



Avis

Du conseil Economique Social et environnemental

Généralisation de l'AMO, bilan d'étape :

Une avancée sociale à consolider, des défis à relever



Avis

Du conseil Economique Social et environnemental

Généralisation de l'AMO, bilan d'étape :

Une avancée sociale à consolider, des défis à relever

Président de la Commission : M. Jaouad Chouaib

Rapporteur de l'avis : M. Fouad Benseddik

Experts internes du CESE : Nadia Sebti et Mohamed El Khamlichi

Acronymes

ACAPS : Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale

AMMPS : Agence Marocaine des Médicaments et des Produits de Santé

AMSD : Agence Marocaine du Sang et de ses Dérivés

ALC : Affection lourde et coûteuse

ALD : Affection de longue durée

AMO : Assurance maladie obligatoire de base

ANAM : Agence Nationale de l'Assurance Maladie

CESE : Conseil Économique, Social et Environnemental

CNDP : Commission nationale de contrôle de la protection des données à caractère personnel

CNOPS : Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

CMIM : Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine

CPU : Contribution Professionnelle Unique

CSU : Couverture sanitaire universelle

DTS : dépense totale de santé

GMR : Guide des Médicaments Remboursables

HAS : Haute Autorité de Santé

MDH : Millions de Dirhams

MGBM : Mutuelle Générale des Barreaux du Maroc

NGAP : nomenclature générale des actes professionnels

OIT : Organisation Internationale du Travail

ONDAM : Objectif national de dépenses de l'Assurance-Maladie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TNS : Travailleurs Non-Salariés

Table des matières

SYNTHESE	5
INTRODUCTION	5
I. REALISATIONS ET APPORTS DE LA GENERALISATION DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE	9
1.1. L'ASSURANCE-MALADIE EST DESORMAIS UN DROIT ET UNE OBLIGATION LEGALE	9
<i>L'extension du champ personnel de la couverture médicale : évolution du nombre de personnes immatriculées</i>	9
<i>Le lancement de la refonte du système national de santé</i>	9
<i>La conduite de la généralisation : coordination et pilotage à haut niveau gouvernemental</i>	10
1.2. DES ATOUTS ET DES IMPACTS POSITIFS : EXPERTISE DES ORGANISMES GESTIONNAIRES ET DE REGULATION, RETOMBÉES SOCIO-ECONOMIQUES STRUCTURANTES DE L'AMO	10
<i>Efficacité opérationnelle des organismes gestionnaires</i>	10
<i>Des effets potentiellement bénéfiques pour le cadre macroéconomique</i>	11
<i>Le développement du secteur privé</i>	11
<i>La généralisation de l'AMO a vocation à renforcer la bancarisation et l'inclusion financière des ménages</i>	12
1.3. STRUCTURE DU NOUVEAU DISPOSITIF D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE : DES ACQUIS A CONSOLIDER ET DES RISQUES A MAITRISER	12
<i>Un dispositif assurantiel</i>	13
<i>Un dispositif encore non généralisé</i>	14
<i>Le secteur mutualiste : l'acteur oublié de la généralisation</i>	15
II. LA GENERALISATION DE L'AMO : DES ENJEUX ET DES DEFIS A RELEVER	15
2.1. LE DEFI DE L'UNIVERSALITE	15
2.2. LE DEFI DE L'ACCESSIBILITE A L'OFFRE DE SOINS	18
2.3. LE DEFI DE L'EQUITE ET DE LA SOLIDARITE	19
2.4. LE DEFI DE LA QUALITE ET L'IMPERATIF DE LA DEONTOLOGIE	21
2.5. LE DEFI DE L'EFFICACITE	21
2.6. LE DEFI DE LA SOUTENABILITE	24
2.7. LE DEFI DE LA GOUVERNANCE	26
III. PARACHEVER LA GENERALISATION DE L'AMO DANS UN REGIME PUBLIC OBLIGATOIRE DE BASE, GRACE A LA SOLIDARITE, LA COMPLEMENTARITE ET LA CONVERGENCE DE SES ACTEURS – PUBLICS, PRIVES, DU TIERS SECTEURS ET MUTUALISTES	28
AXE 1 : VERS UN REGIME NATIONAL UNIFIE AVEC IMMATRICULATION OBLIGATOIRE POUR TOUS	28
AXE 2 : RENFORCER LE LIEN ENTRE LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE-MALADIE ET LE DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE NATIONALE DE SOINS DE SANTE	30
AXE 3 : ASSURER LA SOUTENABILITE FINANCIERE DE L'AMO	31
AXE 4 : AMELIORER LA QUALITE DES SERVICES DE SOINS : CONSOLIDER LE SECTEUR PUBLIC ET LE TIERS-SECTEUR, ET REGULER LA COMPLEMENTARITE ENTRE LES OFFRES DE SOINS PRIVEE, PUBLIQUE ET MUTUALISTE.	32
AXE 5 : INSTAURER UNE GOUVERNANCE INCLUSIVE, PARTICIPATIVE ET RESPONSABLE	33
ANNEXES	34
ANNEXE N°1 : LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION PERMANENTE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE	34
ANNEXE N° 2 : LISTE DES ACTEURS AUDITIONNES	35
ANNEXE N° 3: SYNTHESE DES RESULTATS DE L'ENQUETE SUR LA PERCEPTION DE LA GENERALISATION DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)	36
ANNEXE N°4 : TEXTES JURIDIQUES ADOPTES DANS LE CADRE DE LA GENERALISATION DE L'AMO	38

Conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi organique n°128-12, le Conseil économique, social et environnemental (CESE) s'est autosaisi, aux fins de préparer un avis sur le bilan d'étape de la généralisation de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Cette auto-saisine s'inscrit dans le cadre de la mission de suivi des politiques publiques dévolue au CESE, conformément à l'article 2-alinéa 2 de la loi organique susvisée.

Dans ce cadre, le Bureau du Conseil a confié à la Commission chargée de des affaires sociales et de la solidarité¹ l'élaboration dudit avis.

Lors de sa 163^{ème} session ordinaire tenue le 31 octobre 2024, l'Assemblée Générale du CESE a adopté à la majorité l'avis intitulé : « *généralisation de l'AMO, bilan d'étape : une avancée sociale à consolider, des défis à relever* ».

Élaboré sur la base d'une approche participative, l'avis est le résultat d'un large débat entre les différentes catégories qui composent le Conseil et des auditions organisées avec les principales parties prenantes concernées², complété par une enquête auprès d'un échantillon de 1000 personnes sur la perception de la généralisation de l'AMO³.

Introduction

Le présent avis porte sur la situation et les perspectives de l'assurance maladie obligatoire (AMO) à la suite de sa généralisation par la loi cadre n° 09-21 relative à la protection sociale. Il fait suite à l'avis publié par le CESE en 2018 sur la situation de la protection sociale au Maroc⁴. Il s'inscrit dans le cadre de la mission de suivi des politiques publiques dévolue au CESE, en vertu de l'article 2-alinéa 2 de la loi organique 128-12.

La généralisation de l'AMO est une réforme d'intérêt crucial. Sa vocation est de contribuer à la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU) pour concrétiser le droit fondamental de tout résident d'accéder à des soins appropriés, préventifs et curatifs, sur l'ensemble du territoire national, à des conditions financières soutenables.

Contexte et motifs

Annoncé par le Discours Royal à l'occasion de la fête du Trône (29 juillet 2020), puis lors du Discours Royal d'ouverture de la session parlementaire (09 octobre 2020), portant sur la généralisation de la protection sociale, l'objectif solennellement assigné à l'élargissement de la couverture médicale obligatoire était « *d'étendre, d'ici la fin 2022 au plus tard, la couverture médicale obligatoire, de sorte que 22 millions de bénéficiaires additionnels accèdent à l'assurance maladie de base qui couvre les frais des soins, des médicaments et d'hospitalisation et de traitement* ⁵ ».

1 Annexe 1 : Liste des membres de la commission chargée des affaires sociales et de la solidarité

2 Annexe 2 : Liste des institutions et acteurs auditionnés

3 Annex 3 : synthèse des principaux résultats de l'enquête sur la perception de la généralisation de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

4 <https://www.cese.ma/media/2020/10/Avis-La-protection-sociale-au-Maroc.pdf>

5 Discours Royal au parlement à l'occasion de l'ouverture de la 1-ère session de la 5-ème année législative de la 10-ème législature.

Cet avis dresse un bilan d'étape de la mise en œuvre de l'AMO depuis l'adoption de la loi 09-21 le 23 mars 2021 et sa publication au bulletin officiel du 06 octobre 2022. Durant cette période, des évolutions importantes sont intervenues. L'ex-régime public d'assistance médicale « RAMED » qui permettait aux personnes relevant des catégories « nécessiteuses » d'accéder gratuitement aux soins dans le secteur public a été transformé en régime assurantiel « AMO TADAMON ». Cela a permis d'étendre à ces personnes le bénéfice du remboursement d'une partie de leurs dépenses de soins ambulatoires auprès des cabinets médicaux privés et de la prise en charge d'une partie des frais d'hospitalisation auprès des cliniques et centres de soins privés, selon la tarification nationale de référence, en plus de la prise en charge totale dans les hôpitaux publics⁶. Parallèlement, l'assurance maladie a été élargie aux travailleurs indépendants, les non-salariés et les professions libérales dans le cadre d'un régime *ad-hoc* dit « TNS ». Un régime additionnel, dit « AMO CHAMIL », a été mis en place au début de l'année 2024 au bénéfice des personnes ne remplissant pas les critères d'éligibilité au régime « AMO TADAMON », ni aux autres régimes professionnels (salariés, non-salariés, agents et fonctionnaires de l'État, étudiants, etc.).

Objectifs de l'avis

Il est d'intérêt général d'observer la situation du déploiement de l'AMO à ce stade précoce de sa généralisation, tout système d'assurance maladie obligatoire étant porteur d'impacts positifs structurants, qu'il importe de consolider, et de difficultés voire de risques potentiellement systémiques qu'il convient de maîtriser, l'objectif étant de renforcer l'ordre public sanitaire, social et financier, tout en favorisant le développement économique grâce à la contribution des dépenses d'assurance maladie et de la consommation des soins.

Le présent avis met ainsi l'accent sur les acquis de la généralisation de l'AMO et identifie les ajustements nécessaires pour en consolider les performances et la viabilité. Il se réfère aux Orientations Royales portant sur la généralisation de la protection sociale et s'appuie sur.

- le cadre défini par la Constitution du Royaume, en particulier son article 31 ;
- les normes universelles applicables telles que la convention n° 102 (1952) et la recommandation n° 202 (2015) de l'OIT relatives à la sécurité sociale et au socle universel de protection sociale,
- la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base (2002) et la loi-cadre n° 09-21 (2021) relative à la protection sociale.

Deux constats majeurs se dégagent. **Le premier constat** est que le cadre législatif et réglementaire ainsi que l'infrastructure gestionnaire et technique de la généralisation ont progressé, avec pour premier résultat tangible qu'à date, un peu plus de 86% de la population totale (évaluée à 36,8 millions d'habitants) est immatriculée auprès d'un régime d'assurance-maladie contre moins de 60% en 2020. Cet avis du CESE rappelle que la performance de tout système de couverture se mesure non seulement par l'étendue de sa population immatriculée, mais aussi par la réciprocité et la durabilité du lien entre l'assurance-maladie et l'offre de soins.

⁶ Voir CNSS, « Guide de l'Assurance Maladie Obligatoire pour les personnes dans l'incapacité de s'acquitter des cotisations », <https://www.cnss.ma/sites/default/files/old/files/files/Guide-AMOTADAMON.pdf>

La finalité ultime est de garantir la sécurité financière des personnes face aux coûts de la maladie tout en contribuant à l'amélioration continue de la situation sanitaire du pays. Le **second constat** est que si la couverture assurantielle a remarquablement progressé, son parachèvement et sa soutenabilité présentent des marges de progrès significatives. En effet, près du quart des marocains (8,54 millions de personnes) n'accède pas encore aux services de l'AMO, soit par absence d'immatriculation (4,97 millions de personnes, soit près de 13,51% de la population totale)⁷ ou bien, même lorsqu'il s'agit de personnes immatriculées, en raison d'une situation administrative de « *droits fermés* » pour cause d'insuffisance de durée de déclaration ou de non-paiement, volontaire ou involontaire, des cotisations dues à leurs régimes de couverture. Cette situation de fermeture de droits concerne plus de 11 % de la population totale immatriculée, soit plus de 3,56 millions personnes. Cet effectif représente au total 24,55% des immatriculés auprès des régimes contributifs d'assurance maladie destinés aux actifs du secteur privé et de leurs ayants-droits, sous gestion de la CNSS (travailleurs salariés, travailleurs non-salariés et immatriculés au régime à immatriculation volontaire « ACHAMIL »).

Pour les personnes effectivement couvertes, les droits ouverts concernent les remboursements et la prise en charge des soins ambulatoires, d'hospitalisation et des médicaments, laissant cependant à leur charge plus de la moitié des dépenses réelles. Par ailleurs, la majorité des dépenses de l'AMO est drainée vers le secteur privé de la santé, avec plus de 90% des dépenses des organismes gestionnaires des régimes des salariés du secteur privé et du secteur public effectuées auprès des établissements privés.

Encadré 1 : Enquête du CESE sur la perception de l'AMO

Une enquête⁸ sur la perception de la généralisation de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) menée en mai-juin 2024 dans le cadre de cette auto-saisine, en même temps qu'elle en souligne les avancées notables en termes de population couverte, montre que le système national d'assurance-maladie est confronté à des besoins d'amélioration de l'information du public sur ses structures et ses mécanismes d'accès, d'intelligibilité de son fonctionnement, de renforcement de ses capacités d'inclusion, ainsi que de son efficacité et de l'équité de ses prestations. De fait, le niveau de satisfaction au sujet de l'AMO ressort « *modéré* » de la part des personnes disposant d'une assurance et critique de la part des personnes sans couverture. Le système est majoritairement perçu comme « *complexe* », « *peu protecteur* », y compris de la part des personnes assurées, « *insuffisamment clair sur les prestations couvertes, leurs coûts, leurs conditions d'accès et leurs modalités de remboursements* ». L'enquête a mis en évidence la « *persistance de la barrière financière* », relevant que 60% de la population non couverte et 36% de la population assurée affirme renoncer aux soins pour des raisons financières. Elle a également mis en évidence la perception de l'accessibilité inégale aux soins et aux traitements : les traitements spécialisés « *coûtent chers et ne nous sont pas remboursés rapidement* » impliquant la nécessité pour les assurés d'avancer des frais importants et en attendre le remboursement partiel ce qui représente une charge financière potentiellement lourde, voire inabordable en particulier pour les familles à revenu modeste. Les taux de remboursement des dépenses de soins sont jugés trop bas, (moins du tiers des frais réels) « *il y a trop de dépenses de notre poche, surtout pour les soins spécialisés* ». Les disparités de l'offre de soins entre régions et entre public/privé ont également été mises en exergue.

⁷ Selon les résultats du RGPH de 2024, la population légale du Royaume a atteint 36.828.330 habitants au 1er septembre 2024.

⁸ Enquête externe auprès d'un échantillon de 1083 personnes. La synthèse des résultats de l'enquête est jointe à l'annexe de ce document ; l'intégralité du rapport est annexée au rapport analytique publié sur le site du CESE.

L'analyse documentaire, les auditions, les rencontres avec les principaux acteurs et l'écoute de toutes les parties prenantes ainsi que la réalisation de l'enquête de perception auprès d'un échantillon représentatif de la population confirment à la fois l'importance des avancées réalisées et les points de vigilance qu'il convient de prendre en compte. La généralisation de l'AMO porte un progrès parmi les plus importants de l'histoire sociale contemporaine du Maroc. Son parachèvement est confronté à des défis communs à tous les systèmes modernes d'assurance-maladie. Ces défis appellent des ajustements législatifs, réglementaires, techniques et organisationnels pour faire converger les dispositifs existants aujourd'hui en silos vers un régime national de base, véritablement universel, solidaire, protecteur et soutenable. Cet avis formule à ce sujet des recommandations de court, moyen et long terme.

I. Réalisations et apports de la généralisation de l'assurance maladie obligatoire

1.1. L'assurance-maladie est désormais un droit et une obligation légale

Les lois et décrets d'extension de l'assurance maladie obligatoire ont été publiés à un rythme soutenu⁹. Avec la loi-cadre n°09-21, l'immatriculation à un régime d'assurance médicale est désormais, « *de jure* », à la fois un droit et une obligation de l'ensemble des citoyens marocains¹⁰.

L'extension du champ personnel de la couverture médicale : évolution du nombre de personnes immatriculées

D'après les données recueillies auprès de plusieurs acteurs¹¹, à fin septembre 2024, plus de 31,8 millions de personnes étaient enregistrées (immatriculées) auprès d'un régime de couverture médicale, soit 86,48%¹² de la population totale (évaluée à 36,8 millions d'habitants¹³).

La revue des paramètres de gestion des différents régimes existants montre, toutefois¹⁴, que plus de 11% des personnes immatriculées sont en situation dite de « droits fermés ».

Si l'objectif des 22 millions de nouveaux bénéficiaires visé par la généralisation de l'AMO à horizon fin 2022 n'a pas encore été atteint, le fait marquant à ce stade est l'extension de l'assurance-maladie à près de 14,6 millions de nouveaux immatriculés, parmi lesquels près de 11 millions par transfert de l'ex-régime RAMED vers le régime « AMO TADAMON ».

L'immatriculation s'est en revanche révélée complexe pour le régime dit des « TNS » initialement destiné à couvrir quelque 11 millions d'actifs¹⁵ relevant des catégories des professionnels, des travailleurs indépendants et des personnes non-salariées exerçant une activité libérale. A début octobre 2024, si la population immatriculée auprès de ce régime était d'un peu plus de 3,5 millions de personnes (assurés et ayants droits), les deux-tiers de cet effectif était en situation de droits fermés (soit 2,3 millions de personnes). L'objectif de la loi (09-21) à l'égard de cette catégorie aux statuts, aux revenus et aux modes d'activité, d'organisation et de représentation hétérogènes était « *d'inclure toutes les catégories concernées et adopter les mécanismes nécessaires à cet effet, notamment la simplification des procédures de paiement et de recouvrement des cotisations relatives à cette assurance* »¹⁶.

Le lancement de la refonte du système national de santé

Parallèlement un « plan de refonte » du système national de santé a été lancé par le Ministère de la Santé et de la Protection sociale avec pour objectif de « *réformer et mettre à niveau le système national de santé* »¹⁷. Cette refonte¹⁸ s'est matérialisée notamment par l'adoption de

⁹ Annexe 4 « Textes juridiques adoptés dans le cadre de la généralisation de l'AMO »

¹⁰ <https://medias24.com/2024/02/21/le-point-sur-les-nouveaux-regimes-amo-avec-hassan-boubrik-dg-de-la-cnss-1-2/>.

¹¹ Ministère des finances, ANAM, ACAPS, CNOPS, CNSS. Les chiffres des organismes gestionnaires et de régulation sont établis et publiés selon des calendriers et des modalités spécifiques qui peuvent laisser apparaître des variations importantes ; il convient de les utiliser avec précaution. Sur ce constat les recommandations du CESE comportent la mise en place d'un dispositif national de recueil, de consolidation et de suivi des comptes de la protection sociale.

¹² Dans son rapport sur la protection sociale de 2018, le CESE, constatait que le taux de couverture médicale de la population marocaine à fin 2016, tout régime compris, était de 54,6%. Selon une note adressée par l'ANAM au CESE le 08 octobre 2024, la population assurée représenterait désormais 88%, (chiffre indiqué comme « provisoire en attente de la validation du Conseil d'administration de l'ANAM ».)

¹³ Résultats du RGPH de 2024, la population légale du Royaume a atteint 36.828.330 habitants au 1er septembre 2024.

¹⁴ Dahir n°1-21-30 du 9 Chaabane 1442 (23 mars 2021) portant promulgation de la loi-cadre 09-21 relative à la protection sociale ; préambule et alinéas 1 et 2 de l'article 5

¹⁵ Idem, article 5

¹⁶ Idem

¹⁷ Audition des représentants du ministère de l'Économie et des Finances, du ministère de la Santé et de la Protection Sociale par le CESE respectivement le 31/01/2024 et le 07/02/2024.

la loi n° 09-22 relative à la fonction sanitaire, la signature le 22 juillet 2022 de la convention-cadre pour la mise en œuvre du programme d'augmentation des effectifs des professionnels de santé à l'horizon 2030¹⁹ ; la promulgation de la loi n°08-22 relative à la création des groupes sanitaires territoriaux²⁰ et des lois relatives à la mise en place de l'Agence Marocaine des Médicaments et des Produits de Santé²¹ et de l'Agence Marocaine du Sang et de ses Dérivés²², ainsi que par l'adoption de la loi portant création de la HAS²³.

La conduite de la généralisation : coordination et pilotage à haut niveau gouvernemental

Les pouvoirs publics ont déployé des mesures proactives en faveur la généralisation de l'AMO de base, aussi bien sur le plan juridique que sur les plans du financement et du pilotage du chantier d'extension. La création d'une commission ministérielle de pilotage de la réforme de la protection sociale sous la présidence du Chef du Gouvernement a permis la coordination et le suivi du processus de généralisation de l'AMO à un rythme soutenu²⁴.

Les cotisations versées par l'Etat à la CNSS au titre du régime « AMO-Tadamon » représentent, en cumul, 15,51 milliards de dirhams à fin septembre 2024, dont 665 millions de dirhams pour décembre 2022, 8,14 milliards de dirhams pour l'exercice 2023 et 6,7 milliards de dirhams pour les trois premiers trimestres de l'année 2024. De plus, et afin de réduire la part des dépenses de santé AMO au profit de ces bénéficiaires, l'Etat prend en charge le ticket modérateur avec un budget annuel d'un milliard de dirhams, et ce, pour les prestations dispensées dans les structures publiques de soins.

1.2. Des atouts et des impacts positifs : expertise des organismes gestionnaires et de régulation, retombées socio-économiques structurantes de l'AMO

Efficacité opérationnelle des organismes gestionnaires

La CNSS, établissement public chargé de déployer la généralisation de l'AMO assure, à date, la couverture de 24,5 millions d'immatriculés contre 8 millions en 2021 et traite en moyenne 100.000 dossiers par jour contre 22 000 dossiers traités en 2021. L'établissement a mis en place un système d'information interconnecté avec plusieurs administrations centrales et établissements de soins. Sa stratégie de transformation digitale a rendu possible le développement de services en ligne adaptés à chaque catégorie de population assurée, le remboursement électronique des prestations et le paiement multicanal des cotisations. Le processus s'est appuyé également sur le renforcement des ressources humaines et l'extension de la présence territoriale de l'établissement, via son réseau d'agences²⁵. L'établissement affiche désormais un délai de remboursement moyen de 9 jours des dossiers des assurés contre 12,4 jours en 2021²⁶. La CNSS a également popularisé les nouveaux droits et leurs modalités d'accès grâce à des campagnes de communication multicanal (caravanes, médias, digital,

¹⁹ Ce programme vise à augmenter le nombre des professionnels de la santé à 45 pour chaque 10.000 habitants en 2030 (ce qui nécessite de doubler le nombre de diplômés des facultés de médecine, de pharmacie et de médecine dentaire ; de tripler le nombre des lauréats des instituts supérieurs des professions infirmières et techniques de santé à l'horizon 2025)

²⁰ Dahir n°1-23-50 du 28 juin 2023

²¹ Dahir n°1-23-54 du 12 juillet 2023

²² Dahir n°1-23-55 du 12 juillet 2023

²³ Dahir n°1-23-84 du 30 novembre 2023.

²⁴ Le 27ème décret d'application de la loi n°98-15 relative au régime « AMO-TNS » a été adopté en 2023, permettant l'adhésion à ce régime de la catégorie des « préposés religieux chargés

²⁵ Plus de 170 agences, 65 agences mobiles, 19 kiosques et 12 antennes de liaison.

²⁶ Données transmises par les représentants de la CNSS lors de leur audition par le CESE, le 21/02/2024

communication directe, etc.). Pour répondre à l'augmentation de son activité et en attendant la digitalisation complète du traitement des dossiers des patients, la CNSS s'appuie sur plus de 3000 « *points de proximité* » répartis sur le territoire national (agences de Barid cash, Wafa cash, etc.) pour la réception des dossiers. Ce dispositif couvre désormais 93% des dossiers de remboursement. Il est complété par la mise en place d'un nouveau centre de traitement des dossiers AMO et un centre de relation client, également externalisé. Il demeure que cette externalisation n'est pas sans risques pour la protection des données personnelles, ainsi que pour la disponibilité et la qualité de l'accueil des assurés attendus d'un régime de sécurité sociale. La CNSS a assuré cependant, au cours des auditions, veiller sur ces risques et les maîtriser.

De son côté la CNOPS²⁷ avait mis en place depuis 2008 un dispositif de communication multicanal, doté de 30 services en ligne, puis un centre d'appel en 2014, une application « Smart CNOPS » en 2016 et l'extension de son réseau de régionalisation à 32 délégations. Les prestations au titre du régime obligatoire de base et les prestations mutualistes complémentaires servies aux différentes populations couvertes par les régimes sous gestion de la CNOPS sont opérées via un système d'information conjointement exploité avec les 9 mutuelles de cet organisme. Cette solution apporte aux assurés, avec plus de 6 millions de dossiers de maladie par an, un guichet unique de remboursement simultané des deux parts, de base et complémentaire, de leurs dépenses de soins. En outre, la CNOPS a réalisé la dématérialisation de ses prises en charge en tiers payant auprès de plusieurs prestataires (cliniques privées, centres de dialyse et d'oncologie), ce qui lui a permis de renforcer la lutte contre la fraude. Dans ce cadre, la CNOPS a développé « *in house* » un outil « CNOPS-360° » lui permettant un suivi digital à la fois de la consommation des assurés et de leurs ayants droit, et du profil de prescription des prestataires. Comme acteur historique de la gestion de l'assurance-maladie, la CNOPS a constitué une base de données qui lui a permis de documenter plusieurs études d'intérêt général. Ces études apportent un éclairage sur la structure des consommations et les coûts des soins, des médicaments, ou d'actes spécifiques (dentaire, accouchements par césarienne, etc.).

Des effets potentiellement bénéfiques pour le cadre macroéconomique

Il n'existe pas encore d'études d'impacts économiques et financiers de la généralisation de l'AMO au Maroc. Les prestations de sécurité sociale permettent un cycle court de circulation des transferts financiers. Les institutions internationales de développement, telles que la Banque Mondiale, soulignent en général qu'en plus de la réduction de la pauvreté, la couverture médicale a des effets positifs sur la santé, l'éducation et la productivité de la population. La réduction des dépenses personnelles de santé peut, en outre, libérer du pouvoir d'achat, stimuler la consommation et favoriser la croissance.

Le développement du secteur privé

La généralisation de l'AMO, en stimulant à la fois la demande et l'offre de soins, agit en levier d'opportunité pour le développement de l'initiative privée dans le secteur de la santé, notamment les cliniques, l'industrie et la distribution pharmaceutiques et l'équipement

²⁷ Note de la CNOPS remise au CESE, mars 2024, intitulée « L'Assurance Maladie Obligatoire- Acquis, perspectives et défis de la Couverture sanitaire universelle ».

médical. D'après la Banque mondiale²⁸, une augmentation de 10% de la couverture d'assurance maladie est généralement associée à une augmentation de 0,3% du taux de croissance économique.

Selon un communiqué de l'Association nationale des cliniques privées (ANCP), en l'espace d'une année (entre le 14 septembre 2022 et le 13 décembre 2023), le ministère de la Santé de la Protection sociale a délivré les autorisations finales pour l'ouverture de 76 établissements privés de santé.

La généralisation de l'AMO a vocation à renforcer la bancarisation et l'inclusion financière des ménages²⁹

La détention de compte bancaire ou de compte de paiement est rendue nécessaire par les procédures de remboursement des dépenses de soins³⁰. Selon les données transmises par la CNSS, près de 2 millions de comptes bancaires ont été ainsi nouvellement intégrés au système de gestion de l'établissement, du fait notamment de l'obligation pour les assurés de disposer d'un compte bancaire ou de paiement dans le cadre des aides sociales directes, dont le versement est assuré par la CNSS. Cette inclusion financière permet aux ménages et aux individus d'améliorer leur accès aux services financiers et, dans une spirale positive, réduire la circulation fiduciaire (le « cash »).

1.3. Structure du nouveau dispositif d'assurance maladie obligatoire : des acquis à consolider et des risques à maîtriser

L'assurance maladie obligatoire peut contribuer à la sécurité financière des personnes face aux dépenses de soins et à une amélioration tangible de la situation sanitaire nationale dès lors qu'elle réunit les trois conditions complémentaires suivantes : 1) l'immatriculation complète de l'ensemble de la population 2) un accès universel à toute la gamme des services essentiels de prévention et de soins ; 3) la réduction de la part du paiement direct restant à la charge des assurés et le financement par la collectivité du coût des soins des personnes les plus démunies quelle que soit leur situation socioprofessionnelle. A ce premier stade, l'assurance-maladie obligatoire marocaine a la physionomie d'une juxtaposition de régimes de couverture définis sur des critères socioprofessionnels, aux paramètres disparates (en termes de conditions d'adhésion et de durée de stage préalable à l'ouverture des droits, de taux de cotisation, de paniers et de niveaux de couverture des soins, de périmètre du tiers-payant, de prise en charge et de continuité des droits en situation de maladies de longue durée, invalidantes et coûteuses, de procédures et de modalités administratives d'immatriculation, etc.)³¹.

²⁸ World Bank. (2016). The State of Social Safety Nets 2016. Washington, DC : World Bank.

²⁹ Audition des représentants de Banque Al Maghrib par le CESE le 13/03/2024.

³⁰ Selon les données transmises par la CNSS, le taux de bancarisation par régime est de 68,90% pour les pensionnés ; 49,40% pour les TNS ; 97,30% pour AMO CHAMIL ; 70% pour AMO TADAMON. Soit une moyenne totale de 69, 3%.

³¹ Ces régimes ayant été construits par blocs successifs dans un processus dont les origines remontent aux premières années du protectorat. La première initiative remonte à 1919, avec l'instauration de la « Société Fraternelle de Secours Mutuels et Orphelinat du Personnel des Services Civils de la Sécurité Publique ». Des caisses et des mutuelles de prévoyance sociale ont été créées progressivement couvrant les secteurs des douanes, de l'administration, l'enseignement, les postes et télécommunications, les ports, les mines, etc. En 1942 est fondée par les employeurs du secteur privé, « la Caisse d'Aide Sociale », considérée comme l'ancêtre de l'actuelle CNSS. En 1950, cinq mutuelles publiques se regroupèrent dans une fédération qui devint la CNOPS. La prise en charge médicale des personnes pauvres et vulnérables s'effectuait à travers la délivrance d'un certificat d'indigence pour la gratuité auprès des grands hôpitaux publics. Au moment de l'Indépendance, le Maroc dispose d'un système de couverture médicale composé d'une multitude de régimes, inarticulés entre eux, cloisonnés, principalement financés par les salaires, au profit d'une partie des employés du secteur privé et des agents publics alors que la majorité de la population active n'a pas de protection sociale.

De plus, en l'état, et en dépit de son caractère obligatoire, l'assurance maladie n'a pas encore atteint une généralisation complète et sa mise en œuvre à grande échelle continue de présenter des difficultés dues à des contraintes techniques, administratives, sociales et de gouvernance.

Un dispositif assurantiel

A la différence du dispositif défini par la loi 65-00 (publiée en 2002) qui instituait un système mixte de couverture médicale, combinant d'une part un dispositif assurantiel pour l'assurance maladie obligatoire de base (AMO) destinés à l'ensemble des actifs et retraités capables de s'acquitter de cotisations, et d'autre part le régime d'assistance médicale pour les personnes dites « économiquement démunies » (RAMED), le dispositif institué par la loi-cadre de janvier 2021 (n°09-21), est exclusivement assurantiel. Ce dernier repose, selon l'article 11 de la loi organique 09-21, sur deux mécanismes : 1) un mécanisme basé sur la cotisation pour les personnes capables de contribuer au financement de cette protection sociale ; 2) un mécanisme basé sur la solidarité pour les personnes « dans l'incapacité de s'acquitter des cotisations », dit « AMO TADAMON », régime d'assurance souscrit par l'État. L'éligibilité à ce dernier régime est déterminée par un score calculé et attribué aux personnes identifiées comme relevant des catégories « nécessiteuses » à partir de leur inscription auprès du Registre social unifié (RSU) sur la base d'un dispositif de recueil, de mise à jour et de contrôle de l'information relative à leur niveau de vie et de consommation.

La définition des catégories dites « nécessiteuses » désignées à l'article 5 de la loi-cadre n° 09-21 instituant l'assurance médicale d'État (AMO TADAMON) exige la triple condition cumulative que les bénéficiaires soient des personnes inactives, sans revenu et dans un état de précarité égal ou inférieur à un seuil déterminé. Dès lors, une personne quoique active mais aux revenus extrêmement limités, aux conditions de vie précaires et souffrant d'une pathologie de longue durée ou invalidante, ne serait pas éligible à cette couverture solidaire. Cette catégorisation basée essentiellement sur le statut socioprofessionnel ne permet pas de prendre en compte l'urgence et la gravité des besoins de soins, d'équipements ou de réadaptation.

Un an après l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance maladie obligatoire, un régime *ad-hoc*, dit « AMO CHAMIL »³² a été créé. Ce régime est destiné aux personnes qui ne sont ni ayant-droit d'un(e) assuré(e), ni actives, et que leurs niveaux de dépenses, de patrimoine et/ou de revenus mobilier ou immobiliers, tels qu'ils sont identifiés dans le cadre du RSU, situent au-dessus du score d'éligibilité au régime AMO TADAMON. Cette solution n'est cependant pas sans risques : la difficulté d'identifier et d'immatriculer systématiquement les personnes éligibles à ce régime, de déterminer et recouvrer leurs cotisations rend hypothétique l'application à leur égard du principe d'obligation d'assurance.

En effet, malgré sa dénomination littérale de « régime d'Assurance Maladie Obligatoire de base au profit des personnes capables de payer leurs cotisations n'exerçant aucune activité rémunérée ou non rémunérée », ce régime laisse l'immatriculation à la discrétion des personnes éligibles et expose le régime à de la sélection adverse, ce qui augmente ses risques de déficit structurel. Ceci d'autant plus, que 92% des assurés inscrits à AMO CHAMIL, tel qu'il ressort du tableau ci-dessous, sont des personnes dont le « score RSU » est situé juste au-

³² Loi 60.22 du 9 décembre 2022

dessus du seuil d'éligibilité, dans les deux premières tranches de cotisations (144 et 176 dirhams par mois). Il s'agit donc d'une population objectivement vulnérable et dont la capacité à contribuer financièrement à l'AMO est précaire.

Niveau de notation	Montant de la cotisation mensuelle due en dhs	Pourcentage des assurés
Supérieur à 9,3264284 et ne dépasse pas 9,5124369	144	42%
Supérieur à 9,5124369 et ne dépasse pas 9,743001	176	50%
Supérieur à 9,743001 et ne dépasse pas 9,9903727	224	6%
Supérieur à 9,9903727 et ne dépasse pas 10,237316	287	2%
Supérieur à 10,237316 et ne dépasse pas 10,431048	355	1%
Supérieur à 10,431048 et ne dépasse pas 10,739952	454	0% (91 pers.)
Supérieur à 10,739952 et ne dépasse pas 11,013068	611	0% (29 pers.)
Supérieur à 11,013068	1164	0% (24 pers.)

Source : MEF- 12/03/2024

Un dispositif encore non généralisé

Plusieurs catégories de populations n'ont toujours pas été intégrées à l'AMO. Parmi elles, les aides familiaux, représentant environ 2 millions d'actifs, ne sont couverts par aucun des régimes prévus par les textes d'extension de l'assurance-maladie obligatoire. En conséquence, ils demeurent sans couverture médicale institutionnelle.

Par ailleurs, les personnes salariées du secteur privé et des établissements publics concernés par la dérogation prévue pour être transitoire, par l'article 114 de la loi n°65-00 continuent d'être assurées dans le cadre de contrats collectifs d'assurance auprès d'organismes assureurs privés, de mutuelles ou dans le cadre de caisses internes. Leur effectif est estimé à près de 1,7 millions de personnes (assurés et ayants-droits) pour un montant de cotisations de l'ordre de 4,5 milliards de dirhams³³. La population relevant du corps des Forces armées Royales est soumise à une législation particulière. Des dispositifs spécifiques couvrent, en outre, des populations dites « particulières », les anciens résistants et membres de l'Armée de libération, les Chioukhs et Moqaddamines ainsi que les « victimes de graves violations des droits de l'Homme » (de la période 1956-1999)³⁴.

Le démarrage de la généralisation de l'assurance maladie a suscité des réserves de la part de certaines organisations professionnelles, qui soulignent principalement le manque de concertation préalable et l'insuffisante prise en compte des spécificités de leurs statuts ou métiers, ainsi que les « risques pour certains droits acquis ». Ainsi et à titre d'exemple, l'Association des Barreaux du Maroc a exprimé des réserves quant à l'assimilation de ses membres aux travailleurs non-salariés (TNS), en mettant en avant le statut particulier et légalement défini des avocats. Elle précise également que l'ensemble de ses membres bénéficie déjà d'une couverture obligatoire contre les risques de maladie via leur mutuelle professionnelle, la mutuelle générale des barreaux du Maroc, créée en 2008. Cette mutuelle, qui couvre environ 18 000 avocats, stagiaires et ayants-droits inclus, est financée par une part des frais administratifs appliqués à chaque dossier judiciaire. Elle assure cette couverture

³³ Données transmises par l'ACAPS, lors de son audition par le CESE le 28/02/2024

³⁴ Les victimes de graves violations des droits de l'Homme sont assurées dans le cadre d'une convention entre la CNOPS et le Conseil National des Droits de l'Homme.

moyennant une cotisation annuelle de 4000 dirhams par adhérent, entièrement prise en charge par l'association, sans lien avec le volume d'activité ou les revenus des avocats³⁵.

Le secteur mutualiste : l'acteur oublié de la généralisation

Le réseau mutualiste marocain est composé de vingt-huit mutuelles et d'une Union³⁶. Ces acteurs ont réussi, entre 1919 et 2005, à fournir des services de couverture médicale grâce à la seule contribution financière de leurs membres. Depuis l'entrée en vigueur en 2005 de la première loi de généralisation de l'AMO (n°65-00), la mutualité a joué un rôle actif dans le maintien de la couverture médicale complémentaire, en tant que droit acquis. Ce secteur dispose d'une offre de 232 unités médico-sociales³⁷. A titre comparatif, les services de soins et d'accompagnement de la mutualité française constituent le premier réseau sanitaire et social à but non lucratif, avec plus de 2600 établissements et services sanitaires et 15 000 professionnels de santé³⁸.

Les mutuelles du secteur public et privés auditionnées ont indiqué n'avoir pas été consultées au sujet des textes d'application de la loi cadre sur la protection sociale (n° 09-21), y compris le projet de loi n°54-23 modifiant la loi n°65-00 relative à l'AMO³. Elles ont souligné que ce dernier, intervenu en application de l'article 15 de la loi-cadre susvisée portant notamment sur « l'instauration d'un organisme unifié de gestion de ces régimes », devrait préalablement faire l'objet d'une étude d'impact.

II. La généralisation de l'AMO : des enjeux et des défis à relever

2.1. Le défi de l'universalité

A début octobre 2024, 31,8 millions de personnes étaient immatriculées auprès d'un des régimes d'assurance maladie existants. Par rapport à une population totale évaluée à 36,8 millions d'habitants, cela signifie que 13,55% de la population n'est pas encore enregistrée à un régime d'assurance-maladie. A cette population non-immatriculée s'ajoutent un peu plus de 3,5 millions de personnes qui, bien qu'effectivement immatriculées, sont en situation dite de « droits fermés », et ne peuvent pas bénéficier de couverture de leurs frais de soins. Au total, un peu plus de 8,5 millions de résidents ne peuvent pas accéder aux soins, soit 23,20% de la population totale³⁹.

Population immatriculée et population effectivement assurée				
Catégorie socio-professionnelle	Assurés principaux	Ayants-droits	Total assurés	Assurés aux « droits fermés »

³⁵ Audition par le CESE des Présidents de l'Association des Barreaux du Maroc et de la Mutuelle Générale des Barreaux du Maroc, le 02/10/2024.

³⁶ 11 mutuelles créées par les personnels du Secteur Public ; 7 créées par les personnels de certains Établissements Publics ; 10 créées par les salariés d'entreprises du Secteur Privé et les travailleurs indépendants et une union, la CNOPS, constituée de 7 Mutuelles du Secteur Public et une relevant du Secteur Semi-public

³⁷ Données transmises, lors de l'audition par le CESE des représentants des 9 mutuelles composant la CNOPS, le 15 mai 2024.

³⁸ Idem

³⁹ Les chiffres de la population totale et les ratios de couverture ont été actualisés pour tenir compte des résultats du recensement général de la population au 1er septembre 2024

Fonctionnaires et retraités du secteur public	1 442 879	1 684 621	3 127 500	82 348
Étudiants (public)	631 874	-	631 874	144 976
Étudiants (privé)	89	-	89	126
Victimes « violations droits de l'homme »	8 700	9 065	17 765	533
Total régimes secteur public sous gestion CNOPS (données au 30/09/2024)	2 083 542	1 693 686	3 777 728	227 983 6,03% des assurés
Travailleurs Salariés et retraités du secteur privé	4 452 349	5 425 636	9 877 985	930 753 9,42% des assurés
Travailleurs indépendants et non-salariés (régime dit des TNS)	1 649 100	1 906 607	3 555 707	2 337 088 65,72% des assurés
AMO-CHAMIL (une période de stage de trois précède l'ouverture des droits à ce régime)	139 892	24 292	164 184	70 780 43,11% des assurés
Total régimes contributifs du secteur privé (sous gestion CNSS (au 08/10/2024))	6 241 341	7 356 535	13 597 876	3 338 621 24,55% des assurés
AMO-TADAMON (régime financé par l'État)	4 052 221	6 921 495	10 973 716	Non applicable
Population assurée sous gestion CNSS (au 08/10/2024, source CNSS)	10 293 562	14 278 030	24 571 592	
Régimes dérogatoires (article 114, loi 69-00)				
Public	81.000	-	-	
Privé	625 900	-	-	
Total assurés (régimes dérogatoires, estimation de l'ANAM pour l'exercice 2022)	706 900	944 300	1 651 200	-
Forces Armées Royale (estimation ANAM)			1 300 000	
Régimes particuliers (Résistants, Chioukhs)			550 000	
Population totale immatriculée à un régime d'assurance-maladie (estimée au 08/10/2024)	31 850 020	86,48% de la population totale (évaluée à 36,8 millions)		
Population immatriculée à droits fermés (estimée au 08/10/2024)	3 566 604	11,19% de la population immatriculée		
Population non couverte (non immatriculée et à droits fermés ; estimée au 08/10/2024)	8 544 914	23,20 % de la population totale Évaluée à 36,8 millions		

La situation de « fermeture des droits » concerne près de 25% des personnes immatriculées auprès des régimes contributifs du secteur privé sous gestion de la CNSS. Cette situation concerne :

- plus de 930 000 assurés du régime des travailleurs salariés de la CNSS, soit 9,42% des assurés de ce régime. Leur situation résulterait, pour environ 30% d'entre eux, du non-paiement de leurs cotisations en raison de défaillances ou de difficultés financières de leurs employeurs. Appartiendraient aussi à cette catégorie, les personnes qui ne justifient pas d'une période de stage de 54 jours déclarés, continus ou non avec versement de leurs cotisations exigibles pendant une période minimum de 6 mois⁴⁰. Il est important de noter que la loi n°65-00 a conditionné l'ouverture des droits des assurés au paiement de leurs cotisations par leurs employeurs. Cependant, son article 32, introduit une exception en affirmant le droit à la continuité de la prise en charge des soins - même en l'absence de paiement des cotisations - pour les assurés porteurs d'affectation de longue durée, de maladies invalidantes ou nécessitant « des soins

⁴⁰ Données transmises au CESE par la CNSS.

couteux ». Cette disposition stipule que le gestionnaire doit mettre en place les mesures nécessaires pour recouvrer les cotisations dues auprès des employeurs des assurés concernés. Les indicateurs concernant le nombre d'assurés bénéficiant de cette disposition ne sont pas publiés.

- 2,3 millions de personnes, soit 65,72% des assurés du régime des travailleurs non-salariés. Ces personnes ont été immatriculées à ce régime sur la base de données dont la fiabilité est contestée⁴¹, transmises à la CNSS par les organismes dits de liaison (départements ministériels de tutelle eux-mêmes instruits par des fichiers d'organismes professionnels). En conséquence, ces personnes se retrouvent privées d'une couverture médicale, tout en étant tenues de s'acquitter du cumul des cotisations impayées, ainsi que les pénalités de retard et des frais de poursuites, conformément aux articles 27 et 28 de la loi n°95-18.
- 70 780 personnes relevant du régime ACHAMIL (soit 43,11%) de l'effectif des assurés de ce régime. La nécessité d'un stage préalable de trois mois avant l'ouverture des droits pourrait contribuer à ce taux élevé, surtout pour un régime à souscription volontaire.

La situation de fermeture de droits concerne aussi plus de 220 000 personnes soit 6,03% des bénéficiaires des régimes gérés par la CNOPS, généralement suite à des changements de statut⁴². Ce constat illustre l'étanchéité des régimes et l'absence d'un mécanisme structuré permettant aux régimes de désinscrire et de transférer entre leurs bases d'assurés les identifiants des personnes qui changent de catégorie socioprofessionnelle⁴³.

Face ces difficultés, les pouvoirs publics ont mis en place des mesures aussi bien incitatives que contraignantes. Cela inclut une amnistie pour les TNS en vertu de la loi n° 41.23 du 4 décembre 2023⁴⁴, ainsi que la conditionnalité des aides sociales directes à l'immatriculation pour les bénéficiaires de AMO-CHAMIL et à la régularisation du paiement des cotisations de l'AMO⁴⁵.

De plus, le projet de loi n° 02-24, qui modifie le Dahir relatif au régime de sécurité sociale, prévoit d'accorder à la CNSS des prérogatives prévues par la loi n° 15-97 formant code de recouvrement des créances publiques. Ces prérogatives permettraient à la CNSS de recourir à des procédures de recouvrement forcé, notamment à travers l'avis à tiers détenteur (ATD). L'utilisation de ce type de procédures, qui supposent que la créance exigible soit certaine et

⁴¹ La fiabilité des données d'immatriculation constituerait un des principaux freins à la généralisation de l'AMO des TNS, selon la présentation de la CNSS auditionnée par le CESE, le 21/02/2024

⁴² Selon la CNOPS, les personnes ayant les droits fermés ne sont plus éligibles aux régimes gérés par cette dernière : décès, âge limite, changement de régime (démission, emploi au privé, enfants ou conjoints qui deviennent assuré à part entière en commençant à exercer une activité lucrative, etc).

⁴³ Dans cet ordre d'idée, un texte réglementaire était prévu par l'article 74 de la loi 65-00, concernant les règles de coordination entre les différents organismes gestionnaires de l'AMO de base en cas de mobilité des salariés entre les deux secteurs publics et privés.

⁴⁴ Afin de bénéficier de cette exonération, le TNS doit entamer le paiement des cotisations dues au titre de la période 12/2023 et postérieur pendant la période d'éligibilité allant du 01/2024 au 04/2024 ; payer régulièrement les cotisations pendant une période de douze mois consécutifs qui commence, à partir du mois qui suit le mois du premier paiement effectué par le travailleur non salarié. Il est également prévu de soumettre le bénéficiaire à une période de stage pour l'ouverture de droit à l'assurance maladie obligatoire de base, fixée à trois mois à compter du mois qui suit le mois du premier paiement.

⁴⁵ Loi n°46-23 modifiant et complétant la loi n° 98-15 relative au régime de l'assurance maladie obligatoire de base pour les catégories des professionnels, des travailleurs indépendants et des personnes non salariées exerçant une activité libérale ; loi n°21-24 fixant des dispositions particulières relatives au régime d'assurance maladie obligatoire de base (AMO) applicables aux personnes capables de payer les cotisations et n'exerçant aucune activité rémunérée ou non rémunérée.

liquide pourrait toutefois avoir un impact négatif sur la confiance des assurés et sur les objectifs de bancarisation.

2.2. Le défi de l'accessibilité à l'offre de soins

L'assurance-maladie est un moyen en vue d'une fin : la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU) au bénéfice de l'ensemble des citoyens. Des pays tels que la Grande Bretagne ou l'Espagne ont choisi de tendre vers la CSU sans recours à un système contributif d'assurance obligatoire mais au moyen du développement d'une infrastructure publique de prévention et de soins médicaux, d'accès gratuit, financée par l'impôt. En optant pour un modèle principalement assurantiel, le Maroc doit relever le double défi de garantir l'accessibilité financière⁴⁶ par les cotisations des assurés, tout en garantissant aussi l'accessibilité géographique à une offre de soins de qualité.

Cette situation soulève des préoccupations en raison des disparités territoriales dans l'offre de soins. En effet, les structures de soins, tant publiques que privées, se concentrent de manière significative dans cinq régions (Casablanca-Settat, Rabat-Salé-Kénitra, Tanger-Tétouan Al-Hoceima, Fès-Meknès et Marrakech-Safi). Ces régions abritent 64% des établissements hospitaliers et des structures d'appui au réseau hospitalier, ainsi que 79 % des cliniques privées et 82% des lits d'hospitalisation privée⁴⁷, mettant en lumière l'inégalité d'accès aux soins à l'échelle nationale.

La pénurie en professionnels de santé est un facteur également préoccupant : en 2022, le Royaume accusait un déficit de 32 000 médecins et de 65 000 infirmiers selon les normes de l'OMS⁴⁸. Cette situation est aggravée par des capacités limitées de formation et de rétention des talents.

Le déploiement de l'AMO s'effectue selon un échéancier précis et dynamique. Cependant, Le manque de synchronisation entre les échéanciers et les réalisations de l'AMO et ceux de la réforme du système de santé pourrait réduire l'impact et l'efficacité de la généralisation.

Parallèlement, l'investissement privé et le développement de groupements d'établissements de soins privés connaissent une croissance notable, mais sans coordination structurée avec l'offre publique de soins. Cette évolution, marquée par une polarisation des dépenses de soins de l'AMO et des ménages vers le secteur privé, pourrait entraîner une inflation des coûts des soins à la charge de l'AMO.

A l'inverse, le potentiel de développement et de contribution à l'offre de soins des centres médicaux créés par les mutuelles semble aujourd'hui gelé. Il en est de même pour le rôle des cliniques de la CNSS⁴⁹ qui demeure sous-estimé même si ces établissements, initialement

⁴⁶ Voir point précédent, « le défi de l'universalité »

⁴⁷ Avis du Conseil de la concurrence n° A/4/22, relatif au « fonctionnement concurrentiel du marché des soins médicaux dispensés par les cliniques privées et les établissements assimilés au Maroc », Octobre 2022

⁴⁸ Interview exclusive du ministre de la Santé et de la Protection Sociale au site d'information électronique Hespress, le 16 janvier 2023, <https://fr.hespress.com/298031-couverture-sociale-le-maroc-a-besoin-de-32-000-medecins-et-65-000-infirmiers.html>. Séances de questions orales au Parlement, novembre 2023.

⁴⁹ Dans sa note communiquée au CESE le 10/10/2024, la CNSS indique : « Les polycliniques de la CNSS sont en phase de restructuration avec des résultats probants. Le déficit a été réduit de plus de 60%, leur offre de soin s'est développée ainsi que leur infrastructure. Et leur avenir promet d'être meilleur »

financés- sans contribution de l'État- par une fraction des produits financiers des réserves de la CNSS auprès de la CDG, ont joué un rôle pionnier et rendent accessibles leurs prestations de prévention et de soins dans le respect de la tarification nationale de référence.

2.3. Le défi de l'équité et de la solidarité

L'universalité et l'accessibilité de tout système d'assurance maladie obligatoire reposent sur des principes fondamentaux de solidarité dans le financement et d'équité dans l'accès aux prestations. Cependant, concrétiser ces principes s'avère difficile dans un contexte marqué par l'hétérogénéité des régimes de couverture médicale.

Cette hétérogénéité engendre des inégalités qui se manifestent à plusieurs niveaux :

- ***L'inégalité de l'effort contributif entre les régimes*** : les cotisations aux différents régimes AMO obéissent à des taux variables, reflétant des différences sensibles dans les efforts contributifs demandés aux différentes catégories d'assurés. Ainsi, le taux de cotisation est de 5% sous un plafond de 800 dirhams comprenant la part patronale et salariale auprès de la CNOPS, tandis qu'il est de 6,37% sans plafond auprès de la CNSS. Il est de 2,5% pour un pensionné-CNOPS sous un plafond de 400 DH contre 4,52% sans plafond pour un pensionné-CNSS. Certaines catégories d'adhérents cotisent sur la base de leurs revenus réels (salariés du public et du privé), tandis que d'autres cotisent sur une base forfaitaire (TNS) ou selon le score calculé au titre du Registre Social Unifié (ACHAMIL). Un(e) fonctionnaire cotisera en part salariale à hauteur respectivement de 144 DH ou 176 DH lorsqu'il (ou elle) perçoit un traitement de 5760 DH ou de 7040 DH, soit trois fois moins que le maximum de la cotisation au régime ACHAMIL, à savoir 1164 DH.
- ***L'inégalité du niveau de couverture*** : les assurés auprès de la CNOPS bénéficient d'un niveau de couverture significativement plus élevé que les assurés de la CNSS ; leurs frais d'hospitalisation en secteur public et privé sont pris en charge respectivement à 100% et 90% du tarif national de référence (TNR) contre 90% et 70% pour les assurés de la CNSS. Il en est de même pour les soins ambulatoires remboursés à 80% du tarif national de référence par la CNOPS contre 70% par la CNSS. Les médicaments pour les personnes atteintes d'affections de longue durée et d'affections lourdes et coûteuses et les dispositifs médicaux sont remboursés à 100% même en ambulatoire par la CNOPS. De même, la CNOPS prend en charge à 100% les médicaments dans le cadre de la convention tiers payant avec les officines de pharmacie, ainsi que la dialyse aussi bien dans le secteur public que privé. Le niveau de couverture des assurés de la fonction publique est renforcé par une couverture complémentaire mutualiste et une assurance supplémentaire souscrite par les œuvres sociales des ministères auprès de compagnies privées.
- ***L'inégalité dans les modalités de prise en charge des frais d'accès aux soins*** : les pratiques en matière de tiers-payant diffèrent selon l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie ; à l'exception du régime de AMO- TADAMON dont l'article 120 bis de la loi n°65-00 prévoit une prise en charge directe sans accord préalable au profit de ses

bénéficiaires dans le secteur public, aucune disposition ne régleme le mode de définition et de gestion des conventions de tiers-payant avec les établissements de soins publics et privés pour permettre aux assurés d'accéder aux soins sans avance de frais. Ainsi, certains organismes accordent des prises en charge, sans accord préalable, pour certaines pathologies graves et coûteuses⁵⁰, tandis que d'autres conditionnent le tiers payant à un accord de prise en charge préalable. Certains organismes prennent en charge directement les frais de soins ambulatoires de leurs assurés, notamment au niveau des structures publiques de soins et des structures privées à but non lucratif, lorsqu'ils dépassent un certain montant, alors que d'autres se limiteront aux frais d'hospitalisation.

- ***L'absence de mesures actives de protection en faveur des femmes à même de réduire leur vulnérabilité en matière d'accès aux soins de santé*** : le processus de généralisation de l'AMO ne comporte pas de mesures spécifiques de nature à prévenir et éliminer les inégalités entre les femmes et les hommes. Ainsi, les mères chefs de famille divorcées sont souvent celles qui paient les frais médicaux de leurs enfants qui restent cependant considérés comme ayants-droits du père, qui *in fine*, encaisse les remboursements. Les femmes divorcées subissent la fermeture de leurs droits au bout d'une année et les veuves qui ne disposent pas d'une pension de réversion, au bout de deux ans, à charge pour elles, lorsqu'elles ne sont pas actives, d'effectuer les démarches administratives nécessaires pour s'immatriculer auprès des régimes correspondant à leur statut socioprofessionnel, au risque de se retrouver sans couverture médicale.
- ***L'inégalité de couverture des prestations d'assurance-maladie et d'indemnités journalières de maladie-maternité*** : en conformité avec la convention 102 de l'OIT, la prise en charge de tout ou partie des dépenses de soins de santé s'accompagne dans la plupart des régimes de sécurité sociale d'un régime contributif d'indemnités journalières de remplacement d'une partie des revenus des jours non travaillés en raison de la maladie ou de la maternité. Ce régime d'assurance des IJM (Indemnités journalières de maladie/maternité) existe auprès de la CNSS depuis sa création en 1959 pour les assurés salariés du secteur privé. Pour les fonctionnaires et les agents publics, cette prestation est financée directement par le budget de l'État. Cette couverture n'a pas été instaurée pour les TNS dans le cadre de la généralisation actuelle de l'AMO.
- ***L'inégalité de traitement des victimes d'accidents du travail et des maladies professionnelles*** : les risques des accidents du travail et des maladies professionnelles n'ont pas encore été intégrés au périmètre assurantiel de la sécurité sociale. Par conséquent, la majorité des actifs ne sont pas couverts contre les effets des accidents du travail et des maladies professionnelles, et les coûts des soins liés à ces sinistres sont souvent, de fait, transférés sur les charges de l'assurance-maladie. La tarification

- ⁵⁰ A noter que la CNOPS, pour faciliter l'accès aux prestations de dialyse et de chimiothérapie, accorde, pour la dialyse, une prise en charge annuelle couvrant toutes les séances y afférentes réalisées durant une année, et procède à un paiement mensuel des centres de dialyse et elle, prend en charge, sans demande de prise en charge préalable, les protocoles de chimiothérapie avec les centres d'oncologie privés.

insuffisante des soins pour les victimes d'accidents du travail (60 dirhams/jour) peut parfois entraîner des refus de prise en charge et favoriser des pratiques de facturation irrégulières de la part des établissements de soins.

2.4. Le défi de la qualité et l'impératif de la déontologie

Pour être efficaces, crédibles et attractifs, les services de santé pris en charge par l'assurance-maladie doivent être centrés sur le patient, respectueux de sa dignité, de son intégrité physique et morale, attentifs à ses vulnérabilités, et prodigués avec tact et bienveillance. Cela implique que les soins soient délivrés par des professionnels non seulement qualifiés et compétents mais jouissant aussi de conditions de travail et de rémunération décentes, et encadrés par un statut et un code de déontologie précisant les principes et règles éthiques qui les engagent, leurs droits et obligations à l'égard des organismes gestionnaires de l'AMO, comme à l'égard de leurs patients et des établissements de soins auprès desquels ils interviennent.

Cependant, l'absence de formalisation complète de ces principes fondamentaux pourrait laisser place à des pratiques abusives et, parfois, à des situations de corruption, tant dans le secteur public que privé. Pour y remédier, il est impératif de mettre en place un système de conventionnement rigoureux entre les ordonnateurs de soins (médecins et établissements) et les organismes assureurs gestionnaires de l'AMO. Ce système doit non seulement garantir une protection effective des assurés, mais aussi veiller au strict respect des dispositions de la loi 131-13 relative à l'exercice de la médecine⁵¹.

2.5. Le défi de l'efficacité

Une des trois dimensions essentielles de toute couverture sanitaire universelle consiste à protéger la sécurité financière de la population au moment d'accéder aux services de santé. Elle nécessite des stratégies de financement qui permettent de réduire les coûts des soins supportés par les ménages, l'objectif étant - grâce à la mutualisation solidaire du financement et aux règles publiques de régulation - de protéger contre le risque de dépenses catastrophiques, et les risques d'appauvrissement de la population face aux coûts de soins quand ceux-ci atteignent des niveaux très élevés.

L'OMS et la Banque Mondiale recommandent un seuil de 25% des dépenses totales de santé (DTS) restant à charge des ménages. Les stratégies élaborées par le Maroc au cours des dernières années visaient le même objectif de 25% de la DTS⁵². Cependant, d'après les Comptes nationaux de la santé, en 2018, la part des dépenses de santé supportée par les ménages s'élevait à 27,8 milliards de dirhams sous forme des dépenses directes, représentant 45,6% des dépenses totales en santé. En incluant les cotisations annuelles des ménages, ce pourcentage atteignait 59,7% de la DTS⁵³.

⁵¹ Notamment en ce qui concerne l'affichage des tarifs, la liste des médecins exerçant au sein de l'établissement, l'adhésion ou non à la convention nationale, ainsi que l'interdiction, en cas du tiers payant, de demander aux personnes assurées ou à leurs ayant droits une provision en numéraire ou par chèque ou tout autre moyen de paiement en dehors de la part restant à leur charge.

⁵² Ministère de la santé, « Comptes nationaux de la santé-2018 », page 54.

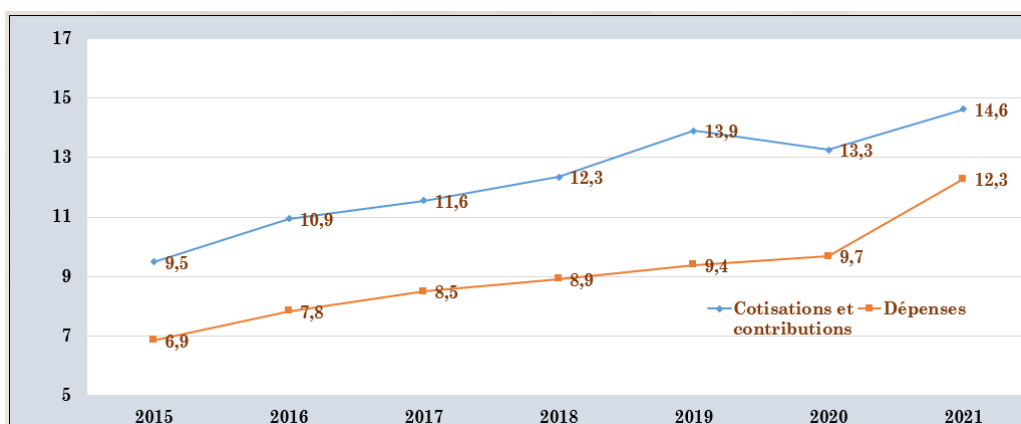
⁵³ Idem, page 54 et 55.

Selon l'ANAM, en 2021, le reste à charge des assurés⁵⁴ s'établissait à 31,5% pour la CNOPS et 37,8% pour la CNSS (à titre indicatif, ce reste à charge était en France en 2021 de 6,3% et de 14,5% en moyenne dans l'Union Européenne⁵⁵). Bien que les données actualisées de la DTS ne soient pas encore disponibles, il est probable que la part à la charge des ménages reste élevée. Ceci pourrait s'expliquer par l'écart entre le coût réel des soins payés par les patients et les tarifs nominaux fixés par la tarification nationale de référence (TNR) qui sert de base pour le remboursement par les organismes assureurs et les tiers-payants. Cette grille n'a pas connu de modification majeure depuis 2006, hormis une révision en 2008 qui a porté sur certains actes médicaux et chirurgicaux courants, comme la consultation en cardiologie avec ECG, la césarienne, l'amygdalectomie, la cataracte et certains actes d'oncologie.

La situation financière de l'assurance-maladie demeure fragile.

Entre 2015 et 2021 (chiffres les plus récents disponibles) les dépenses de l'AMO augmentaient plus rapidement que les ressources (13% contre 8,9% en moyenne par an).

Figure n°1 : Évolution des ressources et des dépenses AMO entre 2015 et 2021



Source : Rapport annuel de l'ANAM – 2021

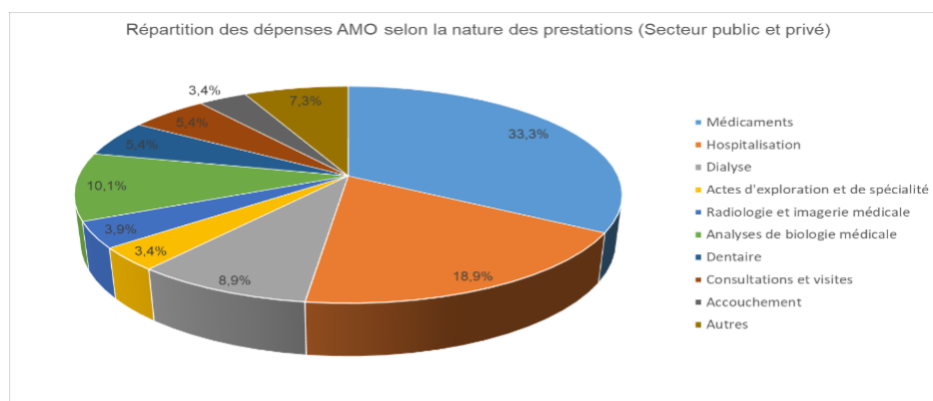
Le premier poste de dépense est le médicament, représentant 33,3% des charges de l'assurance-maladie (contre par exemple 13,9% en France en 2022)⁵⁶.

Figure N°2 :

⁵⁴ Suite aux déductions des remboursements effectués par les organismes de sécurité sociale par rapport au tarif national de référence (TNR) et non des frais réels engagés.

⁵⁵ <https://socialsecurity.belgium.be/fr/chiffres-de-la-protection-sociale/focus-sur-les-chiffres/depenses-de-sante-charge-des-menages-sha>

⁵⁶ Les dépenses de santé en 2022 – Édition 2023, Résultats des comptes de la santé, sous la direction de Franck Arnaud et Geoffrey Lefebvre



Source : ANAM

Une étude réalisée en 2022, par la CNOPS, en coordination avec l'administration générale des douanes et des impôts indirects a révélé que, sur un échantillon de 321 médicaments remboursables, les prix en vigueur au Maroc sont 3 à 4 fois supérieurs aux ceux pratiqués en France ou en Belgique, alors que ces pays sont retenus comme points de référence dans le calcul du prix public minimum des médicaments.

Théoriquement, les prix des médicaments au Maroc devraient être, inférieurs à ceux des pays de référence. Des acteurs auditionnés ⁵⁷ attribuent cette situation aux médicaments dits « innovants » importés à des prix très onéreux. A cela s'ajoute une marge de 10% de l'importateur, établie en sus du prix fabricant hors taxe (PFHT), ce qui contribue directement à alourdir le coût final.

La perspective d'une stratégie nationale de maîtrise médicalisée des dépenses ouvre la voie à une meilleure régulation de l'ordonnancement des soins. Cette stratégie favoriserait le développement de protocoles thérapeutiques (estimés actuellement à 14, avec 29 en cours d'élaboration), ainsi que de référentiels de santé, de forfaits de prise en charge et des références ou guides de prescription des médicaments coûteux et innovants⁵⁸.

L'ANAM signale à cet égard avoir établi une feuille de route visant à « améliorer l'accès aux médicaments tout en veillant sur la pérennité financière des régimes »⁵⁹. La structure des dépenses de l'AMO (hospitalisation, soins ambulatoires, prévention, médicaments) fait apparaître la prééminence des dépenses liées aux affections de longue durée et coûteuses (ALD/ALC) notamment (l'insuffisance rénale, les cancers solides, l'hypertension artérielle sévère et le diabète).

⁵⁷ Docteur Mahly Abdelmoumen, directeur de l'Innovation à Pharma 5, ex-directeur du Laboratoire National de Contrôle du Médicament et Produit de santé au ministère de la Santé et Président de la Commission des affaires réglementaire la Fédération Marocaine de l'Industrie et de l'Innovation Pharmaceutiques.

⁵⁸ France par exemple

⁵⁹ Cette feuille de route porte notamment sur l'adoption d'un processus unifié d'admission au remboursement et d'obtention de l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) des médicaments en appui sur une nouvelle démarche d'évaluation scientifique et économique des médicaments, la promotion du générique, la fixation d'un objectif national de dépenses de l'assurance-maladie (ONDAM). La mise en place d'une politique de remboursement des médicaments basée sur la performance et le partage des risques.

Affections de longue durée et affections coûteuses Dépenses et population concernée	Salariés et retraités du secteur privé 2022	Employés et retraités du secteur public	
		2022	2023
Dépenses liées aux ALD/ALC en MDH	3 674	3 476	3 719
% total des dépenses AMO CNOPS	59%	51,3%	53,3%
% des assurés en ALD/ALC	11	6,5%	6,8%

Source : CNOPS

2.6. Le défi de la soutenabilité

A fin 2023, le total des cotisations et contributions aux principaux régimes d'assurance maladie représentait un peu plus de 33 milliards de dirhams, soit 2% du PIB. Le poids économique de l'AMO est désormais important, structurant et a vocation à s'accroître sous l'effet du vieillissement naturel de la population, de l'amélioration de la couverture et de l'offre de soins, et de la hausse des consommations. Cette tendance, caractéristique de tous les systèmes d'assurance maladie modernes, rend cruciale la vigilance sur la soutenabilité financière des différents dispositifs de l'assurance maladie.

Ce tableau ci-dessous met en lumière les fragilités structurelles du dispositif dans son ensemble, bien que les déficits observés se rapportent à des régimes dont les comptes sont étanches entre eux.

Efficacité de la perception des cotisations et équilibre entre les prestations et les recettes Deux régimes en péril : l'AMO du secteur public et des actifs non-salariés						
Indicateurs (en millions de dhs)	AMO Travailleurs Salariés	AMO Travailleurs Non-Salariés	AMO TADAMON	CNOPS Secteur Public	Régimes dérogatoires (estimation)	Total
Cotisations et contributions dues	10 788	3 370	8 228	6 297	4 600	33 297
Cotisations et contributions encaissées	10 033	754	8 228	6 311	4 600	29 926
% perception des cotisations	93%	29%	100%	99,8%	?	89,8 %
Prestations/Cotisations	71%	172%	64%	121 %		

Source : publications et audits des organismes gestionnaires et de régulation : CNSS, CNOPS, ACAPS (chiffres en MDH)

Dans son rapport de suivi de la situation économique du Maroc⁶⁰ publié en 2024, la Banque Mondiale a identifié quatre risques financiers majeurs, soulignant notamment les défis budgétaires du régime des travailleurs non-salariés (TNS) : « *certaines éléments de la réforme en*

⁶⁰<https://documents1.worldbank.org/curated/en/099646407172428766/pdf/IDU1368cb79a160ae14ed01ba481846716dab978.pdf>, page 16 ; les trois autres risques cités concernent les incertitudes sur le marché du travail, les charges à long terme pour l'État des « financements innovants » et les effets de la sécheresse

cours du système d'assurance maladie nationale (AMO) génèrent des risques budgétaires qui méritent une attention particulière (...le régime AMO TNS..) conçu pour être financièrement équilibré sous l'hypothèse que la grande majorité de ces travailleurs cotisent au système et que ses prestations sont proches de celles des employés formels. (Or) Jusqu'à présent, une faible part des travailleurs non-salariés s'est inscrite, tandis que ceux qui sont couverts ont des taux de réclamation⁶¹ (sic) anormalement élevés, ce qui entraîne un déficit encore gérable, mais qui pourrait augmenter avec le temps ».

Une analyse des régimes AMO pour l'année 2023 révèle que, si les régimes des travailleurs salariés du secteur privé et des bénéficiaires de AMO-Tadamon sont équilibrés, le régime des travailleurs non-salariés affiche en effet un déficit, en grande partie lié aux difficultés d'immatriculation et de recouvrement des cotisations. Le régime AMO CHAMIL, dont l'adhésion est facultative et qui souffre également de problèmes d'immatriculation, risque à son tour de connaître un déficit en raison du phénomène de sélection adverse, où seules les personnes ayant un besoin immédiat de soins adhèrent et cotisent.

De son côté, et depuis 2021, l'AMO des travailleurs salariés du secteur public fait face à des déficits financiers qui ont impacté les délais de remboursement aux assurés et de paiement aux producteurs de soins. En réponse, la CNOPS a mobilisé 1,6 milliard de dirhams de ses réserves en 2023 pour honorer ses engagements. Si la tendance du déficit persiste, il est projeté que les réserves de la CNOPS pourraient s'épuiser d'ici 2026⁶².

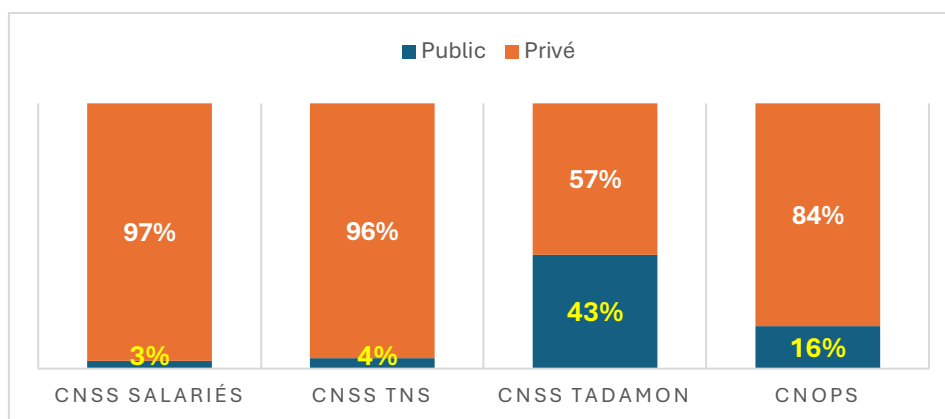
La majorité des dépenses de l'AMO captée par les établissements de soins privés

La majorité des dépenses de l'AMO est désormais drainée vers le secteur privé de la santé. Plus de 95% des dépenses des régimes du secteur privé, salariés et non-salariés, et plus de 80% des dépenses des assurés de la CNOPS s'effectuent auprès d'établissements de soins à but lucratif. Cette dynamique pourrait, à terme menacer la soutenabilité financière de l'AMO. D'après la CNOPS, le coût moyen par dossier dans le secteur privé est 5,6 fois plus élevé que dans le secteur public.

Figure n° 3 : Dépenses de l'AMO destinées aux secteurs de santé public et privé

⁶¹ Entre « taux de consommation de soins »

⁶² Les causes du déficit de la CNOPS sont diverses et cumulatives, incluant l'augmentation des dépenses dans un contexte de vieillissement de la population assurée, une hausse structurelle des maladies chroniques, lourdes et coûteuses, ainsi que le gel des paramètres de financement, avec un plafond des cotisations toujours fixé à 400 dirhams par mois par part patronale et salariale. Cette situation s'est aggravée avec la pandémie de Covid-19, qui a imposé à la CNOPS une charge supplémentaire de 663 millions de dirhams, incluant la contribution au Fonds spécial pour la gestion de la pandémie et la prise en charge des vaccins anti-Covid-19.



Source : CNSS et CNOPS

2.7. Le défi de la gouvernance

Un déficit de dialogue déploré par plusieurs parties prenantes-clés

La loi-cadre (n°09-21, article 3) relative à la généralisation de la protection sociale énonce parmi ses quatre principes fondamentaux le principe de participation « à travers l’implication de tous les intervenants dans les politiques, les stratégies et les programmes relatifs à la protection sociale ». Son préambule réfère explicitement à la Convention n°102 et à la recommandation n°202 de l’OIT qui l’une et l’autre insistent sur le dialogue, la concertation et la co-construction comme règles de conception des systèmes de sécurité sociale. Les acteurs auditionnés par le CESE dans le cadre de la réalisation de cet avis ont souligné la faiblesse voire l’absence d’information et de concertation au sujet de la généralisation de l’AMO.

La régulation : l’ANAM et l’ACAPS, un rôle crucial par vocation qui nécessite d’être renforcé

Les missions de l’ANAM, préfiguration de la Haute Autorité de Santé

La première loi de généralisation de l’AMO (loi 65-00, article 57) avait donné lieu à la création en 2005 de l’Agence Nationale de l’Assurance Maladie (ANAM) avec un statut d’établissement public en charge de « *l’encadrement et la régulation du régime de l’Assurance Maladie Obligatoire (AMO)* ». L’ANAM s’est ainsi dotée d’instances de gouvernance telles que la commission de la transparence (CT), la commission d’évaluation économique et financière des produits de santé (CEFPS), et la commission d’évaluation des actes médicaux (CEAM), lui permettant de structurer ses décisions sur la remboursabilité des biens et des services de santé (panier de soins remboursé, médicaments et dispositifs médicaux remboursables, pertinence clinique et service médical rendu, etc.). En matière de référentiels, l’ANAM met à jour et diffuse régulièrement des versions du guide des médicaments remboursables (GMR) ainsi que du référentiel des professionnels et établissements de santé (INPE), deux outils assurant l’accessibilité des informations nécessaires aux organismes gestionnaires et aux assurés sur les médicaments et les prestataires de soins de santé. L’ANAM a aussi piloté l’élaboration de protocoles thérapeutiques, dont 14 validés en 2023 et 29 autres en cours pour 2024. Conformément à ses missions, l’ANAM a mis en place des structures et des procédures dédiées aux recueil et au traitement des réclamations et à l’arbitrage des litiges entre assurés, gestionnaires et prestataires de soins. Au cours de l’année 2023, l’ANAM a traité 4268 dossiers,

provenant en majorité des réclamations des assurés, et portant sur les demandes de remboursement des médicaments.

L'action de l'ANAM demeure confrontée à des vides juridiques que la Haute Autorité de Santé (HAS) est appelée à traiter. Ils concernent par exemple les critères et modalités de couverture des examens et des soins justifiant le transfert à l'étranger (article 16 du décret n°2.05.733) ; l'intégration des salariés titulaires d'une couverture médicale à titre facultatif dans l'assurance maladie obligatoire (article 114 de la loi 65.00); les règles de coordination entre les différents organismes gestionnaires de l'AMO en cas de mobilité des salariés entre les deux secteurs public et privé (article 74 de la loi 65.00) ; les modalités de coordination entre les prestations de l'AMO et les prestations d'indemnité journalière de maladie et de maternité, ainsi que la prestation d'invalidité (article 80 de la loi 65.00) ; les conditions dans lesquelles les droits aux prestations restent ouverts à l'assuré, lors d'interruptions de travail sans rémunération pour des raisons statutaires ou contractuelles (article 103 de la loi 65.00) ; le maintien du droit de prestations, pour l'assuré et ses ayants-droits, à l'AMO (article 104 de la loi 65.00). Les modalités d'application des dispositions de l'article 32 de la loi 65.00 relative à la continuité des droits des personnes en situation de maladie de longue durée, ou invalidante ou nécessitant des soins très coûteux appellent aussi un texte d'application pour l'ensemble des régimes, au-delà des seuls assurés salariés et retraités du secteur privé.

Les missions à renforcer de l'ACAPS

De son côté, l'autorité de contrôle des assurances et de la prévoyance sociale (ACAPS), mise en place depuis 2016 (loi n°64-12) est chargée, outre les entreprises d'assurances et de réassurance et de leur réseau de distribution, de la « supervision » des organismes de prévoyance sociale. Sa vocation est de veiller à la protection des assurés, affiliés, adhérents et bénéficiaires de droits via le contrôle de solvabilité des opérateurs, la vérification du respect des règles applicables aux différents secteurs et le suivi des pratiques commerciales. Alors que le contrôle par l'ACAPS du secteur de la mutualité est réputé, pour sa part, s'exercer « conjointement avec le ministère chargé de la protection sociale » conformément à la législation⁶³ en vigueur, la substance, les modalités et les effets de cette mission méritent d'être précisés davantage. Le rôle de l'ACAPS à l'égard de la gestion de l'assurance-maladie devrait être renforcé eu égard à l'importance des volumes financiers et la sensibilité des droits des assurés mis en jeu dans le cadre de cette prestation.

L'articulation réciproque des missions de l'ANAM et de l'ACAPS n'a pas été définie ; leurs missions ne comportent pas d'activité connue de cartographie et de revue des risques, qu'il s'agisse de la qualité, de l'intégrité des systèmes d'information et de gestion des organismes assureurs, producteurs de soins et de médicaments, ou qu'il s'agisse de sujets tels que le transport médical, ou la gestion de déchets chimiques et organiques.

⁶³ Article 12 de la loi n°64-12 portant création de l'Autorité de contrôle des assurances et de la prévoyance sociale, publiée au bulletin officiel n° 6240 du 18 Joumada I 1435 (20-3-2014).

III. Parachever la généralisation de l'AMO dans un régime public obligatoire de base, grâce à la solidarité, la complémentarité et la convergence de ses acteurs – publics, privés, du tiers-secteur et mutualistes

Le cadre juridique mis en place depuis la publication de la loi-cadre 09-21 relative à la protection sociale (5 avril 2021), ainsi que les mesures de gestion adoptées pour son déploiement, garantissent désormais à chacun le droit de s'immatriculer auprès du régime d'assurance-maladie adapté à sa situation professionnelle et familiale.

Ce progrès social d'envergure et précieux a besoin d'être consolidé : à ce jour près d'un quart de la population n'a pas de couverture médicale, soit par absence d'immatriculation, soit en raison de « droits fermés ». La question du renoncement aux soins pour raisons financières est un autre défi, mis en exergue par l'enquête du CESE sur la perception de l'AMO, qui révèle que parmi les personnes sondées, 60 % des non-immatriculés et 36 % des assurés renoncent aux soins pour des motifs économiques.

Une refonte de l'architecture et de la gouvernance générale du dispositif national d'assurance-maladie est nécessaire pour mettre en convergence les régimes qui le composent et assurer une couverture effective à l'ensemble de la population, sans laisser personne en marge.

Cela implique un recentrage de l'AMO, de son financement, de ses prestations et de sa gestion sur les besoins sanitaires des personnes et sur la qualité et la disponibilité de l'offre de soins. Une telle refonte requiert le décroisement et l'évolution des composantes actuelles du système de couverture-santé en faveur d'une véritable solidarité sanitaire nationale, dans le cadre d'un régime d'assurance maladie de base unifié, universel, soutenable financièrement, viable à long terme, et assorti d'un système de couverture complémentaire mutualiste et/ou assurantiel privé.

L'évolution vers ce régime doit être étroitement liée à la poursuite et à l'accélération de la mise à niveau de l'offre nationale de soins. Il s'agit d'améliorer la qualité et l'attractivité du secteur public, de préserver sa place primordiale dans l'offre de soins nationale, tout en favorisant un développement coordonné et complémentaire du secteur privé, du tiers-secteur à but non lucratif, solidaire et mutualiste.

Au service de cette vision, le CESE préconise les cinq axes de recommandations suivants :

Axe 1 : vers un régime national unifié avec immatriculation obligatoire pour tous

Court terme :

1. Réaliser, dans le cadre des compétences attribuées à la Haute autorité de santé, des études actuarielles et d'impact médico-socio-économiques pour toutes les variables en lien avec la généralisation de l'AMO, en appui sur des hypothèses, une méthodologie et des objectifs clairs et partagés avec l'ensemble des parties prenantes du système d'assurance maladie et

de santé (régulateurs, gestionnaires, mutuelles, partenaires sociaux, représentants des établissements de soins et professionnels de la santé). Sur la base des résultats de cette étude, définir clairement le panier de soins, actualiser la liste des médicaments et dispositifs médicaux remboursables, le tarif national de référence, les taux de cotisation et de remboursement et instaurer un système national de « tiers payant » rigoureusement défini.

2. Envisager la création d'une catégorie d'assurance intermédiaire entre AMO TADAMON et AMO ACHAMIL, combinant une cotisation des assurés et une subvention de l'Etat. Cette mesure permettrait de mieux répondre aux besoins sanitaires et à la situation socio-économique des citoyens vulnérables actuellement éligibles à AMO CHAMIL, mais se situant juste au-dessus du seuil d'éligibilité à AMO TADAMON. Pour cela, une révision des critères d'éligibilité aux deux régimes susvisés serait appropriée en même temps qu'elle favoriserait la mobilité entre ces dispositifs (ouverture, suspension, transfert des droits) sur la base de seuils de transition.
3. Garantir le droit à la couverture médicale pour les aides familiaux (personnes actives sans rémunération monétaire ni revenu fixe) en explorant des modalités d'intégration adaptées. Celles-ci pourraient inclure leur rattachement à un foyer élargi, à une entité de production immatriculée, ou l'instauration d'une cotisation spécifique, définie sur la base des résultats d'une étude actuarielle menée en concertation avec les organismes professionnels concernés.
4. Réviser et adapter les dispositifs et les mécanismes de financement et de gestion de la couverture des Travailleurs Non-Salariés (TNS) :
 - ✓ Pour les professions réglementées (avocats, médecins, pharmaciens, architectes, etc.) rouvrir le dialogue avec les structures ordinales pour assurer l'immatriculation et la contribution effectives de leurs membres à l'AMO⁶⁴. Cette démarche devrait permettre aux mutuelles déjà établies dans ces professions de préserver leur acquis et d'assurer la gestion de la couverture complémentaire.
 - ✓ Pour les professions non réglementées (agriculteurs, artisans, etc.) : mettre en place des modalités de cotisation flexibles adaptées aux emplois saisonniers et intermittents.
 - ✓ Etablir un bilan actuariel du régime des TNS sur la base de termes de références et des hypothèses validées en concertation avec les représentants des différentes professions.
5. Rendre explicitement obligatoire l'immatriculation au régime AMO-CHAMIL et ce, en révisant la loi n°60.22 afin d'instituer l'immatriculation par défaut et automatique des personnes non couvertes par un autre dispositif, en se basant sur la capacité contributive, établie par les déclarations fiscales et les dépenses (voir complément de cette recommandation à moyen terme en point 6 ci-dessous).

⁶⁴ En France, l'article L-114_18 du code de sécurité sociale prévoit une peine de six mois à deux ans de prison et une amende de 15.000 à 30.000 Euros contre quiconque « refuse délibérément de s'affilier ou persiste à ne pas engager les démarches en vue de son affiliation obligatoire » ou qui « incite autrui à se soustraire à l'obligation de s'affilier à un organisme de sécurité sociale ».

Moyen et long terme :

6. Revoir les critères d'éligibilité pour inclure les droits et besoins en santé, ainsi que les capacités contributives financières, fiscales et patrimoniales, au-delà d'une approche limitée aux statuts socioprofessionnels.
7. Mettre à l'étude les réformes législatives, réglementaires et techniques permettant :
 - ✓ La mise place d'un identifiant national de sécurité sociale immatriculant tous les résidents au Maroc, avec déclaration obligatoire et mise à jour régulière. Cette mission, qui pourrait être confiée à l'Agence nationale des registres, impliquera une révision des textes législatives et réglementaires relatives à la gouvernance, à la gestion administrative et technique et au financement de l'AMO.
 - ✓ La mise en place d'un régime national universel obligatoire de base, contributif et assistanciel, géré par un organisme public d'assurance-maladie dédié spécifiquement à cette branche de sécurité sociale ;
 - ✓ L'institution d'un cadre législatif spécifique permettant la création et la pérennisation de régimes de couverture complémentaires, gérés par des mutuelles ou des dispositifs d'assurance maladie d'entreprise ou individuelle.
8. Supprimer la notion de fermeture des droits tout en systématisant l'immatriculation et le recouvrement des cotisations (voir point suivant).
9. Explorer la possibilité de dissocier entre la mission de l'administration des recettes et celle de la gestion des soins : créer un organisme public chargé de collecter systématiquement les cotisations du régime public d'assurance-maladie et de les recouvrer légalement, que ce soit par voie amiable ou, si nécessaire, par des mesures contraignantes. Ce dispositif compléterait le système d'immatriculation, qui serait assuré par le RNP, tel que proposé dans la recommandation 7, tout en étant indépendant de l'organe gestionnaire de l'AMO.
10. Intégrer les régimes dérogatoires maintenus au titre de l'article 114 de la loi n°65-00, dans le système d'assurance maladie obligatoire de base. Cette intégration pourrait s'accompagner de la possibilité pour les organismes gestionnaires actuels de continuer à gérer l'assurance de base pour le compte du régime général dans un cadre contractuel, tout en assurant également leurs prestations d'assurance complémentaire.

Axe 2 : Renforcer le lien entre le financement de l'assurance-maladie et le développement de l'offre nationale de soins de santé

Court terme :

11. Étendre le tiers payant pour tous les assurés de l'AMO :
 - ✓ Actualiser les dispositions du décret n° 2-05-733 (18 juillet 2005) en application de la loi n°65-00 portant code de la couverture médicale de base, pour ouvrir aux assurés des régimes, le droit d'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers auprès des hôpitaux publics et du secteur social et solidaire sans avance de frais (application du tiers payant avec dispense de l'accord préalable) au même titre que les assurés relevant de AMO TADAMON.
12. Harmoniser la tarification et mutualiser les risques d'accidents du travail et de maladie :

- ✓ Assurer la couverture universelle des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles en intégrant cette branche comme une composante à part entière du système national de sécurité sociale, au bénéfice de l'ensemble des actifs du pays.
 - ✓ Aligner la tarification des actes médicaux pour les accidents de travail sur celle de l'AMO.
13. Renforcer l'accès des femmes à la couverture médicale et aux soins de santé adaptés à leurs besoins spécifiques :
- ✓ Garantir les droits à la couverture médicale aux femmes inactives perdant leur statut d'ayant-droit après un divorce ou pour les veuves inactives sans pension de réversion, en leur assurant une assistance administrative et une procédure de mobilité automatique vers le régime d'assurance adapté à leur nouvelle situation socio-économique.
 - ✓ Améliorer les taux de remboursement, voire garantir la gratuité, pour l'accès des femmes à la prévention des risques et aux soins de santé sexospécifiques (santé reproductive, grossesse et maternité, dépistages, *etc.*).

Moyen terme :

14. Introduire, via un amendement à la loi n° 98-15, une prestation d'indemnité journalière de maladie pour les TNS.

Axe 3 : Assurer la soutenabilité financière de l'AMO

Court terme :

15. Réviser le taux de cotisation à l'AMO en supprimant le plafonnement des cotisations établi au niveau du secteur public.
16. Renforcer la maîtrise médicalisée des dépenses de l'AMO :
- ✓ Mettre en place une politique nationale du médicament, en priorisant la réduction des coûts des médicaments et biosimilaires innovants.
 - ✓ Adopter un processus unifié et transparent pour l'admission au remboursement et l'obtention de l'Autorisation de mise sur le marché (AMM), basé sur une évaluation médico-économique rigoureuse du service médical rendu.
 - ✓ Encourager le remboursement des médicaments génériques et biosimilaires, notamment les anticancéreux et biothérapies, et soutenir le développement de la production de médicaments génériques ainsi que l'augmentation du nombre de molécules génériques selon les besoins de santé nationaux.
 - ✓ Développer et démultiplier les protocoles thérapeutiques opposables aux gestionnaires de l'AMO et professionnels de santé, en veillant à impliquer les acteurs qualifiés.
 - ✓ Mettre en place les parcours de soins coordonnés dans le cadre de cartes sanitaires actualisées et opérationnelles et développer le conventionnement entre l'AMO et les établissements de soins.
 - ✓ Contractualiser les relations avec les établissements et les praticiens pour favoriser la maîtrise médicalisée des coûts dans la perspective de la mise en place d'un système légal de classification et d'accréditation des cabinets et des établissements de soins.
 - ✓ Renforcer la lutte contre la fraude, la surfacturation, les pratiques de dumping et contre la corruption dans la gestion et les prestations de l'assurance maladie. Instaurer une

commission nationale multipartite, sous la responsabilité de l'État, dotée d'antennes locales de lutte contre les fraudes et d'audit externe de la gestion de l'AMO (Cf. l'expérience de mission nationale de contrôle en France et de l'inspection générale des affaires sociales).

- ✓ Définir un plan d'action pour la révision régulière et le contrôle du respect de la tarification nationale de référence.

17. Mobiliser des financements additionnels pour l'AMO :

- ✓ Élargir les sources de financement de l'AMO en envisageant, à des taux et des modalités déterminées dans le cadre de la loi de Finances :
 - la mise en place d'une contribution sociale généralisée (CSG) par prélèvement direct sur l'ensemble des revenus ;
 - l'affectation de points de la TVA au financement de la protection sociale et notamment la couverture médicale solidaire pour les personnes, actives ou non, dans l'incapacité de s'acquitter de cotisations à l'AMO ;
 - la mobilisation de ressources financières complémentaires par prélèvements spécifiques sur les revenus mobiliers, les transactions financières, sur une part dédiée des recettes de la taxe intérieure de consommation (TIC), sur revenus des taxes sur le tabac, l'alcool et les jeux, ainsi que sur les revenus générés par les opérateurs de télécommunications proposant des jeux en ligne à potentiel addictif.
- ✓ Réviser la législation de manière à permettre de mobiliser une partie des produits financiers des réserves des caisses gestionnaires d'assurance maladie et des mutuelles pour soutenir les soins aux catégories vulnérables.

Axe 4 : Améliorer la qualité des services de soins : consolider le secteur public et le tiers-secteur, et réguler la complémentarité entre les offres de soins privée, publique et mutualiste.

Court terme :

18. Consolider le secteur public et le remettre au centre de l'offre nationale de soins :

- ✓ Accélérer la mise en œuvre du plan de refonte du système de santé, en réduisant les inégalités territoriales et en renforçant les soins de base ainsi que l'excellence des CHU.
- ✓ Placer la modernisation de l'hôpital public- l'amélioration de ses équipements, de son organisation, de ses services et de ses délais d'accueil, y compris la lutte contre la corruption- au cœur de la réforme du système de santé pour rééquilibrer l'offre de soins entre secteurs privé et public.

19. Développer le tiers-secteur et consacrer son caractère d'utilité publique sanitaire et sociale :

- ✓ Réviser les dispositions réglementaires pour permettre aux mutuelles de gérer, en sociétés filiales à but non lucratif, des structures de soins de proximité.

- ✓ Etablir un cadre légal reconnaissant et garantissant la pérennité de l'offre de soins en nature de la CNSS pour l'ensemble des assurés et de leurs ayants droit. Cette perspective donnera lieu à l'extension du réseau de polycliniques à l'échelle nationale, en affectant une partie des produits financiers des réserves de la CNSS à cet objectif.

20. Améliorer le remboursement des actes médicaux et des consultations destinées à la détection précoce des risques de maladies, et assurer un remboursement intégral des examens et analyses biologiques de dépistage des maladies cardiovasculaires et des cancers à des étapes et âges clés spécifiquement déterminés.

Moyen et long terme :

- 21. Élaborer, en concertation avec les régulateurs, gestionnaires et acteurs des secteurs médical, mutualiste et assurantiel, une Charte des droits des patients avec une portée juridique contraignante.
- 22. Elaborer un code national de déontologie opposable à toutes les parties prenantes ; garantir sous peine de sanctions dissuasives voire pénales l'intégrité des pratiques de facturation ; renforcer le droit à l'information et au consentement éclairé, et instaurer l'obligation d'affichage des droits des patients dans tous les établissements de soins.

Axe 5 : Instaurer une Gouvernance inclusive, participative et responsable

Court terme :

- 23. Rendre plus incitative l'investissement dans les secteurs prioritaires de la santé, tout en améliorant le climat des affaires : instaurer des mesures pour prévenir les opérations spéculatives et renforcer la capacité des pouvoirs publics à réguler efficacement le secteur.
- 24. Rendre plus représentative la composition des conseils d'administration des organismes gestionnaires et renforcer leurs attributions et responsabilités. Cela devrait inclure : un bilan et une analyse comparative des meilleures pratiques pour la composition, les modes de désignation et les responsabilités des membres ; une meilleure séparation entre les missions d'orientation, de contrôle et celles de gestion ; et une représentation effective des parties prenantes au sein des organes de délibération.
- 25. Favoriser les alliances et la coopération dans le secteur de la santé en encourageant les synergies entre mutuelles ainsi qu'entre les secteurs public et privé, afin d'optimiser les investissements dans le système de santé.

Moyen et long terme :

- 26. Mettre en place des comptes nationaux de la protection sociale : développer un système national d'information digitalisé pour collecter, analyser, suivre et anticiper les dépenses et la consommation des soins, tout en respectant la confidentialité des données de santé.
- 27. Définir, en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, un objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) dans le cadre de la loi de finances, et consacrer un volet spécifique au financement de la protection sociale en général, et de l'AMO en particulier, au niveau de cette loi.
- 28. Renforcer la gouvernance et la redevabilité :

- ✓ Créer un Haut-Conseil de l'AMO qui servira d'instance consultative indépendante multipartite. Ce conseil sera chargé de faciliter la concertation, l'analyse stratégique, les projections actuarielles et de formuler des recommandations visant à préserver et renforcer le système.
- ✓ Confier, conformément à l'article 15 de la loi n° 09-21, la gestion de l'AMO de base à un organisme public unifié, qui travaillerait en complémentarité avec les organismes mutualistes et/ou d'assurance pour couvrir les dépenses de soins dépassant le taux plafond de remboursement des soins.
- ✓ Organiser régulièrement des assises nationales de la protection sociale impliquant l'ensemble des parties prenantes.
- ✓ Renforcer le rôle et les moyens de l'ACAPS et du Conseil supérieur de la mutualité en tant qu'acteurs clés de la régulation, de la protection des droits des assurés et du développement de l'assurance solidaire complémentaire.

Annexes

Annexe n°1 : Liste des membres de la Commission permanente des Affaires Sociales et de la Solidarité

Experts
1. Benseddik Fouad (rapporteur de l'avis)
2. Himmich Hakima
3. Lamrani Amina
4. Rachdi Abdelmaksoud
Syndicats
5. Bahanniss Ahmed
6. Bensaghir Mohamed (vice-rapporteur de la Commission)
7. Dahmani Mohamed (rapporteur de la Commission)
8. Essaïdi Mohamed Abdessadek
9. Hansali Lahcen
10. Khlaifa Mustapha
11. Kandila Abderrahmane (vice-président de la Commission)
12. Jamaâ El Moâtassim
Organisations professionnelles
13. Bensalah Mohamed Hassan
14. Bessa Abdelhai
15. Boulahcen Mohamed
Société civile
16. Berbich Laila
17. Chouaib Jaouad (Président de la Commission)

18. Naji Hakima
19. Zahi Abderrahmane
20. Zaoui Zahra
Membres de droit
21. Adnane Abdelaziz
22. Cheddadi Khalid
23. Boujendar Lotfi
24. Gayer Othman

Experts ayant accompagné la Commission

Experts permanents au Conseil	Nadia Sebti Mohamed El Khamlichi
Traducteur	Youssef Satane

Annexe n° 2 : Liste des acteurs auditionnés

Le Conseil économique, social et environnemental tient à exprimer ses vifs remerciements aux différents acteurs ayant pris part aux auditions et à l'atelier organisés à l'occasion de cette auto-saisine et à tous ceux qui ont permis l'accomplissement de la visite de terrain.

Départements ministériels et institutions	• Ministère de l'Economie et des Finances • Ministère de la Santé et de la Protection Sociale • Haut-Commissariat au Plan • Conseil de la Concurrence • Banque Al Maghrib
Organismes publics	• Agence Nationale de l'Assurance Maladie • Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale • Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale • Caisse Nationale de Sécurité Sociale
Secteur de la santé	• Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina • Association nationale des cliniques privées
Mutuelles	• Mutuelles de la CNOPS • Caisse Mutualiste Inter-Professionnelle Marocaine • Mutuelle Générale des Barreaux du Maroc
Organisations professionnelles	• Chambre d'agriculture de Beni-Mellal Khenifra • Association des Barreaux du Maroc

Société civile	• Fondation Mohammedia des Œuvres Sociales des Magistrats et Fonctionnaires de la Justice • Réseau marocain pour la défense du droit à la santé et droit à la vie
Experts	• Dr Semlali Hassan • TAOUJINI Saâd

Des visites de terrain ont été organisés aux sièges de :

- Pharma 5 ;
- ANAM ;
- CNOPS
- CNSS

Annexe n° 3 : Synthèse des résultats de l'enquête sur la perception de la généralisation de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

Contexte de l'étude et méthodologie

L'enquête a été menée dans le cadre de la préparation de l'avis d'auto-saisine du CESE sur la généralisation de l'AMO prévue par la loi cadre 09-21. Deux approches complémentaires ont été utilisées par le prestataire spécialisé dans la réalisation des enquêtes et études d'opinions :

- Étude qualitative : entretiens individuels (32) et focus group (1) réalisés auprès de citoyens couverts, non-couverts, et d'acteurs du secteur de l'assurance.
- Étude quantitative : entretiens en face à face avec 1000 citoyens de plus de 18 ans.

Les entretiens ont été menés principalement à Casablanca et El Jadida - qui constituent les régions parmi les mieux dotées en offre de soins - et ont ciblé des profils variés : travailleurs indépendants, fonctionnaires, cadres et non-cadres couverts par la CNSS et la CNOPS.

Principaux constats

De façon général, le système d'assurance-maladie, malgré ses avancées notables, apparaît confronté aux besoins d'amélioration de l'information du public sur ses structures et ses mécanismes d'accès, d'intelligibilité de son fonctionnement, et de renforcement de ses capacités d'inclusion, de son efficacité et de l'équité de ses prestations. De fait, le niveau de satisfaction des citoyens ressort « modéré » de la part des personnes disposant d'une assurance et critique de la part des personnes sans couverture. Le système d'assurance-maladie est majoritairement perçu comme complexe, peu protecteur y compris de la part des personnes assurées, insuffisamment clair sur les prestations couvertes, leurs coûts, leurs conditions d'accès et leurs modalités de remboursements. Les constats clés ont porté sur les points suivants :

- La persistance de la barrière financière : renoncement aux soins de la part de 60% de la population non couverte et de 36% de la population assurée.
- Accessibilité inégale aux soins et aux traitements : les traitements spécialisés « *coûtent chers et ne nous sont pas remboursés rapidement* » impliquant la nécessité pour les assurés d'avancer des frais

importants et en attendre le remboursement partiel ce qui représente une charge financière lourde, surtout pour les familles à revenu modeste.

- Remboursements limités : Les taux de remboursement des dépenses de soins sont jugés trop bas, (moins du tiers des frais réels) « *il y a trop de dépenses de notre poche, surtout pour les soins spécialisés* ». Les familles à faible revenu éprouvent des difficultés, même avec une couverture : les frais non remboursés peuvent représenter une part importante de leurs ressources disponibles.
- Disparités dans l'accès aux soins entre région et entre public/privé :
- Les structures de santé dans les zones urbaines et les grandes villes offrent de meilleurs services : « les soins ne sont pas les mêmes partout, il y a une grosse différence entre les villes et entre l'urbain et le rural. ».
- Le secteur privé est perçu comme offrant des soins de meilleure qualité, mais à coût plus élevé, ce qui crée des inégalités d'accès « Les soins dans les cliniques privées sont meilleurs, mais tout le monde ne peut pas se les permettre. ».
- Faible adhésion au principe de l'AMO : 52% des personnes non couvertes ne sont pas prédisposées à y souscrire.
- Faiblesse de la couverture complémentaire : seuls 8% des assurés en bénéficient.

Résultats et suggestions recueillis auprès des citoyens couverts par une assurance-maladie

Les assurés expriment une satisfaction modérée vis-à-vis de la couverture, reconnaissant les bénéfices de l'AMO, mais critiquant principalement l'avance des frais, la complexité des démarches administratives, la longueur des procédures et l'incertitude sur les suites données à leurs dossiers de remboursement. Les citoyens qui sont effectivement couverts bénéficient principalement de consultations médicales régulières pour des maladies chroniques (diabète, hypertension, maladies cardiaques). Toutefois, ils rencontrent des difficultés d'accès aux soins spécialisés, les traitements spécialisés étant jugés coûteux et les remboursements insuffisants.

Suggestions formulées par les citoyens couverts :

- Améliorer le taux de remboursement pour les soins coûteux.
- Réduire les délais de remboursement.
- Simplifier les démarches administratives, notamment avec l'introduction de processus digitaux.

Résultats et suggestions recueillies auprès des citoyens non-couverts

Les citoyens non-couverts souffrent d'un accès limité aux soins en raison des coûts prohibitifs. Ils privilégient les consultations en cas d'urgence ou de maladies graves, et beaucoup ont renoncé aux soins réguliers en raison de contraintes financières. La méconnaissance des régimes d'assurance disponibles et les procédures perçues comme complexes freinent l'adhésion.

Suggestions des non-couverts :

- Réduire les coûts des primes pour les travailleurs indépendants.
- Simplifier l'adhésion et les démarches administratives.
- Mieux informer sur les options disponibles et les avantages de l'assurance santé.

Résultats et suggestions recueillies auprès des partenaires du secteur de l'assurance

Les partenaires reconnaissent des progrès notables dans la généralisation de l'AMO, qui couvre désormais plus de 86 % de la population. Cependant, des défis demeurent, notamment l'exclusion des travailleurs indépendants et des populations vulnérables en raison de critères d'éligibilité rigides et de démarches administratives complexes. Ils soulignent également la nécessité d'améliorer la coordination entre les différentes institutions pour renforcer l'efficacité du système.

Suggestions des partenaires :

- Digitaliser les processus avec une carte d'assuré informatisée pour faciliter les paiements et les remboursements.
- Améliorer l'infrastructure de santé, notamment dans les zones rurales, pour garantir un accès équitable aux soins.
- Diversifier les sources de financement pour assurer la pérennité financière du système.

Conclusions et recommandations

Les constats mettent en lumière un système de couverture apprécié pour son inclusivité, mais encore marqué par plusieurs obstacles structurels. Les défis principaux incluent l'accès limité aux soins spécialisés, la charge et la difficulté de l'avance des frais, la faiblesse des taux et la lenteur des remboursements, les disparités régionales et une communication insuffisante sur les avantages de l'AMO.

Les recommandations se concentrent sur :

- Simplification des procédures administratives via la digitalisation des démarches et la réduction des délais de remboursement.
- Révision des montants des cotisations et des taux de remboursement pour les adapter aux revenus des assurés, en particulier pour les travailleurs indépendants.
- Renforcement des infrastructures de santé dans les zones rurales pour combler les disparités régionales.
- Meilleure communication sur les prestations et les droits des assurés, afin d'encourager une plus grande adhésion à l'AMO.

Annexe n°4 : Textes juridiques adoptés dans le cadre de la généralisation de l'AMO

❖ AMO TADAMON : Avancement des textes juridiques

Texte	Date et référence de publication	Contenu
Loi n° 27-22 modifiant et complétant la loi n° 65-00 formant Code de couverture médicale de base	<i>Bulletin Officiel n° 7147 bis du 5 jourmada I 1444 (30 novembre 2022).</i>	- Institution du régime AMO des personnes incapables de s'acquitter des cotisations « AMO TADAMON » ; - Définition des catégories concernées par ce régime ; - Définition du mode de financement et de gestion.
		- Fixation critères pour bénéficier du régime ;

Décret application n° 2-22-797 de la loi n° 27-22	<i>Bulletin Officiel n° 7147 bis du 5 jourmada I 1444 (30 novembre 2022).</i>	- Définition procédure d'inscription pour bénéficier de l'AMO TADAMON ; - Définition du mode de financement et modalité de prise en charge des services au profit des assurés AMO TADAMON.
Décret n° 2-22-923	<i>Bulletin Officiel n° 7274 du 17 rejeb 1445 (29 janvier 2024)</i>	- Fixation du seuil d'éligibilité AMO TADAMON à 9,326428
Décret n° 2-22-924		- Composition du Conseil d'administration de la CNSS relatif à AMO TADAMON
Arrêté n° 3223-22	<i>30 novembre 2022</i>	- Fixation la liste des prestations pour lesquelles l'État supporte le restant à charge des assurés relevant du régime
Arrêté conjoint n° 3324-22 du Ministre de l'intérieur, du Ministre de la Santé et de la Protection Sociale et du Ministre Délégué chargé du Budget	<i>30 Novembre 2022</i>	- Fixation des modalités et délais de la formulation de la demande de continuité de bénéfice du régime AMO TADAMON pour les personnes qui ont basculé automatiquement
Arrêté conjoint modifiant et complétant le décret n° 3324-22	<i>30 Novembre 2022</i>	- Prolongation le délai de présentation des demandes de continuité du bénéfice du régime de l'AMO TADAMON au 30 Novembre 2023.

❖ AMO TNS avancement des textes juridiques

Texte	Date et référence de publication	Contenu
loi n° 98-15	<i>Bulletin Officiel n° 6662 – 18 rejeb 1439 (5-4-2018)</i>	- Institutionnalisant le régime AMO-TNS
03 conventions signées devant SA MAJESTE le ROI	14 avril 2021	- Elles portent sur la généralisation de l'AMO des TNS (artisans, agriculteurs, commerçants, prestataires de service indépendants)
		- Adaptation avec les dispositions de la loi cadre 09-21, notamment: - la simplification des procédures (immatriculation automatique, paiement électronique des cotisations),

loi 30.21 amendant la loi 98-15	<i>Bulletin Officiel n° 7006 – 11 Dou Al hija 1442 (22-07-2021)</i>	- la prise en considération des régimes de la CPU & de l'auto-entrepreneur, - La fixation des conditions de continuité du bénéfice en cas de cessation de l'activité, - La réduction du délai de stage de 6 à 1 mois durant les années 2021 et 2022, et à 3 mois pour les années d'après.
loi n° 41-23	<i>Bulletin Officiel n° 7253 – 20 Joumada al oula 1445 (04-12-2023)</i>	- L'annulation des dettes dues à la CNSS au titre du régime AMO de base liées aux cotisations, aux majorations, aux frais de suivi et aux amendes dues par les TNS ; - L'incitation des TNS à la régularité de paiement des cotisations ; - La précision des conditions d'éligibilité ainsi que la durée pour bénéficier de l'annulation citée.
26 décrets en application des lois 98-15	<i>Bulletin Officiel n° 6662 – 18 rejeb 1439 (5-4-2018)</i>	- fixer les modalités d'application des lois 98.15 aux différentes catégories

❖ **AMO des personnes ayant la capacité de s'acquitter des cotisation « AMO PCPC »:**
Avancement des textes juridiques

Texte	Date et référence de publication	Contenu
Loi n° 60-22	<i>Le Dahir n° 1-23-41 du 5 kaada 1444 (25 mai 2023)</i>	- Les critères d'éligibilité au régime ; - Les conditions d'immatriculation à ce régime ; - Les modalités de son financement ; - Les modalités relatives à la gestion du régime ;
01 décret d'application de la loi 60-22	<i>Le Dahir n° 1-23-41 du 5 kaada 1444 (25 mai 2023)</i>	- Conditions d'éligibilité au régime - Montants des cotisations sur la base du scoring du système de ciblage

		- Modalités et délai de paiement des cotisations
--	--	--