

## Régime de l'assurance maladie obligatoire de base, des salariés du secteur privé, géré par la Caisse nationale de sécurité sociale

L'assurance maladie obligatoire de base des salariés, des titulaires de pensions du secteur privé (les assurés principaux) et des membres de famille à leur charge (les ayant droits) ; a été institué par le Dahir n°1.02.296 du 25 Rejeb 1423 (03 octobre 2002) portant promulgation de la loi n°65-00 portant code de la couverture médicale de base. La gestion de cette assurance maladie a été confiée à la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS).

L'entrée en vigueur de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé peut être qualifiée comme une avancée importante en matière d'institution de la couverture médicale de base. En effet, avant mars 2006, la majorité des employés du secteur privé et leurs ayant droits ne bénéficiait d'aucune couverture médicale proprement dite.

En effet, les articles 32 et 37 de la loi n°1-72-184, relative au régime de sécurité sociale telle qu'elle a été modifiée et complétée par la loi n°17-02, prévoient, en cas de maladie ou d'accouchement, l'allocation aux assurés principaux, uniquement, d'une indemnité dite « Indemnité journalière de maladie ou de maternité ». Pour les ayant droits, une aide sanitaire familiale annuelle a été instituée par le décret n°2.79.691 du 2 Joumada II 1400 (18 avril 1980), fixant le taux de l'allocation familiale servie par la caisse nationale de sécurité sociale, tel qu'il a été modifié et complété. Cette allocation a été fixée à 300,00DH comme minimum pour une famille d'un enfant et à 800,00DH comme maximum pour une famille de six enfants.

Le démarrage effectif de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé a débuté en septembre 2005 avec l'engagement du premier prélèvement des cotisations. Quant au remboursement des premiers dossiers des prestations de soins, il a débuté en mars 2006. Soit six mois après l'écoulement de la période de stage prévue à l'article 101 de la loi n°65-00 susmentionnée.

Au cours de la période de mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé (2005-2017), les chiffres clefs de cette assurance ont enregistré une nette évolution. Ainsi, le nombre des assurés a quadruplé en passant de 1 468 155 en 2005 à 6 524 009 en 2017. En ce qui concerne les ressources, elles sont passées de 505, 91 millions de dirhams en 2005 à 7,69 milliards de dirhams en 2017. Quant aux dépenses, elles sont passées de 50, 26 millions de dirhams en 2005 à et 3,79 milliards de dirhams en 2017.

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

L'examen de la gestion de ce régime, par la caisse nationale de sécurité sociale, pour la période 2005-2017 a fait ressortir des observations et des recommandations liées aux aspects suivants :

#### 1. Gouvernance de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé Encadrement juridique

L'examen du cadre juridique régissant l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé a montré qu'il est entaché par l'incomplétude des textes d'application prévus pour la mise en œuvre des dispositions de la loi n°65-00 d'une part et par l'ambiguïté et l'incompatibilité de certaines dispositions d'autre part.

##### ➤ Incomplétude du cadre réglementaire

La mise en œuvre des dispositions de la loi n°65-00 est subordonnée à la promulgation d'un ensemble de textes d'application. Toutefois, bien que ces textes concernent directement les droits

des assurés, ils n'ont pas encore vu le jour. Il s'agit, notamment, des textes d'application relatifs à la mise en œuvre des dispositions des articles 11, 13, 16, 17, 31, 59, 74, 80 et 103 de ladite loi.

Pour pallier l'incomplétude du cadre réglementaire, la Caisse nationale de sécurité sociale recourt souvent à l'adoption d'un certain nombre de règles de gestion. Il est à noter que ces règles de gestion sont mises en œuvre sans qu'elles soient validées par son conseil d'administration et approuvées par les autorités compétentes.

➤ **Ambigüité des dispositions de l'article 114 relatives aux entreprises qui n'ont pas encore adhéré à l'assurance maladie obligatoire des salariés du secteur privé**

Outre les incomplétudes relevées ci-dessus, certaines dispositions de la loi n°65-00, restent ambiguës et donnent lieu à des interprétations diverses. Il s'agit de l'article 114 qui conditionne l'adhésion à l'assurance maladie obligatoire de base pour les employeurs qui, avant l'entrée en vigueur de la loi n°65-00, assuraient une couverture médicale au profit de leurs salariés, par la publication de l'ensemble de ses textes d'application. Il s'agit, notamment, de 3 369 entreprises employant un effectif de 639 654 salariés en 2017.

Il est à signaler que la loi n°65-00 n'a pas précisé l'autorité gouvernementale responsable de la mise en œuvre des dispositions de cet article. Elle n'a pas, non plus, fixé de date butoir pour l'adhésion de l'ensemble des employés du secteur privé.

Ainsi, le fait de lier la soumission de ces employeurs au régime de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé, à la promulgation de l'ensemble des textes retarde l'extension de la couverture médicale obligatoire aux employés de ces entreprises et à leurs ayants droit. Sachant que pour les autres catégories d'employeurs, le régime a été appliqué sans attendre la publication de l'ensemble des textes d'application de la loi n°65-00.

➤ **Cumul de deux missions incompatibles par la caisse nationale de sécurité sociale : gestion de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé et production des soins par ses unités médicales**

La Caisse nationale de sécurité sociale, est gestionnaire de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé. Elle gère aussi 13 polycliniques qui offrent des prestations de soins. Cependant, ces deux missions sont incompatibles. En effet, l'article 44 de la loi n°65-00 précise que « *Il est interdit à un organisme gestionnaire d'un ou de plusieurs régimes d'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé de cumuler la gestion de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé avec la gestion d'établissements assurant des prestations de diagnostic de soins ou d'hospitalisation [...] ».*

**La Cour des comptes recommande au chef du gouvernement de :**

- *veiller à la promulgation de l'ensemble des textes d'application des dispositions de la loi n°65.00, notamment, ceux qui sont en relation directe avec les prestations garanties par l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé ;*
- *lever les ambiguïtés entachant les dispositions de l'article 114 de la loi n°65.00 susmentionnée et veiller à l'adhésion de l'ensemble des employés du secteur privé à l'assurance maladie obligatoire de base ;*

**La Cour des comptes recommande aussi à la Caisse nationale de sécurité sociale d'observer les dispositions de l'article 44 de la loi n°65.00 interdisant le cumul de la gestion du régime de l'assurance maladie obligatoire de base et la gestion des établissements assurant des prestations de diagnostic de soins ou d'hospitalisation.**

## 2. Organisation et gestion de l'assurance maladie obligatoire des salariés du secteur privé

L'article 75 de la loi n°65-00 précise que la gestion de l'assurance maladie obligatoire des salariés du secteur privé est autonome par rapport aux autres prestations assurées par la caisse nationale de sécurité sociale. Les opérations financières et comptables de ce régime font l'objet d'un budget autonome. Toutefois, il a été constaté ce qui suit :

### ➤ Absence d'une structure organisationnelle dédiée au régime de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés et retraités du secteur privé et de ses ayant droits

Contrairement à l'article 75 susmentionné la mise en œuvre et la gestion de l'assurance maladie obligatoire des salariés du secteur privé, depuis l'immatriculation des assurés jusqu'au règlement des prestations, appellent l'intervention de l'ensemble des pôles et des directions de la Caisse nationale de sécurité sociale. Ainsi, les principaux moyens de la caisse nationale de sécurité sociale (patrimoine immobilier, ressources humaines, systèmes d'information...) sont mutuellement exploités par les différents régimes gérés par cet établissement.

Par conséquent, les seuls moyens affectés d'une manière individualisée au régime de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé sont : le personnel de la direction de l'assurance maladie obligatoire au niveau central et l'application ESQUIF, qui sont dédiés à la gestion des prestations de l'assurance maladie obligatoire et des assurés.

### ➤ Des budgets élaborés à titre formel pour la gestion de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé

Cette organisation, partiellement individualisée, se répercute sur la budgétisation des crédits de l'assurance maladie obligatoire des salariés du secteur privé et sur le système de comptabilisation de ses frais de gestion. Ainsi, l'examen des documents budgétaires de ce régime (budgets et situations d'exécution), établis au titre de la période sous revue, a montré que, l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé n'a pas de budgets distincts. Les situations d'exécution de ces budgets sont, également, confondues avec celles du régime général. En conséquence, ces documents budgétaires ne reflètent pas fidèlement les dépenses imputées effectivement au régime de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé.

### ➤ Une décentralisation non accompagnée par la dotation en moyens nécessaires

La visite de certaines directions régionales et agences locales relevant de la Caisse nationale de sécurité sociale a permis d'enregistrer une insuffisance des moyens affectés à la gestion de ce régime. Cette insuffisance se manifeste par :

- un manque en ressources humaines, essentiellement, les médecins contrôleurs, le personnel d'accueil et de traitement des dossiers ;
- un manque de couverture territoriale par un nombre suffisant d'agences. A titre d'exemple, les assurés qui habitent à CHICHAOUA ou à IMINTANOUTE sont obligés de se déplacer jusqu'à MARRAKECH pour déposer leurs dossiers ;
- l'absence de cellule d'accueil et d'orientation et attribution de ces tâches aux agents de sécurité ;
- un retard dans la mise à jour de la situation des assurés, sur le système d'information pour tenir compte des nouvelles déclarations et des nouveaux paiements (importance des retours/rejets et des réclamations) ;
- non actualisation de la base de données relative aux médicaments.

Cette insuffisance de moyens se traduit pour l'assuré par de longs délais d'attente qui l'obligent dans certaines situations à renoncer au dépôt des dossiers de remboursement, et pour la caisse nationale de sécurité sociale, par des retards dans les délais de paiement voire même la fermeture des droits pour cause de non mise à jour à temps du système des déclarations.

*La Cour des comptes recommande à la Caisse nationale de sécurité sociale de :*

- *établir des budgets qui reflètent les dépenses effectives du régime de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé, et ce conformément à l'article 75 de la loi n°65-00 ;*
- *améliorer les conditions d'accueil des assurés au niveau des agences en veillant notamment, à la mise à jour des bases de données, à la réduction du temps d'attente et à l'accès des assurés aux services de ces agences dans les meilleures conditions.*

### **3. Contrôle de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé**

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

#### **➤ Manque de contrôle technique exercé par l'Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale**

Le régime de l'assurance maladie obligatoire des salariés du secteur privé est soumis aux contrôles financier et technique de l'Etat prévus par les articles 53 et 54 de la loi n°65-00. Ces contrôles s'exercent sur pièce et sur place par des fonctionnaires délégués, à cet effet, par le ministère chargé des finances.

A compter de la date de promulgation de la loi 64-12 par le dahir n°1-14-10 du 6 mars 2014, portant création de l'Autorité de contrôle des assurances et de la prévoyance sociale, ces contrôles sont dévolus à cette dernière. Dans ce cadre, une seule mission de contrôle de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé a été effectuée en novembre 2017. En outre, la caisse nationale de sécurité sociale ne dispose pas d'informations sur les suites réservées à cette mission.

#### **➤ Manque de contrôle technique exercé par le ministère de la Santé**

En application des dispositions de l'article 40 du décret 2-5-733 du 18 juillet 2005 pris pour l'application de la loi n°65-00, le régime de l'assurance maladie obligatoire des salariés du secteur privé est, également, soumis au contrôle technique effectué par des médecins fonctionnaires du ministère de la santé. Ce contrôle s'exerce soit sur pièce soit sur place à l'initiative du ministère de la santé ou à la demande de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie. Toutefois, ce régime n'a jamais fait l'objet de ce type de contrôle.

### **A. Couverture des frais des soins de santé**

L'assurance maladie obligatoire des salariés du secteur privé de base ne couvre qu'une partie des frais des soins de santé. La partie non couverte reste à la charge des assurés. Le niveau de couverture, des frais des soins de santé engagés par les assurés dépend de deux facteurs : le panier de soins et le taux couverture. A cet égard, il a été relevé ce qui suit.

#### **1. Panier de soins de santé**

Les prestations de soins couvertes par l'assurance maladie obligatoire des salariés du secteur privé sont, expressément, arrêtées par l'article 7 de la loi n°65-00 susmentionnée. Quant au remboursement ou la prise en charge des frais engagés par les assurés, il est effectué conformément à l'article 11 de la loi n°65-00 précitée. L'examen de ces dispositions a permis de relever ce qui suit.

#### **➤ Existence d'actes médicaux non couverts par l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé par manque d'actualisation périodique de la nomenclature générale des actes professionnels ou exclus du remboursement**

La nomenclature générale des actes professionnels a été fixée par l'arrêté du ministère de la santé n°177-06 du 27 janvier 2006. Depuis cette date, ladite nomenclature n'a pas été actualisée. Sachant que, les progrès successifs des sciences de la médecine débouchent sur de nouveaux

actes. Ainsi, ces nouveaux actes ne peuvent être ni pris en charge ni remboursés par l'assurance maladie obligatoire des salariés du secteur privé.

En plus des nouveaux actes, certains actes de la nomenclature générale des actes professionnels sont, indument, exclus du panier de soins couverts par l'assurance maladie obligatoire des salariés du secteur privé. Il est à signaler que ces actes sont prescrits et facturés par les professionnels de santé et payés par les assurés. Il s'agit à titre d'exemple des actes suivants :

- les consultations quand elles sont facturées le même jour par le même médecin traitant ayant effectué un autre acte dont le prix est supérieur à celui de la consultation ;
- les actes de traitement de la stérilité ou de l'infertilité ;
- l'acte de "monitoring" s'il est réalisé le même jour de l'accouchement ;
- les actes de dermatologie s'ils sont mentionnés sur une feuille de soins contenant un traitement de chute des cheveux ou de nettoyage de la peau.

## 2. Taux de couverture des frais des soins de santé et le restant à charge des assurés

Selon les dispositions de l'article 10 de la loi n°65-00, le taux de couverture et les conditions de remboursement des frais des prestations des soins de santé sont fixés par voie réglementaire. A ce niveau, il a été constaté ce qui suit :

### ➤ Faible taux de couverture des frais engagés par les assurés

Le taux de couverture réglementaire des frais des prestations couvertes par l'assurance maladie obligatoire des salariés du secteur privé est fixé par l'article 2 du décret n°2-05-737 à 70% de la tarification nationale de référence pour les actes professionnels et du prix public de vente pour les médicaments. Ce taux est de 90%, lorsque ces prestations sont dispensées dans les hôpitaux publics au profit des assurés porteurs d'affection de longue durée et/ou couteuses. Certains articles d'appareillages et de dispositifs médicaux font l'objet de remboursement ou de prise en charge sous forme de forfait.

Toutefois, il a été constaté que le taux de couverture global et réel des frais engagés par les assurés, toutes catégories confondues, reste largement en deçà du taux de couverture réglementaire. Ce taux est en moyen de 64%, au cours de la période 2006-2017. Il est à signaler que ce taux serait encore plus faible si les frais payés en noir et non déclarés à la caisse nationale de sécurité sociale ont été considérés.

Ce taux moyen varie, d'un poste de soins à un autre, de 19% pour la lunetterie médicale à 69% pour l'hospitalisation comme le montre le tableau suivant :

Principaux postes de soins	Taux de couverture moyen des frais engagés par les assurés au titre de la période 2006-2017
Hospitalisation	69%
Biologie médicale	63%
Médicaments	61%
Imagerie médicale	55%
Consultations et visites	49%
Soins bucco-dentaires	38%
Lunetterie médicale	19%

Pour la catégorie des assurés porteurs d'affection de longue durée et/ou couteuses, ce taux ne dépasse pas en moyenne 74%, sachant que l'article 9 de la loi n°65-00 prévoit un taux de couverture situé entre 70% et 100% pour cette catégorie d'assurés.

A titre de comparaison, dans les pays de l'OCDE, le taux de couverture moyen est de 80% et le restant à charge moyen des ménages représente environ un cinquième de la totalité des dépenses de santé.

La faiblesse du taux de couverture réel par rapport au taux de couverture réglementaire s'explique par le fait que les bases de remboursement sont souvent inférieures aux prix pratiqués et facturés par les prestataires de soins.

Ainsi, les actes sont remboursés sur la base d'une tarification qui n'a jamais été actualisée depuis l'entrée en vigueur de l'assurance maladie obligatoire des salariés du secteur privé.

Pour les médicaments, ils sont remboursés sur la base du prix du médicament générique le plus proche, et ce, quel que soit le médicament prescrit par le médecin traitant. Sachant que, pour certains médicaments, le prix du générique est largement inférieur au prix de son princeps. Les exemples suivants illustrent ce constat :

Médicament	Pathologie	Dosage	Forme	Prix Princeps	Prix Générique	Taux de couverture
Glivec	Leucémie	100	Gélule	20 399,00	3 800,00	13,04%
			Comprimé pellicule	11 940,00	3 800,00	22,28%
Paraplatine	Cancer de l'ovaire et le poumon.	450	Solution pour perfusion	5 586,80	1 553,00	19,46%
		150		1 871,00	686,00	25,67%
Combivir	VIH	150/300	Comprime pellicule	2 478,00	615,00	17,37%
Epivir		150		1 588,00	256,00	11,28%

### ➤ Un restant à charge des assurés relativement élevé par rapport au niveau de leurs salaires

La faiblesse du taux de couverture des frais réellement engagés par les assurés se traduit par un restant à charge élevé pour l'assuré. En effet, le taux moyen du restant à charge global des assurés principaux, toutes catégories confondues, s'est situé autour de 47% en 2006 et de 37% en 2017. Certains postes de soins (Consultations, lunetterie et soins bucco-dentaires) enregistrent un taux du restant à charge qui dépasse 50%.

En termes de montant, le restant à charge moyen, au titre de l'année 2017, pour les assurés porteurs d'affections lourdes et/ou couteuses dépasse 4 300,00DH par assuré principal. Compte tenu du salaire mensuel déclaré par la majorité des assurés principaux, ce restant à charge demeure élevé. En effet, 50% de ces assurés ont un salaire inférieur à 2 500,00DH et 87% ont moins de 6 000,00DH par mois.

Ainsi, et en l'absence d'une assurance maladie complémentaire, le restant à charge des assurés dépasse les capacités financières de la majorité d'entre eux. D'autant plus que, les paiements en noir sont des pratiques courantes et exigées par certains professionnels de santé. Ces frais, bien qu'ils constituent une partie du restant à charge des assurés, n'ont pas été pris en considération et ce, en raison de l'indisponibilité des informations les concernant.

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

- *prendre les mesures nécessaires pour le renouvellement immédiat de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et des conventions nationales instituant la tarification nationale de référence ;*
- *veiller au respect de la Tarification nationale de référence par les prestataires de soins et les professionnels de santé ;*
- *consolider les efforts de promotion des médicaments génériques auprès des professionnels de santé.*

## B. Gestion des prestations de l'assurance maladie de base des salariés du secteur privé

Les frais des prestations garanties sont couverts, comme prévu à l'article 15 de la loi 65-00, selon le type et la nature de chaque prestation soit, par voie de prise en charge directe par l'organisme

gestionnaire dans le cadre du « Tiers payants », soit, par voie d'avance des frais des dites prestations par l'assuré en vue d'obtenir le remboursement de ces frais par l'organisme gestionnaire « Dossiers de remboursement ». A ce niveau, il a été constaté ce qui suit :

### **1. Gestion des dossiers « Tiers payant »**

Le mode « tiers payants » porte sur trois catégories de prestations :

- les prestations d'hospitalisation prescrites et exécutées sur le territoire national ;
- les prestations exécutées à l'étranger ;
- les médicaments prescrits aux assurés porteurs d'affection de longue durée et/ou couteuses.

La gestion de ces prestations a révélé les observations suivantes :

#### **➤ Non-respect du délai règlementaire d'octroi des accords préalables relatifs aux prises en charge**

L'article 19 du décret n°2-05-733 du 11 Joumada II 1426 (18/juillet/2005), pris pour l'application de la loi n°65-00, précise que, toute prise en charge doit faire l'objet d'un accord préalable. L'article 21 dudit décret ajoute que, les soins faisant l'objet d'une demande d'accord préalable ne peuvent commencer qu'à la suite de la réponse de l'organisme gestionnaire. Celle-ci doit intervenir au plus tard dans les 48 heures suivant le dépôt de la demande.

Toutefois, il a été constaté que, le délai règlementaire d'octroi de ces accords n'est pas toujours respecté. Ainsi, sur un échantillon de 127 628 demandes d'accords préalables reçues au titre de l'année 2017, relatifs aux soins dispensés sur tout le territoire national, 35 103 dossiers (soit 27%) ont dépassé le délai règlementaire de 48 heures. Pour certains dossiers, ce délai dépasse 60 jours.

#### **➤ Absence de la liste des soins nécessitant le transfert à l'étranger**

Selon l'article 16 du décret 2-05-733 précité, la liste des examens ou soins justifiant le transfert à l'étranger est fixée par le ministre de la santé. Or, il a été relevé que la liste des prestations justifiant le transfert à l'étranger n'est pas encore arrêtée par le ministère de la santé.

En l'absence de cette liste, le traitement des dossiers des prises en charges à l'étranger se fait sur la base d'une étude médicale et d'une demande d'expertise auprès des experts nationaux publics et privés. Cependant, il a été constaté que le processus de demande et d'octroi de ces avis, essentiellement leurs délais, n'est pas encadré par un support juridique. Ainsi, le délai de traitement des accords préalable relatifs aux prises en charges à l'étranger se situe entre 17 et 141 jours.

*La Cour des comptes recommande au ministère de la Santé d'arrêter la liste des soins et examens justifiant le transfert des patients à l'étranger comme prévu par la loi n°65.00 ; Et à la Caisse nationale de sécurité sociale de veiller au respect des délais règlementaire de 48 heures en matière d'octroi des prises en Charge.*

### **2. Gestion des dossiers relatifs aux soins ambulatoires**

L'appréciation de la gestion des dossiers de remboursement relatifs aux soins ambulatoires a permis de relever ce qui suit.

#### **➤ Retard dans le traitement et le paiement des dossiers de remboursement**

L'examen du processus de liquidation des dossiers de remboursement a montré que le délai de traitement de certains dossiers dépasse largement le délai règlementaire de trois mois. Pour certains cas, ce délai dépasse six mois

#### **➤ Retard dans le traitement des demandes des accords préalables relatifs aux dispositifs médicaux et implants**

L'article 7 du décret 2-05-733 susmentionné précise que le remboursement ou la prise en charge des appareils de prothèse et d'orthèse, des dispositifs médicaux et implants est soumis à l'accord

préalable de la caisse nationale de sécurité sociale. Mais, la réglementation n'a pas fixé de délai pour l'octroi de ces accords préalables.

Ainsi, il a été relevé que le délai de traitement d'un échantillon de 2 228 dossiers dépasse 60 jours dont 767 dossiers avec un délai de traitement dépassant les 100 jours. Force et de constater que, certains dispositifs sont d'une importance vitale et essentiellement, consommés par les porteurs d'affection lourde et/ou couteuses.

*La Cour des comptes recommande au ministère de la Santé de procéder à la révision de la liste des appareils de prothèse et d'orthèse, des dispositifs médicaux et implants soumis à l'accord préalable de la caisse nationale de sécurité sociale ;*

*La Cour recommande aussi à la Caisse nationale sécurité sociale d'améliorer la qualité de la gestion des prestations de l'assurance maladie obligatoire des salariés du secteur privé, notamment, en matière de réduction et de respect des délais.*

### **C. Ressources, dépenses et équilibre financier de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé**

Les ressources de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé sont en croissance continue en passant de 1 617 770 710,35DH en 2006 à 7 696 462 957,89DH en 2017. En parallèle, ses dépenses sont passées de 187 075 138,87DH en 2006 à 3 794 713 102,53DH en 2017. Cette situation se traduit par la réalisation d'excédents d'exploitation avec un taux de croissance annuel moyen de 9,55%. En effet, ils sont passés de 1 430 695 571,48DH en 2006 à 3 901 749 855,36DH en 2017. Par là même les réserves du régime sont passées de 1 119 190 615,76DH à 26 881 671 121,58DH au cours de la même période.

#### **➤ Des dépenses de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé qui profitent au secteur privé**

L'examen de la situation des remboursements par prestataire de soins a montré que la part des établissements publics de soins dans les financements procurés par l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé est très limitée. En effet, au cours de la période 2006-2017, les établissements de soins publics n'ont bénéficié que de 5,74% des déboursements effectués par la caisse nationale de sécurité sociale dans le cadre du paiement des prestations couvertes par l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé. Alors que les cliniques privées et les 13 polycliniques de la caisse nationale de sécurité sociale ont, respectivement, bénéficié de 84,38% et de 9,17%.

Cette situation s'explique par la faible attractivité de l'hôpital public. Ainsi, les assurés sont souvent attirés par les établissements de soins privés. Pour pallier cette situation, la caisse nationale de sécurité sociale a essayé d'installer des guichets dans certains établissements de soins publics.

#### **➤ Pérennité du régime : des dépenses qui évoluent d'une manière disproportionnée par rapport à l'évolution des ressources**

L'examen de la situation financière de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé au cours de la période 2006-2017, a montré qu'elle est équilibrée, voire même excédentaire. Toutefois, il est à noter que les dépenses de ce régime évoluent d'une manière disproportionnée par rapport à l'évolution de ses ressources. En effet, le taux moyen d'augmentation annuel des dépenses (31,47%) dépasse celui des ressources (13,81%). Soit 17,66 points de différence. Cette situation renseigne que même si le régime est actuellement excédentaire, il risque de ne pas être maintenu dans le futur.

L'examen de la pérennité de ce régime, en se basant sur le modèle actuariel de la caisse nationale de sécurité sociale a permis de :

- déterminer, de manière approximative et dans une situation de statu quo, l'horizon où le risque de déséquilibre du régime est envisageable ;



- simuler l'impact de la variation de certains paramètres sur la tendance de la situation financière du régime, en présentant quelques scénarios éventuels.

Ainsi, si aucun changement n'affecte les paramètres actuels du régime, notamment, le maintien de la tarification nationale de référence et le taux des cotisations, les études actuarielles réalisées par la caisse nationale de sécurité sociale, révèlent qu'à partir de 2026 les cotisations ne couvriront plus les dépenses du régime et l'apparition du déficit technique.

Pour résorber ce déficit et préserver l'équilibre financier du régime, la caisse nationale de sécurité sociale propose d'agir sur les ressources par une augmentation du taux des cotisations estimée à 0,14%.

Toutefois, la Cour des comptes considère que l'équilibre financier du régime peut être préservé, en agissant tout d'abord sur la maîtrise des dépenses, voire même renflouer les réserves cumulées sur la période 2006-2017. A cet effet, trois scénarii ont été testés :

- le premier consiste en la baisse des dépenses des médicaments de 20% en moyenne. Ce scénario permettra d'améliorer les réserves du régime de 1,5MMDH à l'horizon 2022 ;
- le second propose un basculement de 50% de la population des assurés sinistrés à l'hôpital public. Ainsi, Ce scénario permettra l'amélioration des réserves du régime de plus de 5MMDH en 2022 ;
- enfin, le basculement de 70% des assurés sinistrés à l'hôpital public. Cette proposition améliorera d'une manière significative les réserves du régime par un apport supplémentaire qui dépassera 7MMDH en 2022.

En guise de conclusion, la Cour des comptes estime que la pérennité du régime de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé peut être préservée par le développement, à priori, de l'attractivité de l'offre des soins du secteur public, comme en témoignent les deux derniers scénarii.

***La Cour des comptes recommande au ministère de la Santé d'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.***

## II. Réponses du Directeur de la caisse nationale de sécurité sociale

### (Texte réduit)

#### 1. Gouvernance de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé

##### ➤ Concernant l'incomplétude du cadre réglementaire

La caisse nationale de sécurité sociale confirme l'incomplétude du cadre réglementaire, relevée par la Cour, concernant les textes d'application des articles 5, 11, 13, 17, 59, 74, 80 et 103 de la loi 65-00.

##### ➤ Concernant l'ambiguïté des dispositions juridiques relatives aux entreprises qui n'ont pas encore adhéré à l'assurance maladie obligatoire des salariés du secteur privé

La caisse nationale de sécurité sociale a contribué à deux études avec le ministère de la santé, le ministère chargé de l'emploi et l'ANAM pour l'amendement de l'article 114, restées sans suite de la part des autorités compétentes.

##### ➤ Concernant le cumul de deux missions incompatibles par la caisse nationale de sécurité sociale : gestion de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé et production des soins par ses unités médicales

La caisse nationale de sécurité sociale a tenté plusieurs actions pour se conformer à la loi 65-00, notamment, en optant (...) au cours des années 2007 et 2012 pour la délégation de la gestion des polycliniques qui n'a pas abouti. Elle a ensuite lancé en 2014 l'étude stratégique de ses unités médicales. Le dossier de ces unités est actuellement pris en charge par une commission présidée par la Chefferie du Gouvernement qui a tenue trois réunions en 2019. Une réunion de restitution avant transmission de recommandations au Chef du Gouvernement est prévue le 21 Juin.

#### 2. Organisation et gestion de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé

##### ➤ Concernant l'organisation partiellement individualisée

Une gestion complètement séparée de l'AMO aurait nécessité la duplication du système d'organisation de la CNSS (...) ce qui induirait des coûts de gestion très élevés. C'est dans cet esprit que le Législateur a confié la gestion de l'AMO pour les salariés du secteur privé à la CNSS pour bénéficier des structures existantes tout en séparant les charges grâce à la comptabilité analytique.

Par ailleurs, les organes de gouvernance de l'AMO sont séparés de ceux du régime général.

##### ➤ Concernant les budgets élaborés à titre formel pour la gestion de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé

Un mode opératoire a été mis en place en 2018, ce qui permet d'avoir des états d'exécution budgétaires séparés et qui renseignent sur la réalisation des charges du budget AMO au fur et à mesure.

A noter que pour les charges de gestion, le budget et la réalisation sont séparés de ceux du régime général.

##### ➤ Concernant une décentralisation non accompagnée par la dotation en moyens nécessaires

La CNSS étend son réseau d'agences sur la base d'étude triennale qui identifie la concentration de la clientèle. Ce réseau est renforcé par des agences mobiles (destinées aux régions lointaines,

aux exploitations agricoles et aux sites de la pêche maritime), des kiosques de proximité et des bureaux de liaison.

Pour ses besoins en médecins contrôleurs, la CNSS recourt, pour des raisons de maîtrise des coûts, au conventionnement dont trois opérations ont été lancées depuis 2014. A signaler que les besoins en matière de médecins contrôleur est défini sur la base de la stratégie de contrôle médicale définie par la caisse à partir de critères scientifiques.

La refonte du SI AMO permettra de synchroniser les données et d'avoir, en temps réel, l'information sur la situation du droit.

### 3. Gestion des prestations de l'assurance maladie obligatoire de base des salariés du secteur privé

#### ➤ Concernant le non-respect du délai règlementaire d'octroi des accords préalables relatifs aux prises en charge

La demande de prise en charge donne lieu à une réponse et non systématiquement à un accord de prise en charge. Le délai est à comptabiliser à compter de la date où la demande remplit les conditions de recevabilité.

#### ➤ Concernant le retard dans le traitement et le paiement des dossiers de remboursement

La caisse nationale de sécurité sociale travaille continuellement sur l'amélioration des délais de traitement des dossiers des clients. Ces délais sont passés de 23 jours en 2015 à 6 jours en 2018 pour les dossiers de remboursement. Par ailleurs, plus de 98% des dossiers de remboursement sont liquidés en mois de 30 jours.

(...)

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

### (Texte réduit)

(...) J'ai l'honneur de vous transmettre les éléments suivants :

**Premièrement**, concernant l'observation relative à l'application des dispositions de l'article 44 de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base, le conseil d'administration de la caisse nationale de sécurité sociale a déjà examiné la question de sa conformité et a décidé d'opter pour la gestion déléguée des 13 polycliniques de la CNSS (décision n° 34 /2002 en date du 26 avril 2002), mais cette opération n'a pas abouti.

Par la suite, en date du 13 novembre 2012, le conseil d'administration a décidé, par sa résolution n°43/2012 du 17 décembre 2012, de réaliser une étude stratégique globale afin d'examiner les contraintes et possibilités offertes et proposer un plan de développement stratégique pour la mise à niveau de ces unités médicales. L'étude a débuté en 2013 et a fait ressortir plusieurs scénarii, le conseil a opté pour le partenariat public-privé (PPP) ou l'abrogation de l'article 44 de la loi 65-00.

De plus, le cabinet d'étude a préparé un plan de mise à niveau des unités médicales au niveau des ressources humaines et financiers ainsi qu'au niveau organisationnel et administratif, accompagné d'un plan d'action stratégique étalé sur cinq ans en vue de :

- Doter les polycliniques des moyens financiers la première et la deuxième année pour l'acquisition de nouveaux matériaux médicaux ;
- Procéder au recrutement de ressources humaines qualifiées ;
- Moderniser certaines polycliniques afin d'améliorer le taux d'occupation pour un meilleur rendement en vue d'absorber le déficit et assurer l'équilibre financier escompté.

**Deuxièmement**, Le Ministère a envoyé une correspondance à Monsieur le chef du gouvernement en date du 12 décembre 2018 dans laquelle il propose la création d'un comité composé des représentants des départements concernés en vue de trancher sur la situation des polycliniques de la CNSS. Monsieur le chef du gouvernement a répondu favorablement à cette proposition, et un comité a été institué en vue de statuer sur les solutions adéquates. A ce propos, plusieurs réunions ont été tenues dont le dernier avait lieu le 21 juin 2019 et a abouti à la préparation d'une note qui a été adressée au chef du gouvernement comprenant trois scénarios :

- La gestion déléguée ;
- Le partenariat public privé ;
- La cession.

**Troisièmement**, quant à l'intégration des salariés concernés par l'article 114 de la loi 65.00, il y a lieu de noter que cette question est liée étroitement à la remarque de votre rapport relatif à la non publication des décrets d'application des articles 11, 13, 17, 31, 59, 74, 80 et 103. Cette problématique a été inscrite à l'ordre du jour des travaux de la commission thématique chargée de la couverture médicale de base issue de la commission ministérielle du pilotage et de la réforme la gouvernance du système de la protection sociale.

**Quatrièmement**, s'agissant de l'amélioration du taux de remboursement des frais médicaux, le conseil d'administration de la CNSS a décidé, par sa résolution 17/2018 du 16 juillet 2018, de réviser le tarif national de référence en vue de réduire le reste à charge et veiller au respect du TNR. Cette question a été soumise au comité de gestion et d'études relevant du conseil et programmé dans l'ordre du jour de ce comité prévue le 27 juin 2019.

**Cinquièmement**, pour les remarques relatives au délai de remboursement de soins de santé et la déconcentration des services de prestations et l'amélioration des conditions d'accueil des assurés, il y a lieu de noter que parmi les objectifs prioritaires du projet de contrat programme entre l'Etat et la CNSS 2019-2021 qui est en phase finale, figure l'action relative à l'amélioration de la qualité de la gestion des prestations sans compter que le conseil d'administration évoque souvent cette question et demande à ce qu'elle soit traitée. Cependant, il est à noter que le retard cumulé quant à la régularisation de certains dossiers incombe souvent au non-respect des conditions réglementaires nécessaires ou au manque de documents.

Enfin, le Ministère du Travail et de l'Insertion Professionnelle en coordination avec les autres partenaires dans le domaine de l'assurance maladie obligatoire de base du secteur privé, veille à la mise en œuvre des recommandations du rapport soit aux niveaux du conseil d'administration de la CNSS, de la commission thématique chargée de la couverture médicale de base et la commission ministérielle du pilotage et de la réforme la gouvernance du système de la protection sociale afin de trouver les solutions adéquates.