes professionnels

Il est à noter que les nomenclatures des actes professionnels constituent un plier fondamental de régulation et de maîtrise des dépenses et demeurent essentiels pour l'élaboration des tarifs et l'instauration d'un système d'information efficient. Les nomenclatures en vigueur demeurent vétustes et incomplètes et le processus d'admission et d'assimilation des actes dans le cadre de la nomenclature générale des actes professionnels et la nomenclature des actes de biologie médicale est très lent (uniquement 13 actes de soins dentaire, 22 actes chirurgicales et 134 acte de biologie médicale qui ont fait l'objet d'assimilation par la commission nationale de nomenclature, ce qui a entraîné des difficultés dans la gestion de la tarification notamment le refus de la prise en charge et le remboursement des assurés

En dépit de la phase pilote menée par le ministère de la santé et l'Agence nationale de l'assurance maladie relative à la mise en place de la classification commune des actes professionnels au niveau de 13 sites pilotes, et le progrès réalisé par l'Agence en ce qui concerne la déclinaison des actes de la nomenclature générale au niveau de la classification commune des actes médicaux, le passage complet de la nomenclature générale des actes professionnels à la classification commune des actes médicaux est loin de se concrétiser.

#### • (...) La normalisation des pratiques médicales à travers l'élaboration des protocoles thérapeutiques en tant que norme pour l'amélioration de la maîtrise des dépenses, des coûts des soins de santé et des examens médicaux

Consciente de l'importance des protocoles thérapeutiques et de leur rôle dans la maîtrise des dépenses et des prestations médicales et curatives, l'Agence a inscrit dans son plan d'action au titre de 2018 la redynamisation du processus de l'élaboration des protocoles thérapeutiques en tant que priorité que l'Agence s'efforcera de réaliser.

### 2. L'encadrement financier des deux caisses et le système d'information relatif à la gestion du régime de l'assurance maladie obligatoire de base

Pour rappel, le législateur marocain, en vertu de l'article 59 de la loi n ° 65.00 portant de Code de la couverture médicale, a confié à l'Agence nationale de l'assurance maladie la mission d'assurer l'équilibre financier global entre les ressources et les dépenses pour chacun des systèmes de l'assurance maladie obligatoire de base et d'élaborer un rapport annuel global sur les ressources, les dépenses et les données relatives à la consommation médicale des différents régimes d'assurance obligatoire de base et de veiller à sa diffusion.

Du fait que la situation actuelle ne permet pas d'y parvenir, en raison des considérations mentionnées dans le projets d'observations de la cour des comptes, outre le fait que l'Agence ne reçoit pas de la part des organismes gestionnaires le rapport d'audit comptable et financier tel que prévu à l'article 52 de la loi n ° 65.00 et afin de permettre à l'Agence de mieux jouer son rôle et de surmonter ainsi la situation actuelle, elle a introduit dans le projet d'amendement de la loi 65-00, l'amendement de l'article 43, aux termes duquel les organismes gestionnaires devraient communiquer à l'Agence dans un délai et selon un cadre fixé par l'Agence, des informations détaillées sur la consommation médicale assurés et sur les ressources et les

dépenses s'y rapportant et de lui communiquer leurs prévisions financières tous les six mois. (...).

- **La mise en place d'un système d'information reliant les différents partenaires (ministère de la santé, prestataires de soins médicaux, organismes gestionnaire, Agence nationale d'assurance maladie)**

Il y'a lieu de rappeler que l'Agence nationale de l'assurance maladie a réalisé une étude afin de mettre en place un système national d'information relatif la couverture médicale de base, elle s'efforce aussi pour enrichir son référentiel et développer le système d'échange des données à travers le renforcement des capacités techniques du traitement informatique et l'échange de données relatives au régime d'assurance maladie obligatoire de base avec tous les intervenants en utilisant des applications sécurisées et développées.

### **3. (...) La mission d'arbitrage**

Afin de clarifier ce qui a été motionné dans le rapport concernant la résolution n ° 135 du conseil d'administration de l'Agence, on note que cette résolution a été adoptée par le conseil d'administration de l'Agence nationale de l'assurance maladie, du fait du délai qui sépare l'obtention de l'autorisation de mise de médicament sur le marché et son admission au remboursement par les organismes gestionnaires du régime d'assurance maladie obligatoire base et que certains médicaments constituent la seule alternative thérapeutique au traitement de la maladie (...).

Compte tenu de ces considérations, il a été autorisé à l'Agence nationale de l'assurance maladie et aux organismes gestionnaires du régime de l'assurance maladie obligatoire de base en vertu de cette résolution de procéder au remboursement par dérogation des médicaments susmentionnés.

### **4. (...) La gestion du régime d'assistance médicale**

- **(...) La gestion des ressources affectées au régime d'assistance médicale**

L'incohérence entre la loi 65.00 et le décret n° 02.08.177 pris pour l'application des dispositions du livre III de la loi n ° 65.00 portant code de la couverture médicale de base, tel qu'il a modifié et complété a mis en évidence le manque de visibilité et l'ambiguïté dans la gestion des ressources du régime d'assistance médicale.

En raison de cette contradiction entre la loi et le décret d'application, les contributions des bénéficiaires en situation de vulnérabilité restent bloquées dans le compte spécial de l'Agence et ne sont pas virés au compte spécial de la pharmacie centrale ".

Devant cette situation et afin de développer les outils et les mécanismes nécessaires à la bonne gouvernance, garantissant une meilleure prise en charge des bénéficiaires et la pérennité du régime d'assistance médicale, il a été nécessaire d'adopter une gestion optimale pour ledit régime. Dans ce contexte, le Ministère de la santé, en concertation avec le Ministère de l'intérieur, le Ministère de l'économie et des finances et l'Agence, a procédé à la réformer du régime d'assistance médicale conformément aux hautes directives de Sa Majesté le Roi Mohammed VI.

- **Le manque de communication avec les bénéficiaires du régime d'assistance médicale et leur sensibilisation par rapport à leurs droits**

En ce qui concerne la communication avec les bénéficiaires du régime d'assistance médicale, on note qu'en raison de la problématique juridique par rapport à l'incohérence entre la loi 65.00 et le décret 2.08.177, il est impossible de mener une campagne de communication avec les bénéficiaires, d'autant plus qu'elle nécessite de ressources matérielles et humaines. En outre, l'Agence n'est chargée que de préparation et de l'émission des cartes des bénéficiaires.

### ➤ La détection des cas de double affiliation au régime d'assistance médicale et au régime d'assurance maladie obligatoire de base

En réponse à cette recommandation, il est à signaler que pour assurer la bonne gouvernance du régime d'assistance médicale, l'Agence a renforcé l'opération du contrôle de double affiliation dans les régimes de couverture médicale de base afin d'éviter la combinaison de deux ou plusieurs systèmes de couverture médicale de base.

### ➤ Le système d'information intégré

En vue de repositionner l'Agence nationale d'assurance maladie pour atteindre la couverture maladie universelle et parallèlement aux axes stratégiques de la réforme de la couverture médicale de base, le système intégré de gestion de l'information du régime d'assistance médicale vise à développer un outil d'échange de données entre les acteurs du régime d'assistance médicale à travers les actions suivantes :

- identification des bénéficiaires du régime d'assistance médicale par le biais de la carte électronique du régime d'assistance médicale ;
- mise à jour des mécanismes de collecte, de distribution et de gestion des informations du régime d'assistance médicale ;
- unification des données entre les établissements de soins, l'organisme gestionnaire, l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie et les autres intervenants ;
- rationalisation des ressources et maîtrise des dépenses via une consommation médicale moderne et un contrôle strict contre la fraude.

Le travail a été lancé et sera orienté à travers une série d'expériences techniques avant d'être généralisé sur l'ensemble du territoire national, en concertation et avec l'accompagnement du ministère de la Santé et l'assistance des prestataires de services.

## III. Réponse du Ministre de la santé

(Texte réduit)

(...)

### A. Positionnement de l'ANAM dans le système de la couverture médicale de base

#### 1. Les prérogatives de l'ANAM

En réponse à l'observation de la CDC concernant l'écart entre la loi et ses textes d'application, et l'ambiguïté des prérogatives de l'ANAM en tant qu'organe de réglementation, il faut préciser que l'ANAM a un rôle d'encadrement du système de l'assurance maladie obligatoire et non pas autorité de réglementation, en application de l'article 59 de la loi 65-00, et que le législateur a limité le rôle de l'ANAM dans la présentation d'avis sur les textes législatifs et réglementaires, relatifs à l'AMO, soumis par l'administration, et de proposer les mesures nécessaires au contrôle du système AMO, en particulier les mécanismes de contrôle des coûts de l'AMO, ainsi que de veiller sur son respect.

A signaler que la loi a confié à l'ANAM le rôle d'arbitrage entre les différents intervenants, avec toute objectivité en respect des textes législatifs et réglementaires. Aussi, l'ANAM a proposé des amendements des articles 44 et 114 de la loi 65-00 pour l'amélioration du fonctionnement de l'Agence (...)

Concernant l'article 44 de la loi 65-00 relatif aux cas d'incompatibilité, il faut rappeler que la résolution de cette situation, qui demande la séparation entre la gestion du système AMO et l'administration d'établissements offrant des services de diagnostic, de soins ou d'hospitalisation, n'a pas été atteinte, malgré les modifications de l'article 44, un délai de 03 ans avait été accordé pour confier la gestion de ces établissements à d'autres organes, ce délai a été

prorogé par la loi 19.11 au 31 décembre 2012, puis un projet de loi n°143.12 a proposé le prolongement de ce délai au 31/12/2014, non approuvé.

Devant cette situation, la résolution de cette problématique d'incompatibilité doit se faire dans le cadre de la loi de la mutualité qu'il faudra activer.

En ce qui concerne l'article 114 de la loi 65-00, on signale que pour garantir l'implication des opérateurs, qui inscrivent leurs salariés dans une assurance facultative, dans le régime AMO, un projet de loi modifiant et complétant cet article, tend à prolonger la période transitoire à 03 ans à compter de sa publication au bulletin officiel, de ce fait sa mise en application ne sera plus liée à la promulgation de tous les textes d'application de la loi 65-00.

Afin que les prestataires de soins respectent les textes législatifs et réglementaires, en particulier les conventions nationales tarifaires, l'ANAM a fait une proposition de modification de l'article 30 du décret n°2.05.733 pour l'adapter avec l'article 24 de la loi 65-00 (...).

## **2. L'ANAM force de proposition et non pas organe de réglementation**

Au vu de l'article 59 de la loi 65-00, l'ANAM est chargée de l'encadrement technique de l'AMO et de veiller sur le contrôle de ce système en respect des textes législatifs et réglementaires.

Selon la loi 65-00, l'ANAM fait ses propositions au sujet de la facturation des services médicaux (art 11), le cadre conventionnel modèle des conventions nationales (art 20) et au sujet de la fixation des taux de cotisation. Également, elle fait ses propositions concernant la fixation de la tarification nationale de référence pour le remboursement des dispositifs médicaux en application de l'article 11 de ladite loi et de l'article premier du décret n°2.06.802 du 01 février 2007 relatif à la délégation de pouvoirs au Ministre de la Santé.

L'ANAM a proposé la modification des dispositions du décret n°2.05.733 concernant l'article 40 pour l'implication de l'ANAM dans les opérations de contrôle technique (...).

## **3. La cohérence entre le cadre législatif et réglementaire du régime AMO**

On signale qu'il n'y a pas de contradiction entre l'article 23 du décret n°2.05.733 et l'article 25 de la loi 65-00, car l'article 25 précité constitue la règle, du fait que les frais des prestations médicales sont remboursés au vu de cette loi, ou prises en charge selon la tarification nationale de référence, que le prestataire de soins soit affilié à la convention ou non. L'exception c'est le pouvoir discrétionnaire accordé aux organes gestionnaires au vu de l'article 24 de la loi et de l'article 23 du décret.

Au sujet de l'incohérence entre l'article 23 du décret qui concerne uniquement la prise en charge et l'article 25 de la loi qui concerne la prise en charge et le remboursement, l'ANAM a proposé la modification du décret n°2.05.733 pour l'adapter à la loi (...).

### **➤ La relation entre l'ANAM et le Ministère de la Santé**

Il faut préciser que la relation entre le Ministère de la Santé et l'ANAM, telle que fixée dans la loi 65-00, est une relation de tutelle technique du Ministère sur l'Agence, dont l'objectif est de donner plus de force juridique aux mesures proposées pour l'encadrement du régime AMO, ce genre de tutelle ne peut que renforcer cet encadrement.

## **B. Exécution des missions de l'ANAM**

(...)

### **1. Le panier de soins et le reste à charge**

Le principal défi du régime AMO est la réduction du reste à charge et les équilibres financiers. Parmi les mesures prises dans ce sens figure l'encouragement des médicaments génériques, la résolution n°142 du conseil d'administration de l'ANAM du 28 mai 2018 a créé une commission d'encouragement des médicaments génériques (...).

Trois réunions de cette commission ont été tenues en 2018, ayant permis de :

- échanger les points de vue et les attentes des parties (médecins, médecins dentistes, pharmaciens et organes gestionnaires) ;
- dresser la situation actuelle sur le plan réglementaire et pratique et faire apparaître les points forts, les points de fragilités et les risques pour la promotion du générique ;
- présenter l'étude comparative sur les pratiques dans d'autres pays pour la promotion du générique.

Les autres réunions programmées seront réservées à la proposition de mesures plus appropriées à la promotion du générique à court, moyen et long terme.

Lors du 21<sup>ème</sup> conseil d'administration de l'ANAM le 17 avril 2019, et au vu de la décision n°152, il a été porté à la connaissance des membres du conseil d'administration l'état d'avancement des travaux de la commission relative à la promotion du générique (...).

A titre de rappel, le nombre des médicaments génériques inscrits dans la liste des médicaments remboursables est de 2875 en 2018.

Aussi, le renouvellement de la convention permettra de réduire le reste à charge, ce qui impose l'appui de tous les intervenants pour dépasser certaines positions rigides, car la situation actuelle risque de soumettre les assurés à des pratiques leur supportant des restes à charge dépassant leurs capacités.

#### ➤ **Les taux d'exonération qui ne sont pas unifiés entre les deux caisses**

Afin de garantir la cohérence entre la CNOPS et la CNSS pour une gestion rationnelle, l'ANAM a approuvé lors de son 5<sup>ème</sup> conseil d'administration le 20 mars 2009, la décision n°38 adoptant un seuil de 3000 DH comme maximum restant à charge annuel sur l'assuré pour les maladies chroniques et coûteuses (...). Ce seuil a été appliqué également sur les prestations à titre ambulatoire, examens biologiques, radiologie, et prescriptions médicales.

La réduction du reste à charge est un défi qu'il faudra aborder en tenant compte le développement médical et son coût, l'intérêt des assurés et les équilibres financiers.

Aussi, l'unification des seuils entre la CNOPS et la CNSS a des contraintes de différence des mécanismes de financement, des taux de cotisation et du panier de soins.

#### ➤ **L'actualisation de la liste des affections coûteuses et chroniques définies par arrêté du Ministre de la Santé n°2518.05**

Selon l'article 09 de la loi 65-00, la liste des affections donnant droit à exonération est arrêtée par un texte réglementaire, dans ce sens l'arrêté n°2518.05 a été publié fixant la liste des affections dont résulte une incapacité de longue durée ou coûteuse (BO n°5384 du 05 janvier 2006).

L'ANAM, en concertation avec les organismes gestionnaires, a élargi la liste des affections de longues durées à 03 autres affections rares chroniques, dont relèvent 251 maladies, où il est possible l'exonération du ticket modérateur.

L'ANAM a inscrit dans son plan d'action 2019 la réalisation d'une évaluation pour la réforme de la liste des affections de longues durées qui donnent droit à exonération du ticket modérateur.

#### ➤ **La normalisation des critères des organismes gestionnaires pour la considération des assurés comme atteints d'affections chroniques :**

L'ANAM a préparé un plan d'action de révision de la liste des affections chroniques et coûteuses, y compris la révision des critères adoptés dans l'acceptation de l'assuré en tant qu'atteint d'ALC et des conditions d'exonération du ticket modérateur.

## **2. Les conventions nationales**

#### ➤ **Le renouvellement des conventions nationales**

Etant consciente que les conventions nationales constituent le cadre principal pour garantir les droits de tous les parties composantes du dispositif de l'assurance maladie obligatoire de base,

L'Agence a mobilisé tous les moyens nécessaires afin de réussir le processus du renouvellement de ces conventions, et ce à travers la tenue d'une série de réunions avec tous les intervenants dans un cadre de concertation et de consensus, en plus de la mise en place de commissions techniques et juridiques pour la fixation des tarifs.

Pour sortir de la situation d'impasse enregistrée actuellement, il est nécessaire de garantir l'appui suffisant et l'engagement de tous les acteurs en vue de surmonter les positions rigides de certaines parties, car la situation d'impasse influe sur la crédibilité de l'agence et sur les assurés qui se trouvent face à des pratiques qui les obligent à supporter un reste à charge qui dépasse leurs capacités.

Concernant les décisions unilatérales prises par la CNOPS pour la suspension du tiers payants pour certains prestataires, on signale que suite aux plaintes de certains organismes, l'ANAM a pris toutes les mesures pour le règlement du différend y compris la tenue d'auditions entre les parties.

Lors de ces auditions, il a été rappelé que l'ANAM est le seul organisme habilité à prendre la décision de déconventionner un prestataire pour le non-respect ou la violation de ses dispositions.

Ces efforts ont abouti à la révision de la décision de la CNOPS et à la restitution du tiers payant, suite à l'engagement du prestataire à respecter les dispositions de la convention et de la tarification nationale de référence, aussi bien dans le cas de tiers payant ou de paiement direct des frais de soins, conformément à la convention et à la note référence ANAM/RC/06.

### 3. Gestion et normalisation

#### ➤ La méthodologie d'inscription des médicaments remboursables

Dans le cadre de son plan d'action, l'ANAM a renforcé le système de contrôle de la partie médicaments et dispositifs médicaux qui consomment à eux seuls le tiers des dépenses de l'assurance maladie, en plus de l'accompagnement de la politique pharmaceutique, pour rendre les produits médicamenteux accessibles aux assurés. La problématique du reste à charge pour les assurés, qui constitue 50% des dépenses globales en santé, reste liée aux coûts des soins et au coût des médicaments.

La participation dans la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale et la rationalisation de sa gestion, reste une priorité de l'ANAM. Pour s'inscrire dans cette mission, le conseil d'administration de l'ANAM, par sa décision n°4 modifiée par décision n°80 du 22 janvier 2014, a créé en 2006 une commission indépendante (commission de transparence). Actuellement l'ANAM a ouvert un appel à candidature pour le renouvellement des membres de cette commission.

Parmi les missions de cette commission, la présentation d'avis motivé à l'Agence et au Ministère, au sujet des médicaments mis en vente et admis au remboursement, en plus cette commission traite les plaintes relatives aux médicaments non commercialisés au Maroc ou aux médicaments prescrits en dehors des conditions d'utilisation prescrits dans les AMM, afin de sécuriser l'utilisation de ces médicaments et de contrôler les dépenses et de réduire les charges sur la population assurée.

Au vu des dispositions de l'article 08 du décret 733-05-2, la liste des médicaments remboursables est fixée par arrêté du Ministre de la Santé, sur la base du prix du produit médicamenteux générique.

Dans ce cadre, 07 listes de médicaments remboursables ont été publiées par arrêté du Ministre, sachant que la liste des médicaments remboursables a été élargie progressivement, passant de 1000 médicaments en 2006 à 4373 en 2018 dont 2857 génériques.

Pour renforcer le rôle de contrôle confié à l'ANAM et l'analyse des effets économiques et financiers, le conseil d'administration de cette Agence a créé, par décision n°82, la commission

d'évaluation économique et financière des ressources médicales, cette commission fonctionne selon son règlement intérieur validé par décision n°83 du conseil d'administration.

A signaler, que depuis octobre 2013, l'ANAM a enrichi la liste des médicaments remboursables par 2775 médicaments génériques, ce qui a augmenté le nombre des médicaments remboursables à 4373.

L'ANAM veille à l'actualisation de cette liste, tenant compte la totalité des médicaments mis en vente, la liste est envoyée aux organismes gestionnaires et publiée sur le site web de l'ANAM.

Pour garantir l'accès efficace aux soins, l'ANAM a désigné des médecins experts, chargés de statuer sur les litiges entre les assurés et les organismes gestionnaires, ou entre ces derniers et les professionnels de santé, concernant les dossiers de maladie.

A préciser que la procédure d'admission des médicaments remboursables est réglementée, l'ANAM veille dans le cadre de ses missions sur l'accès efficace des citoyens aux produits médicamenteux à des coûts raisonnables, tenant compte des équilibres financiers du régime.

Considérant le délai entre la mise en vente du médicament et son remboursement par les organismes gestionnaires, et du fait que certains médicaments constituent l'unique alternative thérapeutique, le conseil d'administration, par sa décision n°135, a autorisé l'ANAM et les organismes gestionnaires, à titre exceptionnel, à rembourser ces médicaments en attendant leur admission à la liste des médicaments remboursables (...).

#### ➤ **L'élargissement de la liste des dispositifs médicaux**

Il est à noter que par arrêté du Ministre de la Santé en 2015, il a été fixé la tarification de 20 dispositifs médicaux concernant la chirurgie cardio-vasculaire.

#### ➤ **Les mesures concernant les professionnels et les établissements de soins**

Bien que les nomenclatures des actes médicaux méritent d'être activées et renouvelées, il faut signaler qu'il a été réalisé 13 actes de soins dentaires, 22 actes chirurgicales et 134 actes de biologie médicales qui ont fait objet d'assimilation par la commission nationale de nomenclature.

Aussi, l'ANAM veillera à la mise en œuvre de la décision n°136 du conseil d'administration de l'Agence relative à la mise en place de la commission de l'évaluation des actes médicaux, pour l'évaluation du service médical rendu des actes médicaux afin de les intégrer dans la nomenclature des actes remboursables au titre de l'AMO, ainsi les tarifs nationales de référence seront fixés en s'appuyant sur la commission de négociation et de suivi instituée dans le cadre de conventions nationales, à travers l'adhésion dans un cadre logique de la classification commune des actes médicaux (...).

#### ➤ **La mise en place des protocoles de soins**

Consciente de l'importance des protocoles de soins dans la maîtrise des dépenses et des prestations sanitaires, l'ANAM a inscrit dans les priorités de son plan d'action au titre de 2019, la redynamisation de l'opération d'élaboration des protocoles.

#### ➤ **Le contrôle du régime de l'assurance maladie obligatoire de base**

L'Agence ne reçoit pas le rapport d'audit comptable et financier tel que prévu par l'article 52 de la loi, bien que l'agence soit tenue d'établir un rapport annuel global sur les ressources, les dépenses et les données relatives à la consommation médicale aux différents régimes de l'AMO et de veiller à sa publication, en application de l'article 59 de la loi 65-00.

A noter que parmi les amendements de la loi 65-00, l'Agence a intégré l'amendement de l'article n°43, en vertu duquel les organismes gestionnaires sont tenus d'adresser à l'Agence dans un délai déterminé et selon un cadre fixé les informations détaillées sur la consommation médicale des assurés ainsi que les ressources et les dépenses s'y rapportant, et de lui communiquer tous les six mois, leurs prévisions financières (...).

### ➤ **Le système d'information liant les différents intervenants**

L'ANAM a réalisé une étude pour la mise en place d'un système national d'informations relatif à la CMB, réalisation de la première tranche (diagnostic et évaluation de l'état actuel), pour l'enrichissement de ses références, le développement du système d'échange des données, à travers le renforcement des compétences techniques de traitement informatique et d'échange des données du régime AMO, en utilisant des applications sécurisées.

### ➤ **L'arbitrage**

Il faut clarifier que la décision n°135 du conseil d'administration a été prise pour résoudre la problématique du délai entre la mise en vente du médicament et son admission au remboursement, considérant que certains médicaments constituent l'unique alternative thérapeutique (...).

Pour ces considérations, l'ANAM et les organismes gestionnaires ont été autorisés, à titre exceptionnel, à rembourser ces médicaments, en attendant leur admission au remboursement.

### ➤ **La gestion du RAMED**

L'incompatibilité entre la loi 65-00 et son décret d'application n°2.08.177 a créé des contraintes dans la gestion du RAMED, en effet, les cotisations des vulnérables restent bloquées dans le compte de l'ANAM et ne sont pas virées au compte d'affectation spéciales de la pharmacie centrale.

Dans le cadre de l'amélioration de la gouvernance pour une bonne prise en charge des bénéficiaires et la pérennité du régime RAMED, il a été nécessaire d'adopter une gestion rationnelle de ce régime, à ce sujet, et en concertation avec le Ministère de l'Intérieur et le MEF, le Ministère de la Santé a procédé à la réforme de ce régime, en application des orientations de Sa Majesté le Roi Mohamed VI que Dieu le glorifie.

#### • **La communication avec les bénéficiaires du RAMED**

Dans la limite de ses capacités, l'ANAM a mobilisé des ressources pour la réactivité avec les observations et les questionnements des bénéficiaires du RAMED, des numéros de téléphone ont été mis à leur disposition, et deux jours par semaines ont été réservés à l'accueil des citoyens dans les locaux de l'ANAM par des agents désignés à cet effet.

Au titre de 2018, le nombre des appels téléphoniques reçus par l'ANAM était de 6666 (58%) et l'accueil de 4686 bénéficiaires (41%).

#### • **La double affiliation**

Pour une bonne gestion de l'assurance maladie obligatoire, l'ANAM a renforcé le contrôle d'inscription dans les régimes de couverture médicale de base.

L'article 59 de la loi 65-00 dispose que l'ANAM s'assure que tout inscrit dans le régime d'assurance maladie obligatoire, bénéficiaire du RAMED, leurs ayants droit, ne bénéficient que du régime auquel ils sont affiliés. La loi dispose également pour que l'ANAM accomplisse cette mission, que tous les organes et prestataires sont tenus de lui communiquer les données relatives à leurs assurés, conformément aux procédures fixées par voie réglementaire.

En application de l'article 59 précité, l'article 39 bis du décret n°2.05.733 tel que modifié, pris pour application de la loi 116.12 relative à l'AMO, dispose que les organes et établissements cités à l'article 59 précité, sont tenus de communiquer à l'ANAM, à chaque fois qu'elle le demande, les listes des affiliés et de leurs ayants droit.

Afin de s'assurer de la fiabilité des demandes d'affiliation, l'ANAM veille avec les différents intervenants sur le respect des délais d'actualisation des données et d'échange des informations.

A signaler que l'échange des données relatives aux bénéficiaires de la CMB, se fait via un système d'information dédié, dans le cadre de la complémentarité entre tous les intervenants (Ministère de l'Intérieur, organismes gestionnaires et ANAM), en respect du principe de la transparence et de l'objectivité.



Cette coordination entre l'ANAM, les organismes gestionnaires et le Ministère de l'Intérieur, se concrétise dans le contrôle à priori effectué par le Ministère de l'Intérieur sur la base des données qui lui sont communiquées par les organismes gestionnaires, de sa part, l'ANAM effectue le contrôle à posteriori de ces données, pour garantir plus de transparence dans la maîtrise des doubles affiliations, ainsi que pour la rationalisation de l'utilisation des ressources.

Dans ce cadre, l'ANAM a développé un système fluide d'échange des données, et au titre de 2018, le contrôle a permis d'éviter l'inscription de 4093 personnes au RAMED et a permis aussi d'éditionner 2821 cartes.

- **Le renouvellement des cartes RAMED**

Après six ans de la généralisation du RAMED, et bien qu'un taux d'inscription modeste a été réalisé en 2015 (14%), ce taux est passé à 31% en 2016, puis à 46 % en 2017, pour atteindre 49% en 2019. Tenant compte de ces évolutions, il ressort qu'une nette amélioration est enregistrée annuellement.

- **Le système d'information**

Pour un repositionnement de l'ANAM à l'horizon de la Couverture Sanitaire Universelle, en parallèle à la réforme de la CMB, le but du système d'information intégré est de garantir un dispositif d'échange des données entre les différents intervenants, à travers :

- l'identification des bénéficiaires du RAMED par une carte intelligente ;
- la fixation de mécanismes de recueil et de gestion des données du RAMED ;
- l'unification des données entre les prestataires, les organismes gestionnaires et l'ANAM ;
- la rationalisation des ressources et la maîtrise des coûts par une consommation médicale moderne et contrôlée.

Il est à signaler que ce paquet d'action a été entamé, et il sera généralisé après finalisation, en concertation avec le Ministère de la Santé et les prestataires de soins.