

PA-ABQ-272  
BN 2007

**L'ASSURANCE MALADIE ET LES SOINS GERES  
AU MAROC:  
ETAT ACTUEL ET POTENTIEL**



HN-ABQ-272

**L'ASSURANCE MALADIE ET LES SOINS GERES  
AU MAROC:  
ETAT ACTUEL ET POTENTIEL**

Avril 1982

John Snow, Inc.  
Arlington, Virginia, Etats-Unis d'Amérique

Traduction française par Mamadou S. Jallow

Rapport préparé pour la Mission de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International à Rabat (USAID/Rabat) dans le cadre du contrat IQC no. PDC-5929-I-00-0109-00 Commande No. 13 portant sur financement des prestations de Soins, la Communication de la Santé, et les questions d'actualité dans le domaine de la Santé.

## SIGLES

<b>BCP</b>	Banque Centrale Populaire
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CNOPS</b>	Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
<b>CNSS</b>	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
<b>DH</b>	Dirham (\$E.U.1 = 8.57 DH le 10 mars 1992)
<b>DRG</b>	Groupe lié au diagnostique
<b>HMO</b>	Health maintenance organization (organisation de maintien de santé)
<b>IEC</b>	Information, éducation, et communication
<b>IPA</b>	Independent practice association (association des cabinets individuels)
<b>JSI</b>	John Snow, Inc.
<b>OCP</b>	Office Chérifien des Phosphates
<b>MSP</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>PPO</b>	Preferred provider organization (organisation des prestataires prioritaires)
<b>UMT</b>	Union Marocaine des Travailleurs
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le Développement International)

## TABLE DES MATIERES

Sigles .....	i
Résumé Analytique .....	ii
Introduction .....	1
<b>PARTIE I: L'ASSURANCE</b> .....	<b>5</b>
A. L'état actuel du marché de l'assurance au Maroc .....	5
1. La CNOPS et les mutuelles du secteur public .....	5
2. La CNSS .....	20
3. L'Assurance privée .....	27
B. Les possibilités d'expansion de l'assurance maladie à titre volontaire au Maroc .....	33
1. Introduction .....	33
2. La demande .....	34
3. L'offre de l'assurance maladie .....	37
<b>PARTIE II: LES SOINS GERES</b> .....	<b>47</b>
A. Les systèmes alternatifs actuels de remboursement .....	47
1. Tarif de remboursement des frais de consultation .....	47
2. Remboursement par cas .....	49
B. Les soins gérés dans les conditions actuelles .....	51
1. Le statut juridique .....	51
2. La compétition .....	52
3. Les réseaux des cliniques .....	52
4. La souscription en groupe par rapport à la souscription individuelle .....	53
5. Les références et les services extérieurs .....	53
6. Le contrôle de l'utilisation .....	54
7. Taille du pool des risques .....	54
8. Couverture des soins externes uniquement .....	54
C. Les HMO et les autres produits des soins gérés .....	55
1. La définition .....	55
2. La demande des produits HMO au Maroc .....	59
3. Les promoteurs potentiels des plans des soins gérés .....	62
D. Les recommandations .....	65
Annexe 1: Les personnes contactées	
Annexe 2: Description de la Nomenclature officielle	
Annexe 3: Analyse sommaire du Projet de Loi portant sur l'assurance-maladie obligatoire	
Annexe 4: Bibliographie	

## RESUME ANALYTIQUE

Au cours de cette dernière décennie, les budgets décroissants du secteur de la santé publique et une population croissante se sont combinés au Maroc pour diminuer la disponibilité et la qualité des services de la santé publique du pays. En même temps, plusieurs facteurs ont contribué à l'augmentation de la taille du secteur privé de la santé. Un nombre croissant des médecins et des cliniques de soins internes fonctionnent dans le secteur privé. Toute fois, la croissance dudit secteur privé est freinée par le pouvoir d'achat limité de la population marocaine.

Actuellement, peu des marocains soient couverts par n'importe quel type d'assurance maladie. A peu près 10% de la population sont couverts par des plans d'assurance mutualiste pour les fonctionnaires et groupés au sein de Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS). Environ 4% supplémentaire de la population sont souscrites aux plans d'assurance privés ou des mutuelles créés par des employeurs privés.

Les plans d'assurance maladie et les mutuelles sont devenus davantage une source importante de financement de la santé. En 1987, 18% des dépenses du pays in matière de la santé étaient faites par les sociétés d'assurance et las mutuelles. Le Gouvernement du Maroc, face aux budgets réduits de la santé publique, cherche à alléger les charges de l'état en augmentant le rôle de l'assurance pour le financement de la prestation des services de soins.

Cette étude lancée par l'USAID, vise à (1) au décrire le marché pour l'assurance maladie au Maroc et le potentiel pour son développement et (2) examiner les possibilités pour la création des régimes de soins gérés au secteur de la santé Marocain.

### L'ASSURANCE

La Partie I de cette étude intitulée l'Assurance a été rédigée par Patricia Danzon, Allison Percy, Harold Hunter, Frank Abou-Sayf, et Larbi Jaidi. Cette section examine les rôles actuels et les possibilités de l'expansion éventuelle de différents types d'assurance maladie au Maroc, y compris:

- la CNOPS et ses mutuelles
- la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)
- les sociétés d'assurance privée et l'auto-assurance.

### **La CNOPS**

La CNOPS est l'organisation tutelle groupant en son sein huit mutuelles qui couvrent les fonctionnaires du secteur public et les agences assimilées. En théorie, elle est financée à partir d'une retenue à la source de 2,5% des salaires des fonctionnaires et une cotisation de 3,5% par le gouvernement en sa qualité d'employeur. En réalité le gouvernement n'apporte pas sa contribution de 3,5%, mais plutôt il donne une subvention annuelle variable à la CNOPS. En 1989-1990, les cotisations des employeurs représentaient 55% de fonds de la CNOPS, tandis que le gouvernement et les agences semi-publiques contribuèrent 45% environ. Ces cotisations financent un système d'assurance maladie pour les ayants-droit. Chaque mutuelle prélève aussi une taxe supplémentaire sur le salaire pour financer d'autres avantages et services liés à l'assurance maladie.

La CNOPS paie la prestation des actes médicaux et chirurgicaux de ses ayants-droit par le biais de deux modalités principales: le remboursement direct des patients pour des frais médicaux engagés et

le paiement des prestataires pour des lots des services rendus. Les soins externes sont remboursés de 80 à 100% sur la base d'un tarif qui est bien inférieur aux honoraires actuels du secteur privé, ce qui signifie que le taux effectif de remboursement des frais supportés par les ayants-droit de la CNOPS est de 55%. Bien qu'une partie de soins internes soit remboursée de la même façon, la CNOPS offre aussi des conventions des tiers payants aux cliniques privées. Dans le cadre de ces conventions, la prestation des actes médicaux et chirurgicaux prodigués aux ayants-droit de la CNOPS conformément à un tarif fixe des honoraires médicaux. Les honoraires sont fixés pour une unité plus complète des services que les arrangements normaux de prestation de service contre paiement de frais de consultation. Ce groupement des services est destiné à maîtriser les coûts en diminuant les incitations de la clinique de multiplier le volume des services.

On a identifié les avantages et les inconvénients de la gestion de la CNOPS. Parmi les avantages on peut citer l'inscription de 85% de la population éligible, le développement d'une base de données, informatisée, et sophistiquée, et l'exécution des conventions signées avec des cliniques privées qui prévoient le paiement des lots des services arrêtés au préalable. Les inconvénients comprennent les déficits budgétaires chroniques, les retards de remboursement, et une structure sub-optimale des avantages qui prévoit le remboursement du montant réclamé sans fixer une limite au montant total des tickets modérateurs que le patient peut être tenu de payer de ses propres fonds en cas d'une maladie grave. Il est possible aussi que le nouveau système des conventions augmente plutôt que de diminuer les coûts, à cause de la participation sélective. Le degré auquel la direction-générale de la CNOPS et les mutuelles affiliées disposent du pouvoir pour combler ces lacunes est peu évident.

Les recommandations concernant la CNOPS comprennent:

- le développement des conventions de tiers payant plus sélective avec des prestataires rentables
- le développement de la capacité d'analyse des coûts et du taux d'utilisation par les cliniques et les médecins
- l'évaluation des effets de redistribution de la structure actuelle des cotisations et avantages
- l'élaboration d'une couverture d'option avec une déduction plus importante mais qui fixe une limite aux dépenses de fonds propre du patient
- la réduction du retard des remboursements des ayants-droit et des prestataires
- la réévaluation de la nomenclature officielle de remboursement des actes médicaux et chirurgicaux afin de l'aligner davantage avec les coûts marginaux des services, mais avec des tickets modérateurs plus élevés quand il y a une élasticité par rapport au prix
- la détermination du montant de la cotisation du gouvernement au début de l'exercice de la CNOPS. Ensuite, la CNOPS doit être tenue à fonctionner dans le cadre de son budget préétabli, sauf en cas d'accumulation des réserves au cours des années précédentes
- offrir aux titulaires des polices d'assurance maladie l'option de changer des mutuelles en vue d'introduire une concurrence limitée parmi les mutuelles et de renforcer les incitations pour modifier l'assurance pour donner le maximum de valeur aux ayants-droit

## **La CNSS**

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) gère un système de sécurité sociale obligatoire auquel tous les employés non-fonctionnaires doivent adhérer. Certaines cotisations sont payées intégralement par l'employeur, tandis que d'autres sont partagées avec l'employé. Les avantages consistent de petites allocations aux employés ayant des enfants, l'allocation de maladie, des paiements forfaitaires aux employés ayant supporté des frais médicaux, une allocation de congé d'incapacité, et les

pensions de retraite. Bien qu'aucun de ces avantages ne comprend l'assurance maladie proprement parlée, certains sont liés à la maladie.

La CNSS assure aussi le rôle de prestataire de soins par le biais de ses 13 polycliniques qu'elle gère sur l'ensemble du territoire marocain. Ces polycliniques sont bien dotées en équipement et en personnel, mais elles fonctionnent avec des pertes assez lourdes. Les honoraires médicaux des polycliniques sont plus élevés que ceux des hôpitaux publics. Jusqu'à une date récente, une convention de tiers payant existait entre la CNOPS et la CNSS dans le cadre de laquelle les actes médicaux et chirurgicaux prodigués aux ayants-droits de la CNOPS étaient payés directement par la CNOPS sans aucun ticket modérateur fait par l'adhérent. Cette convention a été rompue en 1991 suite à un désaccord financier entre la CNSS et la CNOPS.

Les recommandations sur la CNSS consistent en:

- une analyse de la façon dont les avantages actuels de la CNSS portant sur la maladie sont utilisés pour voir s'il n'est pas souhaitable de restructurer ledits avantages.
- si l'assurance maladie est rendue obligatoire au Maroc; les cotisations et avantages de la CNSS doivent être réexaminés en vue de diminuer les cotisations et avantages liés à la maladie

### **L'Assurance Privée et l'Auto-Assurance**

Plus de vingt sociétés d'assurance privée offrent l'assurance maladie au Maroc et elles couvrent 4% environ de la population. La plupart des polices d'assurance sont souscrites dans le cadre des contrats de groupe auprès des groupements liés à l'emploi. On a signalé que dans l'ensemble le marché l'assurance privée fonctionne avec un déficit depuis des années. La réglementation stricte d'autres produits d'assurance (l'assurance automobile, l'assurance responsabilité civile, l'assurance-vie, etc.) a obligé les sociétés d'assurance à utiliser l'assurance maladie comme un «article-réclame», pour attirer les clients aux autres articles plus rentables d'assurance en leur offrant l'assurance maladie à un prix en dessous du coût. Quelques employeurs ont opté de s'auto-assurer en créant des mutuelles privées pour leurs employés.

D'habitude, les coûts des primes de l'assurance privée sont partagés entre l'employeur et l'employé. Les coûts annuels moyens de trois sociétés d'assurance privée interviewées varient entre 297 et 520 DH par tête assurée, soit de 1230 à 2220 DH par ayant-droit pour une famille assurée.

### **Les Possibilités d'Expansion de l'Assurance Maladie à Titre Volontaire**

Plusieurs facteurs affectent les possibilités d'expansion de l'assurance maladie à titre volontaire au Maroc. La demande d'une telle assurance par la population dépend: du revenu, de l'utilisation prévue de soins, de la proximité aux prestataires privés, des frais généraux de l'assurance (qui augmentent les coûts de l'assurance), et de la disponibilité de soins publics gratuits. La demande de l'assurance pourrait augmenter si des produits d'assurance maladie moins coûteux et plus rentables soient disponibles.

Parmi les principaux obstacles à la croissance de l'assurance privée on peut citer:

- le fait que la disponibilité de soins publics fortement subventionnés mine la demande de l'assurance maladie

- les coûts des produits actuels représentent un pourcentage important du revenu d'une grande partie de la population
- pour ceux qui sont dans le secteur déclaré, les cotisations obligatoires à la CNSS limitent la demande d'une assurance maladie supplémentaire
- le hasard moral et les frais généraux augmentent le coût de l'assurance
- le fait que la population du Maroc soit jeune et pour la plupart bien portant diminue la demande de l'assurance maladie
- des obstacles réglementaires, juridiques, et de déontologie médicale limitent l'offre des produits d'assurance plus rentables

### **L'Assurance Maladie Obligatoire**

Actuellement, le Gouvernement du Maroc est en train d'étudier un projet de loi qui créerait un système d'assurance maladie obligatoire. L'un des résultats potentiels d'un tel système serait d'obliger les employés concernés de consacrer de dépenses supplémentaires à l'assurance maladie et aux soins. En effet, cette obligation constitue une augmentation réelle de l'impôt sur le revenu des travailleurs, avec une disposition qui prévoit de dépenser les recettes sur l'assurance maladie dont la valeur est évaluée par la majorité des travailleurs à moins de son coût.

Etant donné que l'assurance maladie obligatoire augmente les coûts des sociétés du secteur déclaré, ceci pourrait encourager certaines sociétés à fonctionner dans le secteur non-déclaré dont le résultat serait une perte des recettes d'impôts pour le gouvernement. Par ailleurs, à moins que les salaires minimum garantis (SMIG) ne soient ajustés en baisse, les travailleurs qui perçoivent des SMIG risquent de perdre leurs emplois au fur et à mesure que les sociétés essayent de maintenir leurs coûts totaux au même niveau.

### **Conclusion**

Il semble qu'une expansion importante de l'assurance maladie peut se faire sans pour autant la rendre obligatoire si on arrive à contourner certains obstacles à l'offre des produits d'assurance plus rentables. Entre autres il faudra éliminer les contraintes à la compétition chez les médecins, y compris les tarifs uniformes des honoraires médicaux. On doit permettre aux assureurs de passer des conventions de façon sélective avec les prestataires ayant fait preuve de leur capacité d'assurer la prestation de soins de qualité à des coûts raisonnables. La réglementation des tarifs de l'assurance vie et les autres gammes d'assurance doit être modifiée afin d'éviter de fausser la compétition et de créer des taux insuffisants pour l'assurance maladie.

### **LES STRATEGIES DE SOINS GERES**

La Partie II du présent rapport intitulée Les Stratégies de Soins Gérés a été rédigée par Harold Hunter, Frank Abou-Sayf, Allison Percy, et Larbi Jzidi. Les stratégies de soins gérés, y compris les Health Maintenance Organisations (HMO), constituent une façon de maîtriser les coûts galopants de la couverture sanitaire. Certains types des systèmes alternatifs de remboursement ont déjà commencé à être mis en place au Maroc. Entre autres, il y a les conventions de tiers payant entre la CNOPS ou les employeurs et les prestataires. Quelques-unes de ces conventions remboursent les prestataires un taux forfaitaire par épisode de maladie plutôt qu'à titre des frais de consultation par visite. Toutefois, d'après l'information recueillie au cours de nos interviews certaines cliniques utilisent ces conventions de façon sélective, en acceptant seulement les patients qu'elles comptent pouvoir soigner en dessous du tarif

conventionné tout en refusant d'accepter les patients dont les soins pourraient coûter plus. Un tel comportement défait l'objectif de ces conventions.

### **Les Soins Gérés dans les Conditions Actuelles**

Il y a un certain nombre des contraintes juridiques et de déontologie médicale qui freinent le développement d'un système de soins prépayés au Maroc. Elles comprennent le cadre juridique pour les cabinets de groupes, les règles contre la rémunération salariale des médecins du secteur privé, le droit du patient de choisir librement son prestataire, et l'absence d'un statut réglementaire pour les HMO. Entre outre, certains facteurs structurels du secteur médicale peuvent affecter les potentielles de développement de soins gérés. La compétition, qui est une condition fondamentale de l'existence des HMO, est sévèrement limitée par l'existence des monopoles d'assurance maladie pour les fonctionnaires et agents assimilés de l'état (les mutuelles de la CNOPS) et par des problèmes structurels au sein de l'industrie de l'assurance privée.

### **La Définition des Stratégies de Soins Gérés**

Plusieurs modèles organisationnels existent pour les structures de soins gérés. Ceux-ci comprennent le modèle des HMO pour les personnels, les Organisations des Prestataires Prioritaires (PPO), et les Associations des Cabinets Individuels (IPA). En général, les techniques de soins gérés comprennent:

- une restriction des prestataires par lesquels le adhérents peuvent se faire soigner et une passation des conventions à titre sélectif avec des médecins, des hôpitaux, des pharmacies, etc. compétents et rentables
- des mesures d'incitations pour des pratiques moins coûteuses (c'est-à-dire: les références, l'hospitalisation, etc.)
- des pressions exercées par les collègues par le biais des cabinets de groupes ou les médecins salariés
- une gestion de l'utilisation des services soit par un contrôle anticipé actuel ou postérieur des réclamations de remboursement
- les prestataires de services participent souvent au risque financier de l'utilisation des soins

### **La Demande des Produits HMO**

Comme on l'a déjà soulignée, des systèmes alternatifs de remboursement commencent à être mis en place dans les secteurs privé et public. Un certain nombre des facteurs favorables existent pour faciliter le développement de soins gérés au Maroc, y compris un secteur formel en plein essor, augmentation du nombre des femmes dans la main d'oeuvre, un surplus des médecins, un système de retenues sur les salaires pour les prestations sociales, le souci des employeurs à propos des coûts galopants des allocations sociales pour les soins, et l'acceptation qui se fait au sujet des cabinet de groupes.

Un certain nombre des contraintes existent aussi, y compris les lois qui interdisent la création des sociétés anonymes de médecine, la méfiance des syndicats pour les solutions en dehors du secteur public, le manque du pouvoir d'achat de plusieurs couches sociales de la population, les perceptions publiques qui considèrent les soins tertiaires comme la seule méthode valable, et le manque de connaissance chez les acheteurs de soins du concept d'un double ou multiple choix des plans de soins. La plupart de ces contraintes peuvent être surmontées grâce aux activités de commercialisation ou des modifications des dispositions juridiques et réglementaires. Les résultats de cette étude indiquent que les assureurs et les

prestataires de services son agréable à l'introduction des soins gérés, surtout les HMO, au secteur médical Marocain.

### **Les Promoteurs Potentiels de Soins Gérés**

Pour créer des structures de soins gérés, les promoteurs potentiels (les prestataires et les sources de financement) doivent s'intéresser à leur développement. Actuellement, la nomenclature officielle des tarifs des honoraires médicaux limite la possibilité de varier les prix des services de soins. D'autre part, la saturation du marché du secteur privé pourrait rendre les médecins plus disponibles à tenter de nouvelles modalités de prestation et de financement de soins afin de pouvoir concourir. La disponibilité des moyens de financement du développement des HMO est peu évidente, mais elle peut être facilitée par la mise en place d'un programme des prêts ou de garantie des prêts par le gouvernement marocain et la Mission de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID/Rabat).

Les structures de soins gérés nécessitent des compétences en gestion d'entreprise pour gérer les pools des risques et modalités d'impôt de capitation, et pour contrôler les profils d'utilisation des services et d'exercice des prestataires. Par ailleurs, il faut une agence de contrôle qui fonctionne tout en encourageant la compétition. Ces deux domaines peuvent tirer profit des investissements en assistance technique et la formation si l'on opte pour le développement de soins gérés.

### **Les Recommandations**

On doit régler les problèmes juridiques et réglementaires qui freinent le développement des stratégies de soins gérés. Entre autres, il faudra créer un cadre juridique pour les cabinets de groupes, permettre la rémunération en salaires, laisser les médecins participer au risque financier de l'utilisation des soins et interpréter le droit au libre choix comme étant le droit de choisir librement le plan de soins que l'on veut.

D'autres initiatives peuvent faciliter le développement de soins gérés au Maroc. Un système doit être institué pour mobiliser de cotisations pour financer les soins des travailleurs embauchés à titre irrégulier. Une fois que les structures de soins gérés soient mises en place, on doit demander aux sociétés d'offrir une double option d'assurance maladie.

A court terme, on doit faire une étude de faisabilité détaillé pour la création d'un HMO ou toute autre structure de soins gérés au Maroc. On peut inclure aux activités éventuelles de projet pour faciliter de développement de soins gérés la mise en oeuvre d'un programme de garantie des prêts afin d'encourager le développement des systèmes innovateurs de soins gérés et pour exécuter un projet expérimental pour évaluer si les HMO ou toutes autres structures de soins gérés peuvent au moins assurer la même qualité de soins que ceux mis à la disposition de la population dans le cadre des structures traditionnelles d'assurance tout en diminuant les coûts globaux.

## INTRODUCTION

### A. Historique: Le Problème qui se pose

Malgré les défis économiques difficiles des années quatre-vingts, le Royaume du Maroc a maintenu un taux de croissance économique modeste pour obtenir en 1989 un revenu par habitant de 7400 dirhams (DH), soit \$E.U. 880. Bien que le taux annuel de croissance démographique soit environ 2,6% au cours de la période 1980-1989, la population urbaine a eu une croissance annuelle d'environ 4,3% au cours de la même période. En 1989, la part de la population urbaine de la population totale avait augmenté à 47% (par rapport à 32% en 1965).<sup>1</sup> Ces facteurs réunis ont augmenté la taille et la sophistication de la population qui demande des services de soins.

Depuis le début des années quatre-vingts, il y a eu une croissance importante de l'offre des services de la médecine privée dans le pays. De 1985 à 1989, le nombre des médecins exerçant dans le secteur privé a augmenté de 27%.<sup>2</sup> Encouragés par la croissance effective de la demande des services des soins privés, les médecins et cliniques privés ont investi dans les technologies médicales sophistiquées, notamment l'équipement de radiologie (la radiographie, l'échographie, les scanners, etc). Les dépenses des plans d'assurance et les mutuelles<sup>3</sup> ont augmenté à 18,7% de l'ensemble des dépenses de la santé en 1987 (voir le Tableau 1).

Tableau I		
Dépenses des soins par source 1980 et 1987		
Source de paiement	1980	1987
Le débours ménagers	55 %	55 %
Ministère de la Santé Publique	23 %	19 %
Mutuelles et C* d'assurance	12 %	18 %
Autres (employeurs, etc.)	10 %	8 %
TOTAL	100 %	100 %
Dépenses totales pour les soins en 1987: 4,7 milliards DH (3,1% de PNB)		
Source: Groupement ICONE-SEDES, <u>Etude du Système de Financement des Secteurs de Santé</u> , Ministère de la Santé Publique, Royaume du Maroc, 1990.		

En même temps, il y a eu une baisse de fonds publics alloués pour assurer les soins de santé: de 1982 à 1986, les dépenses récurrentes réelles par habitant du Ministère de la Santé Publique (MSP) avaient baissé de 31 pour cent.<sup>4</sup> Ceci nécessite soit une diminution de la consommation des services de soins (la quantité ou la qualité) soit une augmentation des paiements effectués par les individus (ou par le biais de l'assurance ou les dépenses de soi). Autrement, il serait presque impossible de combler une

<sup>1</sup> Banque mondiale, Rapport du Développement Mondiale, Washington, D.C., 1991a.

<sup>2</sup> Laurence M. Day et al. Etude du Secteur Médical privé au Maroc: résultats et recommandations pour la conception de projet, (Arlington, VA: JSI, 1991), p. 9.

<sup>3</sup> Ronald J. Vogel et Suzanne J. Stinson. Le Marché des Services de Santé au Maroc: Structure et Performance (Rapport d'une Mission d'étude soumis à l'USAID/Rabat), Juillet 1989, p. 19.

<sup>4</sup> Vogel et Stinson, p. 16.

baisse aussi importante des dépenses par le biais d'une amélioration de l'efficacité du secteur public. D'ailleurs, il semble que les deux ont eu lieu à la fois: il y a eu une baisse de la quantité et de la qualité des soins du secteur public et une augmentation du financement privé de soins par le biais des cotisations à l'assurance maladie et les dépenses payées par soi.<sup>5</sup>

La quantité et la qualité des services **par personne servie** du le secteur public ne doit pas nécessairement se détériorer lorsque le secteur public diminue le montant total de fonds si les ressources limitées sont consacrées à un nombre réduit des personnes. Ceci s'est passé à un certain degré: les couches sociales à revenus moyens et élevés utilisent de plus en plus le secteur privé plutôt que le secteur public, sauf en cas de soins tertiaire. C'est en partie dû à une réaction à une certaine augmentation des coûts de prestation des services des hôpitaux publics. Mais comme le secteur public n'a pas encore mis en place un système adéquat de tarification des services de soins des hôpitaux, une réduction de la qualité est devenue un grand moyen de rationnement de la demande des services qui dépasse la quantité pouvant être fournie dans le cadre des moyens budgétaires limités dont disposent les hôpitaux publics. Ces hôpitaux ont utilisé une combinaison des moyens tel que le rationnement grâce aux prix, des retardements de la disponibilité des services, et d'une baisse de la qualité. Ce qui a obligé certaines personnes de déplacer leur demande du secteur public au secteur privé; mais ceci a dû augmenter les risques financiers (parce que le secteur privé doit se faire payer les prestations des services de soins), et la possibilité que certaines personnes n'aient pas cherché les soins appropriés parce qu'elles n'ont pas les moyens de les payer.<sup>6</sup>

Le déplacement de la demande des personnes à revenus élevés du secteur public au secteur privé n'est évidemment pas encore suffisant pour consacrer les ressources du secteur public par tête d'habitant aux personnes à faibles revenus. Les enquêtes des ménages et des malades des hôpitaux publics confirment des preuves anecdotiques qui montrent que la qualité des services assurés par les hôpitaux publics laisse à désirer et même les personnes ayant des moyens très limités sont obligées de payer pour certains services et fournitures dans les hôpitaux publics y compris quelques médicaments, des fournitures chirurgicales, l'alimentation, etc. La préservation des ressources publiques pour ceux qui n'ont vraiment pas les moyens de s'en payer est l'une des raisons pour lesquelles on s'intéresse à l'expansion de l'assurance maladie du secteur privé pour ceux qui en ont les moyens de supporter les charges.

Toutefois, la couverture de la population marocaine par l'assurance maladie privée ou semi-privée reste faible. Environ 14% de la population bénéficie d'une forme d'assurance maladie: dont 10% sont inscrits auprès de l'une des huit mutuelles publiques qui constituent la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS), et la plupart des 4% qui restent sont inscrit auprès des sociétés d'assurance ou des mutuelles privées.<sup>7</sup> Comme décrit ci-après, la gamme des produits d'assurance mise à la disposition des consommateurs reste limitée. Quelques-unes des mutuelles de la

---

<sup>5</sup> Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et quelques hôpitaux publics régionaux sont devenus financièrement autonomes en ce qui concerne les dépenses de fonctionnement non-liées au personnel. Certains de ces hôpitaux recouvrent une partie importante de leurs frais de fonctionnement à partir des frais des consultations. L'Hôpital Ben M'sik, un hôpital public régional à Casablanca, amorti environ 40% de ses frais de fonctionnement non-liés au personnel à partir des frais des consultations de malades, le reliquat étant fourni par le MSP et les subventions des gouvernements locaux. Par contre, le CHU Ibn Rochd n'obtient que 10 à 15% de ses dépenses de fonctionnement non-liées au personnel auprès des malades.

<sup>6</sup> On entend par "soins appropriés" des soins qui soient justifiés sur le plan coûts, à savoir les bénéfices prévus dépassent les coûts sociaux intégraux de la prestation desdits soins.

<sup>7</sup> M.N. Guédira, "La Couverture Sociale en Matière de Maladie Maternité au Maroc," Congrès Maghrébin des Sciences Médicales, Tunis, du 13 au 16 mai 1991, pages 13-14.

CNOPS et certaines sociétés privées d'assurance ont une tendance de fonctionner avec un déficit chronique. Ceci semble refléter à un certain degré l'utilisation des produits d'assurance avec un recours limité aux stratégies susceptibles de contrôler les coûts, ainsi que d'autres structures institutionnelles de la CNOPS et des marchés de l'assurance privée. Il semble y avoir des possibilités d'expansion de la couverture de l'assurance maladie, en cas de disponibilité des produits d'assurance plus rentables. C'est donc le moment propice pour aider le secteur de l'assurance maladie à développer des produits d'assurance qui soient à bon prix et appropriés, à maîtriser les coûts galopant, et à étendre la couverture.

## **B. OBJECTIFS DE L'ETUDE**

Les objectifs fondamentaux de cette étude consistent en: (1) une évaluation de l'état actuel de l'assurance maladie au Maroc et le potentiel de l'expansion de la couverture; (2) une évaluation de faisabilité de l'intégration des modèles de soins gérés dans le marché d'assurance maladie; et (3) des recommandations à présenter à l'USAID tant en ce qui concerne son rôle potentiel pour promouvoir le développement de l'assurance maladie et les soins gérés au Maroc, et d'autres activités potentielles de projet qui peuvent être intégrées aux activités bilatérales de l'USAID pour soutenir le développement de l'assurance maladie et les soins gérés.

En vue d'évaluer l'état et le potentiel de l'assurance maladie au Maroc, cette étude comprend:

- une description des avantages et des inconvénients de chaque type de couverture dans les conditions actuelles (les lois, le marché, etc.)
- une évaluation du marché d'assurance maladie au Maroc et ses possibilités d'expansion chez les travailleurs salariés, au secteur agricole, au secteur informel, et auprès d'autres couches de la population.
- une évaluation des possibilités et des risques que pose le projet de loi sur l'assurance maladie obligatoire.

En vue d'évaluer la faisabilité d'intégrer les HMO ou d'autres options de soins gérés au marché d'assurance au Maroc, l'étude fera:

- une description des systèmes alternatifs de remboursement actuellement utilisés au Maroc et leurs rapports avec les principes des soins gérés.
- une analyse des facteurs juridiques et réglementaires ayant un impact sur le potentiel de développement des HMO et des soins gérés.
- une évaluation de la demande publique des HMO et des soins gérés.
- une estimation de l'offre potentiel des structures du genre HMO, y compris l'intérêt manifesté par les prestataires et les sources potentielles de financement (les banques et les sociétés d'assurance)
- une estimation des coûts potentiels du développement d'un HMO, tant sur le plan des coûts d'investissement que les primes potentielles et les taux d'impôt de capitation.

## **PARTIE I: ASSURANCE**

*Par Patricia Danzon, Allison Percy, Harold Hunter, Frank Abou-Sayf, et Larbi Jaidi*

### **A. L'ETAT ACTUEL DU MARCHÉ D'ASSURANCE AU MAROC**

Cette section décrit la CNOPS et les mutuelles du secteur public, la CNSS, les assureurs d'actions et les autres structures d'assurance privée, et elle évalue leurs avantages et inconvénients majeurs. La Section B décrit les potentielles d'expansion de la couverture d'assurance.

#### **1. La CNOPS et les mutuelles du Secteur Public**

Il y a huit mutuelles du secteur public groupées en une fédération de la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS). En 1990, la CNOPS avait 828.532 adhérents. En y ajoutant les conjoints et les enfants, la CNOPS avait un total de 2.651.378 ayants-droits cette année, soit environ 10% de la population totale du Maroc.

##### Les Services Médicaux Couverts

Les services couverts sont classés dans les catégories du secteur commun et du secteur mutualiste. Les services qui sont classés dans le secteur commun sont uniformes à travers les huit mutuelles, et ils comprennent une liste assez exhaustive de soins primaires, les interventions chirurgicales, le diagnostic et la chirurgie dentaire, et les produits pharmaceutiques.

Dans le secteur mutualiste, les mutuelles individuelles couvrent la plupart des ticket modérateurs du secteur commun (voir ci-dessous), et elles peuvent couvrir des services supplémentaires à leur discrétion. L'étendu de ces avantages supplémentaires varie à travers les mutuelles, en fonction de leur état financier. Parmi les exemples on peut citer les lunettes ophtalmologiques, des cliniques spécialisées (dentaire, le dialyse, etc), et des instituts pour les handicapés.

##### Remboursement du Prestataire et Ticket Modérateur par le malade

a. Avantages traditionnels des frais de consultation: jusqu'à une date récente, la couverture portait essentiellement sur une indemnité des frais de consultation, et le malade disposait d'un choix libre du prestataire. Ce système s'applique toujours à la plupart des soins externes. Dans ce système, le prestataire facture le malade à titre des frais de consultation pour les soins prodigués. Bien que les honoraires facturés soient en principe réglementés par le gouvernement, en réalité il y a peu des médecins qui respectent les tarifs officiels autorisés par la loi. Plutôt, les médecins dans chaque ville semblent se mettre d'accord tacitement sur les tarifs des frais communs, qui sont d'habitude bien supérieur au tarif "officiel."

Le patient dépose une demande à la CNOPS et il est remboursé en fonction d'un tarif de responsabilité fixé par le Ministère de la Santé Publique. Comme ce tarif n'a pas été indexé pour tenir compte de l'inflation, il est bien inférieur aux frais imposés aux patients. Le remboursement fait par la CNOPS équivaut actuellement en moyenne à environ 55% des frais de consultation facturés (voir Tableau 2).

<b>Tableau 2</b>	
<b>Dépenses engagées et le taux remboursé</b>	
<b>Les Structures des frais de prestation des services</b>	
<b>Adhérents CNOPS, 1990</b>	
Nombre des dossiers	1.473.997
Frais engagés par l'adhérent	444.833.168 DH
Remboursements	
Secteur Commun	189.504.371 DH
Secteur Mutualiste	53.282.267 DH
Total des remboursements	242.786.638 DH
Taux moyen remboursé	54,6%
Source: CNOPS	

La nomenclature officielle des actes médicaux et chirurgicaux du secteur privé est uniforme sur l'ensemble du territoire marocain. Ceci peut avoir des conséquences importantes sur l'accès relatif des patients aux soins en milieu urbain et en milieu rural, compte tenu du fait qu'il a un effet sur la capacité des patients de payer les soins et les incitations des médecins de s'installer en milieu urbain ou en milieu rural. Comme les coûts et les frais des consultations réels des médecins sont probablement plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural, à cause du loyer et d'autres frais généraux plus élevés dans les zones urbaines, les remboursements basés sur un tarif uniforme sur l'ensemble du territoire marocain signifient que les dépenses des patients sont probablement plus élevés dans les zones urbaines. Bien que les dépenses en espèces des patients dans les zones urbaines soient plus élevés, les coûts en temps du patient qui cherche de soins sont plus bas dans les zones urbaines à cause d'une plus grande disponibilité des médecins par habitant. Donc, la situation reste peu claire sur l'effet net du tarif commun sur la capacité de paiement des patients, l'équité de la répartition des avantages de la CNOPS entre les ayants-droits ruraux et urbains, et les incitations pour les médecins de se concentrer en zones urbaines.

Pour le secteur commun, la CNOPS rembourse les 80% du montant des frais de consultation du tarif approuvé. Les 20% restant sont remboursés par le secteur mutualiste; deux mutuelles remboursent intégralement le montant, et les autres remboursent seulement 80% des 20% (soit 16%). La gestion effective de deux volets du remboursement du secteur commun est faite par la CNOPS.<sup>8</sup> Les mutuelles gèrent directement certaines cliniques spécialisées (par exemple, les cliniques dentaires, les services de dialyse), les instituts des handicapés, les services des lunettes d'ophtalmologie, et certains autres services.

b. Les Prestataires sous Convention: Récemment la CNOPS a adopté une stratégie mettant l'accent davantage sur le remboursement des prestataires dans le cadre des conventions. Jusqu'ici, cette méthode de remboursement sous convention n'a été offert qu'aux cliniques. Elle ne s'applique pas à la majorité de soins externes assurés par les généralistes et les autres médecins exerçant dans des cabinets

<sup>8</sup> La CNOPS perçoit les primes payées par les adhérents tant pour le secteur commun que le secteur mutualiste. Elle garde les primes du secteur commun et une partie du secteur mutualiste et elle ne donne aux mutuelles que le montant qui ne soient pas affecté au remboursement des prestations de soins.

individuels, dû en partie au problème qui se pose à définir "une épisode de maladie" complète pour les soins externes.<sup>9</sup>

<b>Tableau 3</b>	
<b>Facturation et le Taux Remboursé</b>	
<b>Conventions de Tiers Payant</b>	
<b>Adhérents CNOPS, 1990</b>	
Nombres de dossiers	203.422
Facturations	206.360.277 DH
Remboursements	
Secteur Commun	153.915.047 DH
Secteur Mutualiste	29.032.115 DH
Total des remboursements	182.947.162 DH
Taux moyen de remboursement	88,7%
<b>Source: CNOPS</b>	

Pendant plusieurs années, la CNOPS était liée aux polycliniques de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS, le système de sécurité sociale des employeurs du secteur privé) par une convention. Les adhérents de la CNOPS pouvaient se faire soigner aux polycliniques de la CNSS et la CNOPS remboursait les 100% des frais de consultation, ainsi le patient ne s'occupait d'aucun ticket modérateur. Les honoraires appliqués dans le cadre de cette convention étaient un peu plus élevés que le tarif officiel du gouvernement mais ils étaient bien inférieurs aux tarifs normaux des cliniques privées. Aucune dispositions de regroupement ou de soins gérés n'étaient prévues dans la convention.

Toutefois il y a récemment eu un contentieux financier entre la CNSS et la CNOPS à propos de 13 millions DH des factures impayées, entraînant une rupture de la convention de tiers payant.<sup>10</sup>

Au cours de ces dernières années, la CNOPS a augmenté l'utilisation des conventions spéciales de tiers payant avec les cliniques privées. Dans le cadre de ces conventions, si un patient est soigné par une clinique avec laquelle la CNOPS a signé une convention, la CNOPS rembourse la clinique directement à un taux d'environ 90% du tarif convenu entre la CNOPS et la clinique. La clinique peut facturer le patient le reliquat de 10% qu'il payera de ses propres fonds.

Récemment, des conventions standards que toute clinique peut signer ont été élaborées entre la CNOPS et quelques associations médicales régionales. Elles pourraient augmenter le nombre des cliniques assurant une couverture de tiers pour les adhérents de la CNOPS. Les cliniques sont classées en trois catégories: A à C, selon la qualité moyenne ou la complexité technique. Dans le cadre de nouvelles conventions conclues avec les associations médicales régionales, les prestataires dans chacune de trois catégories seront remboursés suivant un tarif commun dans chaque région du pays, bien que les tarifs varient à un certain degré selon les catégories des prestataires.

<sup>9</sup> Cette expérience ressemble à celle du Programme de Soins Médicaux (Medicare) aux Etats-Unis. Un système de paiement par cas a été mis en place pour les soins internes, mais jusqu'ici on n'arrive pas à l'étendre aux soins externes, à cause du problème qui se pose à classer les soins en des types distincts d'épisode de maladie dont les coûts de traitement sont censés être les mêmes.

<sup>10</sup> Voir L'Economiste du 16 janvier 1992, p. 16.

**Tableau 4**  
**Facturation et le taux payé**  
**Remboursement par tiers payant**  
**CNOPS, 1990**

Prestataire	Dossiers	Facturations	Remboursements		
			Secteur Commun	Secteur Mutualiste	Total
Polycliniques CNSS	8,9%	20,5%	12,8%	17,0%	13,5%
Cliniques Mutualistes	17,5%	11,6%	11,0%	16,0%	11,8%
Clinique dentaires mutualistes	43,7%	8,2%	7,7%	15,5%	8,9%
Hôpitaux Publics	14,4%	3,2%	3,3%	4,4%	3,5%
IMP and IPS	2,4%	1,2%	1,5%	1,0%	1,4%
Soins à l'étranger	1,0%	38,1%	45,2%	24,7%	41,9%
Cliniques Privées	0,3%	1,5%	1,6%	2,1%	1,7%
Services Dialyses	0,8%	6,5%	6,8%	9,1%	7,2%
Frais Déplacements	0,3%	0,8%	1,1%	0,1%	1,0%
Ligue Cardio-vasculaire	10,3%	7,9%	8,3%	9,3%	8,5%
Divers	0,3%	0,5%	0,5%	0,9%	0,6%
<b>Total</b>	<b>203.422</b>	<b>206.360.277 DH</b>	<b>153.915.047 DH</b>	<b>29.032.115 DH</b>	<b>182.947.162 DH</b>

Source: CNOPS

Dans le cadre des conventions, les honoraires sont fixés pour un jeu plus complet des services que celui du système traditionnel de prestation des services contre paiement. Pour les actes chirurgicaux l'honoraire est un montant forfaitaire pour toute l'intervention, y compris la prestation du médecin, les médicaments, hospitalisation et les autres services assurés par la clinique. Pour les hospitalisations médicales, il y a un taux forfaitaire journalier tous services compris. A l'heure actuelle, le tarif journalier d'hospitalisation aux cliniques des catégories A et B est fixé à 375 DH (dont 35 DH soient payés par l'adhérent).

Ce nouveau système de paiement des cliniques sur la base des honoraires préétablis pour un jeu des services ressemble à la structure fondamentale du système DRG (groupe lié au diagnostique) de paiement des services d'hospitalisation initialement développé par le programme Medicare aux Etats-Unis d'Amérique. Avec un système de paiement dont la catégorie est liée au diagnostique, on paie aux hôpitaux un montant forfaitaire par épisode d'hospitalisation, rajusté en fonction de la catégorie de diagnostique du patient. Avec un système de ce genre, le prestataire (clinique, médecin, etc.) prend les risques pour tous les coûts afférents à l'hospitalisation créant ainsi des incitations solides pour maîtriser les coûts. Toutefois, il crée aussi des incitations pour un choix sélectif pour éviter les patients dont les coûts de soins pourraient dépasser le montant forfaitaire de remboursement, ou de faire hospitaliser les patients inutilement, si les coûts prévus de traitement sont inférieurs au taux forfaitaire de remboursement. Le programme Medicare aux Etats-Unis a donc institué des paiements hors limites et d'autres procédures de contrôle pour vérifier les effets indésirables d'un tel système.

Les conventions de la CNOPS ont elles aussi quelques dispositions destinées à freiner les "choix sélectifs des patients," mais il reste à voir comment elles seront appliquées en pratique. En principe, les

cliniques conventionnées sont tenues à admettre tous les patients assurés au taux fixé par la convention, mais si cette disposition s'avère difficile à appliquer en pratique, le système de remboursement par épisode d'hospitalisation pourrait poser des problèmes d'accès pour les patients trop risqués.<sup>11</sup> Il existe actuellement des dispositions qui autorisent la clinique de demander des paiements supplémentaires auprès de la CNOPS si le patient a des complications. Ceci diminue les risques que prend la clinique en acceptant d'hospitaliser des patients trop risqués, mais il diminue les incitations de maîtrise des coûts dans le cas où le montant des paiements supplémentaires dépend des coûts actuellement supportés sans un "ticket modérateur" substantiel de la clinique. Dans le cadre du système DRG du Medicare aux Etats-Unis, il existe des paiements hors limites pour les patients dont la durée du séjour à l'hôpital ou les coûts totaux de soins dépassent la moyenne dudit DRG par un montant préétabli (d'habitude deux points d'écart type de la moyenne). Dans ce cas, on rembourse l'hôpital 60 pour cent du taux des frais de séjour moyens pour les jours supplémentaires au delà du seuil acceptable. En effet, ce système donne à l'hôpital une police de réassurance avec une franchise substantielle (deux écarts types) et un ticket modérateur de 40 pour cent.

Bien que ça ne soit pas le système idéal pour la CNOPS, les principes généraux peuvent s'avérer utiles. L'expérience de ce système peut donner quelques leçons qui peuvent être appliquées au système des conventions de paiements de la CNOPS. Pour le moment, le système qui vient d'être mis en place est trop récent pour pouvoir être évalué, pour savoir si on a établi un équilibre entre les incitations de maîtrise des coûts des prestataires tout en donnant l'accès aux patients, et l'assurance qu'on n'exagérerait pas trop sur le plan de la maîtrise des coûts.

### Le Financement

En théorie, les services du secteur commun sont financés à partir d'une retenue forfaitaire à la source. Actuellement, les employés cotisent 2,5 pour cent. En principe, l'état ou l'employeur contribue 2,5% supplémentaires plus 1% pour les frais généraux. En pratique, l'état ne cotise pas automatiquement les 3,5% qu'il doit; cependant plusieurs fois au cours de l'année l'état fait des versements pour couvrir une fraction du déficit entre les cotisations et les dépenses faites (ou prévues) sur les paiements effectués dans l'année. En 1989 et 1990, les apports de l'état constituaient en moyenne 34% des recettes totales, les cotisations des employés étaient 56% et les cotisations patronales des employeurs semi-publics étaient en moyenne 11%. Une petite somme de financement supplémentaire est obtenue à partir des charges supplémentaires.

Le secteur mutualiste est financé à partir des impôts supplémentaires sur salaires (1,5% à 1,8% du salaire de base) et des honoraires.<sup>12</sup> Les nouveaux adhérents qui ne s'étaient pas inscrits lorsqu'ils étaient initialement éligibles sont tenus de contribuer un pourcentage de la cotisation annuelle pour chaque année d'éligibilité antérieure dont ils ne s'étaient pas acquittés. Le montant de la cotisation a été récemment réduit et maintenant c'est une somme forfaitaire de 72 DH.

---

<sup>11</sup> En réalité, plusieurs cliniques privées ont précisé qu'elles rejeteront les patients CNOPS si on prévoit que les coûts de leurs soins dépasseront les honoraires fixés dans la convention signée entre la clinique et la CNOPS. Selon les responsables de la CNOPS cette pratique est interdite par les dispositions de ces conventions.

<sup>12</sup> La plupart des mutuelles perçoivent une retenue supplémentaire du salaire de 0,7% à 1% destinée au fonds de retraite et les allocations de décès.

## Population Couverte

Le Tableau 5 et la Graphique No. 1 montrent l'évolution du nombre des employés et membres de leurs familles couverts par les huit mutuelles du secteur public. La participation se fait à titre volontaire (sauf pour les forces Armées et la Police), mais la structure des cotisations crée des incitations intéressantes pour participer (voir ci-après). Le taux de participation a augmenté ces dernières années, ce qui s'explique en partie par le fait que la cotisation exigée pour le nombre des années de service lorsque l'employé était éligible mais n'avait pas cotisé a été réduit.

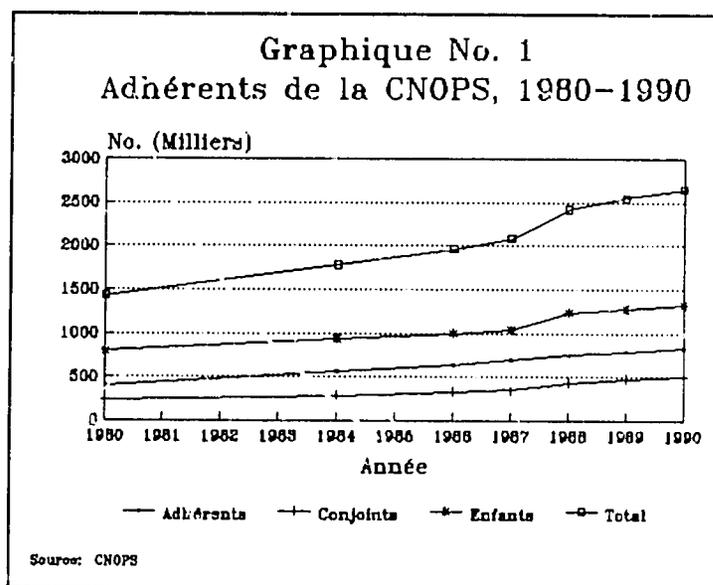
Année	Adhérents	Conjoints	Enfants	Total Bénéficiaires	Taux de changement annuel
1980	396.685	239.773	796.894	1.433.352	--
1984	561.195	285.595	937.960	1.784.750	6,1%
1986	633.365	330.402	1.002.142	1.965.909	5,1%
1987	694.077	351.444	1.039.031	2.084.552	6,0%
1988	750.147	433.082	1.238.780	2.422.009	16,2%
1989	794.418	478.923	1.277.471	2.550.812	5,3%
1990	828.532	500.493	1.322.353	2.651.378	3,9%

Source: CNOPS

Les anciens adhérents ayant pris la retraite peuvent continuer leur police d'assurance maladie en payant une cotisation annuelle qui soit bien inférieur à son coût actuariaire.

## La Gestion

En décrivant la gestion de la CNOPS et les autres sociétés d'assurance au Maroc nous insistons une fois de plus que nous n'évaluons le rendement de qui que ce soit. Nous mettons en relief quelques-uns des avantages et des inconvénients des produits d'assurance offerts et les pratiques en gestion que nous avons pu constater ou inférer. Toutefois, en essayant de comprendre le rendement en gestion on a mis l'accent sur les incitations et les contraintes dans le cadre desquelles la direction fonctionne, et non pas les compétences ou lacunes des individus. C'est conforme à la démarche standard d'analyse économique, qui insiste sur la nécessité d'élaborer des structures incitatives qui encourage un comportement efficace, et suppose ensuite qu'à la marge, les individus répondent aux incitations. L'accent qui est mis sur les structures d'incitations ne veut nullement dire que d'autres facteurs ne soient pas importants aussi



pour juger de l'efficacité de la gestion. Cependant, l'analyse de politique est plus utile lorsqu'on se concentre sur les structures incitatives qui peuvent être modifiées, alors qu'il est plus difficile aux décideurs d'influencer les objectifs et engagements individuels.

En ce qui concerne la CNOPS et les mutuelles du secteur public il ne serait pas convenable d'attribuer le rendement à un individu donné comme le pouvoir est réparti au sein des structures de la fédération. La CNOPS est gérée par un conseil d'administration composé des délégués qui rend compte à l'assemblée générale. L'assemblée générale contrôle les grandes décisions de politique qui affectent le fonctionnement de la CNOPS et des mutuelles individuelles. Donc, les directeurs de la CNOPS et des mutuelles individuelles disposent d'une autonomie limitée, bien qu'ils puissent exercer une influence importante.

#### a. Les Avantages

Les mutuelles du secteur public ont réussi à inscrire un grand pourcentage de leur population qui soit potentiellement éligible. Elles ont récemment pris des initiatives en adoptant des stratégies axées sur les prestataires en vue d'une maîtrise des coûts, pour renforcer la stratégie traditionnelle de ticket modérateur axée sur le consommateur. Plus précisément, le nouveau système de passation des conventions avec les cliniques comprend des formules limitées de paiement prospective et un groupement des services qui créent des incitations encourageant les prestataires à contrôler les coûts, en les exposant aux risques pour la plupart des coûts supportés pour toute unité donnée des services. C'est un bon pas vers une stratégie plus globale de paiement prospective et des incitations pour amener les prestataires à maîtriser les coûts, qui doivent être incluses dans une stratégie des soins gérés.

Par ailleurs, la CNOPS a récemment mis en place une base de données informatiques sur les créances qui peuvent d'ores et déjà être utilisées pour assurer le suivi des cliniques à titre individuel, par exemple pour comparer les prestataires conventionnés aux prestataires à titre des honoraires contre les prestations de soins afin de voir si vraiment le système des conventions est économe. A l'avenir, la base de données pourrait être utilisée pour le suivi des profils de l'utilisation des médecins individuels.

Pour le moment, le système est utilisé pour vérifier l'état de paiement du demandeur (s'il a payé ses cotisations), et pour le contrôle des réclamations déposées et les remboursements payés, soit à titre individuel soit de famille, au cours de trois dernières années. En principe, ce système peut être exploité pour faire une revue plus agressive du taux d'utilisation ou signer des conventions à titre sélectif avec les prestataires ayant une meilleure maîtrise des coûts. Cependant, comme on l'a souligné ailleurs dans ce rapport, cette potentialité ne pourra être entièrement exploitée tant que la loi ou la coutume protège le patient à librement choisir son prestataire, le choix libre du prestataire d'exercer comme il le veut et le droit de tous les prestataires de revendiquer les mêmes conditions de convention offertes par les mutuelles, ce qui est le cas de la convention actuelle signée entre la CNOPS et les associations médicales régionales.

#### b. Les Inconvénients

##### 1. Les Déficits

Plusieurs des mutuelles de la CNOPS du secteur commun connaissent un déficit chronique depuis des années. Plusieurs facteurs semblent contribuer à cet état des faits. Premièrement, l'état a en moyenne contribué moins que sa quota part indiqués dans les statuts de la CNOPS. Deuxièmement, la structure de fédération aboutie à un partage du contrôle de grands paramètres de la couverture: les primes et la structure des bénéficiaires. Donc, l'administration tant au niveau de la CNOPS

qu'au niveau des mutuelles individuelles dispose de peu d'autonomie pour contrôler les recettes ou les coûts du secteur commun.

Mais troisièmement, compte tenu des contraintes, l'administration n'a évidemment pas jusqu'à présent fait autant que possible des prévisions actuaires soigneuses des recettes et des dépenses, ou une planification stratégique pour équilibrer les deux éléments. L'administration n'a évidemment pas fait des prévisions actuaires des recettes et des coûts de différents types alternatifs de couverture d'assurance, pour élaborer des stratégies afin que les déficits soient le moins coûteux aux titulaires des polices d'assurance. Le système d'information des réclamations semble être utilisé notamment pour vérifier les réclamations frauduleuses. Bien qu'il puisse être utilisé aussi pour le suivi et l'analyse des dépenses globales par clinique (pas des médecins individuels) ou par type des actes médicaux (par exemple, les profils de l'utilisation des médicaments, les tests diagnostics, etc.), jusqu'à présent on n'a pas exploité cette capacité. La capacité d'assurer le suivi des profils d'utilisation des médecins individuels n'a pas encore été mise en place à cause d'une opposition qui se fait à l'établissement d'un code spécifique de médecin. Donc, jusqu'à présent l'administration a plutôt réagi passivement aux déficits; elle n'a pas adopté des stratégies proactives de gestion pour veiller à ce que de tels déficits n'aient pas lieu, dans la mesure du possible compte tenu des limites imposées à leur pouvoir d'action.

Cependant, cet "échec" évident d'éviter les déficits reflète probablement, à un certain degré, la structure des incitations: toutes dépenses excédantes seront prises en charge par l'état, grâce à une augmentation des subventions. Par ailleurs, tout surplus ne peut être réparti aux titulaires des polices d'assurance comme ristourne ou pour effectuer une réduction des primes de l'année suivante, mais il doit être versé aux réserves ou être consacré aux oeuvres sociales (les travaux sociaux, d'habitude la construction des cliniques et d'autres investissements). Plus précisément, à titre indicatif, à supposer qu'en moyenne l'état verse des cotisations qui soient suffisantes pour amortir 80% de tout déficit donné. Donc, pour chaque 100 DH consacrés aux "dépenses excédantes," l'état (ou les contribuables) supporte 80 DH des coûts, tandis que les titulaires des polices d'assurance de la CNOPS ne paient que le reliquat de 20 DH. A l'inverse, si la CNOPS mène une politique agressive de maîtrise des coûts, 80% de toute économie reviendrait à l'état.

Les options offertes à l'administration pour combler un déficit prévu consistent en une augmentation des primes, une réduction des avantages ou retarder le remboursement des patients et des prestataires. En réalité, le renvoi des paiements est devenu un outil important pour ajuster les déficits prévus. Cette stratégie réduit les coûts, en diminuant les dépenses globales consacrées aux patients et aux prestataires au cours d'une année. En outre, le retard des remboursements augmente les recettes de la CNOPS, en augmentant l'intérêt payé pour les cotisations versées; il se peut qu'il y ait aussi une réduction des dépenses dans la mesure où les titulaires des polices d'assurance sont découragés de déposer des demandes de remboursement. Des preuves anecdotiques suggèrent que les titulaires des polices d'assurance ne se soucient même pas de déposer de réclamations de petites sommes, parce que le faible taux de remboursement et les retards font que ça ne vaut pas la peine de déposer une demande. Donc, les retards de remboursement sont un moyen de diminuer les avantages des titulaires des polices d'assurance mais sans faire des réductions explicites.

Les déficits persistants et les retards de remboursement des titulaires des polices d'assurance semblent indiquer une gestion inefficace; certainement les retards diminuent la valeur de l'assurance pour les titulaires de police. Cependant, cette analyse suggère que pour modifier ce comportement, afin d'augmenter la valeur réelle de la police d'assurance, il serait nécessaire de changer la structure des incitations de l'administration, comme la structure actuelle applique de très faibles sanctions pour les déficits encourus. Une simple amélioration serait que l'état verse une cotisation d'un montant fixe au

début de l'année et qui soit indépendant du déficit réel. Cette disposition est déjà prévue par la loi mais elle n'est pas appliquée.

Un deuxième changement plus radical serait de laisser les titulaires des polices d'assurance librement choisir de s'inscrire auprès de l'une des mutuelles. Actuellement, les employés ont un seul choix entre l'inscription auprès d'une mutuelle couvrant leur secteur ou aucune couverture du tout. La structure des cotisations encourage les personnes inscrites à y rester, une fois qu'elles soient inscrites. Cet arrangement ferme signifie que l'administration n'a aucune concurrence. Si chacune des mutuelles faisait la concurrence aux autres l'administration de chacune d'elles serait obligé de mener ses opérations dans le cadre des contraintes budgétaires et elle aurait de meilleures incitations pour valoriser l'assurance qu'elle fournit aux titulaires des polices, compte tenu de leurs cotisations. Une analyse plus détaillée des systèmes connexes actuels des huit mutuelles est indispensable pour voir dans quelle mesure on pourra augmenter la concurrence entre elles sans pour autant modifier la structure de base du mécanisme de la CNOPS.

## 2. La Structure des avantages

La structure des avantages offerts par la CNOPS a plusieurs caractéristiques qui ne cadrent pas avec une couverture optimale d'assurance.<sup>13</sup> Des preuves anecdotiques semblent confirmer que les titulaires des polices d'assurance sont très critiques au sujet de la couverture.

D'abord, prenons le cas du système traditionnel dans le cadre duquel le médecin facture le patient et celui-ci à son tour est remboursé selon un tarif forfaitaire qui est, en moyenne, bien inférieur aux frais réels. En principe, une assurance "d'indemnité" de ce genre à l'avantage de créer les incitations obligeant les patients à se faire soigner auprès des prestataires relativement moins chers, étant donné que lesdits patients paient intégralement le coût marginal des prestataires dont les honoraires de prestation de soins dépassent le tarif approuvé. Cependant, la valeur d'un tel indice est insignifiant dans le cas où les médecins dans une zone donnée imposent les mêmes frais de consultation.

Le tarif des frais de consultation qui fixe le taux de remboursement d'un patient et le tarif des frais réels de consultation imposé par les prestataires ne sont pas conçus pour créer les incitations qui encouragent l'utilisation efficace des services médicaux par les patients et les prestataires (ces derniers agissent comme les agents des patients pour déterminer l'utilisation réelle de soins). En vue d'une utilisation efficace, les tickets modérateurs doivent être plus élevés pour les services ayant un taux élevé d'élasticité par rapport au prix, plutôt que pour les services à option limitée dont la demande est probablement moins sensible au prix. L'idéal est que les taux de remboursement des prestataires soient égaux au coût marginal de la production de chaque service en utilisant des techniques efficaces de production. S'il y a des coûts fixes à amortir, la majoration du taux de remboursement par rapport au coût marginal doit être liée à l'élasticité - prix de la demande. Bien qu'il ne soit pas possible sur le plan pratique de fixer les tarifs des frais de consultation pour qu'ils correspondent à l'idéal, probablement on pourrait nettement améliorer le tarif actuel.

Deuxièmement, une structure de remboursement plus efficace comprendrait une franchise pour décourager les petites réclamations, et pourrait aussi comprendre un seuil ou point d'arrêt-pertes du montant total des dépenses personnelles qu'une personne ou une famille doit supporter au cours d'une

---

<sup>13</sup> Une couverture "optimale" d'assurance se réfère à une structure de couverture que les titulaires d'une police d'assurance auraient préféré, compte tenu des coûts pour fournir d'autres formes de couverture. Les principes d'une couverture optimale sont fondés sur la théorie économique et à partir de l'observation des types de couverture que les titulaires d'assurance préfèrent acheter sur les marchés d'assurance compétitifs.

année. Bien que la couverture de la CNOPS ne fixe aucune limite sur le montant que la CNOPS paie, elle ne fixe non plus un montant limite que le patient doit payer de ses propres fonds. Ainsi, le système assure une couverture importante de risque contre la maladie, mais une couverture insuffisante contre les cas catastrophiques. Pour les soins remboursés au titre du système traditionnel de prestation de soins contre paiement, 80% des réclamations portent sur des sommes de moins de 1.000 DH; ces réclamations représentent 47% du montant total des paiements. En ce qui concerne les paiements effectués aux prestataires conventionnés, 81% des réclamations portent sur des sommes de moins de 1.000 DH; elles constituent 14,8% des coûts (voir Tableau No. 6).

Fourchette de paiements	Système traditionnel de service contre paiement				Paiement du tiers (Prestataires conventionnés)			
	Bénéficiaires		Réclamations totales		Bénéficiaires		Réclamations totales	
	Nombre	%	DH 1.000	%	Nombre	%	DH 1.000	%
< 1000 DH	270.995	80,1%	116.037	47,2%	89.871	80,6%	27.141	14,8%
1000-1999 DH	49.018	14,5%	68.198	27,7%	12.531	11,2%	17.670	9,7%
2000-2999 DH	11.729	3,5%	28.329	11,5%	3.380	3,0%	8.230	4,5%
3000-3999 DH	3.761	1,1%	12.120	4,9%	1.487	1,3%	5.225	2,9%
4000-4999 DH	1.436	0,4%	6.737	2,7%	957	0,9%	4.869	2,7%
5000-5999 DH	703	0,2%	3.813	1,6%	532	0,5%	2.943	1,6%
6000-6999 DH	313	0,1%	2.013	0,8%	499	0,4%	3.281	1,8%
7000-7999 DH	177	0,1%	1.304	0,5%	209	0,2%	1.617	0,9%
8000-8999 DH	120	0,0%	3.838	1,6%	265	0,2%	2.395	1,3%
> 9000 DH	247	0,1%	3.399	1,4%	1.715	1,5%	109.577	59,9%
<b>TOTAL</b>	<b>338.499</b>	<b>100,0%</b>	<b>245.787</b>	<b>100,0%</b>	<b>111.446</b>	<b>100,0%</b>	<b>182.947</b>	<b>100,0%</b>

Source: CNOPS

Le directeur de l'une des mutuelles a souligné que plus de 40% des dépenses concernent des petits articles que les patients peuvent payer de leurs propres fonds. Tout en préconisant une modification de la couverture pour diminuer l'assurance tout risque tout en améliorant la couverture des cas catastrophiques, il se sent impuissant pour apporter de tels changements aux avantages de la couverture. Ceci est probablement dû au fait que tous les changements des avantages doivent être votés par l'Assemblée Générale de toutes les mutuelles et ils doivent être uniformes pour tous les titulaires d'une police d'assurance. La structure actuelle de la CNOPS semble exclure la possibilité d'offrir aux titulaires d'une police d'assurance un choix entre plusieurs options de couverture, y compris une option ayant une franchise importante mais qui dispose d'une meilleure couverture des cas catastrophiques. La théorie et les preuves anecdotiques suggèrent qu'un nombre important des titulaires d'une police d'assurance préféreraient une meilleure couverture des cas catastrophiques et moins de couverture des paiements anticipés.

Cependant, la conclusion qui indique que la couverture actuelle de la CNOPS assure trop des garanties de paiements anticipés et moins de protection contre les cas catastrophiques n'est que provisoire

compte tenu de la disponibilité de soins gratuits ou fortement subventionnés dans le secteur public. Des seuils de couverture d'assurance sont fréquents dans les systèmes d'assurance d'autres pays où l'assurance privée vient essentiellement compléter les soins gratuits du secteur public. Ceci suggère un manque de demande d'une couverture privée plus complète, du fait que les soins gratuits fortement subventionnés du secteur public soient disponibles. Il s'agit d'un problème de politique pour le Gouvernement du Maroc pour savoir s'il permettrait aux titulaires d'une police d'assurance privée de continuer à utiliser les services du secteur public comme moyen de dernier recours. Ça fait partie du problème plus global concernant la façon d'intégrer l'assurance privée aux services du secteur public d'une manière efficace et équitable. Il s'agit d'un problème important mais dont l'analyse détaillée n'est pas prévue par les termes de référence de ce rapport.

Bien que le nouveau système des paiements éventuels dans le cadre des conventions ait quelques avantages structurels, les possibilités ne sont pas exploitées à fond. Premièrement, le système n'est pas utilisé pour signer des conventions sélectives avec les prestataires rentables, peut-être à cause des contraintes juridiques concernant la passation des marchés sélectifs. Deuxièmement, on a suggéré que le taux forfaitaire payé aux prestataires conventionnés est plus élevé que le remboursement moyen payé aux cliniques qui assurent les mêmes genres de services moyennant des paiements directs de frais de consultation. Une majoration des coûts prévus pourrait s'avérer nécessaire pour inciter les cliniques conventionnées à supporter les risques qu'elles prennent dans le cadre du système des paiements forfaitaires.

Cependant, tant que les cliniques aient une option de choisir soit la convention à tarif forfaitaire soit la prestation des services contre le remboursement, l'introduction d'un nouveau système ne pourrait qu'entraîner une **augmentation** de coûts totaux de la CNOPS. La raison en est que les cliniques qui optent pour le système de convention sont très probablement celles dont les coûts prévus sont inférieurs au tarif forfaitaire des conventions, soit parce qu'elles sont relativement plus efficaces, offrent une qualité inférieure soit qu'elles s'occupent des patients relativement bien portant, par rapport à la clinique moyenne dans la même catégorie. A l'inverse, les cliniques dont les coûts prévus dépassent le tarif forfaitaire sont peu susceptibles d'adhérer au système de convention, étant donné qu'elles subiront des pertes. Donc, tant que le système restera volontaire, la CNOPS connaîtra un risque grave d'un choix biaisé qui aboutirait à une augmentation des coûts. Jusqu'à présent aucun système n'est mis en place pour vérifier si des économies sont réalisées, ou pour voir si ce choix biaisé se fait dans le cadre du système de convention. Il n'y a aucun suivi des différences qui puissent exister dans la qualité des soins prodigués par les prestataires conventionnés et les prestataires non-conventionnés. C'est essentiel pour connaître les effets du système sur les coûts de la CNOPS et la disponibilité des soins pour les patients.

### 3. Les frais généraux

Les coûts administratifs de la CNOPS sont censés représenter moins de 10% des recettes encaissées. Ce taux est inférieur aux frais généraux des assureurs d'actions, mais cette comparaison n'est pas valable parce qu'il y a des coûts masqués liés au fonctionnement de la CNOPS qui ne soient pas indiqués sur ses bilans. Presque la seule tâche administrative de la CNOPS porte sur la gestion des réclamations. Les coûts de commercialisation sont faibles parce que chaque mutuelle dispose essentiellement d'un monopole, renforcé par le système de cotisation des employés du secteur (voir ci-dessous). Elles ne supportent pas des coûts actuaires et elles n'ont pas besoin de mobiliser un capital social, parce que les cotisations de l'état assurent les fonctions de fonds de réserve pour lequel les sociétés privées d'assurance mobilisent un capital social, comblant une grande partie de tout déficit qui se présente. Les mutuelles publiques ne paient pas d'impôts non plus. Nous n'avons pas pu obtenir une répartition des frais généraux pour les différentes fonctions de la CNOPS et les autres sociétés

d'assurance. Toutefois, compte tenu du rôle spécial de l'état et l'absence d'une concurrence faite à la CNOPS, ces comparaisons ne seraient pas valables, même si l'on pouvait obtenir des données.

### Description

En évaluant la gestion de la CNOPS et des mutuelles publiques au Maroc, c'est important de noter que les gestionnaires des mutuelles fonctionnent sous des incitations et des contraintes qui sont différentes de celles de gestionnaires des sociétés par actions (par exemple, voir Mayers et Smith, 1981). En ce qui concerne une mutuelle privée, les titulaires de police d'assurance sont les propriétaires de la société, à savoir que les titulaires de police d'assurance sont les actionnaires, tandis que dans une société par actions les titulaires de police d'assurance et les actionnaires sont distincts. Cette séparation d'identité entre les titulaires de police d'assurance et les actionnaires d'une mutuelle a ses avantages et ses inconvénients. En théorie, l'avantage consiste du fait qu'une mutuelle ne peut être gérée qu'à l'intérêt exclusif des titulaires de police d'assurance; par contre, une société par actions est obligée par la concurrence sur les marchés des capitaux de rentabiliser les bénéfices des actionnaires. La maximisation du profit n'est pas nécessairement contraire aux intérêts des consommateurs. Dans les marchés compétitifs avec des consommateurs bien renseignés, la maximisation des profits par les sociétés est à l'avantage des consommateurs: la recherche du profit oblige les sociétés à minimiser les coûts et à élaborer des produits qui vont satisfaire les goûts des consommateurs. Comme Adam Smith l'a initialement démontré, c'est la raison fondamentale pour laquelle on peut compter sur les marchés concurrents pour assurer une répartition des ressources qui donne le maximum de bien-être possible aux consommateurs.

Cependant, si les clients ne soient pas bien renseignés au sujet des risques ou d'autres éléments de la qualité d'un produit, on ne pourra se fier à la maximisation des profits des sociétés pour optimiser le bien-être du consommateur. Dans le contexte de l'industrie d'assurance, on postule des fois que les sociétés d'assurance à but lucratif ont des incitations pour tromper les consommateurs au sujet des produits d'assurance, en exagérant les avantages, en sous-estimant les lacunes de couverture et peut-être en prenant trop des risques pouvant saper la solvabilité éventuelle et la capacité de rembourser les réclamations.<sup>14</sup> Cette critique a été formulée contre les sociétés d'assurance privées qui offrent l'assurance maladie au Maroc. Il est très difficile d'évaluer la gravité de tels problèmes qui varient selon les types d'assurance et les couches de la population. Les fausses perceptions du consommateur sont moins fréquentes pour les gammes des produits d'assurance dont les clients font souvent des réclamations, et à partir de leurs expériences peuvent savoir le taux et le montant de remboursement des réclamations. A titre d'exemple, les consommateurs savent mieux évaluer l'assurance maladie par rapport à l'assurance-vie. En outre, on se soucie moins de l'exploitation du consommateur lorsque les consommateurs aient de l'expérience avec les différentes gammes des produits d'assurance (l'assurance-vie, l'assurance contre l'incendie, l'assurance tous risques contre les accidents, l'assurance maladie, etc.), et ou des intermédiaires tels que les employeurs évaluent les produits offerts par différentes sociétés d'assurance, comme c'est souvent le cas en matière d'assurance maladie.

Bien que la possibilité de l'exploitation des consommateurs puisse justifier la préférence accordée aux mutuelles par rapport aux sociétés privées d'assurance à but lucratif dans certains contextes, les mutuelles aussi ont des inconvénients. D'abord, une mutuelle ne peut mobiliser du capital social; elle doit compter sur les bénéfices non-distribués pour mobiliser les réserves nécessaires pour faire face aux fluctuations des coûts de réclamations. Deuxièmement, l'administration d'une mutuelle a plus des

---

<sup>14</sup> Ce point a été souligné par une personne interviewée à propos des sociétés d'assurance privées au Maroc. L'insolvabilité du secteur de l'assurance est un problème grave qui obligea le Ministère des Finances à contrôler les primes et les avantages de presque toutes gammes des produits d'assurance, à l'exception de ceux de l'assurance maladie.

pouvoirs discrétionnaires et les actionnaires-titulaires de police d'assurance éprouvent plus de difficultés à la contrôler par rapport à l'administration d'une société privée d'assurance. Si l'administration d'une société par actions gère celle-ci inefficacement, la valeur du capital social diminue et ceci incite les actionnaires à licencier les responsables de l'administration. Par contre, c'est difficile pour les titulaires de police d'assurance d'une mutuelle d'évaluer l'efficacité de son administration. Par ailleurs, même si les titulaires de police d'assurance soient mécontents avec l'administration d'une mutuelle, il leur est plus difficile de la licencier. Normalement, il faudra un vote majoritaire des titulaires de police d'assurance ou leurs délégués, et la plupart des titulaires ne sont pas suffisamment motivés pour se renseigner et participer activement à la gestion d'une mutuelle. Evidemment, il faut aussi un vote majoritaire des actionnaires pour licencier l'administration d'une société par actions; cependant, comme le capital social peut se vendre, un seul actionnaire peut accumuler suffisamment des actions pour en contrôler la majorité et avoir une motivation financière pour s'y intéresser. Donc, l'objectif de la plupart des prises de contrôle des sociétés est de posséder assez des votes pour changer l'administration et améliorer l'efficacité de la gestion de la société. La menace de prise de contrôle et le licenciement de l'administration constituent les incitations les plus sévères pour encourager l'administration à gérer efficacement une entreprise. D'autres dispositions moins sévères consistent en primes d'actions ou d'options, liant directement les salaires des cadres supérieurs au rendement de leur société. Les responsables des mutuelles sont menacés avec des sanctions moins graves de licenciement en cas d'inefficacité et ils ne peuvent être rémunérés avec une partie du capital social de la société.

Ces principes généraux montrant la façon dont le type d'organisation peut influencer les mesures d'incitations des cadres supérieurs d'une société sont importants pour comprendre le rendement des mutuelles au Maroc. En ce qui concerne les mutuelles du secteur public et la CNOPS, la situation se complique davantage avec le rôle que joue l'état. En principe, l'état est supposé verser une cotisation équivalente à 3,5% du salaire de base des adhérents, mais en réalité l'état paie une cotisation dont le montant dépend du déficit réel du secteur commun, bien que ceci soit vague comme rien ne garantit que le déficit soit entièrement comblé. Si l'état ne fait que combler le déficit, il serait propriétaire du capital social et le seul demandeur résiduel des déficits. Dans ce cas, les responsables de la direction de la CNOPS auraient peu des incitations financières pour maîtriser les coûts. En réalité, l'état ne paie qu'une fraction du déficit décidée par des négociations et les contraintes budgétaires de l'état. Donc, la direction de la CNOPS n'est pas tenue d'équilibrer son budget qui est une obligation que les directeurs des mutuelles du secteur privé sont normalement tenues de respecter.

### Subventions croisées

La structure des cotisations du système de la CNOPS implique des subventions croisées entre les différentes catégories des travailleurs qui y participent; il y a probablement aussi un transfert net implicite de ceux qui soient éligibles mais ne participent pas à ceux qui participent.

Comme les cotisations sont fixées à un taux uniforme du salaire de base, parmi les catégories des travailleurs participant il y a un transfert net qui s'effectue des travailleurs célibataires, ceux avec peu des personnes dépendantes, ceux avec peu des charges médicales prévues et ceux qui ont des salaires relativement importants à ceux ayant de petits salaires, de grandes familles, et un taux élevé d'utilisation des services médicaux. Les données recueillies sur les catégories des travailleurs qui cotisent et ceux qui préfèrent ne pas cotiser cadrent avec l'hypothèse que l'adhésion est relativement avantageuse pour les travailleurs plus âgés avec des familles.

Il semble y avoir aussi une subvention croisée des travailleurs ruraux aux travailleurs urbains. Le taux d'utilisation des services de santé est plus élevé en zones urbaines qu'en zones rurales.

L'existence des subventions croisées des jeunes travailleurs aux travailleurs plus âgés est soutenue par le fait que les travailleurs qui adhèrent après la date initiale d'éligibilité soient tenus de cotiser une certaine somme par an pour chaque année de non cotisation. Les travailleurs retraités peuvent garder les avantages en maintenant les cotisations à un taux qui soit bien inférieur au taux actuariaire. Le système est en train d'être modifié pour faciliter ces cotisations, en les déduisant à la source de la pension.

La subvention croisée des travailleurs qui préfèrent ne pas adhérer à ceux qui adhèrent découle du fait que ceux qui ne contribuent pas n'ont pas de remise qui soit égale à la cotisation de l'employeur. A long terme la cotisation de l'employeur à tous avantages sociaux liés à l'emploi est supportée par les employés sous forme de salaires en espèces plus bas. Comme les employés qui préfèrent ne pas cotiser les 2,5% de leurs salaires ne perçoivent pas des salaires plus élevés, ils paient effectivement une cotisation sans bénéficier des avantages en contre partie. Par conséquent, il y a un transfert net de ceux qui préfèrent ne pas adhérer au système à ceux qui y adhèrent.

La base de données de la CNOPS donne la possibilité d'évaluer la portée des subventions croisées entre les différentes catégories des personnes, pour voir si les effets réels de distribution soient conformes aux résultats souhaités par les adhérents ou avec les notions générales d'actions verticales et horizontales. Cette analyse n'est pas encore faite. Le système est fondé sur la notion de solidarité. Il serait utile d'analyser les données actuelles des cotisations et des dépenses, par catégorie des employés, afin de voir les effets nets de distribution du système. Ceci aidera à clarifier la possibilité d'expansion d'un système mutuel aux autres secteurs fondé sur le même principe de solidarité.

### Les Recommandations portant sur la CNOPS

Le premier jeu des recommandations peuvent être mises en oeuvre par la CNOPS sans une modification de la loi ou une réforme des structures institutionnelles.

1. Faire une analyse de la sélection des cliniques qui sont intégrées dans le nouveau système des conventions de tiers payants, pour voir si une sélection biaisée a lieu.
2. Suivre l'évolution du nouveau système pour voir si les cliniques qui optent pour les conventions de tiers payant ont effectivement des coûts moins élevés par patient par rapport à celles à qui on paie les frais de consultation par visite.
3. Développer la capacité d'analyser le taux d'utilisation répartie par clinique et par médecin. En se basant sur les données obtenues, signer des conventions à titre plus sélectif avec les prestataires dont les prestations de soins soient rentables. Le système de ticket modérateur du patient pourrait être utilisé pour encourager les patients à s'adresser aux prestataires qui maîtrisent les coûts, dans le cas où le choix du prestataire ne peut se limiter directement. A l'heure actuelle, le montant du ticket modérateur du patient est fixé à 10% des honoraires s'il s'adresse aux prestataires conventionnés; les ticket modérateurs ne sont pas réglementés mais ils sont probablement plus élevés pour la plupart des prestataires que l'on paie des frais de consultation par visite. La CNOPS a créé ces incitations pour encourager les patients à s'adresser aux prestataires conventionnés, sans avoir vérifié si les prestataires conventionnés assurent la prestation de meilleurs services à des prix avantageux, en offrant soit des coûts plus bas soit une meilleure qualité au même coût.

4. Analyser les dépenses portant sur les cotisations de différentes catégories des adhérents - par âge, taille de famille, niveau du revenu, lieu de résidence urbain/rural - pour voir les effets nets de répartition du taux forfaitaire actuel de cotisation. Sur la base de ces données, évaluer si les subventions croisées à travers les catégories des travailleurs correspondent aux objectifs sociaux du gouvernement.
5. Etudier la possibilité d'offrir une option avec une retenue à la source plus importante mais des niveaux différents de dépenses limitées du patient, en tant qu'alternative au système actuel de ticket modérateur. En prévision de cette démarche, analyser la répartition des dépenses de la CNOPS et les dépenses des patients soit par adhérent soit par famille. A l'heure actuelle, il n'y a pas des données sur le pourcentage des individus ou des familles ayant supporté des dépenses de leurs propres fonds. En conséquence, il est difficile d'évaluer si le système des avantages de la CNOPS assure une bonne protection financière.
6. La CNOPS doit prendre l'engagement de rembourser les prestataires et les patients dans les meilleurs délais. Les retards de remboursement équivalent à une dévaluation des avantages d'assurance des patients et les montants des remboursements versés aux prestataires.
7. On doit analyser le tarif des frais de consultation et les dépenses en moyenne des patients, par type de service. S'il s'avère nécessaire, il peut être ajusté pour l'aligner aux coûts marginaux de production de différents services, mais avec des ticket modérateurs plus élevés (des remboursements plus bas) pour les services dont la demande a une élasticité relative par rapport au prix.

Les recommandations ci-après nécessiteraient des changements des structures institutionnelles:

1. Le montant de la cotisation de l'état doit être fixé au début de l'année fiscale de la CNOPS. Ensuite, on doit exiger que la CNOPS respecte les limites de son budget, sauf dans la mesure où elle a pu accumuler des réserves au cours de l'année précédente. De tels changements imposeraient les mêmes exigences d'équilibre budgétaire qui s'appliquent à toute autre mutuelle. Ils augmentent les incitations offertes à la direction de la CNOPS de faire des prévisions actuelles et d'élaborer des stratégies de maîtrise des coûts qui soient nécessaires pour assurer un fonctionnement équilibré.
2. On doit analyser la faisabilité d'offrir aux adhérents l'option de changer des mutuelles. Cette démarche introduira un degré limité de concurrence chez les mutuelles et renforcera les incitations pour modifier l'assurance offerte en vue de s'assurer qu'elle donne le maximum de valeur aux adhérents, dans le cadre des taux actuels des cotisations.

## 2. CNSS

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) gère un système de sécurité sociale obligatoire auquel tous les employés salariés non-gouvernementaux d'un secteur donné doivent adhérer et cotiser. Le système est élargi pour inclure les employés salariés du secteur agricole.

### Financement

La CNSS est financée à partir des impôts sur les salaires, fixés à un taux forfaitaire du salaire jusqu'à certaines limites. Pour certains avantages la contribution est partagée entre l'employé et l'employeur. (Voir le tableau 7).

Tableau 7 Contributions de la CNSS (1991)			
	Prestation familiales	Avantages sociaux	
		à court terme	à long terme
Taux de contribution (% du salaire)	10 %	0,66 %	5,04 %
Apport de l'employeur	100 %	2/3	2/3
Apport de l'employé	0 %	1/3	1/3
Plafond de rémunération mensuelle	Aucun	3.000 DH	

N.B. Les ouvriers agricoles ne participent pas au volet des prestations familiales. Les pêcheurs contribuent 4,65 à 6 % de leurs ventes bruts pour une couverture à part.

Source: CNSS

### Les avantages

Les avantages de la CNSS sont accordés sous forme des paiements d'indemnité en espèces aux apporteurs dans certaines conditions. Les principaux types et le taux moyen des avantages sont indiqués au tableaux 8. Bien que la CNSS ne donne pas directement une assurance maladie, les paiements en espèces qui se font en cas de maladie ou d'incapacité peuvent être considérés comme un genre d'assurance maladie.

### Population couverte

En 1990, la CNSS avait couvert 672,000 travailleurs, par rapport aux chiffres de 535.000 en 1985 et 457.000 en 1980.<sup>15</sup> La répartition sectorielle des travailleurs couverts était comme suit: l'industrie (36%), bâtiments et travaux publics (21%), les services (14%), le Commerce (12,5%), et l'agriculture et la pêche (6%). Ce groupe comprenait 81,5% travailleurs et 18,5 travailleuses.<sup>16</sup>

<sup>15</sup> Chiffres fournis par la CNSS.

<sup>16</sup> Voir Guédira (1991), p. 10.

**Tableau 8**  
**Avantages de la CNSS (à compte de 1986)**

<b>FAMILIAUX</b>	
Allocations familiales (en espèces)	36 DH/mois par enfant, du premier au sixième enfant (augmenté en 1988 à 54 DH/mois pour les trois premiers enfants.)
Aide sanitaire familiale	De 300 Dh (pour une famille avec un enfant) à 800 DH (pour une famille avec six enfants), payable sur présentation d'un dossier médicale. Destiné comme un prélude à la création d'un régime de soins de santé.
<b>PRESTATION SOCIALES</b>	
<i>Prestations à court terme</i>	
Indemnités journalières de maladie	26 semaines à 50% du salaire, plus 26 semaines à 67% du salaire. L'ayant-droit doit contribuer au minimum 54 jours au cours des 6 mois avant l'arrêt du travail. Les paiements commencent 7 jours après l'arrêt du travail à cause d'une maladie.
Indemnités journalières de maternité	10 semaines à 50% du salaire. Au moins 6 semaines doivent être après l'accouchement. L'ayant droit doit cotiser au minimum 54 jours pendant 10 mois avant l'arrêt du travail.
Allocation au décès	Paiement de 2 mois du salaire du travailleur décédé, avec un minimum de 1.000 DH et un maximum de 6.000 DH.
Remboursement de congé de naissance	Congé de trois jours accordé à l'employé à l'occasion de la naissance d'un enfant. L'employeur est remboursé par la CNSS pour le salaire de 3 jours.
<i>Prestations à long terme</i>	
Pension d'invalidité	50% à 70% du salaire, en fonction de la durée de cotisation du travailleur incapacité. Commence au moment où les indemnités journalières de maladie s'arrêtent et cesse lorsque l'employé devient éligible pour la pension de vieillesse. L'ayant droit doit avoir cotisé pendant au moins 1080 jours, y compris 108 jours au cours des 12 mois avant l'arrêt du travail.
Pension de vieillesse	50 à 70% du salaire, en fonction de la durée des cotisations de l'ayant droit retraité. Les employés ont droit de percevoir la pension à l'âge obligatoire de retraite (60 ans). L'ayant droit doit avoir cotisé au minimum 3240 jours avant qu'il ne soit éligible pour les avantages de la pension de vieillesse.
Pension du survivants	Transfert du droit à la pension de retraite à l'époux (épouse) et aux enfants de l'employé décédé.
<b>Source: CNSS</b>	

La participation étant obligatoire, les profils du nombre des personnes couvertes par la CNSS reflètent la transformation de la structure industrielle du Maroc et les incitations d'opérer dans les secteurs modernes par rapport aux secteurs non-structurés, plutôt que la valeur nette du programme d'assurance de la CNSS tel qu'il est perçu par les travailleurs. Cependant, comme la participation au programme de la CNSS est obligatoire pour les sociétés déclarées du secteur moderne et comprend un impôt important sur les salaires, la valeur que les employés accorde aux avantages de la CNSS peut être un facteur important dans la décision que prendra un employeur marginal d'exercer dans le secteur structuré. Une analyse coûts-avantages plus détaillée pour les entreprises et les employés d'exercer dans le secteur moderne en général, et l'importance relative des impôts et avantages de la CNSS par rapport aux autres facteurs, serait utile pour l'élaboration d'une stratégie du Gouvernement du Maroc pour la santé et les autres types d'assurance; toutefois une telle analyse n'entre pas dans le cadre des termes de référence de cette étude.

### Gestion

La CNSS est gérée par une commission tripartite composée de 24 membres qui comprend des représentants de l'état, du patronat et des employés. La gestion courante est assurée par un directeur général.

Comme dans le cas de la CNOPS et des mutuelles du secteur public, la répartition du pouvoir et les contraintes dans le cadre desquelles la direction doit fonctionner font qu'il soit difficile de déterminer à quel degré le rendement effectif reflète les compétences et l'efficacité des gestionnaires individuels par rapport à la structure institutionnelle et les incitations au sein desquelles la direction doit fonctionner. Des problèmes persistants pourraient bien indiquer des carences structurelles fondamentales plutôt que des défauts individuels.

### Bilan Financier

A propos des programmes d'assurance, Guédira (1991) signale que le volet des avantages à long terme connaît un déficit chronique, mais il est soutenu grâce aux transferts effectués à partir de la division des allocations familiales qui fonctionne avec un surplus (voir le Tableau No. 9).

En dehors des programmes d'assurance, la CNSS gère aussi 13 polycliniques qu'elle avait construit dans les années soixante dix et quatre vingt. Ces polycliniques fonctionnent avec de très lourdes pertes. Les estimations de l'ordre de grandeur des déficits des cliniques de la CNSS peuvent varier, selon que les calculs soient faits en se basant seulement sur les dépenses de fonctionnement ou si on y ajoute l'amortissement des coûts fixes, et dans ce dernier cas le taux d'amortissement. Dans tous les cas, il est peu probable qu'une répartition raisonnable des coûts puisse transformer les déficits importants signalés en un surplus. Des études antérieures ont examiné les causes des déficits des polycliniques de la CNSS,<sup>17</sup> et leurs résultats ne sont pas décrits en détail dans ce rapport. Ce rapport examine ces problèmes seulement dans la mesure où ils sont pertinents aux termes de référence de notre étude, c'est-à-dire l'identification du potentiel et les contraintes à l'expansion de l'assurance maladie au Maroc, notamment la possibilité d'expansion de l'assurance liée à la CNSS.

---

<sup>17</sup> Voir par exemple, Pierre Mouton, Problèmes de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale du Maroc, Banque Mondiale, 1988; La Vie Economique, du 28 Juin 1991.

**Tableau 9**  
**CNSS Recettes et Prestations Servies, 1987 à 1990**  
(en millions DH)

	1987	1988	1989	1990	% en 1990
<b>RECETTES</b>					
<b>Primes</b>					
Cotisations familiales	1.240,2	1.327,0	1.433,2	1.570,0	56,5%
Cotisations à court terme	56,7	63,8	68,1	74,6	2,7%
Cotisations à long terme	453,0	511,9	545,1	595,0	21,4%
Total Primes	1.749,9	1.902,7	2.046,4	2.239,6	80,6%
Produits financiers	325,7	380,7	428,9	529,4	19,1%
Autres Recettes (Divers)	1,0	3,0	10,0	10,0	0,4%
Total Recettes	2.076,6	2.286,4	2.485,3	2.779,0	100,0%
<b>PRESTATIONS SERVIES</b>					
Allocations familiales	476,8	612,4	631,3	648,4	42,6%
Prestations à court terme	34,3	46,9	59,0	61,0	4,0%
Prestations à long terme	576,0	644,6	728,4	811,0	53,3%
Total prestations servies	1.087,1	1.303,9	1.418,7	1.520,4	100,0%
<b>Source: La Vie Economique, le 28 juin 1991, p. 14.</b>					

En 1980, un accord fut conclu entre la CNOPS et la CNSS pour permettre aux adhérents de la CNOPS de se faire soigner auprès des polycliniques de la CNSS. L'accord prévoyait que les polycliniques de la CNSS factureraient la CNOPS pour la prestation des services à ses adhérents conformément à un tarif, qui bien que plus élevé que le taux appliqué par les hôpitaux publics, était bien inférieur au tarif de la plupart des cliniques privées. En contrepartie de l'accord de la CNSS d'appliquer un tarif qui soit inférieur au taux du marché, la CNOPS orientait un volume important des affaires vers les polycliniques de la CNSS en éliminant le ticket modérateur habituel: la CNOPS payait intégralement les frais de consultations de ses adhérents qui se faisaient soigner aux polycliniques de la CNSS. Cet accord fut rompu en 1991 suite à un désaccord entre la CNSS et la CNOPS à propos de 13 millions DH des facturations de la CNSS contestées par la CNOPS. Avant cette rupture, environ 15% des adhérents de la CNOPS se faisaient soigner aux polycliniques de la CNSS.<sup>18</sup>

L'une des questions auxquelles on doit répondre en évaluant les causes des déficits des polycliniques de la CNSS est le rapport entre la CNSS et la CNOPS. En sa qualité du plus grand assureur au Maroc, la CNOPS peut avoir une grande influence sur les revenus de tout prestataire. Une analyse soigneuse de l'accord CNOPS-CNSS serait indispensable pour déterminer à quel point il reflétait un arrangement d'intérêt mutuel d'un contrat de prestataire prioritaire; faiblesse de la position de négociation de la CNSS; ou des décisions peu judicieuses d'assurer une prestation de services de soins de "qualité" trop coûteux, compte tenu de la disponibilité du patient à payer et les frais normaux payés aux autres prestataires concurrents. Ces options ne sont pas mutuellement exclusives.

Une évaluation équitable des causes du profil des déficits et des excédents dans les différentes catégories des avantages sociaux de la CNSS dépend des contraintes et opportunités dans lesquelles la

<sup>18</sup> L'Economiste du 16 janvier 1992, p. 16.

direction de la CNSS fonctionne. Si la loi prévoit que chaque catégorie des avantages doit s'efforcer d'être équilibrée, est-ce qu'elle donne la flexibilité à la direction d'ajuster soit les avantages soit les taux de cotisation afin d'équilibrer le système? Si la loi est ambiguë à propos des objectifs et contraintes au sujet des stratégies disponibles, dans ce cas la direction ne peut être tenue entièrement responsable des déficits.

Pour les avantages à long terme tel que la retraite, l'invalidité à long terme et les avantages du survivant, une vraie approche d'assurance définirait l'équilibre en terme des recettes par rapport à la valeur actualisée des pertes subies, c'est-à-dire y compris les réclamations effectivement payées plus la valeur actualisée des réclamations devant être payées suite aux engagements pris au cours de l'année de la police d'assurance. Une approche alternative serait de définir l'équilibre sur un régime fondé sur la répartition, ou peut-être faire la moyenne au cours d'une période de plusieurs années. Si c'est l'approche utilisée par la CNSS, dans ce cas une gestion prudente exige qu'un certain taux des réserves soit maintenu pour permettre au système de supporter les fluctuations provisoires des recettes et dépenses créées par des facteurs comme les fluctuations cycliques de l'emploi. Par exemple, ce genre des régimes fondés sur la répartition ont des déficits dans une conjoncture économique défavorable parce que le taux d'emploi connaît une baisse et en conséquence les recettes baissent alors que le taux des réclamations augmente.

Une gestion méticuleuse d'un système d'assurance qui accorde des avantages de retraite et d'incapacité nécessite aussi des prévisions à long terme des profils démographiques, des taux de l'emploi, etc. parce que ce sont ces facteurs qui déterminent si les taux actuels des avantages sociaux peuvent être maintenus aux taux actuels des impôts. Les systèmes de sécurité sociale de plusieurs pays prévoient des déficits importants à cause d'une baisse du taux de natalité et une augmentation de l'espérance de vie; ce qui réduit le coefficient des travailleurs qui versent des cotisations par rapport aux retraités, survivants et travailleurs incapacités qui perçoivent des avantages. Bien que ce genre des prévisions ne soient jamais précises, notamment pour l'avenir lointain, elles peuvent certainement être faites si ce n'est pas une chose déjà faite, afin d'avoir une meilleure idée de la solvabilité à long terme de la CNSS. Tout en n'étant pas pertinente dans l'immédiate pour le problème de l'assurance maladie, c'est très pertinente à la question de savoir si la CNSS a la capacité et les incitations nécessaires pour étendre ses activités aux avantages d'assurance maladie plus spécifiques. C'est pertinent aussi au problème de savoir si les taux de cotisation de la CNSS doivent être augmentés afin de financer un avantage d'assurance maladie. Si les prévisions montrent que les taux d'impôts doivent être augmentés à l'avenir pour financer les avantages à long terme sous-capitalisés, dans ce cas il serait peu souhaitable d'augmenter les impôts pour financer l'assurance maladie.

L'expérience de plusieurs pays qui disposent des sociétés ou organismes semi-publics tel la CNSS démontre que l'efficacité de la gestion dépend essentiellement de la conception d'une structure institutionnelle qui confie la responsabilité à la direction et celle-ci rend compte du bilan de sa gestion. Le mouvement dans beaucoup des pays vers la privatisation des agences faisant antérieurement partie des ministères reflète cette expérience. Le but de la privatisation, dans sa définition générale, est de confier à une direction des objectifs bien définis et l'autonomie pour prendre les décisions nécessaires en vue d'atteindre ces objectifs, afin que l'on puisse assurer le suivi du rendement et prendre les sanctions contre l'inefficacité. Il semble que la direction de la CNSS (et à un moindre degré celle de la CNOPS) a dans le meilleur des cas des objectifs mal définis, dispose de peu d'autonomie et peu des sanctions. Compte tenu de ces contraintes et mesures incitatives, on peut à peine s'étonner du constat des déficits chroniques, des décisions d'investissement douteuses tel que le cas des polycliniques de la CNSS, et la mauvaise gestion de ces investissements. Afin d'améliorer le rendement des opérations des programmes de la CNSS, il faudra une analyse soigneuse de la structure actuelle des incitations et les contraintes, y compris les pressions politiques informelles sous lesquelles la CNSS mène ses activités, et une volonté

politique pour apporter des changements fondamentaux à cette structure institutionnelle. L'assistance technique, par exemple sous forme de la formation en gestion et des systèmes informatique de gestion, serait probablement peu utile avant que cette structure de base ne soit changée de façon à donner les incitations et la flexibilité nécessaires pour employer ces outils de gestion.

Bien que les allocations de la CNSS ne soient pas alloués au remboursement des frais médicaux, quelques-uns des paiements sont effectués sous réserve d'une maladie ou une incapacité et partant constituent en quelque sorte une assurance maladie. Il y a des arguments pour et contre la conversion de ces allocations en espèces à une assurance maladie spécifique pour rembourser les frais médicaux.

Le meilleur argument en faveur de la conversion de ces allocations en espèces liés aux maladies à une assurance maladie plus conventionnelle est le fait que le système ciblerait les ayants-droits qui ont supporté les frais médicaux les plus importants. Actuellement, les allocations augmentent avec la durée de la maladie mais ils ne varient pas en fonction de la nécessité de soins médicaux, tout en tenant compte de la durée de maladie.

L'un des arguments contre la conversion est qu'elle limite le choix des bénéficiaires. Quelques individus pourraient opter pour les indemnités en espèces au lieu de l'assurance maladie qui rembourse spécifiquement les soins médicaux, parce que les indemnités en espèces donne au bénéficiaire un plus grand choix sur la façon de dépenser l'argent reçu. En général, la valeur de tout transfert social au bénéficiaire est plus importante si ledit transfert est fait sous forme d'argent liquide plutôt que d'être lié à la consommation des biens et services tel que les soins médicaux. Le bénéficiaire pourra par la suite dépenser l'argent dans la manière qu'il jugera la plus utile. Certains individus peuvent postuler que les personnes tendent à sous-estimer les avantages de soins médicaux; dans ce cas, en liant les avantages sociaux aux soins médicaux on encouragerait des taux de consommation plus appropriés. Bien que les individus ne soient pas très bien informés des avantages des types spécifiques de soins médicaux, cela ne fait que justifier l'exigence d'acheter une police d'assurance maladie si en moyenne les personnes sous-estiment systématiquement les avantages de soins médicaux. C'est peu évident qu'en moyenne les personnes sous-estiment la valeur de soins médicaux, compte tenu des incitations des médecins à surestimer les avantages desdits soins médicaux quand ils donnent des conseils aux patients.

Un deuxième argument contre la conversion des allocations en espèces aux remboursements des frais de soins médicaux est le hasard morale que ça risque de poser, à savoir qu'elle encouragerait aussi les dépenses en soins médicaux dont l'utilité soit inférieure aux coûts, parce que les patients assurés paient un prix qui soit inférieur au prix réel de soins médicaux. Il peut y avoir un avantage compensatoire si l'abandon des allocations en espèces diminue le hasard morale y afférent, c'est-à-dire les allocations en espèces qui sont sujet à une réclamation de maladie ou d'incapacité créent des incitations pour exagérer ou faire de fausses déclarations de maladie, afin de se qualifier pour les avantages. Ainsi il se peut que le nombre des jours de travail perdus soit réduit si les allocations soient accordées sous forme de remboursement des frais médicaux plutôt qu'en espèces.

On postule aussi que les adhérents de la CNSS doivent avoir le droit d'utiliser les polycliniques de la CNSS soit à titre gratuit soit à des taux subventionnés. De plus des 15% des taxes sur les salaires versés à la CNSS 2,25% sont alloués spécifiquement à l'amortissement et aux frais de fonctionnement des polycliniques de la CNSS. Plusieurs rapports<sup>19</sup> ont souligné que ces cotisations ne donnent pas le droit aux employés d'avoir de soins médicaux gratuits auprès des polycliniques de la CNSS, alors que jusqu'à une date récente les adhérents de la CNOPS (c'est-à-dire les fonctionnaires) étaient remboursés à 100% pour les soins prodigués aux polycliniques de la CNSS.

---

<sup>19</sup> Voir Vogel et Stinson (1989), Norris et al. (1986), la Banque Mondiale (1991b).

Bien que ça puisse être inéquitable, cela ne veut nullement dire que la meilleure solution serait de donner le droit aux adhérents de la CNSS de se faire soigner gratuitement ou à des taux subventionnés. Les cotisations de la CNSS aux polycliniques doivent être considérées comme un investissement fait au compte des adhérents. Normalement, les adhérents/investisseurs peuvent s'attendre à percevoir un avantage financier raisonnable d'un tel investissement. Un problème se pose dans ce cas parce qu'il s'agissait évidemment d'un mauvais investissement qui n'a pas une rentabilité financière positive. Mais si on donne de soins gratuits aux adhérents de la CNSS, sous forme d'un paiement en nature de l'investissement, les dépenses de fonctionnement des polycliniques augmenteraient et les contributions nécessaires pour l'équilibre devront augmenter. Ce serait très injuste envers les adhérents de la CNSS, comme seuls ceux qui habitent raisonnablement près des polycliniques profiteront des services offerts. Comme on l'a décrit en plus ample détail ci-dessous, il semble peu judicieux d'augmenter les cotisations obligatoires à la CNSS pour lui permettre de fournir l'assurance maladie, jusqu'à ce que ses capacités de gestion soient démontrées.

### Recommandations

1. On doit faire une analyse pour déterminer comment les allocations de la CNSS liées aux maladies sont utilisées. Plus précisément, est-ce qu'elles constituent une source inestimable d'assurance maladie contre des pertes importantes de revenu ou est-ce qu'elles sont abusées pour le congé de maladie à court terme? Y a-t-il des preuves d'abus, c'est-à-dire une prolongation de la durée ou la réclamation des journées qui ne soient pas vraiment nécessaires? Dans le cas où cette analyse conclue que la structure actuelle des allocations liées aux maladies ne constitue pas une source inestimable d'assurance contre des pertes importantes de revenu, trois options peuvent être étudiées. L'une des options serait de transformer les allocations avec des ticket modérateurs importants pour les maladies à court terme. La deuxième option serait de transformer (une partie) des allocations en espèces en une assurance maladie. La troisième option serait de réduire le taux de cotisation. Ces options ne sont pas mutuellement exclusive.
2. Dans le cas où l'assurance maladie obligatoire est adoptée, la structure des avantages de la CNSS doit être réexaminé en vue de diminuer les taux de cotisation et les allocations en espèces pour les avantages liés aux maladies. Sans une telle réduction des allocations en espèces liées aux maladies, le pourcentage des revenus actuels que les travailleurs seraient obligés de cotiser à l'assurance maladie seraient probablement trop élevé. Les cotisations obligatoires pour une couverture d'assurance alors que les travailleurs auraient plutôt souhaité avoir une augmentation de leurs salaires nets encouragerait les employeurs et les travailleurs à se tourner vers le secteur non-déclaré au lieu du secteur moderne. Cette démarche contrecarre l'objectif d'élargir la couverture de l'assurance, étant donné que les travailleurs du secteur non-déclaré ne cotisent pas à la CNSS et la majorité ne souscrivent pas à une police d'assurance à titre volontaire. Elle diminuerait aussi les recettes d'impôt du gouvernement marocain.

### 3. Assurance Privée

En 1988, il y avait 18 sociétés d'assurance et 3 mutuelles dans le secteur d'assurance privé au Maroc. Actuellement il y a 22 sociétés qui offrent des polices d'assurance maladie. Plusieurs des sociétés d'assurance appartenaient initialement à des étrangers: par exemple, une partie des actions de la Wafa appartenait à la New Insurance Society et la Norwich Insurance Society. Maintenant elle appartient entièrement à des Marocains. La libéralisation récente des opérations des sociétés d'assurance étrangères au Maroc faciliterait l'entrée de celles-ci sur le marché d'assurance maladie, si l'occasion se présente. Quelques-unes des plus grandes sociétés internationales d'assurance sont en train d'augmenter l'offre des produits d'assurance dans les marchés en croissance dans d'autres pays. Par exemple, l'Aetna a participé au développement de l'assurance dans plusieurs pays de l'Amérique du Sud, l'Australie et la Nouvelle Zélande. Jusqu'à présent, les sociétés internationales d'assurance n'ont pas fait leur entrée sur le marché marocain. L'équipe de étude a visité trois des plus grandes sociétés d'assurance, ainsi qu'une société qui a préféré s'auto-assurer.

Les revenus totaux de l'industrie de l'assurance ont augmenté pour se situer à un montant d'environ 4 milliards DH, par rapport à 2,6 milliards en 1987. Les produits d'assurance vie et d'incapacité (vie, indemnités des travailleurs, accidents, et l'incapacité) représentèrent un peu moins de 20% des recettes. Ce pourcentage est faible par rapport aux autres pays, ce qui s'explique en partie par le fait que ces catégories des pertes sont couvertes par les cotisations obligatoires de la CNSS au compte des travailleurs du secteur privé moderne. Donc pour un pourcentage non négligeable de la population qui pourrait acheter ce genre des produits, l'assurance privée joue le rôle d'assurance complémentaire aux avantages de la CNSS.

La Banque Mondiale (en 1991) a estimé que le type d'assurance qui paie les frais médicaux (c'est-à-dire l'assurance maladie et accidents de travail) représente 2% des primes de l'assurance privée. Les recettes de l'assurance maladie s'élevaient à un montant de 236 millions DH en 1987. On ne sait pas si les paiements des indemnités des accidents automobiles dans le cadre de la loi 1.84.177 d'octobre 1984 peuvent être utilisés pour couvrir les frais de soins des victimes des accidents.

#### Les Sources de la Couverture

La plupart des polices d'assurance sont établies dans le cadre des conventions collectives dont la majorité sont liées à l'emploi. Les conventions collectives offrent plusieurs avantages comme source d'assurance: l'économie de collecte des primes et la fourniture des renseignements aux adhérents; ces groupes sont également assez bien protégés contre la sélection défavorable, bien que les nouveaux employés, les employés à temps partiel et les employés temporaires puissent toujours poser le risque de sélection défavorable.<sup>20</sup> Donc, l'emploi qui tend à être irrégulier, cyclique ou saisonnier est toujours sujet au risque de sélection défavorable et ça peut être l'un des facteurs qui limitent l'expansion de la couverture aux catégories d'emploi qui ne soient pas actuellement couvertes.

Bien que les groupes d'emploi soient la source principale de couverture d'assurance au Maroc, beaucoup des employeurs ne souscrivent pas aux plans d'assurance pour leurs travailleurs. Pour comprendre les raisons pour lesquelles les employeurs n'offrent pas l'assurance, il est important de souligner que les coûts de l'assurance maladie et les autres avantages sociaux du travail doivent en fin de compte être supportés par les travailleurs sous forme des salaires plus bas, si les créneaux d'emploi doivent être maintenus. Dans les marchés compétitifs, un employeur peut seulement utiliser la main

---

<sup>20</sup> C'est pour cette raison que ces catégories des travailleurs soient d'habitude exclus des plans d'assurance maladie des employeurs aux Etats-Unis d'Amérique.

d'oeuvre aussi longtemps que l'apport du travailleur à l'extrait dépasse le coût de l'emploi, y compris le salaire et les avantages non-salariaux. Par conséquent, si les indemnités non-salariales sont augmentées, par exemple parce que l'assurance maladie est offerte comme une condition préalable d'emploi, dans ce cas les salaires doivent diminuer par l'équivalent du montant des cotisations de l'employeur.<sup>21</sup> Les employeurs ont une incitation forte à souscrire à un plan d'assurance maladie si les travailleurs soient disposés à supporter le coût d'un tel plan par le biais des salaires plus bas. Donc, si beaucoup des sociétés n'offrent pas l'assurance, ça montre le manque de volonté des employés de supporter le coût. L'une des raisons est le taux élevé des cotisations obligatoires à l'assurance CNSS. Etant donné que les sociétés privées doivent verser plus que 15% des salaires à la CNSS, ceci tend à réduire la demande de l'assurance maladie.

Une société d'assurance, la Wafa Assurances, dispose actuellement de 150 à 200 contrats d'assurance maladie représentant environ 45.000 "têtes" assurées. La taille moyenne de chaque contrat est à peu près 220 à 300 têtes assurées, soit moins de 100 ayants-droits. Le fait que ces contrats de petits groupes se soient avérés rentables avec des frais généraux limités est très encourageant. Les frais généraux administratifs de la Wafa qui se situe à 22% est un chiffre très raisonnable, par rapport aux taux des groupes de la même taille aux Etats-Unis. La surprime administrative est un élément important du prix réel de l'assurance, compte tenu du fait qu'il s'agit des frais en dessus des bénéficiaires prévus, que l'ayant-droit paie pour la police d'assurance.

Plusieurs sociétés d'assurance affiliées à des banques ont établi des polices d'assurances pour les clients des celles-ci, notamment ceux dans les professions. C'est intéressant dans la mesure où les clients des banques peuvent être un groupe auprès duquel on établirait des polices d'assurance en tant qu'une option à l'employeur. Les données disponibles sur ce genre des groupes sont limitées. L'une des sociétés d'assurance (la Wafa) commença à offrir l'assurance maladie aux clients de sa banque au début des années quatre-vingt. Environ 900 à 1000 familles avaient souscrit à une police d'assurance, ce qui représente un groupe assez important. Les personnes interviewées ont précisé que le produit s'avéra être coûteux et sujet à l'abus des ayants-droits, ce qui pouvait être dû en partie au sélection défavorable. L'expérience ultérieure de ce contrat et d'autres offerts par le biais des banques doit être étudiée davantage pour voir si ce genre des groupes sont viables.

A partir du taux de 22% que représente les frais généraux de la Wafa, environ 10% sont pour les commissions et d'autres frais de commercialisation. La plupart des produits d'assurance au Maroc semblent être commercialisés par l'intermédiaire des agents. Les raisons pour cet état des faits sont peu claires et elles doivent faire l'objet d'une enquête plus approfondie. Aux Etats-Unis, bien qu'initialement la plupart des polices d'assurance aient été établis par l'intermédiaire des agents ou des courtiers, le développement des "assureurs directs" qui s'occupent eux-mêmes de la vente de l'assurance par le biais des membres de leur personnel a été un stimulant compétitif important de l'industrie d'assurance. Les assureurs directs semblent avoir des frais généraux moins importants que ceux des assureurs qui utilisent des agents d'assurances indépendants, probablement parce qu'ils offrent moins des services que les sociétés d'assurances intégrales. Néanmoins, étant donné que les commissions de courtage constituent une part importante des frais généraux d'assurance au Maroc, il serait utile de faire une enquête pour voir s'il existe des contraintes juridiques ou réglementaires interdisant aux sociétés d'assurances d'offrir directement les polices d'assurance, sans être obligées de passer par les agents. L'offre des contrats

---

<sup>21</sup> Bien sûr, si l'employeur offre simplement l'assurance et les employés peuvent contribuer volontairement en faisant une cotisation à l'assureur, les salaires bruts ne sont pas obligés à baisser. Néanmoins, un tel arrangement offre moins de protection contre la sélection défavorable que le cas où l'employeur paie la cotisation et donc les employés ont un attrait plus fort à participer.

directs pourrait aussi créer un stimulant compétitif pour les prix et les services, en permettant aux sociétés d'assurance de fournir les renseignements directement aux clients potentiels.

En Egypte, les associations médicales, les associations des avocats et les autres groupes professionnels offrent l'assurance maladie à leurs adhérents par le biais des mutuelles d'assurances. Ce genre des mutuelles constituées par des associations professionnelles sont une autre structure potentielle pour offrir les services d'assurance au Maroc. De telles mutuelles pourraient initialement ne pas avoir l'expérience de gestion des dossiers de réclamation et de tarification pour pouvoir profiter de toute économie d'échelle potentielle. Toutefois, la prestation de ces services peut être confiée à une société d'assurance commerciale, comme le font certaines sociétés auto-assurées; donc le manque d'expérience et la petite échelle ne doivent pas nécessairement être un obstacle majeur à la création de petites mutuelles.

### Les Primes et la structure des avantages

Les primes varient en fonction du niveau des avantages et l'expérience acquise sous le contrat, avec un ajustement rétroactif de la prime à l'expiration de chaque contrat. La structure des avantages comprend les tickets modérateurs obligatoires, les limites, et quelques exclusions des services couverts. En général, il peut y avoir jusqu'à trois plafonds: un par épisode de maladie, un plafond annuel, et un plafond à vie par personne souscrite. Une société d'assurance a indiqué que seulement 1% des ayants-droits ont atteint les plafonds (normalement un plafond annuel de 15 à 20.000 DH par épisode de maladie). Ceci suggère que malgré les plafonds, les polices d'assurance offrent virtuellement une couverture tous-risques. Le renouvellement des polices d'assurance est garanti, mais pas nécessairement au même taux. Au moins, l'une des sociétés d'assurance est en train de mettre l'accent sur de nouveaux produits, et avec un encouragement, pourraient inclure les techniques des soins gérés.

Le coût annuel moyen par personne assurée se situait dans la fourchette de 297 à 520 DH par tête assurée, soit 1.230 à 2.220 DH par adhérent pour une couverture familiale. De trente-cinq à quarante pour cent des réclamations des frais médicaux portent sur les médicaments, et les visites des médecins et consultations représentaient en moyenne 15% des réclamations.

On a signalé que certaines sociétés d'assurance prennent beaucoup de temps pour rembourser les réclamations des frais médicaux, et ce fut l'une des raisons pour lesquelles un employeur s'est auto-assuré. La trésorerie est un problème qui se pose à tous les prestataires ainsi qu'aux sociétés d'assurance.

### L'Auto-assurance

Dans des pays comme le Brésil, où la cotisation à la sécurité sociale soit obligatoire, ainsi qu'aux Etats-Unis où 80% de toutes les sociétés ont souscrit à l'assurance maladie, certaines sociétés ont opté de ne pas utiliser les sociétés d'assurance comme intermédiaires fiscales et elles se sont plutôt auto-assurées. Une option intermédiaire dont dispose l'employeur est de prendre la plupart des risques mais tout en achetant une police d'assurance supplémentaire pour couvrir de très grandes pertes, par exemple des pertes au-delà d'un certain seuil. Beaucoup des sociétés auto-assurées ont un contrat avec une société d'assurance ou d'autres intermédiaires pour le traitement des dossiers de réclamation. Dans des cas pareils la société concernée peut adopter l'un des contrats des avantages offert par la société d'assurance.

La capacité d'un employeur de s'auto-assurer sans prendre beaucoup des risques dépend de la taille de l'employeur (nombre des ayants-droits). Il s'agit simplement de la loi du grand nombre dans le cadre de laquelle le risque (l'écart) de la perte moyenne d'un pool d'assurance diminue

proportionnellement avec le nombre des personnes dans le pool, en supposant que les pertes ne soient pas liées d'une personne à l'autre.<sup>22</sup> Les petites sociétés peuvent obtenir un certain degré d'auto-assurance en achetant une police d'assurance supplémentaire pour couvrir des pertes substantielles.

La prestation des services appartenant à une société ou pris en charge par elle pour ses employés peut être considérée comme une forme d'auto-assurance. Il se peut que l'employeur dispose de ses propres polycliniques, ou qu'il signe une convention directement avec des médecins.<sup>23</sup> Cette stratégie est adoptée, pour la plupart du temps, par de grandes sociétés d'état (comme l'OCP au Maroc) qui sont installées dans des endroits reculés. Ça donne l'occasion de pratiquer un certain type des soins gérés. Toutefois, dans la mesure où ce cas limite la compétition et la liberté de choix des employés, les coûts et la qualité peuvent être peu satisfaisants, et les employés peuvent être mécontents du manque de la liberté de choix des prestataires et soupçonneux des motifs des cliniques et médecins de la société. Ces problèmes s'appliquent surtout dans les zones urbaines où les employés ont un choix; dans les zones reculées les soins offerts par les sociétés peuvent être de meilleurs alternatives pour les employés que dans le cas contraire.

Lorsque l'auto-assurance offre le choix du prestataire, la même possibilité de sur-consommation existe comme dans un groupe assuré auprès d'une société commerciale. Cependant, un employeur auto-assuré dispose de plus de flexibilité, dans le contexte marocain actuel, pour utiliser un certain nombre des techniques des soins gérés, surtout si la société auto-assurée signe des conventions directement avec les prestataires et elle dispose de plus de contrôle sur la base des données des réclamations des frais médicaux que dans le cas où il s'agit d'une convention d'assurance commerciale. Les options comprennent:

- un partage des risques avec le prestataire par le biais des retenus du revenu, et des bénéfices ou pertes en fonction des dispositions de maîtrise des coûts.
- une gestion de l'utilisation
- une identification des employés, des services, des prestataires, et des types de cas à coûts élevés
- une intervention pour modifier les profils de comportement et des pratiques
- des conventions sélectives signées seulement avec un nombre limité des spécialistes, des services tertiaires, des formations sanitaires à faibles coûts, ou la couverture d'une liste restreinte des médicaments essentiels, etc.

Au Maroc (comme dans d'autres pays), ce ne sont pas tous les programmes d'auto-assurance qui soient adoptés sur la base de l'efficacité opérationnelle ou l'efficacité des soins prodigués. Il se peut qu'il y ait des avantages fiscaux (si les sociétés d'assurance privées sont assujetties aux taxes sur les primes dont les sociétés auto-assurées sont exonérées) et les avantages réglementaires (si les sociétés d'assurance privées doivent respecter une réglementation coûteuse qui ne s'applique pas aux sociétés auto-assurées). Un autre avantage de l'auto-assurance est la possibilité d'éviter des primes qui soient inévitables sur le plan actuariale, compte tenu de l'expérience en matière des pertes d'une société donnée. Une société auto-assurée paie seulement les frais médicaux supportés par ses employés et les membres de leurs familles. Donc, si une société d'assurance privée fixe un tarif des primes qui ne soient pas indexés

---

<sup>22</sup> Pour l'assurance maladie c'est raisonnable de supposer une très faible corrélation transversale dans le pool.

<sup>23</sup> Il y a un débat actuel chez les médecins au Maroc à propos de la médecine de travail et la légalité de la prestation des services de la médecine de soins par les employeurs. Bien que quelques sociétés embauchent des médecins assurant la prestation de soins curatifs aux employés, en principe ces médecins doivent se limiter aux soins préventifs (suivi des conditions du lieu de travail, etc).

à l'expérience de chaque employeur, ceux dont les coûts sont inférieurs à la moyenne ont des incitations pour s'auto-assurer.

L'auto-assurance ne doit pas être découragée. Elle peut réduire substantiellement les coûts des sociétés qui adoptent ce système en vue de jouer un rôle plus actif dans la maîtrise de leurs coûts. Par ailleurs, elle constitue un stimulant compétitif pour les sociétés d'assurance privées. Toutefois, on doit faire une étude des impôts et des règlements qui s'appliquent aux sociétés auto-assurées par rapport aux sociétés d'assurances privées. En principe, il est souhaitable d'avoir des chances égales, afin que les sociétés ne puissent s'auto-assurer que dans la mesure où elles fournissent une assurance plus rentable que celle des sociétés d'assurance privées. Cependant, cela ne veut nullement dire que les impôts et la réglementation doivent être les mêmes pour les sociétés auto-assurées et les sociétés d'assurance privées. Il doit y avoir un contrôle pour veiller à ce que les sociétés qui optent pour l'auto-assurance aient les moyens d'assurer la prestation des services promis aux employés. Il suffirait peut-être d'exiger une taille minimum (le nombre des employés souscrits), la valeur des revenus nets, et le nombre d'années d'existence de la société comme critères d'éligibilité pour l'auto-assurance.<sup>24</sup>

La Banque Centrale Populaire (BCP) est un exemple d'un établissement auto-assuré. Initialement, la BCP avait assuré ses 5.500 employés (17.000 ayants-droits) auprès d'une société d'assurance. Suite aux expériences qui suggéraient les malversations et abus, la BCP créa sa propre mutuelle et s'occupa elle-même du traitement des dossiers des réclamations, la tarification et les rapports avec les prestataires. Actuellement, les coûts s'élèvent à environ 875 DH/an/famille. Monsieur Ibnabdeljalil, Directeur de la Clientèle des Particuliers, a précisé que la BCP, qui souhaite s'associer avec une société d'assurances n'arrive pas à en trouver encore. Les polices d'assurance couvrent les retraités aussi et elles sont extrêmement chères. Les avantages remboursent 85% des frais médicaux (don il existe un ticket modérateur de 15%) avec une limitation fixée à 30.000 DH/personne/an. Aucun ayant-droit n'a encore atteint la limitation. La BCP s'auto-assure également pour l'assurance vie, mais les coûts cités concernent l'assurance maladie seulement.

La BCP est une banque qui se spécialise dans le financement des coopératives et de micro-entreprises. Dans le passé, elle avait financé la création de plusieurs cabinets médicaux, mais à présent cette activité est considérée comme un mauvais secteur pour l'investissement. La BCP semble être sceptique pour financer les coopératives de santé rurale et elle a indiqué qu'elle ne peut pas vendre l'assurance directement. En outre, elle a cité les limitations imposées pour l'exercice de la médecine par les sociétés et le libre choix des prestataires comme des contraintes juridiques potentielles pour la création de telles coopératives.

Les frais généraux de l'assurance maladie de la BCP s'élèvent à 2,3 million DH (d'un montant de 11 million DH des frais totaux, soit 21%). Quarante-cinq pour cent des ayants-droits présentent au moins une réclamation par an. Le fait que 55% des ayants-droits ne font pas une seule réclamation par an appuie le point qui est souligné ultérieurement, à savoir que l'une des raisons de la demande relativement faible de l'assurance maladie est que beaucoup des marocains ne sont pas de grands consommateurs de soins médicaux; ce qui s'explique en partie par le fait que beaucoup d'entre eux soient jeunes et en bon état de santé. La mutuelle de la BCP est actuellement en litige avec plusieurs cliniques concernant les réclamations.

---

<sup>24</sup> Comme les employeurs se sont lancés dans les affaires pour des raisons autres que celle de fournir l'assurance, une fois qu'ils auraient établi une réputation et un capital de "marque", ils ont des incitations importantes pour rester solvables. Donc, les exigences en avoirs et réserves ne sont pas appropriées. Même pour les sociétés d'assurance privées, les exigences détaillées en avoir et réserves n'ont pas un impact majeur sur la solvabilité de l'assureur aux Etats-Unis, et probablement les coûts de leur application, qui sont assez importants, ne valent pas la peine.

Compte tenu de la nature de ses affaires bancaires, il semble que la BCP soit bien placée pour être un investisseur dans le développement des produits d'assurance pour le secteur non-déclaré. Toutefois, la capacité de paiement en fonction des coûts prévus de la couverture pourrait être un obstacle majeur. Une prime par famille peut s'élever à 200 DH/mois, en supposant une convention de petite taille et une grande famille. Le Ministère de l'Artisanat avait donné le chiffre d'une famille moyenne composée de 9 membres. La possibilité du développement d'une couverture d'assurance plus rentable par le biais de la BCP et mise à la disposition de ses clients mérite une étude plus approfondie. Par ailleurs, les autres sociétés auto-assurées doivent être contactées pour examiner les possibilités d'expansion de cette alternative.

## **B. LES POSSIBILITES D'EXPANSION DE L'ASSURANCE MALADIE A TITRE VOLONTAIRE AU MAROC**

### **1. Introduction**

L'un des soucis actuels du Gouvernement du Maroc est le fait que les marocains consomment moins de soins médicaux par habitant que d'autres pays ayant le même niveau du revenu, et qu'il s'agit en quelque sorte d'une situation sous-optimale, c'est-à-dire que les marocains feraient mieux s'ils augmentaient leurs dépenses sur les soins médicaux par rapport aux autres biens et services. Un deuxième souci semble être que les marocains disposent d'une assurance sous-optimale compte tenu du niveau du revenu et les dépenses consacrées aux soins médicaux; ils prennent beaucoup des risques financiers et partant ils renvoient ou abandonnent les soins médicaux à cause du manque des moyens financiers à court terme.

Plusieurs aspects institutionnels des systèmes marocains de soins et de réglementation d'assurances entraînent probablement des taux d'assurance et des dépenses consacrées aux soins médicaux qui soient en dessous du niveau optimal, à savoir ce que les clients bien informés auraient choisis dans des marchés qui fonctionnent normalement. Par exemple, plusieurs aspects de la loi, des règlements et les restrictions informelles ont freiné le développement des produits d'assurance rentables, à savoir: des formes d'assurance qui donnent une protection contre d'énormes pertes financières mais qui prévoient des dispositions contre la consommation abusive entraînant une augmentation du prix de l'assurance. En l'absence de ce genre des dispositions de contrôle des coûts qui soient intégrées dans le système d'assurance, les personnes seraient confrontées au choix entre l'achat d'une police d'assurance très complète avec une qualité "Cadillac" avec plusieurs avantages (libre choix du prestataire, pas des franchises, la couverture de la plupart des services) mais dont les coûts dépassent ce qu'ils soient prêts à payer pour les soins, ou tout simplement abandonner l'assurance maladie et payer de leurs propres poches quand ils consomment les services de soins. En ce qui concerne la population à faible revenu (environ 50% de la population totale) elle n'a aucun choix. Mais pour le reste de ceux qui paient des sommes importantes directement de leurs poches pour les soins, il se peut qu'il y ait une demande d'assurance maladie si des produits rentables étaient disponibles.

Evidemment, il y a plusieurs facteurs qui expliquent le développement limité de la couverture d'assurance. Les facteurs culturels, les incompréhensions des avantages de certains types de soins, la disponibilité de soins publics fortement subventionnés, et d'autres facteurs aussi qui jouent un rôle dont certains sont décrits en détail ci-dessous. Beaucoup de ces facteurs ne peuvent être influencés par les types d'intervention dans le système que l'on nous a demandé d'étudier. Nous nous concentrons sur un jeu limité des interventions que les décideurs peuvent modifier à court terme; mais il faudra reconnaître le rôle d'autres facteurs avant de pouvoir évaluer les effets potentiels de tout changement apporté. En particulier, on n'a pas décrit en détail le rôle du système public. Mais une analyse plus complète du développement d'un système d'assurance plus efficace et équitable au Maroc doit étudier soigneusement l'interaction entre le développement des marchés d'assurance privée et le secteur public. Le manque d'étude et de planification de ces interactions pourrait diminuer l'efficacité et augmenter les coûts de deux secteurs.

Dans la mesure où des interventions peuvent redresser ou corriger les "lacunes" réglementaires ou échecs du marché qui ont freiné le développement des marchés d'assurances efficaces, le potentiel existe pour une amélioration nette du bien-être à partir des ressources disponibles. Elle doit être différenciée d'une simple redistribution des ressources entre les différentes couches sociales de la population et les interventions qui obligent chacun tout simplement à réallouer ses propres fonds destinés à d'autres fins pour les consacrer à l'assurance maladie et les soins. Evidemment l'intervention préférée

est celle qui améliore le sort des personnes en diminuant les inefficacités et en augmentant le rendement ou l'utilité, plutôt qu'une répartition simple des ressources tout en aggravant la situation de certains individus.

En général, en planifiant l'expansion de l'assurance maladie au Maroc, les décideurs doivent se fixer un objectif clair à savoir: (1) s'il s'agit d'augmenter les dépenses totales consacrées aux soins parce qu'à leur avis les dépenses actuelles sont sous-optimales, c'est-à-dire les conditions des marocains seraient améliorées s'ils consacraient un taux plus important de leurs revenus aux soins, ou (2) élargir la protection financière mais sans pour autant augmenter les dépenses des soins. C'est important de souligner le fait que l'expansion de la couverture d'assurance maladie, par le biais soit des décrets soit des mesures incitatives, n'augmenterait pas les ressources totales disponibles aux marocains -- au contraire elle diminuera les ressources disponibles pour les secteurs non-sanitaires à cause des frais généraux du fonctionnement des systèmes d'assurances. En outre, même s'il s'agit d'un système d'assurance maladie bien conçu on a tendance à augmenter l'utilisation de certains services de la santé non-rentables de même que des services rentables, et il est probable aussi que les prix des intrants médicaux soient augmentés. Une augmentation des dépenses consacrées aux soins, même si elles sont couvertes par l'assurance maladie, diminue logiquement les ressources que l'on puisse consacrer aux autres biens et services.

Cela ne veut pas dire que l'assurance maladie ne doit pas être élargie. Si les dépenses actuelles consacrées aux soins et à l'assurance maladie soient réellement "trop faibles", dans ce cas une réallocation des dépenses vers l'assurance maladie et les soins améliorerait le bien-être de la population.

Les possibilités d'expansion de l'assurance maladie au Maroc dépendent de la valeur que les consommateurs accordent à l'assurance, et leur volonté et capacité de la payer; la possibilité d'expansion dépend aussi de la capacité des sociétés d'assurances de fournir des produits d'assurance à des prix que les consommateurs soient disposés à payer. Donc, les facteurs de la demande et de l'offre du marché doivent être étudiés pour comprendre les possibilités d'expansion et où les interventions du gouvernement pourraient être les plus efficaces.

## **2. La Demande**

La demande de l'assurance dépend de certains facteurs tel que le revenu prévu d'une famille et la stabilité dudit revenu, étant donné que l'achat d'assurance nécessite un engagement des versements ininterrompus au cours d'une certaine période; la consommation prévue des soins qui dépend de l'état de santé, notamment le risque d'une dépense médicale importante; la commodité/la proximité des prestataires médicaux privés, le prix prévu des soins; le prix réel de l'assurance maladie, qui à son tour dépend des frais généraux de la société d'assurance et d'autres facteurs qui affectent les primes par rapport aux avantages médicaux prévus; le prix (en argent et en temps) des soins (des prix élevés en espèces pour les soins augmentent en général la demande de l'assurance, des prix élevés en temps diminuent la demande de l'assurance); la qualité et la disponibilité des substituts notamment les soins offerts par le secteur public ou la médecine traditionnelle; et l'information et les facteurs culturels qui affectent la propension d'utiliser les soins et de demander l'assurance maladie.

### Le revenu

Environ 50% de la population sont classés comme des indigènes ou ayant des moyens insuffisants pour pouvoir payer des sommes importantes pour l'assurance maladie.<sup>25</sup> Des 50% restant, à peu près 15% sont déjà couverts par la CNOPS, l'assurance privée ou des programmes d'auto-assurance. Les 35% de la population qui restent sont un cible potentiel.

### Le taux prévu d'utilisation des soins

Plus de 50% de la population sont âgés de moins de 20 ans. En conséquence, un pourcentage important de la population qui n'est pas couvert par l'assurance maladie est composé des enfants et des adolescents. Leur taux prévu d'utilisation des soins est relativement faible. Pour les jeunes célibataires, les accidents automobiles et du travail sont parmi les raisons de l'utilisation des soins, mais ils sont déjà couverts par l'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les accidents automobiles.

### La proximité des prestataires médicaux privés

En ce qui concerne la population non assurée, ceux qui habitent dans les zones rurales n'auront pas une grande gamme de choix des prestataires privés pour créer une demande potentielle pour leurs services et partant une demande d'assurance maladie pour couvrir les coûts y afférent.

### Frais généraux de l'assurance

En moyenne, les frais généraux de l'assurance privée se situe entre 20% et 30% des primes. Cette charge administrative constitue un coût supplémentaire, en plus des coûts des avantages médicaux, qu'une personne doit supporter si elle souscrit à une police d'assurance. Les frais généraux élevés découragent la souscription à l'assurance.

Cependant, les frais réels sont plus élevés pour ceux qui sont en dessous de la moyenne des risques (et moins élevés pour ceux qui sont en dessus de la moyenne des risques) si les primes de l'assurance sont estimées à titre communautaire, à savoir si elles ne soient pas ajustées pour tenir compte des coûts prévus de la catégorie des risques d'un individu. L'emploi limité de l'estimation sur la base de la catégorie actuariaire par certaines sociétés d'assurances signifie que l'assurance est inéquitable sur le plan actuariaire pour ceux qui se considèrent comme étant des risques faibles; ce n'est pas étonnant qu'ils préfèrent ne pas s'assurer. Donc, la tarification communautaire expose les sociétés d'assurance au choix défavorable et elle tend à miner l'objectif de l'expansion de la couverture en assurance. Le but visé peut être d'obliger la catégorie à faible risque de subventionner la catégorie à haut risque. Mais la nécessité de telles subventions n'est pas évidente. Tous les grands consommateurs des soins ne sont pas démunis; ils n'ont pas tous des conditions médicales graves et pour quelques-uns de ceux qui en ont ça peut être dû à plusieurs années de mauvaises habitudes sanitaires. Le secteur public qui est gratuit assure déjà une subvention transversale à partir de la catégorie à faible risque à celle à haut risque pour ceux qui soient assez gravement malades pour avoir besoin de soins tertiaires.

Les charges réelles sont relativement élevées aussi pour ceux qui ne soient pas dans des groupements auxquels on peut offrir l'assurance maladie par le biais de l'emploi, les banques, le commerce ou les organisations professionnelles.

---

<sup>25</sup> Un certain pourcentage de cette couche sociale pourrait apporter une contribution au ticket modérateur de quelques services médicaux, notamment pour décourager l'abus, même si ces paiements ne contribuent de façon significative au recouvrement des coûts globaux.

## Disponibilité de soins publics gratuits

La disponibilité des soins publics gratuits d'une assez bonne qualité décourage la demande de soins privés et l'assurance privée pour supporter de tels soins. Ainsi, la croissance de la demande des soins privés s'est accrue de façon parallèle à la baisse de la qualité et de l'accès aux soins du secteur public. Toutefois, tant que le secteur public n'impose pas de frais importants pour la prestation de ses services, la disponibilité des soins publics (presque) gratuits limitera la demande de l'assurance maladie pour les services médicaux dont la qualité du secteur public soit acceptable et/ou le coût de la prestation des soins privés d'une meilleure qualité soit très élevé. Les soins tertiaires, qui sont presque exclusivement assurés par les CHU à Rabat et à Casablanca, resteraient probablement une activité du secteur public pour l'avenir prévisible.

Au cours de ces dernières années-ci, l'incapacité des budgets publics à faire face à la demande croissante et l'allocation de fonds publics limités aux soins tertiaires (voir le rapport de Vogel et Stinson, 1989) signifient que les hôpitaux publics n'offre plus une option des soins gratuits, même si les patients soient disposés à accepter la qualité. De plus en plus, les pénuries des hôpitaux publics obligent les patients à acheter les médicaments et autres fournitures essentielles en dehors des hôpitaux. Selon les données des enquêtes recueillies auprès des hôpitaux publics et les ménages même ceux qui ont des moyens limités sont obligés de supporter les frais des soins des formations publiques. Donc, tant que l'austérité budgétaire continuera, on peut supposer que le secteur de la santé public n'offre pas une option des soins gratuits, et que les marocains devront supporter des frais importants de leurs propres poches pour les soins s'ils tombent malades, même s'ils utilisent le système des hôpitaux publics; donc il doit y avoir une demande d'assurance maladie contre les risques de tels coûts, si des produits d'assurance appropriés soient disponibles.

Les données récentes ont indiqué que les frais moyens d'hospitalisation dans un hôpital public financièrement autonome s'élève à 267 DH pour un patient non-démuni.<sup>26</sup> Bien que cette somme soit à la portée d'une personne à revenu moyen, les soins externes ne sont pas inclus, donc, la disponibilité des soins publics subventionnés décourage et continuera à décourager la demande de l'assurance maladie, à moins que la qualité des soins publics, y compris l'excellence médicale et les infrastructures, ne deviennent totalement inacceptables.

Il y a des problèmes importants concernant la prestation et l'imposition des frais pour les soins tertiaires dans le cadre d'une stratégie pour le développement d'une couverture d'assurance maladie plus étendue que l'on doit examiner dans une étude éventuelle portant sur l'expansion de l'assurance maladie au Maroc. Ces problèmes concernent l'efficacité et l'équité.

- a. Comment faire des dépenses optimales pour les soins tertiaires: ce genre des soins semblent être relativement coûteux et ils ne sont pas nécessairement l'utilisation la plus rentable de fonds publics limités.
- b. Comment doit-on allouer les soins publics tertiaires? Les frais de consultation serait indiquée pour décourager l'abus. Les personnes non-démunis doivent s'assurer contre ces frais. Toutefois, les frais de consultation pour la prestation des services médicaux publics limiteront l'accès des indigènes, à moins qu'un programme d'assurance maladie pour les indigènes ne soit mis en place ou un meilleur système ne soit établi pour diminuer les taux des charges des indigènes ou les personnes qui sont presque indigènes. Le système actuel de délivrance de certificats d'indigence ne résoudre pas le problème

---

<sup>26</sup> Sur la base d'une interview avec le directeur de l'hôpital Ben M'sik à Casablanca.

des personnes presque indigènes qui ne remplissent pas les conditions des indigènes mais qui n'ont pas non plus les moyens de souscrire à une assurance privée.

- c. La répartition des coûts. Les personnes nantis et celles souscrivant à l'assurance maladie privée semblent supporter une plus grande partie des charges, dans le cas où les frais ne soient pas imposés aux patients non-assurés. Ainsi, l'introduction des frais de consultation pour les soins tertiaires répartirait probablement une part plus importante des coûts aux personnes qui ont un revenu plus élevé ou un taux de consommation plus élevé.

### 3. L'Offre de l'Assurance Maladie

L'offre de l'assurance doit s'accroître pour répondre à la demande, en l'absence des contraintes.

#### Potentialités pour l'expansion de la CNOPS

Chacune des mutuelles qui sont actuellement fédérées au sein de la CNOPS est limitée aux employés d'un secteur donné, les membres de leurs familles et les retraités ayant cotisé antérieurement. Le statut créant la CNOPS définit son rôle comme une agence des mutuelles du secteur public. Donc, les personnes qui peuvent potentiellement être couvertes par la CNOPS et ses mutuelles affiliées sont limitées, à moins que les dispositions de cet organisme ne soient modifiées.

Les contraintes actuelles limitent les possibilités d'augmenter le nombre des personnes pouvant être souscrites à l'assurance maladie. Déjà, plus de 80% des personnes éligibles participent au programme de la CNOPS. Les autres sont en grande partie des jeunes, des employés célibataires, ou des cadres bien payés pour lesquels la structure des primes est inéquitable sur le plan actuariel à cause de la non différenciation par groupe d'âge et taille de famille. Ils peuvent rationnellement s'attendre à des frais médicaux qui soient inférieurs à la cotisation obligatoire de 2,5% retenu de leurs salaires. Certains non-participants peuvent être des employés plus âgés qui doivent contribuer une somme supplémentaire pour chacune des années (ou un nombre limité des années) écoulées d'éligibilité pour lesquelles ils n'avaient pas cotisé. Cette pénalité contre les nouveaux adhérents a été récemment réduite et elle a entraîné une augmentation du taux de participation.

Le nombre des personnes couvertes par la CNOPS pourrait être augmenté si l'on permettait aux conjoints embauchés des adhérents de se souscrire. Dans le cadre des dispositions actuelles, les conjoints des ayants-droits sont couvertes à condition qu'elles ne travaillent pas elles-mêmes. Une fois qu'une épouse accepte un emploi, elle doit soit cotiser une prime supplémentaire de 2,5% soit être non couverte. Probablement, ce taux de pénalité de cotisation diminue non seulement le nombre des conjoints assurés mais décourage les conjoints à travailler, d'autant que la perte de la couverture d'assurance maladie représente une taxe sur le travail.

Le fait qu'environ 15% des employés refusent de cotiser les 2,5% de leurs salaires, bien que le montant soit complété par une cotisation de 1,75% non-imposable de l'employeur (en moyenne le gouvernement a cotisé moins de 3,5% de sa quote-part prévue par la loi) suggère que ceux qui refusent de se souscrire évaluent le coût de la police d'assurance à moins de 60% de son coût total. Si ces employés sont obligés de cotiser, cela équivaudra à une taxe imposée sur eux dont la valeur sera l'écart entre la valeur qu'ils ont implicitement accordé à la police d'assurance et leurs cotisation, impôt direct et indirect.

## Expansion du modèle des mutuelles aux autres secteurs

La direction générale de la CNOPS a manifesté un peu d'intérêt pour tenter d'étendre le modèle des mutuelles du secteur public aux autres secteurs, y compris peut-être les fédérations des artisans. La fédération de la pêche était l'un des exemples cités.

Il y a plusieurs contraintes potentielles qui peuvent freiner l'expansion du modèle des mutuelles du secteur public aux autres secteurs. Premièrement, en ce qui concerne les personnes dans la catégorie de revenu relativement faible, la cotisation moyenne en tant que pourcentage du revenu pourrait dépasser 6% du revenu total, or elle n'est que 6% (en supposant une cotisation intégrale de l'employeur) du revenu brut pour les mutuelles du secteur public. Chez les économiquement faibles, les personnes préféreraient probablement consacrer un pourcentage moins important de leurs revenus aux soins. Donc, pour les rendre intéressants, les produits d'assurance doivent être relativement moins coûteux tout en augmentant substantiellement la couverture par rapport à ce qui est actuellement disponible dans le secteur public. Ce qui signifie l'élaboration d'une politique qui maîtrise effectivement les avantages à faible utilisation et ne couvre que les services évalués aux prix coûtant et comportant des risques financiers importants pour les ayants-droits.

Deuxièmement, dans les secteurs de l'économie où l'emploi est moins stable qu'au secteur public, le principe de solidarité est peu probable. Si la solidarité signifie que tous les adhérents d'un groupement soient couverts, alors que seuls ceux qui soient actuellement embauchés cotisent, dans ce cas pour les groupements dont le taux moyen du chômage est élevé, le taux de cotisation de ceux qui travaillent doit être plus important. Par exemple, si le principe de solidarité s'applique à la fédération des employés des travaux publics et bâtiments, et à supposer à titre indicatif que chaque ouvrier de construction travaille deux tiers de l'année seulement. Donc, au cours de la période où il travaille, en moyenne chaque apporteur prend en charge la moitié du coût de la couverture des familles des adhérents non-apporteurs. Ceci augmente non seulement le taux de cotisation de ceux qui travaillent; mais plus important encore, il diminue les incitations de travail, d'ailleurs comme le fait n'importe quel type d'assurance chômage. Bien sûr, cet effet dissuasif de recherche du travail entraîné par l'assurance chômage ne veut nullement dire qu'une telle assurance ne doit pas être créée; toutefois la couverture doit être conçue pour minimiser de tels effets dissuasifs.

En général, il faut souligner que la tarification communautaire (c'est-à-dire, l'application des primes uniformes sans tenir compte des écarts entre les dépenses prévues et les dépenses réelles des ayants-droits) ne signifie nullement une répartition équitable des charges à haut risque, sauf si une population assez importante soit couverte dans le cadre d'une assurance obligatoire. Toutefois, cela soulève d'autres problèmes décrits ailleurs dans ce rapport. La tarification communautaire telle qu'elle est actuellement appliquée par les mutuelles du secteur public et proposée dans le cadre du projet de loi d'assurance obligatoire nécessite que les ayants-droits à faible risque d'un groupe subventionnent les ayants-droits à haut risque dudit groupe. Si chaque groupe était un échantillon aléatoire de la population, cela pourrait se conformer à quelques définitions de l'équité. Mais les groupes d'assurances qui existent n'ont pas tous une répartition équitable des ayants-droits à faible et à haut risques. Quelques groupes des employés ont un taux plus élevé des personnes plus âgées dont les frais médicaux sont plus importants, d'autres ont un taux plus élevé des jeunes travailleurs à faible risque. Donc, la taxe réelle imposée sur un travailleur à faible risque dépend du ratio travailleurs à faible/à haut risques du groupe donné. La tarification communautaire peut entraîner une répartition arbitraire des charges pour le paiement des hauts risques. Par ailleurs, elle encourage les groupes d'individus à faibles risques à s'en aller afin d'éviter de subventionner les personnes à hauts risques. Cela se passe déjà en Allemagne, où des sociétés individuelles avec des employés à faibles risques préfèrent quitter les grands groupes pour aller créer leurs propres structures d'auto-assurance et éviter ainsi de subventionner les groupes à hauts

risques. Au fur et à mesure que cette tendance se prolifère, le gouvernement exige un transfert inter-groupes afin de répartir les coûts des ayants-droits à hauts risques. Donc, à long terme, un système d'assurance maladie créé autour du principe de la tarification communautaire obligatoire des groupes pourrait encourager le triage à mesure que les ayants-droits à faibles risques décident de créer leurs propres groupes; ce qui est soit instable soit contrecarre l'objectif de subventionner les ayants-droits à hauts risques.

Bien sûr, en principe ce triage peut être évité en exigeant une souscription ouverte tel que proposé dans le projet de loi. Toutefois, s'il s'applique aux groupements des employés, y compris ceux qui s'auto-assurent, ça pourrait décourager et même supprimer la volonté des employeurs de parrainer la couverture. Ce serait dommage, d'autant que la couverture parrainée par les employeurs a des avantages réels notamment en ce qui concerne la réduction des coûts administratifs et l'élimination du choix défavorable.

### Possibilités de l'expansion de l'assurance privée

Les trois sociétés d'assurances auxquelles l'équipe a parlé ont toutes déclaré que les possibilités de l'expansion de la couverture sont limitées dans le cadre de la loi en rigueur. Ceci peut s'expliquer par plusieurs facteurs: des revenus limités; la disponibilité des soins publics gratuits ou subventionnés; "l'éviction" de la demande à cause de la cotisation obligatoire à la CNSS dans le marché de groupement; le choix défavorable dans le marché non-groupé ou de petits groupes; et peut-être le manque jusqu'à ce jour des produits d'assurance à faible coût.

Il semble y avoir des opportunités pour l'expansion de la couverture en créant des produits d'assurance à faible coût. Les trois sociétés d'assurance ont indiqué que l'assurance des maladies catastrophiques (avec une franchise substantielle basée sur le coût total ou les jours de soins) peut se faire en tant qu'avantage de base. Elles sont d'accord qu'il est nécessaire et qu'un marché existe pour l'assurance-hospitalisation à elle seule. Bien que le risque se pose que l'assurance-hospitalisation uniquement puisse créer des incitations pour que des soins d'hospitalisation potentiellement chers se substituent aux soins primaires moins chers, les données de l'essai d'assurance maladie de RAND (Manning et al., 1987) ont montré que des taux de ticket modérateur élevés des soins externes semblent diminuer plutôt qu'augmenter les frais d'hôpital, c'est-à-dire que les soins externes et les soins d'hospitalisation semblent être complémentaires, et ne se substituent pas.

Les données disponibles ne permettent pas d'estimer les taux des primes auxquels l'assurance-hospitalisation uniquement ou l'assurance des maladies catastrophiques pourraient être offertes. Le coût global moyen par personne assurée actuellement par de la Wafa est estimé à 297 DH. En supposant un taux de 25% pour les frais généraux, cela nécessitera une prime de 371 DH par personne, ou 1.485 DH pour une famille de quatre personnes.<sup>27</sup> Le Tableau 10 donne une estimation des coûts actuels de l'assurance privée par rapport aux barèmes des salaires moyens. Les estimations des coûts d'assurance sont calculées à partir du coût annuel moyen d'un adhérent dont les données étaient fournies par les responsables des sociétés d'assurance interviewés. A Al Amane, on a donné un coût annuel moyen de 2.220 DH par adhérent et des primes de 2.340 DH. Ces coûts (plus 25% pour les frais généraux et les bénéfiques) étaient utilisés pour le calcul de la colonne des coûts élevés du Tableau 10. La Wafa Assurance et Atlanta ont donné un chiffre de 1.230 DH environ (les taux des primes n'étaient pas inclus). Leur coût (plus 25%) était utilisé pour le calcul de la colonne des coûts faibles du Tableau 10.

---

<sup>27</sup> On ne sait pas si le taux de 22% donné initialement représente le pourcentage de paiement des avantages (comme on le suppose ici) ou s'il est calculé comme un pourcentage de la prime globale.

Tableau 10 Les salaires bruts moyens et les estimations des coûts actuels de l'assurance maladie			
Secteur	Salaires Bruts Moyens <sup>1</sup> (1990 DH)	Coût d'assurance <sup>2</sup> en tant que % du salaire	
		Coût élevé (2750 DH/an)	Coût faible (1500 DH/an)
Secteur manufacturier	25.490 DH	10,8%	5,9%
Fonction Publique			
Cadres Supérieurs	63.549 DH	4,3%	2,4%
Cadres Moyens	33.976 DH	8,1%	4,4%
Autres Personnels	27.718 DH	9,9%	5,4%
Tous échelons confondus	34.529 DH	8,0%	4,3%
Estimations du SMIG <sup>3</sup>			
Secteurs industriel, commercial, et professionnel	13.000 DH	21,2%	11,5%
Secteur agricole	7.000 DH	39,3%	21,4%

<sup>1</sup>Les estimations des salaires bruts moyens ont été converti en dirhams 1990. Les estimations des salaires viennent des années suivantes: secteur manufacturier - 1988, secteur gouvernemental - 1989, SMIG - 1990.

<sup>2</sup>Basé sur le coût annuel moyen par tête-assurée obtenus auprès des assureurs interviewés, majoré de 25% pour les frais généraux et la marge de bénéfices.

<sup>3</sup>Comme le SMIG est calculé à titre horaire ou journalier, les salaires minimaux annuels ci-dessus sont des estimations.

Source: Bulletin du Centre Marocain de Conjoncture No. 3, Juin 1991, et les interviews avec les sociétés privées d'assurance.

Bien que l'assurance maladie soit souvent vendu en tant que partie intégrale d'un paquet avec d'autres produits, il n'y a aucune raison pour laquelle l'assurance maladie doit nécessairement être non-rentable, si les avantages sont bien conçus et que les sociétés soient libres de fixer les taux des primes à des niveaux acceptables. Si l'assurance maladie n'est pas actuellement rentable au Maroc, cela pourrait s'expliquer par la réglementation d'autres produits d'assurance. Les tarifications et avantages d'autres produits d'assurances sont strictement réglementés. Comme dans toute industrie, si les prix sont réglementés en dessus des niveaux compétitifs, les sociétés ont une incitation de se concurrencer sur les autres aspects outre que le prix ou des produits complémentaires, afin d'augmenter leur part du produit rentable. Si la réglementation interdit la concurrence sous forme de l'expansion des avantages offerts pour les produits d'assurance-vie et d'assurance accidents corporels, les sociétés concourent en offrant des produits complémentaires telle que l'assurance maladie, à des taux qui soient inférieurs aux coûts prévus. Il sera difficile pour les autres sociétés d'assurance qui n'offrent pas l'assurance vie et l'assurance accidents corporels de concourir, d'autant que la société qui n'offre que l'assurance maladie doit fixer un prix coûtant. Ça pourrait aussi diminuer les efforts des sociétés d'assurance de faire un contrôle précis des coûts de l'assurance maladie et créer la notion que l'assurance maladie est intrinsèquement non-rentable, comme les raisons du manque de rentabilité ne soient pas aussitôt évidentes.

Plusieurs leçons importantes peuvent être tirées de cette expérience. Premièrement, la réglementation des prix et des avantages (dans ce cas, pour les assurances vie et accidents corporels) ne donne aucune garantie que les prix seront gardés aux niveaux compétitifs. Au contraire, les industries

peuvent souvent manipuler les règlements pour garder les prix au dessus des niveaux compétitifs. Deuxièmement, même si les prix dépassent les niveaux compétitifs (ce qui semble se passer avec les autres produits d'assurance) cela ne garantit pas que les bénéfices excédentaires soient consacrés à l'augmentation de fonds des réserves ou au renforcement de la société. Donc, la réglementation des prix est une stratégie inutile si l'objectif vise la préservation de la solvabilité. Le risque global d'une société d'assurance dépend de la tarification, la couverture des risques, la qualité des investissements, etc, c'est-à-dire toute une gamme des facteurs dont le suivi ne pourra pas être assuré par un organisme de contrôle. La réglementation d'une dimension tend à déplacer la prise des risques à d'autres dimensions, dans ce cas l'offre d'autres produits d'assurance à des prix en dessous des coûts. La solution serait de ne pas réglementer les prix d'autres produits d'assurance, parce que cela ne fait que déplacer les risques aux autres facteurs non-réglés dont le suivi ne pourra pas être assuré par les organismes de contrôle, tout en faussant les prix de façon à décourager la compétition et l'efficacité des marchés de l'assurance.

Le Directeur du Développement de la Wafa a noté que l'assurance a augmenté le taux d'utilisation. Ce qui montre la nécessité d'élaborer de meilleurs stratégies pour contrôler l'abus lié à l'assurance (le risque moral). Pour les grands groupes, les stratégies de tarification qui comportent le partage des risques avec le client (par exemple, l'ajustement rétroactif des primes, les dividendes, et le classement par expérience) sont en cours d'élaboration et ces démarches doivent être encouragées. Elles encouragent les ayants-droits à conserver, et diminuent les risques des sociétés d'assurance, ce qui à son tour permet de fixer des primes plus faibles. Il faudra aussi contrôler plusieurs types d'abus (par exemple, les fausses réclamations, la surfacturation, la double facturation, les services non-rendus).

Les sociétés auxquelles l'équipe a parlé sont en train d'étudier de nouveaux produits et elles sont conscientes de la nécessité des produits à faible coûts. C'est encourageant; le manque d'information ne posera pas un problème à long terme. Il s'agit d'un marché relativement nouveau et il faut prévoir quelques coûts de démarrage liés à l'information. La participation des sociétés d'assurance étrangères, qu'on vient récemment d'autoriser, pourrait augmenter le flux d'information en s'appuyant sur leur expérience avec d'autres produits d'assurance. On a besoin de deux types d'information. Le premier concerne l'information sur les types de conception de politique pouvant être utilisés pour contrôler les coûts et fournir les avantages plus efficacement. Dans ce cas, l'expérience d'autres pays peut donner des leçons utiles et l'assistance technique pourrait être d'une utilité inestimable. Le deuxième type d'information porte sur les styles de pratique, les profils d'utilisation et les bilans des prestataires, pouvant être utilisés pour passer des contrats sélectifs. De telles données ne sont pas encore disponibles au Maroc, bien que certaines grandes sociétés d'assurance aient la capacité de les développer à partir de leurs propres bases de données.

Bien que le partage de certains types d'information de prestataires puisse créer des avantages potentiels, par exemple les bilans des prestataires, en général on ne doit pas encourager le partage d'information sur l'expérience des pertes subies par les sociétés d'assurance. Pour qu'il soit utile, le partage d'information doit porter sur les mêmes types de politique. En conséquence, la création d'une structure de partage d'information tend à décourager la compétition et l'innovation en matière de conception des avantages.

Il se peut que la couverture d'assurance soit augmentée si elle est rendue obligatoire. Toutefois, la disponibilité des produits d'assurance dans le cadre d'une telle obligation dépendrait de la réaction de l'industrie d'assurance. On semble soutenir ou du moins accepter les avantages obligatoires à condition que certains critères soient remplis:

- un jeu des avantages minimum doit être exigé, mais les prix doivent varier.
- il doit y avoir un marché libre pour les avantages non-fondamentaux, au moins.
- les avantages fondamentaux doivent avoir une franchise importante.
- il doit y avoir une transparence des dossiers (réclamations) pour le contrôle de l'utilisation.
- les malversations et l'abus du système soient contrôlés.

Il faudra une collaboration plus étroite des prestataires, pour remplir les deux dernières conditions, y compris les numéros d'immatriculation des prestataires, pour faciliter le suivi de l'utilisation par les prestataires et une contre vérification des réclamations faites par les prestataires et les adhérents. On a souligné aussi qu'un taux forfaitaire de cotisation pourrait fausser les incitations pour maîtriser les coûts et compromettre l'équité.

Bien que les représentants des sociétés d'assurance privées auxquels nous avons parlé ne croyaient pas que les HMO soient appropriées au Maroc, ça peut être dû à un malentendu à propos des HMO, les associations avec les polycliniques de la CNSS, et les médecins salariés et les hôpitaux appartenant aux sociétés d'assurance. Ils étaient enthousiastes pour les principes de soin gérés tel que le paiement des prestataires sur la base des risques encourus ou à titre de l'impôt de capitation, la passation des conventions à titre sélectif et des incitations pour encourager de soins précoces et préventifs. Ceci suggère qu'il y a une nécessité de diffusion d'information pour corriger les fausses impressions au sujet de la grande gamme des stratégies de soins gérés et les arrangements entre le prestataire et les sociétés d'assurance que l'on puisse utiliser. (Voir la Partie II, les Stratégies de Soins Gérés.)

### Régime fiscal

La cotisation de l'employeur aux primes de l'assurance maladie est exonérée d'impôt sur le revenu et toute autres taxes salariales. Comme le taux marginal moyen d'imposition sur le montant total de ces impôts est de l'ordre de 30 à 50%, ceci représente une subvention importante de la couverture accordée par l'employeur. Ce genre de subvention est inéquitable pour plusieurs raisons. D'abord, elle discrimine contre la couverture non-liée à l'emploi, comme elle n'est accordée qu'aux personnes qui sont assurées dans le cadre de l'emploi. C'est l'un des facteurs qui expliquent le fait que presque toute l'assurance maladie au Maroc est liée à l'emploi. Deuxièmement, elle est régressive parce que la valeur de la subvention dépend du taux marginal d'impôt de l'employeur, qui augmente avec le revenu. Elle est coûteuse pour le gouvernement en ce qui concerne le manque à gagner en recettes fiscales. Ce qui signifie que pour mobiliser tout montant donné des recettes fiscales, les taux marginaux d'impôt doivent être supérieurs à ce qu'ils auraient dû être en l'absence de l'exonération. Les taux élevés d'impôt créent des incitations pour éviter des activités économiques imposables. Cela pose un problème sérieux pour n'importe quel pays, mais le cas est plus grave aux pays où le secteur imposable constitue une petite fraction de l'économie, les taux marginaux d'impôt sont élevés, et l'évasion au secteur non-taxé/non-structuré est une possibilité réelle pour plusieurs sociétés.

L'exonération des cotisations de l'employeur du revenu imposable des employés est inefficace aussi. Comme toute autre subvention, elle diminue le prix à la consommation de l'assurance maladie en dessous de son coût social réel, et partant encourage l'achat des produits d'assurance somptueux. Ce qui encourage l'abus des soins et accélère le taux de croissance de leurs coûts. Les économistes de la santé aux Etats-Unis sont presque tous d'accord qu'une exonération similaire accordée aux cotisations des employeurs est un facteur clé qui accélère la croissance rapide des coûts des soins aux Etats-Unis.

De prime abord, ces soucis peuvent être non pertinents dans le contexte marocain, où le problème qui se pose est celui de l'expansion de la couverture de l'assurance maladie. Toutefois, il faut encourager les personnes qui ont une assurance rentable, c'est-à-dire efficace par rapport aux coûts. Le problème de la subvention d'impôt sans limites fixes est qu'elle diminue les incitations pour chercher des types d'assurance rentables, parce que l'employé ne supporte pas le coût marginal intégral de la couverture plus somptueuse. Par exemple, elle encourage l'achat des polices d'assurance qui remboursent les dépenses, or sans la subvention les gens auraient probablement acheté les polices d'assurance avec des franchises et ils s'assureraient seulement contre les grands frais. Il faut souligner que bien que cette discussion porte sur l'achat des polices d'assurance des particuliers, elle s'applique aussi à la couverture fournie par l'employeur, sous l'hypothèse standard que la couverture fournie par les employeurs reflète les préférences de leurs employés. Cette hypothèse, qu'on fait dans toutes les analyses économiques des avantages sociaux accordés par l'employeur, s'appuie sur la simple logique qu'un employeur a intérêt à minimiser ses coûts pour obtenir la main d'oeuvre désirée. Les coûts de la main d'oeuvre sont minimisés en donnant le paquet de rémunération le plus intéressant pour les employés. Par exemple, si le coût de l'assurance pour l'employeur s'élève à 1.000 DH mais les employés lui accorde une valeur de 1.200 DH, l'employeur peut fournir l'assurance et déduire la somme de 1.100 DH des salaires en espèces, ce qui arrange l'employé et l'employeur.

### Principaux obstacles à la croissance de l'assurance privée

1. Comme les personnes achètent l'assurance principalement pour parer aux grosses dépenses, la disponibilité des soins publics fortement subventionnés pour les maladies graves mine la demande de l'assurance privée. Les coûts moyens de l'hospitalisation dans les formations publiques sont toujours abordables pour une famille à revenu intermédiaire. La qualité laisse à désirer, mais les CHU sont la meilleure option pour les soins tertiaires.
2. Pour les frais plus routines, il se pourrait qu'il soit toujours plus rationnel de ne pas souscrire à une police d'assurance. L'achat d'une police augmente la charge par 20 à 25% et encourage l'utilisation des avantages inférieurs que l'on doit ultérieurement payer avec des primes plus élevées. Par exemple, si un particulier prévoit de dépenser 500 DH pour les frais médicaux, le hasard moral pourrait augmenter cette somme à 600-700 DH, les frais généraux pourrait y ajouter disons 25% pour un coût total d'assurance de l'ordre de 750 à 875 DH. Cela représente une augmentation de plus de 50% du coût des soins. Les soins complémentaires utilisés valent quelque chose, mais moins que son coût, par définition. Donc, à moins que l'on ne soit farouchement opposé au risque il vaudra mieux ne pas s'assurer. Ça doit être le cas surtout si les prestataires imposent des frais de consultation plus élevés aux patients assurés, ce qui peut se passer de temps en temps.
3. Le fait que la population soit fondamentalement jeune et bien portant diminue aussi la demande de l'assurance maladie. Selon les interviews entre 40 et 50% des personnes assurées n'utilisent pas des soins au cours d'une année donnée (du moins elles ne soumettent pas des réclamations de remboursement). Comme les ayants-droits comprendraient probablement un taux disproportionné des personnes susceptibles d'avoir recours aux soins et qu'ils soient sujet au hasard moral d'être souscrits à l'assurance, ceci suggère que ceux qui ne soient pas assurés prévoient de frais médicaux très limités, et dans ce cas l'assurance maladie a une valeur relativement faible (notamment compte tenu de la couverture du système public en cas de maladie grave). Il y a peu de justification pour les obliger à s'assurer, sauf pour diminuer la dépendance sur le système public.

4. Evidemment, les gens seraient probablement plus tentés d'acheter l'assurance maladie si les produits d'assurance maîtrisaient le hasard moral et l'abus de l'utilisation excessive (et empêchaient les médecins d'augmenter les frais de consultation). Il y a plusieurs obstacles réglementaires/ juridiques/déontologiques à l'offre des produits d'assurance rentables. Entre autres, il y a les conditions de libre choix pour les patients et les restrictions des contrats sélectifs signés uniquement avec des prestataires prioritaires, les contraintes qui se posent à l'impôt de capitation et le paiement des salaires des médecins, et les obstacles informels qui empêchent les prix compétitifs chez les médecins. On doit accorder la priorité aux efforts pour surmonter ces obstacles ou soulager les problèmes.
5. Grâce à l'augmentation de l'offre des médecins et la concurrence plus poussée en découlant, il y a des signes encourageants qui montrent qu'on est en train de développer quelques produits d'assurance plus rentables. C'est très tôt de se faire un avis des effets qu'auront une grande gamme des produits d'assurance sur la demande de la couverture. Ce serait vraiment dommage si le projet de loi proposé annule tous ces développements.
6. La demande de l'assurance maladie est freinée davantage par les cotisations obligatoires à la CNSS. Les avantages de la CNSS comprennent les paiements en espèces pour les maladies qui constituent une forme d'assurance maladie, bien qu'ils ne soient pas limités aux soins et aux paiements d'incapacité à long terme. Les cotisations globales de la CNSS aux différents types d'assurance représentent un impôt assez important imposé sur les travailleurs du secteur déclaré. Probablement cela diminue leur volonté de souscrire à un autre type d'assurance. L'assurance d'accident du travail et l'assurance d'accidents automobiles sont déjà obligatoires. Ces accidents sont probablement les causes principales de soins chez les jeunes travailleurs. La disponibilité de cette couverture diminue aussi la demande d'une couverture d'assurance maladie plus compréhensive.

#### Assurance maladie obligatoire

C'est évident que la législation augmentera la couverture de l'assurance et probablement accroîtra les activités de l'industrie d'assurance. Donc, il ne faut pas s'étonner que les sociétés d'assurance appuient le projet de loi à condition qu'il donne la flexibilité des primes. Toutefois, comme on l'a déjà souligné ailleurs, on aurait pu atteindre l'objectif d'une expansion importante de l'assurance sans avoir recours à une loi.

Si l'assurance soit rendue obligatoire, seuls les avantages médicaux primaires doivent être couverts, y compris les soins primaires qui se sont avérés être rentables. des ticket modérateurs importants, et l'exclusion des soins à l'étranger. La participation des polycliniques de la CNSS comme assureurs n'est pas souhaitable, et certainement elle ne doit pas être obligatoire ou encouragée.

Il serait peu indiqué d'avoir un tarif commun comme base exclusive des remboursements. Cela exclu l'impôt de capitation, la flexibilité de mise en paquet des services avec des paiements potentiels des services empaqueté, et d'autres stratégies innovatrices de remboursement. L'expérience d'autres pays (le Canada, le Japon, l'Allemagne) montre que devant un système national d'assurance maladie, la profession médicale préfère un barème commun des tarifs des frais de consultation, parce qu'il donne plus de liberté de traitement, et comporte moins des risques et de tracasserie. Il y a moins des tracasseries pour les assureurs aussi. Mais cela ne veut pas dire que c'est bon pour les patients. A long terme, le volume augmente, les coûts montent, ce qui oblige les gouvernements/sociétés d'assurance à imposer des limites des frais payables afin de contrôler les coûts totaux. C'est une méthode inefficace d'allouer les ressources de soins et de limiter la croissance des dépenses. Si l'assurance doit être rendu

obligatoire, les bénéfices pour les marocains seront maximisés si on laisse les sociétés d'assurance de concourir sur les voies et moyens d'assurer la prestation des avantages minimum nécessaires de la façon la plus rentable. Déjà, on commence à concourir en matière de conception du remboursement et d'élaboration des conventions entre les prestataires et les sociétés d'assurance, et ça serait dommage d'annuler les bénéfices bien avant qu'ils ne soient réalisés.

A notre avis, il est peu évident que les avantages globaux d'une couverture obligatoire puissent l'emporter en valeur sur les coûts. Mais beaucoup des coûts et avantages n'ont pas encore fait l'objet des études, même si les données existantes le permettent, et les questions de distribution sont nécessairement un problème d'avis.

#### Les effets potentiels de l'assurance maladie obligatoire

Une conséquence potentielle de la couverture d'assurance maladie obligatoire serait d'obliger tous les travailleurs du secteur couvert de consacrer plus des dépenses à l'assurance maladie et aux soins. Même si la responsabilité de cotisation incombe aux employeurs, à long terme les coûts seront prises en charge par les travailleurs, soit sous forme des salaires plus bas soit des emplois moins nombreux. En effet, cette obligation est une augmentation de l'impôt des travailleurs, avec une exigence de dépenser les recettes sur l'assurance maladie à laquelle les travailleurs peuvent accorder une valeur qui soit inférieur à son coût. Si sa valeur était égale à son coût, ils se seraient souscrits volontairement (nonobstant les mauvaises perceptions, etc).

Quelques-uns des soins supplémentaires seraient utiles, mais d'autres ne le seraient pas, surtout lorsque les sociétés d'assurance sont obligées d'offrir des avantages somptueux et qu'il leur soit interdit de concourir pour les prix, la conception des avantages et des stratégies de maîtrise des coûts. De même, une partie de la protection financière serait utile, mais la plupart ne vaudrait pas le coût, notamment si la loi exige une grande couverture.

La loi obligera les travailleurs à dépenser plus qu'ils ne semblent vouloir faire sur l'assurance maladie et les soins. Cet "impôt" d'assurance maladie serait moins important si les avantages minima ne sont composés que de ceux qui sont reconnus comme étant rentables et la protection financière est destinée aux coûts des maladies graves, et non pas les coûts standards.

Si la loi prévoit des cotisations qui soient proportionnelles aux salaires, nonobstant l'âge, la taille de famille, etc, cela implique des subventions transversales qui ne seraient pas nécessairement conformes aux notions de l'équité. Le principe de solidarité propose un système dans le cadre duquel les riches subventionnent les pauvres. Mais aucune étude n'est encore faite (bien qu'elle puisse être faite à partir des données de la CNOPS) pour savoir qui sont les bénéficiaires et les perdants réels d'un système qui exige des cotisations à des taux proportionnels aux revenus. Ce ne sont pas tous les grands consommateurs des soins qui soient les plus pauvres ou démunis.

Comme la loi augmente substantiellement l'impôt global d'assurance du secteur déclaré, elle pourrait augmenter les incitations d'opérer au secteur non déclaré. Ce déplacement diminuerait les recettes globales du gouvernement, sauf si le revenu et les taux d'impôt du secteur déclaré soient augmenté, ce qui à son tour ne ferait qu'augmenter les incitations de fonctionner dans le secteur non-déclaré ou de cesser toute activité. Compte tenu du taux élevé de chômage et le petit secteur imposable au Maroc, ces conséquences méritent une étude sérieuse avant l'application d'une loi qui ajoute une taxe de 6% aux taux d'imposition très élevés en vigueur.

Les personnes qui risquent de perdre leurs emplois sont celles qui gagnent les salaires minimum, comme le SMIG empêche un ajustement en baisse des salaires afin de garder constant le coût total des rémunérations des employés. Dans le cas où le projet de loi soit adopté, le SMIG doit être redéfini pour inclure les cotisations à l'assurance maladie (et les autres taxes sur les salaires), en effet diminuant le salaire minimum.

Si l'exigence de l'inscription déclarée soit maintenue, l'auto-assurance ne sera plus intéressant pour les employeurs. Ça serait dommage, comme c'est un moyen peu coûteux de fournir l'assurance.

Les grand bénéficiaires du projet de loi proposé sont les prestataires des soins, comme il y aura une croissance de la demande des soins et la compétition n'est pas assez forte pour éliminer les bénéfices excédentaires, du moins à court terme. Les sociétés d'assurance pourraient y gagner, mais à condition que l'accès et la concurrence soient interdits, et qu'elles arrivent à contrôler la réglementation. Si les taux sont fixés et réglementés à des niveaux insuffisants, les sociétés d'assurance se retireront du marché.

Si l'objectif visé est d'élargir la couverture d'assurance en la rendant obligatoire, cet objectif peut être atteint avec moins de distorsion de l'emploi en mettant l'obligation d'assurance sur les particuliers, c'est-à-dire toutes les personnes ayant un revenu en dessus d'un certain niveau soient obligées de souscrire une police d'assurance. Elles peuvent s'assurer par le biais de l'emploi ou tout autre moyen, par exemple un autre groupement ou une police d'assurance de particulier. Il serait bon d'étudier s'il est possible ou non d'appliquer un tel système au Maroc avant d'imposer l'obligation aux employeurs.

## CONCLUSIONS

Il semble qu'une expansion importante de l'assurance maladie peut se faire sans la rendre obligatoire si certaines contraintes réglementaires soient éliminées pour offrir des produits d'assurance plus rentables. Entre autres, il faut éliminer les obstacles à la concurrence chez les médecins, y compris les tarifs uniformes des frais de consultation et les exigences qu'il aient tous l'accès aux mêmes conventions offertes par les sociétés d'assurance. On doit permettre aux sociétés d'assurance de passer des contrats sélectifs avec des prestataires ayant fait preuve de leur capacité d'assurer une prestation des soins de qualité à des coûts raisonnables. La réglementation des taux d'assurance vie et les autres types d'assurance doit être modifiée, afin d'éviter, de fausser la compétition et des taux insuffisants pour l'assurance maladie.

## **PARTIE II: LES STRATEGIES DES SOINS GERES**

*par Harold Hunter, Frank Abou-Sayf, Allison Percy, et Larbi Jaïdi*

Les stratégies des soins gérés, y compris les HMO, constituent un moyen de maîtriser les coûts croissants de la couverture sanitaire. L'évaluation du cadre dans lequel de telles stratégies pourraient s'appliquer au contexte marocain, et la faisabilité du démarrage d'un HMO ou un projet pilote des soins gérés au Maroc, font l'objet de cette partie du rapport. D'abord, on examine les méthodes actuellement utilisées pour rembourser les prestataires. Ensuite, on analyse la possibilité de la mise en oeuvre d'une nouvelle procédure de remboursement, à savoir le HMO, qui est une stratégie des soins gérés.

### **A. LES SYSTEMES ALTERNATIFS ACTUELS DE REMBOURSEMENT**

Actuellement, la méthode de remboursement de la couverture d'assurance maladie la plus répandue au Maroc consiste du remboursement rétroactif du patient. L'ayant-droit paie les prestations des services et il dépose les pièces justificatives nécessaires auprès de l'assureur pour se faire rembourser. Le remboursement peut durer plusieurs mois après le dépôt des pièces nécessaires, bien que le remboursement par les sociétés d'assurance privées est censé être beaucoup plus rapide que celui de la CNOPS. Les sociétés d'assurance privées remboursent l'ayant-droit un pourcentage (d'habitude 70-90%, en fonction des dispositions de la police d'assurance) des frais médicaux réels supportés, alors que la CNOPS et les mutuelles remboursent un pourcentage d'un tarif forfaitaire, avec un taux de remboursement moyen des frais réels de 55% environ (voir Tableau No. 2, Partie I).<sup>28</sup> Récemment, la CNOPS et les sociétés d'assurance privées ont développé des systèmes alternatifs de remboursement qui prévoient le paiement de tiers par l'assureur directement au prestataire, avec ou sans un ticket modérateur par l'ayant-droit. Jusqu'à présent, ces arrangements sont limités à la chirurgie, les soins internes, et d'autres produits à coût élevé dont les ayants-droits auraient eu des difficultés à payer en avance. Voir ci-après une description de différents types d'arrangements:

#### **1. Tarif de Remboursement des frais de consultation**

##### **a. Tarifification**

Les tarifs des frais de consultation sont les types d'arrangement les plus répandus. Ils peuvent être sous plusieurs formes:

- le remboursement sur la base de la facturation, dans le cadre de plafonds forfaitaires pour le montant total des frais supportés: ce type de remboursement est souvent utilisé entre les prestataires et les sociétés d'assurance. Dans ce cas, le tarif officiel des frais de consultation établi par le Gouvernement du Maroc est utilisé comme prix indicatif pour décourager la surfacturation par les prestataires.
- les remboursements sur la base d'un tarif officiel forfaitaire, mais sans plafond sur le montant des frais: ce type de remboursement est utilisé par la CNOPS et les mutuelles.
- les remboursements sur la base des honoraires fixes prévus dans un contrat entre l'assureur (la CNOPS, l'employeur, une société d'assurance privée) et le prestataire (une clinique privée, etc). D'habitude, les honoraires sont fixés à des taux qui se rapprochent du tarif officiel.

---

<sup>28</sup> Les médicaments sont remboursés selon un pourcentage de leurs coûts plutôt que le pourcentage d'un tarif spécifique fixe.

Voir annexe 2 pour une description détaillée de la structure et de l'application de la réglementation du prix des actes médicaux et chirurgicaux ou la nomenclature. Le MSP fixe par arrêté ministériel la nomenclature officielle en collaboration avec les autres agences de l'état, la CNOPS, et les organisations professionnelles. En général, les tarifs sont fixés sur la base du coefficient accordé à chaque type de service en fonction de la complexité de l'intervention. Ces coefficients sont multipliés par la valeur des lettres-clés servant au calcul des honoraires médicaux de chaque catégorie des services (K = actes de chirurgie et de spécialité, B = analyses, RZ = actes de radiologie, C = consultations, etc). Des valeurs monétaires sont attribuées aux lettres-clés qui varient selon le prestataire -- un hôpital public, un CHU, un prestataire privé, etc. Les frais des jours de séjour à l'hôpital (y compris l'hôtellerie et la nourriture) sont également calculés en utilisant le même jeu des règlements sur la base d'une classification des lits de l'hôpital.

b. Des honoraires raisonnables

Les tarifs officiels sont calculés sur la base d'une estimation des coûts de différents actes médicaux publiés en décembre 1984. Avant 1984, ils n'ont pas été mis à jour depuis 1975.

Presque sans exception, les honoraires imposés par les prestataires privés des actes médicaux dépassent le tarif officiel. L'écart entre les deux honoraires varie selon l'acte médical et l'emplacement du prestataire. L'écart est plus important pour les actes chirurgicaux que la consultation généraliste et les soins externes. Il est plus important aussi dans les grandes villes. Cet écart peut être trois fois le tarif officiel.

- les tarifs officiels ne sont pas fondés sur une estimation objective des coûts des actes médicaux;
- la mise à jour du tarif des honoraires des actes médicaux ne se fait pas à titre régulier: la dernière mise à jour date de 1984; et
- le coût des chambres d'hôpital n'est pas suffisamment différencié pour tenir compte de la qualité ou de la catégorie de service.

c. L'Application

La classification des actes médicaux en une nomenclature officielle était initialement conçue pour limiter les coûts. Dans les faits, elle n'a pas atteint cet objectif. En ne s'adressant pas au problème du nombre des actes médicaux, cette approche ne fait que contribuer à l'augmentation des dépenses. La pression croissante sur les coûts des services médicaux au cours de ces dernières années a encouragé les prestataires à se protéger contre ses effets en augmentant le nombre des actes médicaux. Par ailleurs, les médecins d'une zone géographique donnée se sont souvent mis d'accord implicitement pour fixer des prix qui soient supérieurs aux tarifs officiels approuvés par la loi. Le gouvernement déploie peu d'efforts pour appliquer les honoraires "officiels" du secteur privé.

En outre, le classement des services en catégories donne une mauvaise représentation de la complication des actes médicaux. Ainsi, les frais de consultation d'une visite ne tient pas compte de la durée de celle-ci. Cette carence ne fait que encourager plusieurs visites pour un cas qui aurait pu être soigné au cours d'une seule visite.

Enfin, la terminologie est inflexible et elle n'a pas évolué avec la technologie médicale. En conséquence, les prestataires ont tendance à fausser la définition des actes médicaux et à se doter de l'équipement moderne qui leur permettrait de se faire rembourser plus favorablement. Certains types

d'équipement leur permettent aussi d'augmenter le nombre des actes médicaux, en diminuant ainsi le coût unitaire et augmentant le remboursement net.

## 2. Remboursement par cas

Le remboursement par cas est un fait relativement nouveau au Maroc et il est moins répandu que les arrangements des honoraires pour des actes médicaux. Il se limite à deux types:

- les conventions entre la CNOPS et les polycliniques et les cliniques privées; et
- les conventions entre certains groupements des sociétés d'état et des cabinets médicaux.

En 1991, la CNOPS avait fourni aux cliniques privées un tarif indicatif des honoraires des actes médicaux qui fut approuvé par les associations nationales et régionales de l'Ordre des Médecins. Les associations médicales n'avaient pas imposé une participation obligatoire, mais elles avaient plutôt laissé un choix libre au médecin et/ou à la clinique. Toutefois, cette approche n'est pas récente. Elle fut introduite il y a dix ans environ pour certaines catégories de soins, mais elle fut abandonnée par les deux parties concernées. Les prestataires avaient critiqué la lenteur du remboursement, tandis que la CNOPS s'était plaint que les prestataires avaient augmenté le volume des actes médicaux suite à la fixation du tarif des honoraires.

Récemment, la CNOPS décida de renouveler l'expérience sous une forme modifiée, en la limitant d'abord aux cliniques privées et quelques cabinets médicaux où quelques actes médicaux à coûts élevés soient faits (la chirurgie ophtalmologique par laser et l'angiographie). L'une des raisons pour lesquelles la CNOPS s'intéresse à nouveau à passer des contrats avec les prestataires privés était son contentieux avec les polycliniques de la CNSS, comme souligné en Partie I de ce rapport.

Depuis leur création, les polycliniques de la CNSS avaient signé une convention avec la CNOPS pour accepter le paiement à 100% par tiers pour la prestation des soins aux ayants-droits de la CNOPS. Cette convention est suspendue actuellement, et les deux parties sont en litige à propos du nombre des réclamations en instance et les montants des sommes dues.

D'autre part, les cliniques privées qui ont signé des contrats avec la CNOPS ont évidemment décidé qu'ils leur donnent une marge de manoeuvre suffisante et elles continuent à les utiliser de façon sélective. Une concurrence accrue dans le secteur médical privé et une faible demande ont obligé les prestataires privés à garder leurs clients des mutuelles.

### a. Tarifification

Les honoraires médicaux sont fixés pour deux types de services:

- une journée d'hospitalisation pour le diagnostique et les cas médicaux, y compris l et tous la chambre, la nourriture, et les services connexes (analyses, radiologie, etc.).
- les soins complets d'un séjour d'hospitalisation. Les séjours sont groupés en cinq catégories en fonction de la complication du cas. Les prix comprennent tous les frais de séjour (l, les médicaments, les analyses, le suivi, etc) et ils ne dépendent pas de la durée du séjour.

Une fois de plus, le calcul de ces honoraires médicaux n'était pas basé sur les frais réels. Plutôt, ils furent calculés à partir des tarifs officiels tout en tenant compte des exigences financières de la CNOPS.

b. Honoraires raisonnables

De l'avis des cliniques privées les honoraires médicaux par cas de la CNOPS ne reflètent pas du tout les coûts réels. La concurrence de plus en plus serrée oblige les nouvelles cliniques en particulier à ne pas rejeter ce tarif. Toutefois, elles l'utilise sélectivement: les actes médicaux (les petites prestations notamment) dont la tarification est proche des coûts réels sont acceptés, tandis que d'autres dont le remboursement est sous-évalué (les actes médicaux chers notamment) ne le sont pas. Les honoraires de convention s'appliquent seulement aux services pour lesquels la clinique croit que cesdits honoraires sont fixés au prix coûtant.

Des cliniques qui participent aux conventions de la CNOPS, beaucoup sont installées en dehors de l'axe Rabat-Casablanca et partant elles ont des coûts fixes moins élevés. D'autres cliniques ont catégoriquement refusé d'y participer.

c. L'application

En pratique, l'application du tarif défait l'objectif d'efficacité. Pour les tarifs des honoraires par cas d'acte médical, souvent les cliniques acceptent ou rejettent les patients sous contrat en fonction de leur capacité de pouvoir payer ou non la différence des coûts de leur propre poche. Pour les tarifs *per diem*, les médecins gardent les patients plus longtemps que n'est nécessaire afin de combler la différence en honoraires.

## **B. LES SOINS GERES DANS LES CONDITIONS ACTUELLES**

Cette section du rapport examinera les possibilités de l'élaboration des plans de remboursement anticipé en général, et les HMO en particulier, tant dans les conditions actuelles qu'après l'application du projet de loi portant sur l'assurance maladie obligatoire.

### **1. Statut Juridique**

Un certain nombre des contraintes juridiques et déontologiques existent actuellement qui freinent l'élaboration d'un système des soins basé sur le paiement anticipé au Maroc. Ces contraintes, énumérées ci-dessous, doivent être supprimées ou une dérogation accordée si l'on doit développer un système HMO ou mettre en place tout autre structure des soins gérés au Maroc.<sup>29</sup>

#### **a. Cabinets de groupes**

Actuellement, le MSP n'autorise les médecins du secteur privé à exercer qu'à titre individuel. Cette contrainte ne s'applique ni au secteur public ni aux cliniques de la CNSS. Bien que quelques cabinets de groupes se soient installés dans certains endroits, leur statut juridique reste peu certain, ce qui pose des problèmes pour obtenir du crédit, etc.<sup>30</sup>

Le fait qu'une entreprise médicale n'ait aucun statut juridique a été clairement souligné à cette équipe comme un souci majeur et une contrainte par les médecins du secteur privé. Ce problème est d'autant plus grave en ce qui concerne le développement des HMO au Maroc. Le groupe restreint ou modèle de réseau des HMO ne peuvent pas exister sans les cabinets de groupes, bien que d'autres types des soins gérés puissent être mis en place avec des médecins qui exercent à titre individuel, tel que les arrangements des prestataires prioritaires et les modèles de "garde barrière" où le prestataire prend les risques avec une retenue des honoraires.

#### **b. Rémunération Salariale**

Selon le code de déontologie médicale, il doit y avoir un rapport de paiement direct entre le médecin et le patient. Cette condition est interprétée par beaucoup des personnes comme une interdiction aux médecins privés d'être rémunérés à titre salarial (bien que les médecins du secteur public, de la CNSS et des mutuelles soient salariés). Avant la mise en place des HMO, il se pourrait qu'il soit nécessaire d'accorder une dérogation à cette condition. Autrement, le remboursement peut être effectué à titre régulier comme un salaire mais provenant des recettes des honoraires, sans infraction à la loi.

#### **c. Libre Choix de Médecin**

Le même code de déontologie prévoit que le patient doit avoir un libre choix de son prestataire. Ce droit semble être vigoureusement défendu par la profession médicale et il est réitéré dans le projet de loi.

---

<sup>29</sup> L'Ordre des Médecins est en train de réviser le Code de Déontologie que l'on n'a pas modifié depuis l'indépendance. Le contenu du nouveau code n'est pas connu encore, mais il aura un grand impact sur les nouvelles stratégies de prestation et du financement des soins.

<sup>30</sup> Voir Day et al. (1991) pour une description plus détaillée des contraintes juridiques et réglementaires auxquelles les médecins du secteur privé sont confrontés.

Tout est question d'interprétation pour savoir si les HMO s'adapteront à la nouvelle loi proposée. Une interprétation en faveur des HMO serait de considérer l'ayant-droits comme ayant choisi les prestataires des HMO et acceptant de limiter ses soins volontairement à ces prestataires en contrepartie d'autres considérations. Une décision plus définitive doit être prise à ce sujet.

d. Liberté de Prescription

C'est un autre élément prévu par le code de déontologie. Le médecin doit être libre de prescrire tout traitement qu'il juge comme approprié. En toute probabilité, cette situation ne sera pas changée dans un système des soins gérés. Néanmoins, les pressions exercées quelques fois par le biais du contrôle de l'utilisation des HMO, de même que les pressions exercées par les collègues du prestataire, peuvent être vues comme une atteinte à la liberté du médecin de prescrire le traitement préféré. Dans ce cas aussi, une décision plus définitive doit être prise.

e. Statut d'assurance maladie

Un autre problème qui risque de se poser sera le statut réglementaire des HMO. Dans certains états aux Etats-Unis d'Amérique, les HMO sont régis par les lois sur les assurances, tandis que dans d'autres états ils sont réglementés par différentes lois. Les statuts réglementaires de tout HMO au Maroc auront des conséquences importantes pour son fonctionnement et ils doivent être définis clairement tôt dans le processus de planification. Ce problème doit être étudié dans les meilleurs délais.

Malheureusement, le projet de loi n'aborde pas et ne tente de résoudre aucun des ces problèmes, en dehors de réitérer certains d'entre eux. En conséquence, l'adoption du projet de loi en soi pourrait ne pas modifier le statut juridique des HMO.

## 2. **La Compétition**

On a postulé ci-dessus que les HMO ne peuvent exister que dans un marché compétitif. Actuellement, la compétition est sévèrement limitée par l'existence des sociétés d'assurance monopoles créées pour les fonctionnaires (les mutuelles), et par des problèmes structurels au sein de l'industrie de l'assurance privée.

Aux termes du projet de loi, qui sera le cadre de fonctionnement des HMO ainsi que d'autres initiatives d'assurance, la compétition est limitée davantage en exigeant d'autres critères, notamment les avantages du programme, les taux et méthodes de calcul des primes. Voir l'annexe 3 pour une analyse plus détaillée de ces éléments.

## 3. **Réseaux des Cliniques**

L'avantage d'un HMO est en partie déterminé par l'ensemble des services dont il assure la prestation (ainsi minimisant les références, voir no. 5 ci-dessous), et l'accès aux prestataires prioritaires dont il est composé (ce qui attire d'autres ayants-droits et améliore son pool des risques. En conséquence, plusieurs cliniques privées et semi-privées d'une taille type et spécialisée doivent signer un accord pour adhérer à un réseau des cliniques en vue d'assurer leur succès dans le cadre d'un modèle des HMO. Bien que quelques cliniques de spécialité polyvalente existent, il n'existe aucune expérience au sujet du cadre juridique dans lequel les petites cliniques peuvent conclure un accord d'association. Donc, initialement les HMO pourraient être confrontés aux problèmes légaux et financiers découlant de l'utilisation de ces formules pour l'opération des réseaux des cliniques.

Dans ce cas aussi, le projet de loi ne prévoit pas les dispositions qui doivent régir les réseaux des cliniques HMO.

#### **4. La souscription en groupe par rapport à la souscription individuelle**

Un principe très élémentaire de garantie d'un contrat d'assurance est que l'émission de souscription pour un groupe d'employés permet en général de faire la moyenne des risques, en supposant que des adhérents bien portant et des adhérents malades sont souscrits au hasard dans tout groupe donné d'employés. Inversement, la souscription des particuliers pourrait créer des risques substantiels, comme les particuliers peuvent choisir les produits d'assurance en fonction de leurs besoins immédiats.

On doit étudier le problème de savoir si les HMO seront autorisés à offrir les souscriptions particulières. Selon les résultats des interviews avec des médecins-propriétaires des cliniques, ces derniers s'opposent aux polices d'assurance à titre particulier. De prime abord, il semble que la suppression des polices d'assurance individuelles ne créera aucun problème à court terme, car ce sont les fonctionnaires et les employés de grandes sociétés qui seront soumis à la couverture d'assurance obligatoire.

#### **5. Les Références et les services extérieurs**

Les références et les services assurés à l'extérieur peuvent être une grande source des problèmes en créant les HMO. Une référence est un acte médical que le groupe des médecins HMO ne puisse prodiguer dans son réseau des cliniques et par conséquent autoriser le patient à se faire soigner ailleurs. Les références sont coûteuses pour le groupe des médecins s'il doit les prendre en charge; d'où la nécessité d'offrir autant des spécialités que possible au sein du réseau. C'est en cette occasion que les soins gérés puissent être le plus rentable si le "garde-barrière" est prudent et sélectif. Par ailleurs, la gamme des références est limitée par le contrat et soumis à une étude. Les références non contrôlées et le mauvais suivi en découlant étaient l'une des causes principales de la faillite de plusieurs HMO aux Etats-Unis.

Selon les interviews avec des médecins-propriétaires des cliniques, les médecins s'opposent vivement à endosser la responsabilité pour les références à faire. Si l'on ne puisse convaincre les propriétaires des cliniques à assumer la responsabilité des références, il reste un nombre limité d'options:

- Signer des conventions seulement avec de grandes cliniques pluridisciplinaires ou un réseau des cliniques composé de plusieurs spécialités. Cette option limitera substantiellement le nombre des candidats pour la création des HMO.
- Signer des conventions avec de petites cliniques, mais seulement pour la prestation des services limités. Cette option limiterait sévèrement la capacité des HMO à assurer des soins rentables.

Les soins extérieurs sont ceux que l'ayant-droit cherche en dehors du réseau HMO sans autorisation d'un médecin d'un HMO. Là encore, les médecins se sont opposés plus vivement à la responsabilité financière de tels services. A l'exception des soins d'urgence, il est possible d'exclure les soins extérieurs d'un contrat HMO. Dans ce cas, le patient prend en charge la totalité des honoraires médicaux. Toutefois, il faudra s'assurer d'abord qu'une telle condition ne soit pas considérée comme une restriction imposée à l'ayant-droit en ce qui concerne le libre choix des prestataires.

## **6. Le Contrôle de l'utilisation**

Un élément essentiel des HMO est leur consentement au contrôle de leur utilisation effectué par une agence autonome dans le cadre d'un accord bien défini de prestation des soins. Bien que la procédure soit une nouveauté au Maroc, le processus du contrôle de l'utilisation semble être toléré par la profession médicale selon les déclarations faites à l'équipe au cours des interviews. Cependant, le processus est toléré uniquement lorsqu'il s'agit des médecins de contrôle. Cette exigence est compréhensible et elle ne semble poser aucun problème majeur.

## **7. La Taille du Pool des Risques**

Comme la création des HMO au Maroc est une nouvelle expérience, la demande globale est pour la plupart inconnue. Au niveau sectoriel, on est encore moins certain du nombre d'adhérents des HMO qui souscriront à un certain groupe des prestataires prioritaires, c'est-à-dire, à un HMO donné.

Un autre principe élémentaire de garantie de souscription à l'assurance porte sur la loi du grand nombre. En un mot, cela signifie que la gravité des risques d'assurance est fonction du nombre des ayants-droits qui compose un pool. Compte tenu de ce phénomène, l'on doit se poser la question de savoir quel est le nombre minimum des ayants-droits qui doivent souscrire à un HMO donné pour que l'effort soit rentable sur le plan actuariel. En outre, est-ce que le gouvernement doit intervenir dans l'intérêt du groupe pour décréter le nombre minimum des adhérents qu'il doit mobiliser avant d'être autorisé à exercer comme un HMO?

## **8. La Couverture des Soins externes uniquement**

Compte tenu de la réalité marocaine, un scénario potentiellement intéressant pour la couverture des HMO peut se développer tel que décrit ci-après.

A cause de la prévalence d'un nombre assez important des cabinets médicaux individuels et la disponibilité des soins internes publics subventionnés, ça pourrait être intéressant d'offrir un type des HMO dont le réseau s'occupera uniquement de la prestation des soins externes pour ses ayants-droits. Cet arrangement est intéressant, notamment dans la phase initiale des soins gérés au Maroc, parce qu'il limite les risques que prend le prestataire. Toutefois, on doit prendre les dispositions nécessaires pour éviter la tendance de référer les patients trop facilement aux formations des soins internes.

## C. LES HMO ET LES AUTRES PRODUITS DES SOINS GERES

### 1. Définition

Malgré l'existence des systèmes alternatifs de remboursement au Maroc, la demande d'un produit HMO n'est pas encore créée ou comprise par les médecins, les acheteurs ou le public. L'expression "health maintenance organisation" (HMO) signifie: 1) une organisation à paiement anticipé par les ayants-droits qui achètent ses services; 2) que le paiement anticipé se fait à titre d'un impôt de capitation régulier (d'habitude mensuel); et 3) que le HMO -- qui est l'organisation d'assurance en l'occurrence -- prend les risques contre les coûts qui dépassent les recettes.

Le terme HMO est supplanté aux Etats-Unis d'Amérique, son pays d'origine, par le terme "soins gérés" ou "soins coordonnés." Toutefois, les soins gérés comportent des programmes qui soient essentiellement des services moyennant des honoraires, telles que les organisations des prestataires prioritaires dont le médecin ou tout autre prestataire est payé à l'escompte ou payé des frais de prestation des services. Ce genre d'options existe actuellement dans les conventions signées entre les assureurs comme la CNOPS ou les sociétés privées et les cliniques pour un jeu des services compris dans une épisode de maladie ou acte médical tel qu'un accouchement ou un acte chirurgical. Bien que les paiements par épisode soient en grande partie limités aux actes chirurgicaux et qu'ils n'ont pas encore atteint le degré de sophistication du paiement du groupe lié au diagnostique (DRG), ces arrangements semblent encourager les prestataires à être judicieux en ce qui concerne le nombre des jours d'hospitalisation et des services connexes. Or, les avantages réels d'un système de paiement en avance est fonction du changement des incitations pour la conservation des services au lieu d'en donner plus. Pour les HMO aux Etats-Unis, ceci se fait en exposant le prestataire ou la société d'assurance aux risques, en contrôlant le comportement des prestataires grâce au normes de groupes ou la pression exercée par des collègues par le biais du contrôle de l'utilisation, ou en rendant l'utilisation excessive moins rentable en payant le prestataire des honoraires forfaitaires pour chaque ayant-droit (la capitation).

Il y a plusieurs modèles des HMO qui soient reconnus, dont la structure organisationnelle et les modalités de paiements de chacune soient différentes. Le **modèle de l'HMO du personnel** comprend une organisation qui emploie des médecins et peut être soit propriétaire d'un hôpital soit signer une convention avec des hôpitaux. L'HMO perçoit les primes, fixe les taux, et prend les risques. Les médecins sont encouragés grâce aux gratifications, les normes professionnelles établies par la "culture médicale" de l'organisation, et l'intérêt mutuel de la solvabilité financière de l'HMO qui doit être judicieux en admettant et en libérant les patients de l'hôpital, en prescrivant les médicaments et les services connexes, bien que peu des incitations monétaires soient utilisées à titre formel.

En ce qui concerne le **modèle du groupe ou du réseau**, l'HMO, qui est essentiellement l'organisme d'assurance, signe une convention avec un ou plusieurs groupes des médecins. En général, on paie le groupe sur la base de capitation est fixé comme un pourcentage de l'impôt de capitation que les employeurs, les syndicats ou les particuliers qui achètent les produits versent à l'HMO. Dans d'autres cas on paie des honoraires forfaitaires au groupe qui sont ajustés pour tenir compte du taux d'utilisation des services. Les HMO des groupes consistent en une prestation en groupe des services médicaux pour optimiser la coordination. Dans le cadre du modèle du groupe les incitations sont transférées au groupe prestataire qui doit allouer la capitation du groupe à ses prestataires individuels. Il faudra réconcilier les besoins en revenu de différents membres associés du groupe et la maximisation de cotisations anticipés et la rentabilité. Lorsqu'il s'agit d'un groupe qui soit créé dans le seul but d'assurer la prestation des services aux ayants-droits de l'HMO, ça pose moins des problèmes. Pour un groupe déjà en place qui impose des frais de consultation pour les actes médicaux (ce qui sera le cas de la majorité des prestataires y participant), deux types des incitations entrent en jeu. Pour les HMO dont les

patients paient une capitation, les recettes sont rentabilisées avec moins d'hospitalisation, moins d'ordonnance, et moins d'analyses. Pour le reste des patients, évidemment les incitations financières favorisent des services supplémentaires. L'écart est plus important quand il y a plusieurs patients non-affiliés aux HMO et il y a plusieurs spécialistes de chirurgie dans un groupe HMO donné.

Au Maroc, le problème des cabinets de groupe est sujet à une interprétation légale. Doit un groupe créer une société anonyme ou peut-on élaborer un contrat d'association qui permet le partage des locaux, de l'équipement et des recettes sans infraction à la loi marocaine ou le code de déontologie?

Un certain nombre d'options des soins gérés et du financement collectif, outre que les HMO, peuvent être étudiées pour la mise en oeuvre au Maroc. Ce sont des domaines que l'on doit explorer dans le cadre des programmes de petites subventions et de garantie des prêts proposés, ainsi que les investissements privés et semi-publics.

**Les organisations des prestataires prioritaires (PPO)**, quelques fois connues comme des arrangements des prestataires prioritaires, sont essentiellement des contrats signés avec des médecins, des pharmacies et d'autres prestataires des soins par une société d'assurance ou un acheteur (par exemple un employeur) dans le cadre desquels le prestataire accepte de faire l'escompte de ses honoraires ou prix réguliers afin d'être désigné en contre partie comme prestataire prioritaire. Un employé ou une personne assurée qui utilise un prestataire prioritaire a un escompte, qui varie d'habitude entre 10 et 30%. Ainsi, le client obtient des soins à des prix moins chers, alors que le médecin ou tout autre prestataire gagne un nombre plus important des patients ou clients en étant désigné un prestataire prioritaire. En outre, les prestataires prioritaires sont d'accord de se soumettre au contrôle d'utilisation et des mécanismes du contrôle de la qualité (c'est-à-dire, être gérés). Le client a des incitations pour utiliser les prestataires prioritaires mais il n'est nullement obligé de le faire comme dans le cas d'un HMO à huis clos.

Les prestataires ne prennent pas des risques, et ils ne sont pas des employés de l'acheteur des soins ou de la société d'assurance. Les avantages de ces types d'arrangement réside dans le fait:

- 1) qu'ils peuvent économiser de l'argent pour la société d'assurance grâce aux escomptes.
- 2) qu'ils peuvent économiser de l'argent pour le patient
- 3) qu'ils permettent de contrôler l'utilisation et facilitent aussi le contrôle de la qualité.

Toutefois, les PPO peuvent avoir les inconvénients de:

- 1) limiter le choix des clients
- 2) compliquer la gestion de la prestation de soins. Le contrôle de l'utilisation est inclus souvent pour empêcher les médecins d'augmenter le volume. Quelques fois les prestataires prioritaires seuls peuvent être utilisés; dans ce cas le client est lié à une organisation de prestataire exclusif (EPO).

Une organisation des prestataires prioritaires est l'un de nombreux programmes de lieu de prestation des services où le patient décide s'il utilisera le réseau des lieux de prestation des services, mais il paie des honoraires médicaux s'il se fait soigner en dehors du réseau. Les HMO à composition non limitée constitue un autre type d'option de lieu de prestation de service.

**Une association des cabinets individuels (IPA)** est un groupe des médecins ou tout autre prestataires qui signe une convention avec un HMO ou un organisme d'assurance à titre de remboursement anticipé et qui à son tour paie ses associés soit à titre de capitation soit honoraires moyennant la prestation des services, souvent avec une somme retenue pour servir comme un moyen d'encourager les associés à référer les patients à un spécialiste ou un hôpital de façon judicieuse.

Une association des cabinets individuels permet au médecin de garder son bureau autonome tout en percevant un paiement de l'HMC par l'intermédiaire de l'IPA. En théorie, le médecin d'IPA est protégé contre le contrôle de son cabinet sous cette forme d'organisation. En réalité, les mesures d'incitation pour maîtriser les coûts et d'adopter un style conservateur de médecine dépendent nombre des patients HMO, les règles de l'IPA qui prévoient le contrôle des dossiers des patients, et la modalité de paiement du médecin. Certains médecins qui participent aux IPA sont remboursés par le biais de la capitation, mais la majorité sont remboursés au titre des honoraires moyennant la prestation des services dont une partie des honoraires sont versés dans un pool à risques. Si l'utilisation est inférieure au taux prévu (le nombre des jours d'hospitalisation, les services connexes, les références aux spécialistes, ou même les médicaments peuvent être en risque), le médecin perçoit une gratification; si l'utilisation dépasse le taux prévu (anticipé dans le budget), il cède une partie de la somme défalquée et mise dans le pool. Une fois de plus, les incitations sont destinées à assurer le moins des services possibles. Les médecins et les hôpitaux peuvent à la fois prendre les risques.

Avec une PPO ou une IPA, des problèmes juridiques peuvent se poser au Maroc au sujet du libre choix d'un médecin. A propos de la PPO, tant que le choix existe, évidemment à un prix plus élevé, elle peut être légale. Heureusement, les problèmes anti-trust ne constituent pas un facteur.

Les possibilités sont énormes si l'on tient compte du fait que les HMO peuvent être propriétaires des hôpitaux ou signer des conventions avec ces derniers. Les conventions d'hôpitaux peuvent prévoir des cas individuels, des honoraires forfaitaires (*per diem*), ou la sous-capitation pour porter de plus grands risques. Si un bien comme un hôpital appartient à un HMO, le risque devient le coût variable d'un lit occupé. Par ailleurs, un HMO peut signer des conventions avec des groupes des cabinets ou des médecins individuels, et des hôpitaux, et il peut même disposer d'un modèle de programme doté de son propre personnel médical.

Un autre type des soins géré est le **produit de service unique**. Aux Etats-Unis d'Amérique, ce genre de produit existe pour les services de psychiatrie pour la plupart du temps, mais pour la chirurgie et les soins dentaires, les soins chroniques, ou même les spécialités telle que la chiropraxie. Ce produit est également connu comme un "découpage" (comme la police d'assurance de ces soins est souscrite individuellement). Les pharmacies peuvent être des PPO remboursées à des honoraires forfaitaires tout en y intégrant les franchises et tickets modérateurs du patient. Les niveaux des avantages (le taux de ticket modérateur, les plafonds, les exclusions, etc) déterminent les primes dans des fourchettes des risques. L'avantage serait une meilleure prévision et une continuité des services pharmaceutiques, ainsi qu'un contrôle des coûts grâce à un prix fixé au préalable. L'inconvénient est que l'utilisation de la pharmacie dépend de l'état de santé et les habitudes de la délivrance des ordonnances du médecin. Toutefois, quelques économies peuvent être faites grâce aux formulaires et listes restreintes des médicaments, le contrôle des réclamations afin d'éviter le double emploi des médicaments, et le contrôle de l'utilisation des médicaments. On ne sait pas si des produits génériques existent pour la plupart des médicaments, si oui il y aura une différence dans le prix unitaire. Les soins gérés de découpage ont une possibilité au Maroc si le patient, l'acheteur, le médecin, et les autres prestataires sont encouragés et sensibilisés.

## Les Principes Généraux des Soins Gérés

En général, les techniques des soins gérés comprennent:

- Une restriction des prestataires et des conventions sélectives avec des médecins, hôpitaux, pharmacies efficaces et rentables, etc.
- Des incitations pour des profils des pratiques moins coûteuses (c'est-à-dire les références, l'hospitalisation, etc).
- La pression exercée par des collègues grâce aux groupes coordonnés de prestation des services ou les médecins salariés
- La gestion de l'utilisation soit de façon prospective (par exemple, un deuxième avis avant un acte chirurgical), soit le contrôle simultané, soit le contrôle rétroactif des réclamations.

Ces techniques sont souvent intégrées dans le **modèle du garde-barrière** dont le médecin prend la responsabilité financière du patient et les risques des hospitalisations, des références aux spécialistes ou tout autre service. L'avantage est que l'abus est minimisé en cas des incitations adéquates. Parmi les inconvénients est la possibilité que le patient contourne le médecin soignant pour aller payer de sa propre poche des actes médicaux coûteux, la sous-utilisation, et la lésinerie sur la prestation des services.

Enfin, dans un système où le client a le choix, notamment avec des taux auto-subsidés, les personnes plus gravement malades et au taux d'utilisation plus élevé opteront pour un programme plus complet, tandis que celles au taux d'utilisation moins élevé (comme les 15% des fonctionnaires qui ne cotisent pas aux mutuelles de la CNOPS) n'adhéreront pas au pool d'assurance. Les grands usagers exploitent davantage le système, ce qui augmente les coûts tout en obligeant les meilleurs risques de ne pas adhérer aux programmes d'assurance. On peut éviter cette situation en limitant le nombre des choix disponibles ou en découpant les actes médicaux coûteux, en créant un pool à risques spécifique qui répartirait les ayants-droits grands usagers aux différents programmes d'assurance, ou en désignant le gouvernement comme l'assureur de dernier recours. En quelque sorte, il en existe actuellement avec le système public qui est presque gratuit.

Il y a un certain nombre de voies et moyens qui permettront à un HMO au Maroc de développer une structure organisationnelle plus souple pour satisfaire les critères légaux et les préférences des patients ainsi que les sociétés et agences gouvernementales qui servent comme intermédiaires pour acheter les services des soins, à savoir:

- l'ajustement des taux par groupe d'âge et de sexe (la tarification collective par classe)
- l'ajustement des tickets modérateurs et des franchises sur la base de l'expérience du groupe tout en laissant les primes inchangées.
- en offrant l'**option du lieu de prestation des services** (remboursement partiel si l'ayant-droit se fait soigner ailleurs en dehors du programme désigné) aux ayants-droits des programmes à huis clos (c'est-à-dire les modèles HMO du personnel ou de groupe).
- La réassurance à titre global ou par cas au-delà du seuil du montant des frais médicaux autorisés.
- l'intégration du contrôle rétrospectif, simultané, ou anticipé de l'utilisation. D'habitude, une autorisation préalable est exigée pour un acte de chirurgie ou un acte médical coûteux.
- Un choix judicieux des médecins prestataires. C'est un élément important pour tous les modèles.

## Les systèmes de soins non gérés

- **Le Système du Bon**

Un type de financement qui ne dépendrait pas de l'emploi ou d'une police d'assurance maladie ou une société de soins gérés serait un **système du bon**, dans le cadre duquel le gouvernement donnera un bon à chaque personne sur la base de son revenu, et qui peut être utilisé pour acheter une police d'assurance maladie. Ce genre de système pourrait convenir dans un contexte où la police d'assurance est subventionnée par le gouvernement pour certaines couches sociales démunies. C'est le seul cas d'antithèse aux soins gérés, mais il serait l'essence du libre choix. L'un des problèmes serait de savoir si les bons peuvent être remboursés en argent. Un individu peut utiliser le bon pour acheter une police d'assurance ayant des caractéristiques de soins gérés. L'avantage de ce système réside dans le fait qu'un individu pourrait acheter la chose à laquelle il attache une valeur, qu'il s'agisse de soins quand il tombe malade ou une police d'assurance quand il est bien portant. Le risque qui se pose est que les gens pourraient ne pas faire des choix judicieux à long terme et ils pourraient avoir besoin de se faire soigner alors que leurs bons sont déjà dépensés pour d'autres biens et services ou des types des soins inutiles. Le manque d'information et le pouvoir d'achat de clients pourraient fausser l'équité et l'efficacité de tout système des bons.

- **Investissement dans le secteur Public**

Une autre stratégie à étudier serait un investissement du gouvernement dans le système public, pour concourir activement avec le secteur privé. Entre autres, on créera des incitations du secteur privé dans le système public à l'intention des gestionnaires, des médecins, et des employés, un service d'orientation de la clientèle, et la commercialisation des services. Un autre volet serait la régionalisation et l'intégration verticale du système public, l'expansion ou la réduction de la taille des services dans les cas appropriés, le contrôle des coûts et des recettes.

## **2. La Demande des Produits HMO au Maroc**

Comme on l'a souligné les systèmes alternatifs de remboursement commencent à s'établir dans les secteurs privé et public. Des conventions signées entre les sociétés d'assurance et les prestataires donnent aux ayants-droits des actes médicaux escomptés chez un nombre limité des prestataires (qui soit similaire aux programmes des prestataires prioritaires aux Etats-Unis d'Amérique). Le paiement de capitation et une meilleure organisation de la prestation des soins médicaux doivent être ajoutés pour se conformer à la définition générale de l'HMO. Toutefois, l'équipe a constaté un malentendu à propos du terme HMO au Maroc: la plupart des gens qui ont entendu parler des HMO croyaient que par définition il n'y aurait aucun ticket modérateur pour la prestation des services d'un HMO. Bien que le terme a tendance de signifier la couverture dès la première dépense, cela ne veut nullement dire que le patient ne doit pas partager les coûts. D'ailleurs, la couverture dès la première dépense qui encourage les gens à utiliser les soins préventifs peut être combinée avec une police d'assurance contre les maladies graves, et l'utilisation abusive du système peut être découragée par un partage des coûts avec le patient en élaborant des avantages qui rendent l'utilisation abusive plus coûteuse en temps ou en dépenses de soi.

Plusieurs précurseurs existent pour le développement de soins gérés et leur transformation en HMO. D'autres pourraient s'établir grâce à l'industrialisation, l'urbanisation, et la maturation de l'industrie médicale. D'autres précurseurs ne sont pas encore entrés en jeu.

Parmi les facteurs **facilitateurs** on peut citer:

- un secteur moderne en plein essor
- l'augmentation des femmes dans la main d'oeuvre, ainsi créant une demande pour la prestation des services réguliers de pédiatrie, d'obstétrique et de la médecine familiale qui peuvent assurer la prestation de soins préventifs et primaires.<sup>31</sup>
- un nombre accru des conventions de l'assurance privée.<sup>32</sup> Le développement des systèmes organisés et coordonnés tel que les HMO suppose quelques expériences et une confiance dans le financement collectif de soins.
- un offre excédent des médecins qui facilitera la répartition des ressources médicales à d'autres formes d'organisation
- un nombre suffisant des lits d'hôpital dans la plupart des marchés, y compris des cliniques privées bien placées et équipées
- un système de retenus du salaire pour les avantages sociaux de la main d'oeuvre salariée.<sup>33</sup>
- un système de paiements des soins des fonctionnaires par le biais de huit mutuelles et de leur organisation mère (CNOPS).<sup>29</sup>
- les employeurs qui se soucient de l'augmentation des coûts des avantages sociaux consacrés aux soins en tant que facteur de production.
- un grand nombre des sociétés d'état qui disposent d'une main d'oeuvre stable et des avantages sociaux relativement importants
- les cabinets de groupes qui sont de plus en plus acceptés par les médecins et le public (bien qu'il reste à définir le cadre juridique des cabinets de groupes).

Il y a des raisons d'optimisme pour la croissance du financement conjoint par le biais des sociétés d'assurance et les systèmes de remboursement en groupe qui contiennent les éléments essentiels des HMO. Toutefois, un certain nombre des facteurs qui puissent **limiter** leur croissance et développement existent aussi au Maroc. Parmi les exemples, on peut citer:

- les lois interdisant l'exercice de la profession médicale en société anonyme
- la méfiance syndicale des solutions proposées par le secteur privé
- le manque du pouvoir d'achat de plusieurs couches de la population, couplé avec l'irrégularité des salaires
- l'absence des intermédiaires fiscaux potentiels dans les secteurs non structurés et parmi les petits employeurs
- la perception du public que seul les soins tertiaires soient valables.
- la non compréhension des facteurs actuaires en fixant les taux des primes
- la perception du public que seul le paquet le plus complet des avantages doit être souscrit

---

<sup>31</sup> La main d'oeuvre féminine urbaine a connu une croissance de 12,1% (de 852.000 à 955.00) en une année de 1988 à 1989. Bulletin du Centre Marocain de Conjoncture, No. 3, juin 1991, p. 49.

<sup>32</sup> Au cours de la période 1980-89, le nombre des ayants-droits d'assurance maladie au Maroc avait plus que doublé de 474.997 à 1.055.251, et le nombre des bénéficiaires de ces polices aussi avait plus que doublé de 1.717.096 à 3.460.878. Par ailleurs, le pourcentage de ces bénéficiaires couvert par l'assurance privé par rapport aux mutuelles augmenta de 14% à 17%. ce qui montre l'importance accrue des sociétés d'assurances privées. Voir Guédira (1991), p. 14.

<sup>33</sup> Voir la description des avantages de la CNSS dans la Partie I.

<sup>29</sup> Voir la description de la couverture de la CNOPS dans la Partie I.

- le malentendu des prestataires au sujet des incitations nécessaires pour la mise en place des systèmes comme les HMO.
- le malentendu chez les acheteurs des soins du concept du double ou multiple choix des programmes des soins médicaux.

La plupart de ces facteurs contraignants peuvent être surmontés grâce aux programmes de commercialisation et de l'IEC (information, éducation, et communication), sauf le premier qui aura besoin d'une modification de la réglementation ou un amendement de la loi ou bien sa réinterprétation. Les autres peuvent être résolus grâce à une stratégie bien conçue de communication ciblant le patronat, les travailleurs, et les responsables chargés du contrôle et de l'achat des services de soins au compte des fonctionnaires. Pour qu'une telle campagne réussisse, nonobstant le bon ciblage et exécution, il faudra que les produits eux-mêmes soient disponibles et vus pour qu'elle soit efficace sur le marché. Pour cette raison, plusieurs produits d'assurance, y compris un plan HMO, doivent être lancés sur le marché et être offerts par plusieurs organismes acheteurs des services des soins qui soient stables, grands et visibles.

Les éléments de gestion de telles structures doivent être développés et toute subvention de démarrage ou pour combler les déficits initiaux de fonctionnement, prêts ou garanties de prêts doivent s'assurer que la structure concernée:

- a une capacité fiscale
- prend un engagement de s'équilibrer dans un délai de 5 à 8 ans
- est doté des compétences en gestion du contrôle de la qualité et de l'utilisation
- a la capacité de renforcer les systèmes de commercialisation, de souscription, de l'utilisation et de données des coûts
- a de bonnes procédures de passation des marchés
- dispose des plans, des procédures et les compétences nécessaires en matière des relations avec les prestataires
- a des procédures pour assurer de bons rapports entre le prestataire et les patients
- dispose des mécanismes et moyens de contrôle des contrats de garantie et de tarification.

En dehors de ces facteurs qui doivent être précisés dans la demande initiale d'agrément et le plan d'affaires, le contexte réglementaire doit être développé. Ceci comporte l'élaboration et l'amélioration des règles et la création de l'agence de contrôle. Les règles doivent porter sur la solvabilité et la capacité de rembourser les réclamations et/ou les coûts des actes médicaux. D'habitude, les HMO sont sous tutelle de la même agence chargée de l'application des lois de l'assurance maladie, et malgré des autorisations législatives séparées, il est nécessaire de se munir soit (a) d'un minimum des réserves sous forme d'un fonds de garantie et/ou (b) de la réassurance et/ou (c) des conventions inoffensives avec les prestataires de ne pas apporter litige en cas de grosse perte. Ces problèmes doivent être résolus dans le cadre d'un effort concerté pour promouvoir le financement des soins médicaux par le biais de l'assurance maladie et toutes autres structures sociales de financement.

Les règlements des produits d'assurance doivent aussi aborder les problèmes de la protection des consommateurs tel que l'honnêteté en matière de la commercialisation, la tarification, le remboursement dans les meilleurs délais, et toute une série des questions concernant la souscription, les avantages couverts, les conventions, les sauvegardes contre les malversations et l'abus des ayants-droits et prestataires, etc.

En outre, les HMO ont des obligations pour veiller à la prestation de soins et d'indemniser les ayants-droits ou les prestataires. Ce qui fait que l'agence de contrôle doit veiller à la disponibilité et la qualité des services et leur prestation à temps en tant que disposition implicite de la convention. Par

ailleurs, si le HMO est lui-même prestataire de soins, d'autres dispositions de la réglementation s'appliquent, tel que la délivrance d'un permis d'exercer, les exigences en personnel et équipement, l'aménagement urbain et le code de bâtiments, et les règles portant sur le stockage et la distribution des médicaments, le fonctionnement des installations de laboratoire et l'équipement de radiologie.

Les problèmes d'impôt qui pourraient se poser à un HMO au Maroc comprendront l'imposition de la patente (une taxe sur les avoirs) et la taxe sur les bénéfices (en tant qu'un impôt sur le revenu des propriétaires individuels ou de la société anonyme). Bien que les primes payées par l'employeur comme avantages sociaux ne soient pas imposables, la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) s'applique aux services de la santé.

### 3. Promoteurs Potentiels des Plans des Soins Gérés

La demande des soins HMO en tant qu'un sous volet de l'assurance maladie est fonction de la volonté et de la capacité de paiement, et la disponibilité des sources alternatives de financement des soins y compris: les formations publiques; la CNOPS pour les fonctionnaires; l'assurance privée et l'auto-assurance pour les sociétés privées et les sociétés d'état; et à un certain degré, la CNSS pour des employés du secteur privé.<sup>30</sup> Ces arrangements pourraient s'étendre au fur et à mesure de l'application progressive de la loi sur l'assurance obligatoire. Par ailleurs, les cliniques privées pourraient mobiliser le capital pour le financement initial des plans des soins gérés.

Il y a un certain nombre des facteurs qui déterminent s'il existe un marché pour les produits de soins gérés:

- La capacité de varier les prix et l'absence du contrôle des prix par le gouvernement.

Au Maroc, les tarifs officiels s'appliquent à une grande partie du secteur moderne. Il y a aussi la compétition des polycliniques qui offrent des services à des taux subventionnés. Bien que les tarifs officiels ne soient pas respectés par le secteur privé, ils constituent un prix indicatif et ils peuvent créer les incitations pour augmenter le volume des services.

- Un pouvoir d'achat suffisant chez les clients potentiels

Ceci s'applique à toutes les assurances. Toutefois, les soins gérés sont en général une réponse de l'offre aux coûts galopants auxquels les acheteurs de soins sont confrontés. Il est difficile de déterminer si les employeurs disposent d'un pouvoir d'achat discrétionnaire après s'être acquittés des impôts, des cotisations de la CNSS et les autres contributions obligatoires. Le gouvernement doit certainement étudier la possibilité de modifier quelques cotisations obligatoires pour financer la part de l'employeur aux primes de l'assurance maladie.

- Capacité excédentaire des médecins

Chaque année, il y a environ 800 nouveaux médecins diplômés des facultés de médecine du Maroc. Beaucoup de ces médecins intègrent la médecine privée au bout de leur

---

<sup>30</sup> Bien que la CNSS ne fournisse pas l'assurance maladie en tant que telle, elle accorde les avantages d'indemnités de maternité, indemnité de maladie, une petite allocation familiale, et quelques ticket modérateurs forfaitaires aux ayants-droits malades; en plus de quoi elle gère 13 polycliniques dont les honoraires sont en dessous des prix du marché.

service public obligatoire. Comme on l'a démontré dans des études antérieures,<sup>31</sup> des preuves s'accumulent pour montrer une saturation du marché du secteur privé, ce qui oblige les médecins privés d'être plus disposés à essayer de nouvelles structures de prestation et de financement des soins afin de pouvoir concourir. Nos interviews ont révélé que les médecins sont disposés à essayer les systèmes de soins gérés, bien qu'il soit nécessaire de faire une étude plus détaillée.

- La familiarité du public et des acheteurs avec l'assurance maladie

Le concept de l'assurance maladie suppose une orientation et un engagement pour une interruption anticipée et de soins ininterrompus, des éléments qui ne semblent pas être suffisamment développée au Maroc. Ceci combiné avec un appétit pour les soins tertiaires, les médicaments et les actes médicaux de technologie de pointe pourraient empêcher le développement rapide des plans de soins gérés.

- Des capitaux suffisants pour financer le développement des activités de soins gérés

Le Maroc dispose d'un marché débutant du capital actions peu nantis pour se permettre le luxe des investissements en soins gérés tel que les HMO et des systèmes plus souples comme les associations des cabinets individuels (IPA) ou les organisations des prestataires prioritaires (PPO). Il se peut que le Gouvernement du Maroc, avec le concours de la Mission de l'USAID à Rabat, souhaite créer un programme des prêts ou un fonds de garantie des prêts à cette fin. Une option serait d'imiter la loi des Etats-Unis d'Amérique sur la création des HMO pour accorder des subventions d'études de faisabilité suivies des prêts au cours de la phase de démarrage. Les banques, les sociétés d'assurances, les sociétés d'état, et la CNSS pourraient être des prêteurs potentiels et/ou des emprunteurs et ils doivent évaluer chaque projet avec les critères standard d'investissement. La CNOPS et l'une ou plusieurs de ses mutuelles pourraient gérer une partie de soins dispensés à leurs adhérents dans un cadre plus structuré et détaillé au lieu de quelques conventions avec des cliniques. Elles peuvent aussi financer ces activités. Cependant, comme certains de ces établissements ne soient pas des investisseurs habitués à évaluer les risques et les bénéfices, on doit leur fournir la formation et l'assistance technique.

- Une profession médicale sophistiquée pour exercer dans un cadre contrôlé et motivée par les mesures d'incitations.

Ceci peut aussi se faire avec un investissement modeste en formation.

- Des directions des entreprises capables de gérer des pools de risques et des structures de capitation et de contrôler l'utilisation et les profils de prestation des services.

Il faut une banque des données qui puisse fournir des éléments des coûts mensuels de chaque ayant-droit et les recettes, et un système de comptabilité qui puisse non seulement calculer les recettes et les dépenses mais estimer les réclamations engagées et non signalées encore. L'industrie d'assurance au Maroc semble disposer de bons systèmes informatiques de gestion dont la modification du code pourraient les aider à remplir cette tâche. Il serait plus difficile de changer la mentalité des cadres gestionnaires. Peut-être

---

<sup>31</sup> Voir Day et al. (1991).

faut-il inclure une formation à court terme dans l'assistance technique envisagée. Parmi les thèmes de gestion qu'il faut enseigner: la commercialisation, la planification stratégique, le SIG (système informatique de gestion), les finances, et la comptabilité seraient utiles pour les médecins, les investisseurs et mêmes les gestionnaires.

- Une agence de contrôle qui fonctionne en encourageant la compétition.

Les personnes qui seront chargées du contrôle de l'assurance maladie au Maroc auront des tâches difficiles pour s'assurer que les sociétés concernées soient solvables, que les clients soient protégés contre l'abus des sociétés d'assurance et des prestataires, que la compétition soit équitable, et qu'une qualité acceptable soit maintenue.

On est tenté de proposer des solutions dans un pays comme le Maroc en vue d'éviter le double emploi des services, les lacunes d'accès, et une hausse galopante des coûts de soins médicaux qui ont accaparé les Etats-Unis. C'est d'autant vrai quand on voit le nombre des scanners, les machines de l'hémodialyse, et d'autre équipement de technologie de pointe déjà achetés qui puissent être utilisés plus efficacement. Cependant, aux Etats-Unis d'Amérique on a constaté les effets néfastes des programmes comme les attestations de besoins (le contrôle du capital) et la tarification obligatoire (le contrôle des prix). On espère que les incitations créées par les avantages de l'assurance obligatoire pour l'industrie d'assurance maladie n'encombreraient pas les travailleurs et les industries d'export. Si on laisse les prix et les produits à la créativité des individus, peut-être la nouvelle loi équilibrera l'équité et l'efficacité. La majorité des états aux Etats-Unis d'Amérique sont en train de débattre l'assurance obligatoire. Le Maroc et les Etats-Unis sont bien placés pour apprendre l'un de l'autre, et d'assurer une couverture de soins primaires à ceux qui, à cause d'une faible attache au marché de la main d'oeuvre ou la négligence sociale, n'ont pas pu accéder aux soins.

## D. RECOMMANDATIONS

1. Clarifier et dégager un cadre juridique adéquat pour les cabinets de groupe. Comme indiqué plus haut, le cadre juridique du fonctionnement des cabinets de groupes est peu clair et il pénalise les médecins entrepreneurs.
2. Permettre une interprétation plus souple du rapport de paiement direct entre le médecin et le patient afin d'autoriser une rémunération salariale. La rémunération salariale peut jouer un rôle sur la structure de certains systèmes de soins gérés, bien qu'elle ne puisse nullement en soi décourager la prestation non convenable ou inefficace de soins, et d'ailleurs elle pose le risque de lésiner sur les soins.
3. Permettre à ce que l'interprétation du libre choix puisse s'appliquer au niveau du plan de soins gérés plutôt qu'au niveau du médecin. C'est-à-dire, un ayant-droit aurait un choix libre entre un plan qui offre les soins auprès d'un grand nombre des médecins par rapport à un nombre restreint des médecins en échange d'autres considérations.<sup>32</sup>
4. Exigence d'une double option: Si le modèle HMO est mis en place au Maroc, le Gouvernement du Maroc peut envisager la possibilité d'adopter une loi demandant à chaque employeur d'offrir deux types de couverture dont chaque employé est libre de choisir l'un d'entre eux. Cette disposition encouragerait la compétition en faveur du client et donnerait le choix libre à l'ayant-droit comme prévu par la loi au Maroc.
5. Créer un cadre juridique qui permettrait aux médecins d'assumer une partie des risques des ayants-droits assurés. Ce cadre peut être réglementé aux termes des dispositions de l'assurance.
6. Faire une démonstration d'un système des bons d'assurance maladie pour les gens du secteur non-déclaré associant le choix libre du prestataire et le pouvoir d'achat sans avoir à lier les patients à un grand employeur. Cette démarche aura plus de chances de réussite dans un milieu urbain.
7. Développer un système de mobilisation de fonds pour financer les soins des travailleurs irrégulièrement embauchés. L'argent mobilisé peut être versé dans un fonds dont le montant sera complété avec des subventions, juste comme une coopérative de santé. Cette démarche s'adapterait aux activités du développement intégré.
8. Faire une étude de faisabilité complète pour développer un HMO ou tout autre(s) système(s) de soins gérés au Maroc (voir ci-après).
9. Mettre en oeuvre un programme de garantie des prêts pour promouvoir le développement des systèmes innovateurs de soins gérés.
10. Lancer un projet d'expérimentation pour évaluer si les HMO ou tout autre système de soins gérés puissent au moins assurer la prestation de soins de la même qualité que celle des systèmes traditionnels tout en diminuant les coûts totaux.

---

<sup>32</sup> Comme l'a souligné le Directeur de la CNSS, on peut avoir un choix limité dans le cadre d'un choix libre.

## **UN MODELE ALTERNATIF DE REMBOURSEMENT: L'HMO**

Après une étude soignée des conditions de l'assurance maladie au Maroc, on recommande qu'une étude pilote soit faite pour déterminer si un modèle des HMO soit approprié pour ce pays. Une description détaillée d'une telle étude pilote est présentée à l'USAID dans un rapport séparé. Cette étude pilote ne pourra pas être faite dans plusieurs années; toutefois, une étude de faisabilité détaillée pour la création d'un HMO au Maroc pourra être faite dans le proche avenir.

### Les paramètres de l'étude de faisabilité

#### 1. Les Restrictions Juridiques et Réglementaires

On a évoqué la possibilité d'un certain nombre des restrictions juridiques sur la création des HMO, notamment les restrictions sur les cabinets de groupes, les modalités de rémunération des salaires, et le libre choix. La possibilité de créer un HMO avec ces contraintes potentielles doit être soigneusement étudiée.

#### 2. La Nouvelle Loi sur l'Assurance Obligatoire

Bien que l'adoption des dispositions sur l'assurance maladie obligatoire soit probable, les détails de la nouvelle loi n'ont pas encore été réglés. La faisabilité d'un HMO doit être réexaminée dans la mesure où ces détails limiteront la compétition. De l'avis de l'équipe, les HMO ne peuvent exister dans un milieu non compétitif. En conséquence, des restrictions sévères comme celles incluses dans la dernière version du projet de loi éliminent les conditions qui encouragent la création des HMO au Maroc.

#### 3. Les Coûts de la Couverture

Il n'y avait pas assez des données pour estimer les coûts de la couverture en soins. La meilleure estimation est de l'ordre de 2500 DH par adhérent par an, y compris les coûts administratifs. Il faudra faire une estimation plus précise, et celle-ci doit se faire compte tenu de la couverture obligatoire qui sera prévue par la nouvelle loi sur l'assurance maladie obligatoire.

Pas ailleurs, on doit régler des problèmes tel que la domiciliation de l'étude, les types du réseau des HMO, l'agence de financement et les modalités du financement.

**ANNEXE 1**  
**Liste des Personnes Contactées**

Mission de l'USAID à Rabat

Mme. Joyce HOLFELD, Chef, Division de la Population et des Ressources Humaines  
M. Najib GUEDIRA, Conseiller en Financement des Soins

Ministère de la Santé Publique

Dr. Farid HAKKOU, Directeur de la Prévention et de l'Encadrement Sanitaire  
M. Abdelkader EL HADDAD, Directeur de la Réglementation et du Contrôle  
M. Mohamed LAAZIRI, Chef de la Division de la Planification, de la Statistique, et de  
l'Informatique  
Mme. Khadija MESHAK, Chef de la Division des Affaires Juridiques

Ministère de l'Economie et des Finances

M. Hassan OUZZANI CHEHDI, Directeur de l'Assurance et de la Prévoyance Sociale  
M. JOUHARI, Chef de Division

Ministère de l'Artisanat

M. BENABDALLAH, Directeur de l'Artisanat

Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)

M. Mohamed OUDGHIRI, Directeur

Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS)

M. Mustapha CHAFIK, Directeur Général  
Dr. ZOUAK, Directeur Adjoint

Oeuvre de Mutualité des Fonctionnaires et Agents Assimilés du Maroc (OMFAM)

M. AMALOU, Président

Conseil de l'Ordre National des Médecins

Colonel Major Moulay Idriss ARCHANE, Président

Atlanta Compagnie d'Assurances et de Réassurances

M. Omar BENNANI  
M. DRIF

Wafa Assurance

M. Jaouad KETTANI, Administrateur-Directeur Général  
M. Abdelhay SERGHINI, Directeur du Développement

Al Amane Société d'Assurances Vie

M. Mohamed El Medhi BOUGHALEB, Vice Président Directeur Général  
M. Ali SABER, Directeur Adjoint  
Mme. Huguette FRISICARO, Directrice Adjointe

Banque Centrale Populaire

M. Youssef IBNABDELJALIL, Directeur de la Clientèle des Particuliers  
M. BELMLIH, Directeur du Personnel

Centre Hôpitalier Universitaire Ibn Rochd

Dr. Chakib BOURKIA, Directeur Général  
Dr. BOUCHRAQUE  
M. HARCHANE, Secrétaire Général

Hôpital Ben M'sik

Dr. El Moustapha KADIM  
Dr. ASSOU

Clinique Al HAKIM

Dr. Abdelkader EL FILALI  
Dr. DHOBB  
Dr. LAHLOU  
Dr. TOUZANI

Clinique Dar Essalam

Dr. HAMMIANI

Clinique Tour Hassan

Dr. PAEZ

**ANNEXE 2**  
**Description de la Nomenclature Officielle des Actes**  
**Médicaux et Chirurgicaux**

**LA REGLEMENTATION DU PRIX DES ACTES MEDICAUX ET CHIRURGICAUX**

Au Maroc, le prix des actes médicaux et chirurgicaux sont définis par une procédure de réglementation. Cette procédure est différente selon qu'il s'agit des formations du secteur hospitalier public, des CHU et des centres autonomes (hôpitaux SEGMA), ou du secteur privé. Le secteur semi-public (polycliniques de la CNSS et cliniques Mutualistes) a sa propre tarification qui prend comme référence les tarifs publics.

**1. LES FORMATIONS DU SECTEUR HOSPITALIER PUBLIC**

L'autorité compétente pour fixer le prix est le premier ministre (sauf en matière d'accidents de travail où c'est le ministère de l'emploi qui est compétent).

En vertu de la réglementation en vigueur (texte de loi ou simple circulaire ministérielle), certaines catégories sociales ou de personnes bénéficient de l'aide médicale gratuite et ne sont pas assujetties au paiement des frais d'hospitalisation. Il s'agit des indigents, des résistants et anciens membres de l'armée de libération, des détenus, des étudiants, des étrangers bénéficiant d'une convention de réciprocité, du personnel de la santé publique et des fonctionnaires de l'Etat victimes des accidents de service.

La tarification pour les personnes assujetties au paiement intervient à deux niveaux: l'hospitalisation, les prestations des actes à titre externe.

- L'hospitalisation

Le texte de base relatif à la fixation des prix de remboursement de la journée d'hospitalisation et des honoraires médicaux et chirurgicaux dans les formations sanitaires remonte au 30 Juin 1955.

Ce texte largement inspiré par la législation française de l'époque définit la philosophie générale de la tarification, arrête la méthode de fixation et de calcul du prix de revient de l'hospitalisation et du prix de tous les actes médicaux et chirurgicaux, prévoit certains abattements et exonérations.

Ce texte est à l'heure actuelle dépassé. Seule demeure applicable la partie de ses dispositions relative au calcul des frais médicaux et chirurgicaux et aux abattements et exonérations.

D'autres textes de loi ont modifié certaines dispositions du texte de base. A ce propos, il faut distinguer entre:

- Le prix de la journée d'hospitalisation:

Il constitue un forfait rémunérant l'hôtellerie et tous les frais généraux. Le prix de la journée d'hospitalisation a connu des modifications en 1958 (première tarification), 1961, 1975 et 1982 (réajustements des tarifs).

Actuellement et depuis 1982 il est de:

	Chambre particulière	Chambre 2 à 4 lits	Salle commune
+ Médecine toutes spécialités	60,00 DH	45,00 DH	40,00 DH
+ Chirurgie toutes spécialités et maternité	65,00 DH	50,00 DH	45,00 DH

L'hébergement des personnes accompagnant les malades hospitalisés dans les formations sanitaires de l'Etat et logés à leur demande en chambre particulière est fixé à 10 DH par personne et par jour nourriture comprise (arrête 12 Juin 1956)

- Le prix des actes médicaux:

Il s'agit du prix des actes médicaux et chirurgicaux qui rémunèrent l'acte lui-même et les prestations sanitaires.

La valeur des lettres clés servant au calcul des honoraires médicaux et chirurgicaux et le prix forfaitaire des accouchements dans les formations sanitaires a été déterminé par un arrêté du 22 Juillet 1957. Il n'a pas changé depuis cette date.

C . . . . .	6,00 DH
K . . . . .	2,50 DH
Ker (ou RZ) . . . . .	2,00 DH
B . . . . .	0,50 DH
Accouchement simple . . . . .	100,00 DH
Accouchement gémellaire . . . . .	125,00 DH

- Le prix de l'hospitalisation

C'est le prix total dû par le malade. Il est égal à la somme des deux prix précédents (chambre et actes) en fonction des tarifs prévus par la réglementation en vigueur et conformément à un mode de calcul défini par la réglementation.

	Chambre particulière	Chambre de 2 à 4 lits	Chambre commune
+ Médecine	$P_j + C + Z_n + B_n$	$P_j + 1/2(C + Z_n + B_n)$	$P_j + 1/3(C)$
+ Chirurgie et spécialités	$P_j + K_n + Z_n + B_n$	$P_j + 1/2(K_n + Z_n + B_n)$	$P_j + 1/3(C)$
+ Maternité Simple	$P_j + Z_n + B_n$ + forfait	$P_j + 1/2(Z_n + B_n)$ + 1/2 forfait	$P_j + 1/3(C)$
Complication	$P_j + K_n + Z_n + B_n$ + forfait	$P_j + 1/2(Z_n + B_n + K_n)$ + 1/2 forfait	
Césarienne	$P_j + K_n + Z_n + B_n$	$P_j + 1/2(K_n + B_n + Z_n)$	$P_j + 1/3(C)$

$P_j$ : prix de la journée,  $C$ : consultation,  $K$ : acte de chirurgie,  $Ker$  ou  $RZ$ : acte de radiologie,  $B$ : acte de biologie

Les chambres particulières n'existent pas dans tous les hôpitaux. Dans les services où elles sont disponibles ce sont les mutualistes ou les malades ayant besoin d'une surveillance particulière qui les utilisent. Les chambres communes ont tendance à disparaître. Les chambres sont actuellement de 4 à 6 lits.

Dans la pratique, les dispositions prévues par la réglementation ne sont pas appliquées. Le prix d'hospitalisation pratiqué par les formations hospitalières publiques ne comprennent que le prix de la journée d'hospitalisation (chambre) auquel on ajoute le prix de la consultation ( $C$ ). Autrement dit, les autres actes médicaux ne sont pas facturés.

Pour les chambres communes, le patient paye pour les 20 premiers jours. Au delà de cette durée de séjour, le prix de la chambre n'est pas facturé.

- Les prestations à titre externe:

Les consultations de généralistes ne sont pas payantes sauf pour les accidentés de travail.

Les consultations de spécialistes dispensées par les services spécialisés des formations hospitalières et les centres de diagnostic relevant du Ministère de la Santé publique sont fixés à un prix unitaire de 20,00 DH par un texte de loi qui remonte au 20 Septembre 1973. L'application de cette réglementation a été suspendue depuis le 28 février 1974 à cause des problèmes pratiques qu'elle a engendré.

Le prix des consultations des accidentés du travail est fixé à 22,00 DH pour la consultation de généraliste ( $C$ ) et à 37,00 DH pour la consultation de spécialiste ( $C2$ ).

Le tarif des évacuations sanitaires par ambulance est réglementé en fonction de la puissance de l'ambulance (Nombres de cheveux et du kilométrage parcouru).

## 2. LA TARIFICATION DANS LES CHU ET LES CENTRES HOSPITALIERS AUTONOMES (SERVICES D'ETAT GERES DE MANIERE AUTONOME):

C'est le Ministère de la Santé Publique (MSP) qui fixe par arrêté (loi) le tarif des actes médicaux et des journées d'hospitalisation.

- Les tarifs des actes médicaux et chirurgicaux:

Ces tarifs sont fixés sur la base de la valeur des lettres-clés servant au calcul des honoraires médicaux, chirurgicaux et paramédicaux dans les centres hospitaliers. Depuis le 26 Juillet 1989 ces tarifs sont les suivants:

C1....Consultation généraliste . . . . .	25,00 DH
C2....Consultation spécialiste . . . . .	40,00 DH
C3....Consultation professeur . . . . .	55,00 DH
RZ....Actes de radiologie . . . . .	06,00 DH
K.....Actes de chirurgie et de Spécialité . . . . .	07,00 DH
B.....Analyses . . . . .	01,10 DH
D.....Soins dentaires . . . . .	05,55 DH
Etablissement d'un certificat médical . . . . .	30,00 DH

Forfait d'accouchement:

	Accouchement simple	Accouchement gémellaire
Sans épisiotomie	150,00 DH	190,00 DH
Avec épisiotomie	300,00 DH	340,00 DH

Actes paramédicaux spécialisés (Kinésithérapie, Orthoptie, Orthophonie) . . 30,00 DH la séance.

Le tarif des actes professionnels et de biologie médicale est déterminé en fonction du coefficient affecté à la lettre-clé conformément à la nomenclature des actes professionnels des médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux ainsi qu'à celle de biologie médicale prévues respectivement par les arrêtés du MSP (lois du 13/12/1977).

Les coefficients de certains actes qui ne figuraient pas dans la nomenclature ont été récemment fixés (Juillet 1989). Il en est ainsi de:

Examen scanner . . . . .	Z 140
Echographie . . . . .	Z 50
B H B (physiologie) . . . . .	B 100
Manométrie ou PH métrie . . . . .	K 45

- Le tarif de la journée d'hospitalisation est fixé

Le forfait de la journée d'hospitalisation est fixé depuis 1989 à:

	Chambre particulière	Chambre de 2 à 4 lits	Chambre commune
Médecine toutes spécialités	120,00 DH	60,00 DH	50,00 DH
Chirurgie toutes spécialités	150,00 DH	70,00 DH	60,00 DH

Pour l'accompagnant admis à séjourner auprès du malade le tarif forfaitaire est fixé à 100 DH par jour.

Les tarifs prévus dans les services de soins intensifs constituent un forfait journalier incluant le prix de journée ainsi que l'ensemble des actes médicaux.

Brûlés . . . . .	1000,00 DH/jour
Réanimation médicale ou chirurgicale . . . . .	1000,00 DH/jou.
Hémodialyse . . . . .	700,00 DH/séance

- Le prix d'hospitalisation:

Le prix d'hospitalisation global est déterminé par la somme du prix de la journée et des tarifs des prestations

Les tarifs des prestations et actes médicaux ainsi que l'hospitalisation sont dûs intégralement quelle que soit la catégorie de la chambre d'hospitalisation et pendant toute la durée de séjour.

### 3. LE SECTEUR PRIVE

L'autorité compétente pour fixer les prix est le Ministère de la Santé Publique par délégation du Premier Ministre.

Les actes couverts à ce jour par le réglementation sont: les honoraires médicaux, la chirurgie dentaire, les analyses médicales, les séjours en clinique, les actes pratiqués par les sages-femmes, infirmiers, les produits pharmaceutiques.

Le mode de calcul du prix des actes médicaux se fonde sur une nomenclature officielle des actes. Chaque acte est désigné par une lettre-clé qui est affecté d'un coefficient prévu par la nomenclature en vigueur.

Il existe deux types de nomenclature: l'une relative aux actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux; l'autre relative aux actes de biologie médicale.

Les tarifs appliqués réellement par le secteur privé ne correspondent pas aux tarifs arrêtés officiellement.

#### 4. LES TARIFS DES POLYCLINIQUES DE LA CNSS ET DES CLINIQUES MUTUALISTES

Les polycliniques de la CNSS et les cliniques Mutualistes ont leurs propres tarifications. Elles s'appuient sur les nomenclatures officielles des actes médicaux et chirurgicaux.

La valeur monétaire de la lettre clé des différents actes est plus élevée que celle arrêtée par les hôpitaux publics, les CHU et les hôpitaux SEGMA. Elle est plus basse que celle retenue par le secteur privé.

#### 5. LES TARIFS DE RESPONSABILITE DE LA CNOPS:

La CNOPS fixe elle même les tarifs de responsabilité à partir desquels elle rembourse les frais de soins engagés par ses adhérents.

**ANNEXE 3**  
**Analyse Sommaire du Projet de loi sur l'Assurance**  
**maladie Obligatoire**  
*par Frank Abou-Sayf*

Une équipe de la Banque Mondiale a fait une analyse détaillée du projet de loi après le départ de notre équipe. Pour cette raison on se limitera ici à une analyse sommaire dudit projet de loi. L'objet de la présente analyse est d'examiner les questions essentielles qui auront les conséquences les plus directes sur le secteur de l'assurance privée.

Le projet de loi est sous forme d'un décret royal (*dahir*) auquel est joint un jeu des règlements. Le décret lui-même comprend plusieurs dispositions. Etant donné qu'il soit difficile de modifier une partie d'un décret il est préférable de rapporter ces détails à la section sur les règlements qui est plus facile à modifier. En outre, l'annexe des règlements prévoit plusieurs conditions pour les services couverts et leurs tickets modérateurs. On recommande que ces conditions soient soigneusement examinées en vue de les minimiser. De l'avis de cette équipe les tickets modérateurs sont cruciaux à cette phase de la réforme et ils doivent être soigneusement élaborés.

Un certain nombre d'ambiguïtés et des sources potentielles des problèmes existent à propos de la façon dont certains articles sont formulés. Les articles sont énumérés ci-après et les problèmes décrits sommairement.

- L'article 22 prévoit que la cotisation de l'employeur sera versée sur présentation du dossier médical de l'employé. Cet arrangement est contraire à ce qui prévaut dans plusieurs systèmes de soins gérés et il pourrait constituer un obstacle à la création d'un HMO, dans le cas où il s'avère nécessaire d'en créer au Maroc.
- L'article 37 prévoit qu'un employé peut changer la société d'assurance auprès de laquelle il est souscrit à tout moment, et que la société d'assurance doit couvrir un employé pour un délai minimum de 2 ans. Cette disposition est contradictoire. Par ailleurs, la nécessité d'un délai minimum de couverture est douteuse. Dans un marché libre, d'autres incitations existent pour l'annulation d'une police d'assurance, tel que les frais d'inscription, la perte de la continuité des soins, les délais d'attente pour la prestation de certains services, etc.
- L'article 55 prévoit qu'un ayant-droit peut faire valoir ses droits d'adhérent rétroactivement après un délai de 6 mois. Ce glissement autorisé peut créer des charges inévitables pour la société d'assurance, par exemple lorsqu'un adhérent qui accuse des retards dans le paiement de ses cotisations constate qu'il est atteint d'une maladie qui soit mieux couverte par une société d'assurance donnée qu'une autre. Cet adhérent peut donc décider de changer de société d'assurance rétroactivement afin de pouvoir bénéficier de la couverture plus avantageuse. Dans un marché compétitif, des délais plus courts pour le paiement des primes sont bien définis et scrupuleusement respectés.
- L'article 61 prévoit que le gouvernement fixera la somme qui sera imposée comme pénalité contre le paiement en retard. Ce genre de contrôle est inutile.

En ce qui concerne le développement du secteur de l'assurance privée au Maroc, le projet de loi a plusieurs caractéristiques importantes.

## 1. L'Assurance Obligatoire

Cette disposition s'applique à tous les employés salariés et non salariés à l'exception des apprentis artisanaux et les employés domestiques (l'article 5). En conséquence, éventuellement la loi élargira substantiellement l'éligibilité. Toutefois, à court terme, seuls les fonctionnaires et agents assimilés qui préfèrent ne pas être couverts par les mutuelles seront affectés au moment de l'application de la nouvelle loi. On estime que cette catégorie des employés constitue 15% des personnes éligibles. Probablement, lesdits employés préfèrent ne pas s'assurer parce qu'ils se portent bien. En conséquence, l'adoption de l'aspect obligatoire du projet de loi créera un pool global des têtes-assurées à faible risque dans la phase initiale.

D'autre part, l'introduction d'une assurance obligatoire est d'habitude suivie d'une augmentation substantielle du taux d'utilisation et, partant, des coûts aussi. Dans ces conditions, la nécessité de développer de dispositions alternatives de remboursement devient urgente.

## 2. La Compétition

Dans le cadre de plusieurs articles, notamment l'Article 17, le droit de choix de l'ayant droit est prévu. Ce droit est interprété comme un encouragement de la compétition. Malheureusement, ce n'est pas le cas: le droit de choix, tout en étant stérile, pourrait exister dans un environnement non-compétitif. Cette restriction est d'autant alarmante vu les pouvoirs du contrôle que le Gouvernement du Maroc s'est attribué comme décrit dans le paragraphe ci-après.

Aux articles 20, 55, 61 et 62 le gouvernement est chargé de fixer les différents tarifs, cotisations, et même les redevances de pénalité des retards de paiements. L'article 8 va jusqu'à fixer la cotisation d'adhésion au taux de 6% du salaire de l'employé, et aux articles 10 et 11 du même document, les montants des tickets modérateurs sont fixés aussi. Ces dispositions affaibliront et peut-être elles élimineront la compétition au bout du compte.

## 3. La Non-discrimination

La délimitation des termes de la non-discrimination est claire et elle est un aspect essentiel d'une assurance maladie motivée par le secteur privé. En plus, elle minimisera le transfert des risques du secteur privé au secteur public.

## 4. Définition des avantages

L'annexe du projet de loi décrit en détail une liste généreuse des services obligatoires y compris des services qui ne se justifient pas sur le plan médical (par exemple les cures thermales). Ce genre des services ne fera que contribuer à l'augmentation des coûts sans avantages clairs. On recommande que les avantages obligatoires soient limités au minimum, et qu'ils soient structurés de façon à encourager les soins préventifs et à assurer les ayants-droits contre les maladies graves. On recommande vivement les ticket modérateurs des ayants-droits et ils doivent être conçus pour promouvoir les soins préventifs et décourager l'utilisation abusive.

## 5. Choix Libre

L'article 17 prévoit que les ayants-droits ont un choix libre pour désigner les prestataires dans presque toutes les catégories, allant des médecins jusqu' aux fournisseurs d'équipement médical.

Tout en étant un élément essentiel, la notion du choix libre peut contrecarrer un certain nombre d'approches alternatives des soins, où les ayants-droits sont liés à des prestataires spécifiques en tant que gestionnaires de leurs soins en contrepartie de certains avantages. On espère que ces types de prestation de soins seraient inclus aussi dans l'esprit de la loi: en vertu du choix libre, l'ayant-droit se lie à un certain nombre des médecins (c'est-à-dire, il limite son droit de choix) en échange d'autres avantages.

## 6. Tarification des Primes

Comme indiqué ci-dessus le document des règlements en annexe du projet de loi fixe la cotisation des ayants-droits au taux uniforme de 6% du salaire de ceux-ci. Evidemment, cette intervention semble être motivée par l'expérience locale où les sociétés d'assurance minent la compétition en offrant des primes moins chères et au bout du compte elles n'arrivent pas à respecter leur partie des engagements de la couverture. Plusieurs sources ont également souligné à l'équipe que si cette prime est trop élevée, la société d'assurance peut utiliser le surplus pour offrir d'autres services sans coûts supplémentaires. Un autre argument avancé par les protagonistes de ce contrôle est que la compétition pourrait se faire grâce à la qualité de soins et avec une couverture au delà de celle prévue par le gouvernement.

Nonobstant ces justifications, on recommande vivement que le gouvernement n'établisse pas une prime fixe. Ce genre d'action ne fera qu'affaiblir la compétition. Pour éviter la compétition inéquitable il faudra envisager un rôle plus stricte de l'agence de contrôle dont la création sera décrétée par le même projet de loi. Cette responsabilité renforcée est possible dans le contexte marocain.

Par ailleurs, à un moment où le financement est un problème crucial, c'est moins efficace de décréter une prime élevée et donner aux sociétés d'assurance la latitude d'ajouter des services comme bon leur semble que de couvrir un jeu des services essentiels.

Enfin, on peut avancer le même argument d'inefficacité de la prestation des services en matière de compétition au niveau de la souscription excédentaire d'assurance: on pourrait consacrer le dirham de soins à d'autres fin plus utiles en permettant la compétition au niveau de la couverture des services essentiels.

**ANNEXE 4**  
**Bibliographie**

- Anonyme. "CNSS: Un rapport accablant," La Vie Economique, 28 juin 1991.
- Anonyme. "Les mutuelles se tournent vers les médecins après les différends avec les polycliniques CNSS," L'Economiste, 16 janvier 1992.
- Banque Mondiale. World Development Report 1991. Washington, D.C.: Banque Mondiale, 1991a.
- Banque Mondiale. Rapport non publié sur la législation sur l'assurance maladie au Maroc, 1991b.
- Bulletin du Centre Marocain de Conjoncture. No. 3, juin 1991.
- Day, Laurence M., Allison Percy, Larbi Jaïdi, Mamoun Lahbabi, et Mehdi Lahlou. Morocco Private Health Sector Study: Findings and Project Design Recommendations. Arlington, VA: John Snow, Inc., 1991.
- Groupement ICONE/SEDES. Enquête Auprès des Ménages sur leurs Dépenses de Soins Médicaux. Etude du Financement des Secteurs de Santé au Maroc, octobre 1989.
- Guédira, M.N. "La Couverture Sociale en Matière de Maladie Maternité au Maroc," Congrès Maghrébin des Sciences Médicales, Tunis, 13-16 mai 1991.
- Harris, Nancy, et Jean LeComte. Possibilities to Expand the Private Health Sector in Morocco. Arlington, VA: John Snow, Inc., 1990.
- Manning, William G., Joseph P. Newhouse, Naihua Duan, Emmett B. Keeler, Arleen Leibowitz, et M. Susan Marquis. "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment," American Economic Review Vol. 77, No. 3, juin 1987, pp. 251-276.
- Mayers, David, et Clifford W. Smith, Jr. "Contractual Provisions, Organizational Structure, and Conflict Control in Insurance Markets." Journal of Business 54: 407-434, 1981.
- Mouton, Pierre. Problèmes de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale du Maroc. Banque Mondiale, 1988.
- Norris, Jeremiah, Susan Ueber Raymond, Alan Fairbank, Harold Hunter, et Michael O'Byrne. An Indicative Survey on Health Services Development in the Kingdom of Morocco: A Report to the Minister of Public Health. Arlington, VA: PRITECH, 1986.
- Vogel, Ronald J., et Suzanne J. Stinson. The Health Services Market in Morocco: Structure and Performance (Report of a Mission for USAID). Juillet 1989.