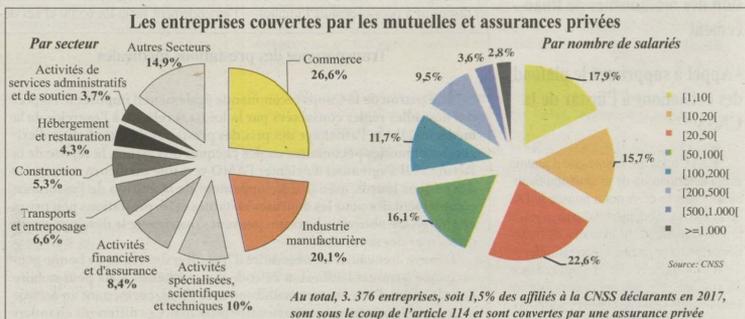


Un minimum pour le panier de soins des entreprises hors AMO

- Le ministère du Travail vient de saisir la Santé sur la nécessité de garantir un minimum de prestations
- L'article 114, un ovni dans le schéma de l'assurance maladie

C'EST une question de temps avant que les compagnies d'assurances et les entreprises qui disposent d'une couverture médicale privée ne soient rappelées à l'ordre. Le panier de soins des «affiliés 114», une population qui échappe à la couverture médicale de base, devrait assurer un minimum de prestations. Or, des entreprises offrent une faible couverture à leurs salariés. Cela va de plafonds dérisoires à l'exclusion de certains soins. Le ministère du Travail vient de répondre aux remarques récurrentes dressées par



les syndicats au conseil d'administration de la CNSS.

Selon des sources au ministère du Travail, un courrier a été transmis au département de la Santé sur la nécessité de garantir un minimum de prestations à cette

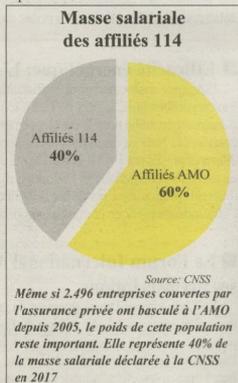
population. L'entrée en jeu de l'Agence nationale de l'assurance maladie n'est pas exclue pour s'assurer que la population concernée par l'article 114 (des milliers de salariés du privé et leurs ayants droit) puisse bénéficier d'une couverture «adéquée».

Si l'AMO de base est déplafonnée et couvre un panier plus large que les «mutuelles» privées, la couverture maladie des compagnies d'assurances obéit au jeu des négociations avec l'entreprise. Dans ce cas, le bouquet de soins est parfois taillé sur mesure. Il dépend du niveau de la cotisation. Les pathologies antérieures à la souscription ne sont pas prises en charge par les assureurs, lesquels accordent certes des remboursements, allant de 70, 80 à 85% des frais engagés. Mais les prestations sont plafonnées. À la CNSS, ces remboursements s'effectuent par rapport au tarif national de référence largement déconnecté de la réalité.

Depuis la mise en place de la couverture médicale, l'article 114 a cristallisé les débats. Il constitue aujourd'hui une sorte «d'ovni» dans le schéma global d'assurance maladie qui se met en place. Cet article a exclu une clientèle solvable du régime AMO géré par la CNSS ainsi que des établissements publics de la couverture de base assurée par la Cnops. «A titre transitoire, et pendant une période de cinq ans renouvelable, les organismes publics ou privés qui assurent à leurs salariés une couverture médicale à titre facultatif, soit au moyen de contrats groupe auprès de compagnies d'assurances, soit auprès de mutuelles, soit dans le cadre de caisses internes, peuvent continuer à assurer cette couverture...»

Treize ans après l'entrée en vigueur de la loi sur la couverture médicale, l'interprétation de cet article pose toujours problème puisqu'il parle d'une période transitoire de 5 ans renouvelable sans plus de précision sur la fréquence limite. En 2010,

le Secrétariat général du gouvernement a tenté une exégèse en déclarant que cette période transitoire ne devait commencer à courir qu'une fois tous les arrêtés sur l'AMO publiés. Mais à ce jour, c'est le statu quo. Des projets pour limiter la dérogation ont été ressortis à plusieurs reprises sans connaître de suite.



Selon les statistiques de la CNSS, 3.376 entreprises potentiellement AMO sont toujours hors du régime. Celles-ci ont déclaré 22% des salariés en 2017 et une masse salariale de 54,1 milliards de DH. Ce qui représente 40% de la masse salariale. Leur poids est donc important et leur basculement n'est pas sans risque pour le régime AMO puisqu'il s'accompagnera d'une augmentation des dépenses, car cette catégorie est celle qui consomme le plus des soins. Depuis 2005, 2.496 affiliés 114 ont basculé à l'AMO, dont 1.135 ont déclaré 79.396 salariés pour une masse salariale de 3,4 milliards de DH en 2017. □

Khadja MASMUDI