

AMO : 16 milliards de DH remboursés depuis le démarrage

Sécurité sociale. Reconnue comme l'une des composantes essentielles de la Sécurité Sociale, l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) joue un rôle important dans la protection des individus contre les conséquences financières dues à l'éventuelle dégradation de leur santé. Depuis son lancement en 2002, l'AMO a enregistré une évolution notable, aussi bien en matière de soins couverts, que de qualité de service. Retour sur 12 années d'existence riches en challenges et réalisations. PAR **KARIM HANDAOU**



gestionnaires, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour les salariés du secteur privé et la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) pour le secteur public, en plus d'un organisme de régulation, l'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM).

Une approche de développement progressive

Pour garantir la solvabilité et la pérennité du régime, le législateur et les partenaires sociaux ont adopté, au démarrage, le principe de progressivité. C'est pourquoi, le régime AMO géré par la CNSS assurait la couverture d'un panier de soins limité et ne couvrait qu'une partie de la population concernée. Au démarrage, le panier de soins couvert par la CNSS était limité au suivi des maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou des soins coûteux, au suivi de l'enfant de moins de 12 ans, au suivi de la maternité et aux hospitalisations. Plusieurs améliorations ont été apportées depuis, notamment l'extension de ce panier aux soins ambulatoires à partir de février 2010, au profit des salariés et titulaires de pensions servies par la CNSS, et aux prestations dentaires pour les adultes, à partir de janvier 2015. En ce sens, l'AMO de base rembourse une partie des frais

Instituée comme régime obligatoire en 2002 dans le cadre de la loi portant code de la couverture médicale de base, l'Assurance Maladie Obligatoire est venue étendre la couverture médicale, qui ne concernait à l'époque que les fonctionnaires de l'État, les salariés des établissements publics et 15% des salariés du secteur privé assurés par les compagnies d'assurance privées. Elle garantit aujourd'hui, pour les assurés et les

membres de leurs familles à charge, la couverture des risques et des frais de soins inhérents à la maladie ou l'accident, à la maternité et à la réhabilitation fonctionnelle. Ainsi, elle donne droit au remboursement et éventuellement à la prise en charge directe des frais de soins curatifs, préventifs et de réhabilitation médicalement requise par l'état de santé du bénéficiaire. Entrée en vigueur le 18 août 2005, cette loi repose sur deux organismes

de soins préalablement engagés par l'assuré sur présentation du dossier de remboursement, soit 70% de la Tarification nationale de Référence, ou prend en charge cette partie des frais directement auprès des prestataires de soins. L'assuré ne paie alors que la part restant à sa charge, soit 30% du montant global. Le but étant de le responsabiliser et de rationaliser ses dépenses lorsqu'il s'agit des petits soins. C'est ce qu'on appelle le ticket modérateur.

Cependant, en cas de maladie grave nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement onéreux, la part restant à la charge de l'assuré fait l'objet d'une exonération partielle ou totale. Ainsi, le taux de remboursement peut passer de 70% à 100% selon la pathologie. Le fait que l'AMO ne comporte pas de plafond en fait ainsi un abri pour les gens souffrant de maladies graves ou longues au traitement, se trouvant dans l'incapacité de payer des soins onéreux ou des hospitalisations à l'étranger en cas d'absences de prestations au Maroc. Globalement, le taux de remboursement s'élève à 61% toutefois, plus le montant engagé par le bénéficiaire est élevé, plus le taux de remboursement l'est aussi. Ce dernier passe de 50% pour les montants inférieurs à 5000 DH à 92% pour les montants dépassant 100.000 DH.

C'est grâce à ces réalisations que la CNSS peut se féliciter d'avoir franchi un cap important vers l'équité et la généralisation en permettant aux assurés de jouir de leurs droits et bénéficiaire d'une palette de soins encore plus large.

À l'œuvre, pour une gestion plus maîtrisée

Dans le but d'améliorer l'efficacité du régime et d'être à la hauteur des aspirations de ses clients, la CNSS a procédé à l'optimisation des processus de gestion afin d'absorber les flux en augmentation continue et maîtriser les délais de liquidation des dossiers des soins, qui atteignent désormais une moyenne de 6 jours, contre 22 jours en 2016 et 23 jours en 2015. Pendant

LE CHIFFRE

1,3 million

C'est le nombre des bénéficiaires de l'AMO en 2016.

la période s'étalant de janvier à avril 2017, 71% des dossiers reçus au cours de cette période ont été liquidés en moins de 5 jours et presque 92% en moins de 10 Jours.

Par ailleurs, la Caisse a mis en place des dispositifs de contrôle, notamment de l'accès au régime AMO, le contrôle médical des assurés dans le cadre de la déclaration des Affections Longues Durée (ALD) / Affections Longues et Coûteuses (ALC) et le contrôle de la consommation.

En outre, dans le souci de développer sa proximité avec ses clients, la CNSS a étendu le réseau de ses agences à 90 contre 61 en 2005, et mis en place de nouveaux concepts d'accueil et de service, notamment 10 agences mobiles, 3 kiosques ainsi que 12 antennes au niveau des collectivités locales ou préfectures des villes, où elle n'est pas encore présente.

Vers une dématérialisation de la relation client

Depuis quelques années, la CNSS conduit une stratégie multicanale visant à offrir un service adapté aux évolutions de l'environnement social. Elle a ainsi développé des services en ligne en vue d'interagir de manière instantanée avec ses clients, tout en leur garantissant un accès facile à l'information. L'assuré a désormais le choix entre une palette d'e-services lui permettant la consultation et le suivi à distance de ses dossiers. D'autre part, la CNSS a renforcé ses effectifs à travers le recrutement de jeunes profils, à même de contribuer à l'amélioration des services prodigués par le régime.

Consciente de l'importance de la communication à chaque phase de l'évolution de l'AMO, la CNSS veille au lancement de campagnes de communication multi support, notamment

directes à travers les caravanes d'information sur les droits des individus en matière d'AMO.

AMO : quelles perspectives d'avenir ?

La réussite de l'Assurance Maladie Obligatoire des salariés du secteur privé a conduit les autorités publiques à confier la gestion de l'AMO des Travailleurs Non-Salariés (TNS) à la CNSS. Ce projet vise la couverture médicale d'au moins 6 millions de travailleurs non-salariés, actuellement exclus des régimes de protection sociale, soit 11 millions avec leurs ayants droit. Un challenge ambitieux pour la Caisse. ■

Évolution de l'AMO en chiffres

- › Évolution de la population couverte (assurés et ayants droits) de 1,2 à 6,1 millions de personnes en 11 ans ;
- › Augmentation du nombre de dossiers déposés par jour de 800 en 2006 à 15.400 dossiers en 2016 ;
- › Augmentation du nombre des dossiers déposés par an de 282.000 à 3,83 millions en 2016.
- › Sur la même période, le taux de sinistralité est passé de 4% à 22% en 2016 ;
- › Montant remboursé depuis le démarrage de 16 milliards de DH, soit un remboursement annuel de 3,47 milliards de DH en 2016 contre 79 millions de DH en 2006 ;
- › Le nombre de bénéficiaires a atteint 1,3 million en 2016 contre 1,04 un an auparavant soit une progression de 27% ;
- › En 2016, le poste « médicaments » a représenté 44% du montant total remboursé en ambulatoire, suivi par la biologie (17%) et par les consultations et visites (13%) ;
- › 11% des bénéficiaires des prestations AMO sont atteints d'affections lourdes et coûteuses et consomment plus de 56% des prestations AMO servies en 2016 ;
- › Les prises en charge accordées représentent 4% du total des dossiers liquidés en 2016 mais 53% en termes de montant remboursé ;