



Financement public de santé au Maroc entre les contraintes et opportunités

Mme. Benali Nadia
Chef de la Division des Secteurs Sociaux
Direction du Budget
Ministère de l'Économie et des Finances

MARRAKECH, le 2 JUILLET 2013

Plan

1

Financement public de la santé au Maroc : Etat des lieux

2

Diagnostic stratégique du financement public de la Santé

3

Recommandations et pistes d'amélioration

Introduction

Santé → Pas de prix

Santé → Coût



Contexte économique général:

- Raval des ressources
- Crise économique et financière
- Nécessité d'allier la mobilisation du financement et redevabilité du secteur

Introduction

- Quelles sont les caractéristiques de financement du système de la santé au Maroc ?
- Quels sont les principaux enjeux liés au financement du système de la santé au Maroc ?
- Quels sont les mesures prises ou envisagées pour remédier aux dysfonctionnements du secteur ?

I. Caractéristiques du financement de la santé au Maroc

1- Les sources de financement

- **Le financement public** à travers le recours aux recettes fiscales
- **La participation des ménages** : La part de la dépense directe des ménages
- **La couverture médicale** : AMO et RAMED
- **La participation des employeurs** : Les cotisations patronales de l'AMO
- **La coopération internationale** : Aide internationale sous forme de dons et de prêts

I. Caractéristiques du financement de la santé au Maroc

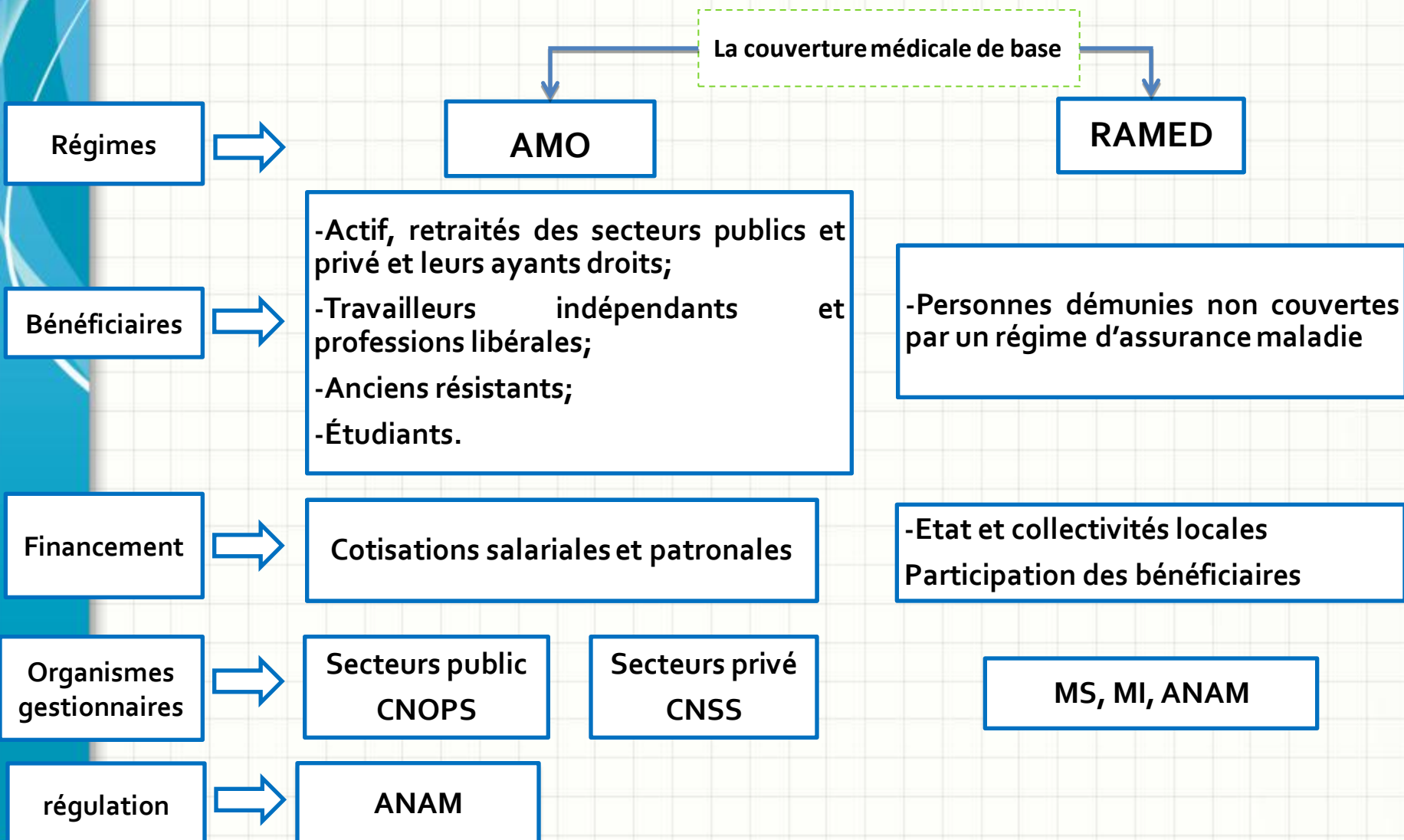
2- l'évolution des sources de financement

	Recettes fiscales	Paiements directs des ménages	Couverture médicale	Employeurs	Coopération internationale	Autres
1997/98	24,6	53,7	16,4	3,6	1,0	0,7
2001	28,0	51,8	16,2	2,9	0,7	0,4
2006	22,6	57,3	17,1	1,8	0,7	0,5
2010	25,2	53,6	18,8	0,9	1,1	0,4

- La répartition par nature montre que la part la plus importante demeure celle des paiements directs des ménages (54%);
- La part de la couverture médicale et des employeurs reste moyenne.

I. Caractéristiques du financement de la santé au Maroc

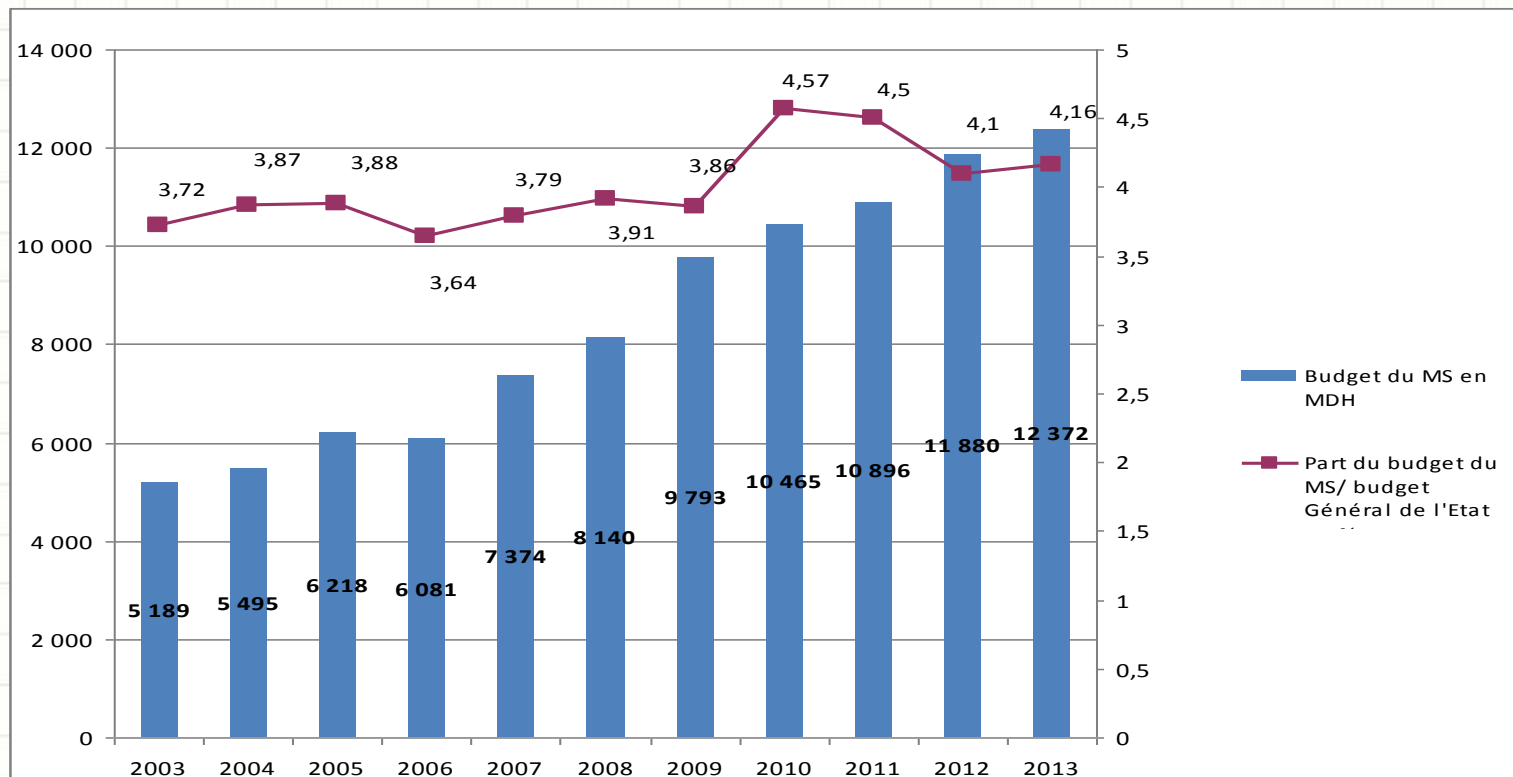
- Afin d'alléger la part de la participation des ménages et assurer un accès équitable aux soins, le Gouvernement s'est engagé depuis 2002 dans un ambitieux programme de renforcement de la couverture médicale



II. Effort budgétaire en matière de financement public de la santé

1- l'évolution du budget alloué au ministère de la santé

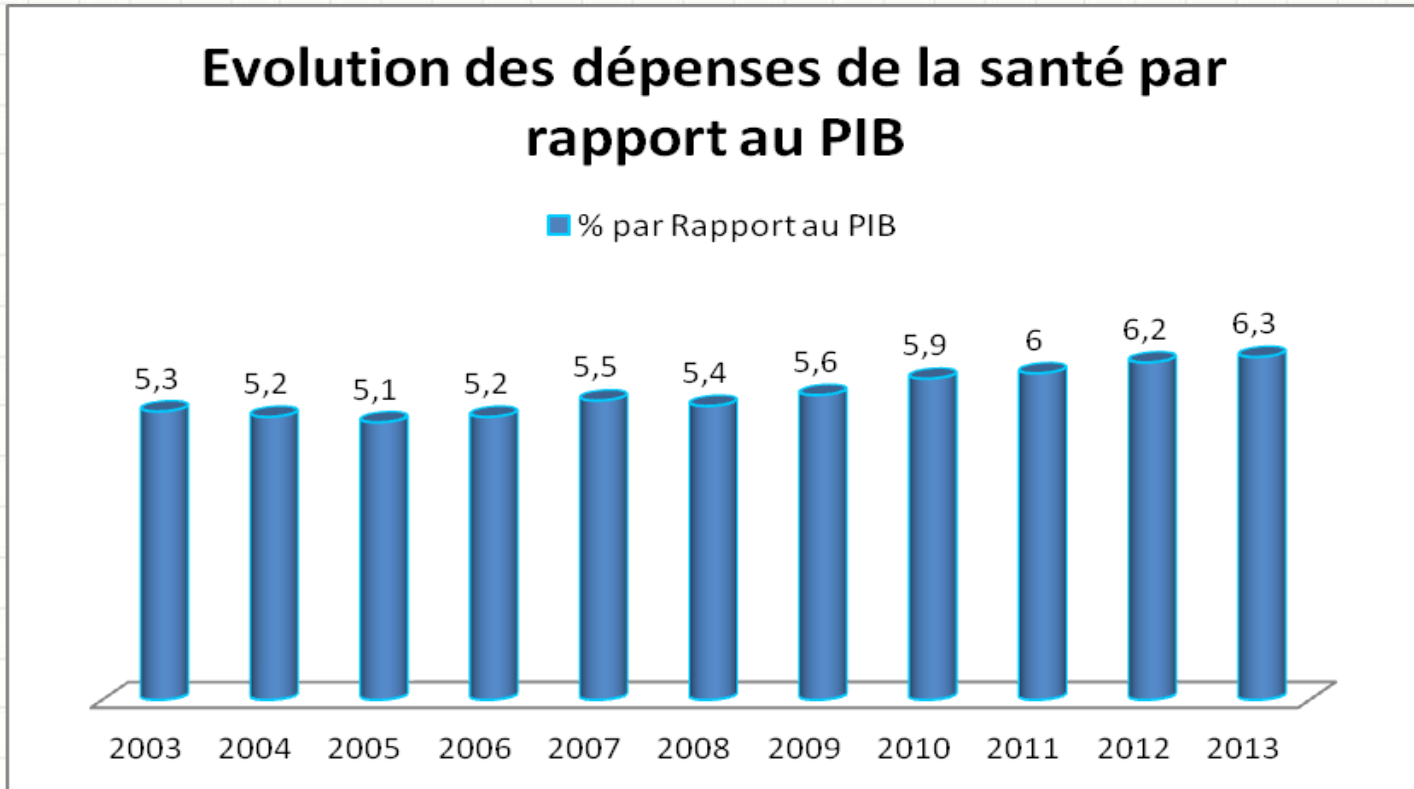
Evolution du budget du Ministère de la Santé et sa part par rapport au budget général de l'Etat y compris les dettes



- Accroissement du BMS entre 2003 et 2013 de plus de 138%, soit 24% d'accroissement par an en moyenne.

II. Effort budgétaire en matière de financement public de la santé

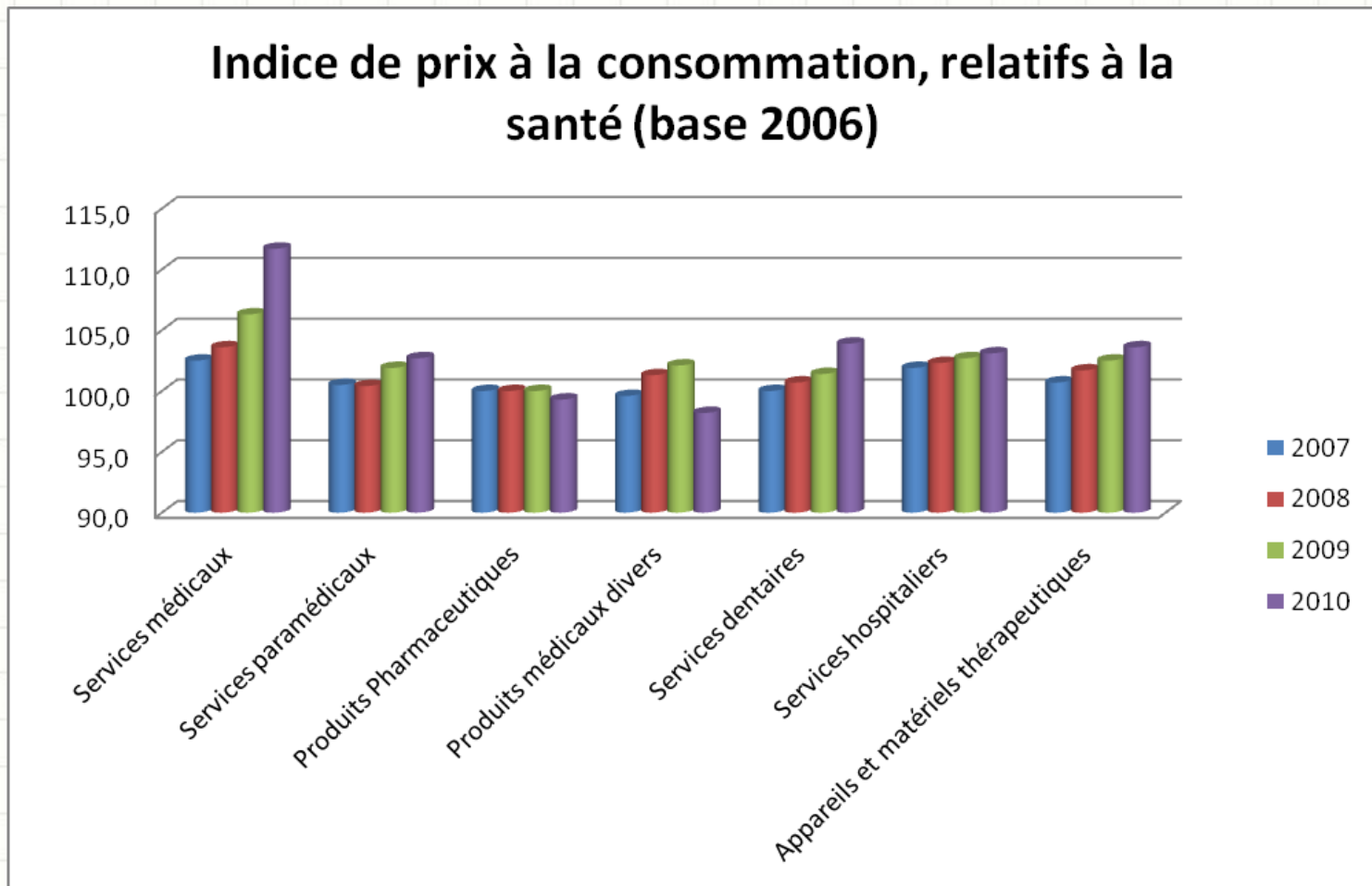
2- Evolution de la part des dépenses de santé dans les agrégats nationaux



- L'effort budgétaire peut également être appréhendé, à travers l'évolution du poids du budget du Ministère de la Santé par rapport au PIB, qui est passé de 5,3 % au 6,3%;
- Proportion relativement faible → Objectif à atteindre 10 %

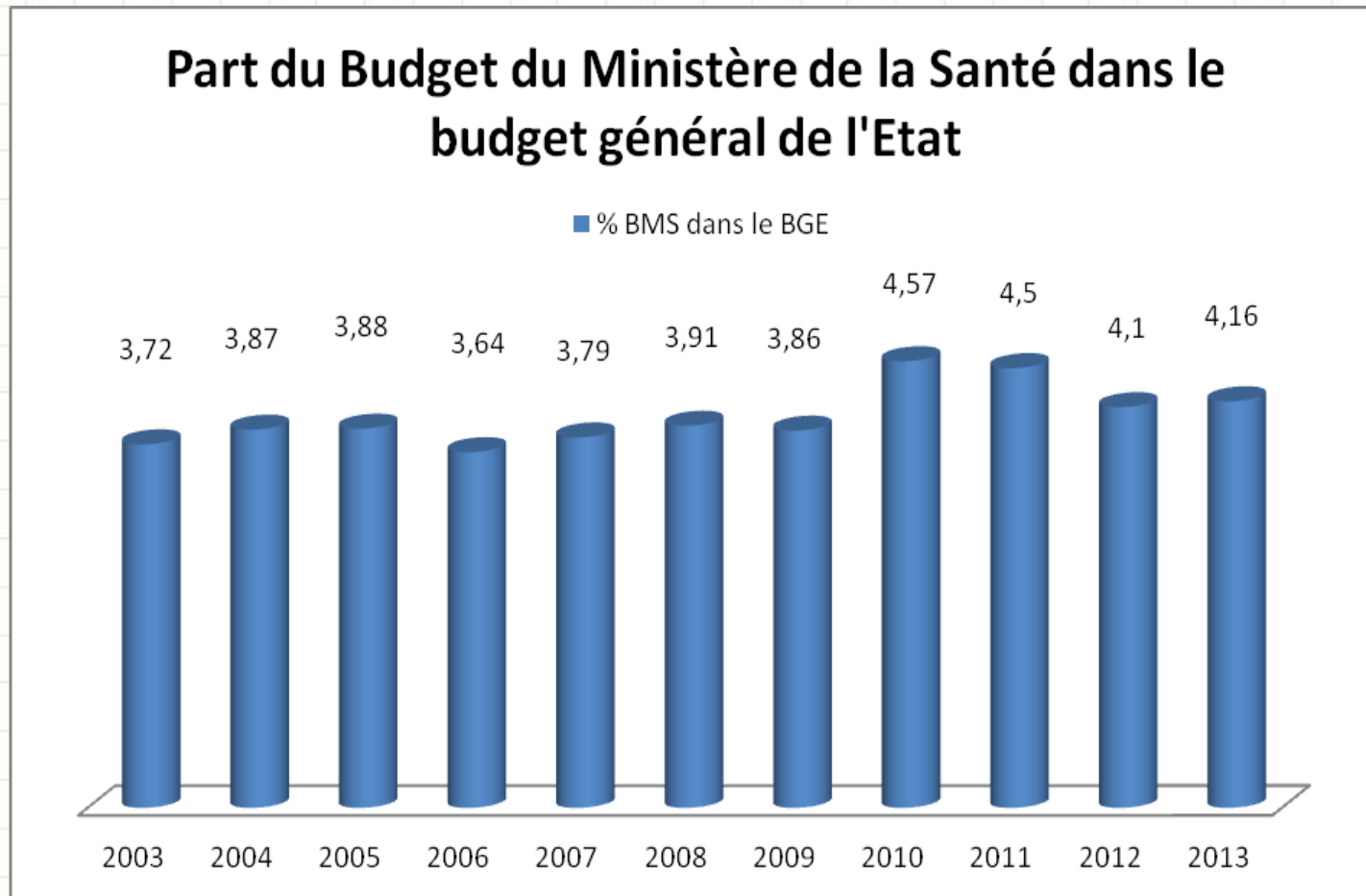
II. Effort budgétaire en matière de financement public de la santé

2- Evolution de la part des dépenses de santé dans les agrégats nationaux



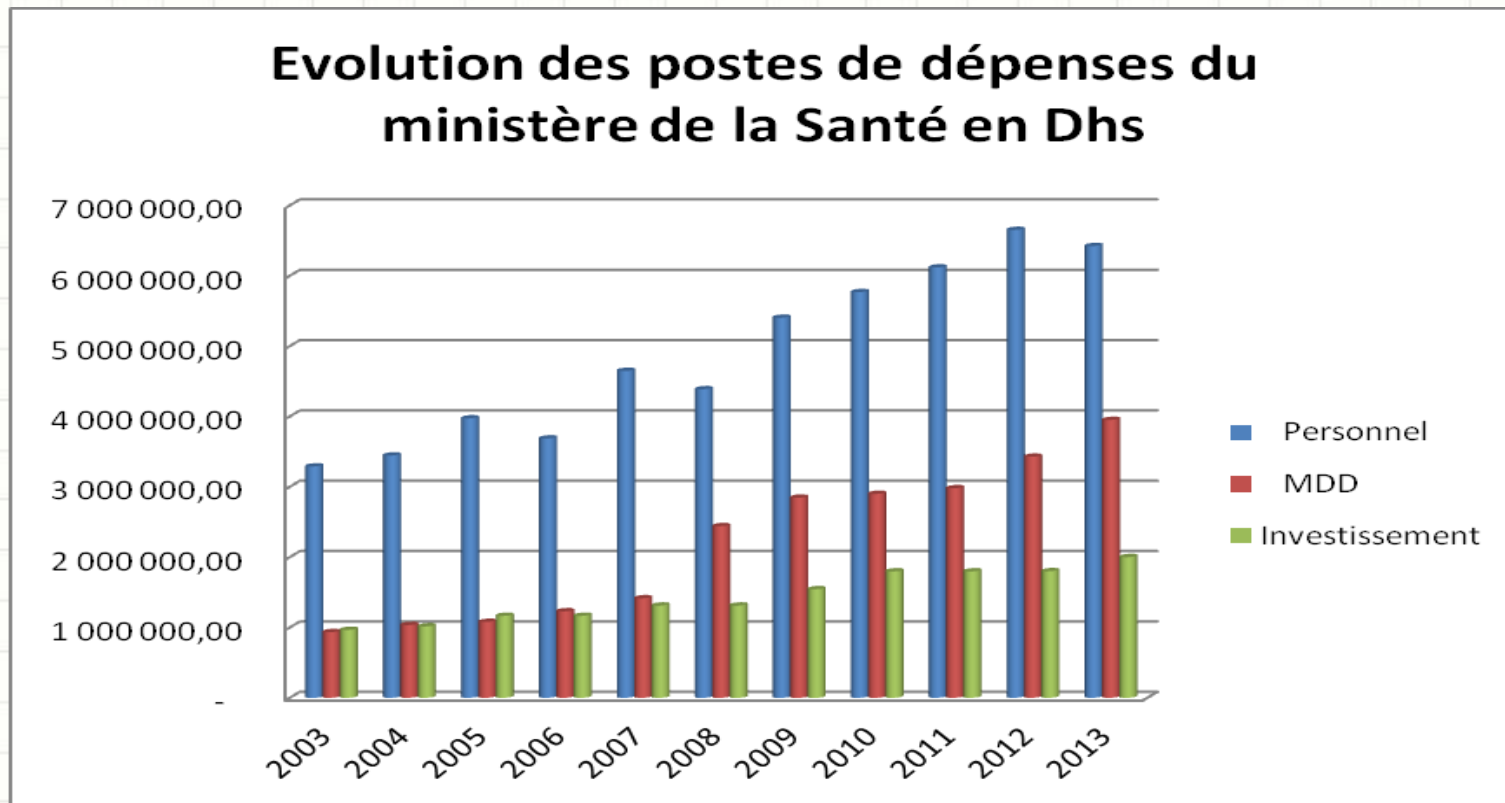
II. Effort budgétaire en matière de financement public de la santé

2- Evolution de la part des dépenses de santé dans les agrégats nationaux



II. Effort budgétaire en matière de financement public de la santé

3- Nature des postes de dépenses



- La prédominance de la masse salariale durant les 10 ans;
- MDD → Subvention CH → 40% en 2013;
- Investissement faible et en évolution très limitée;



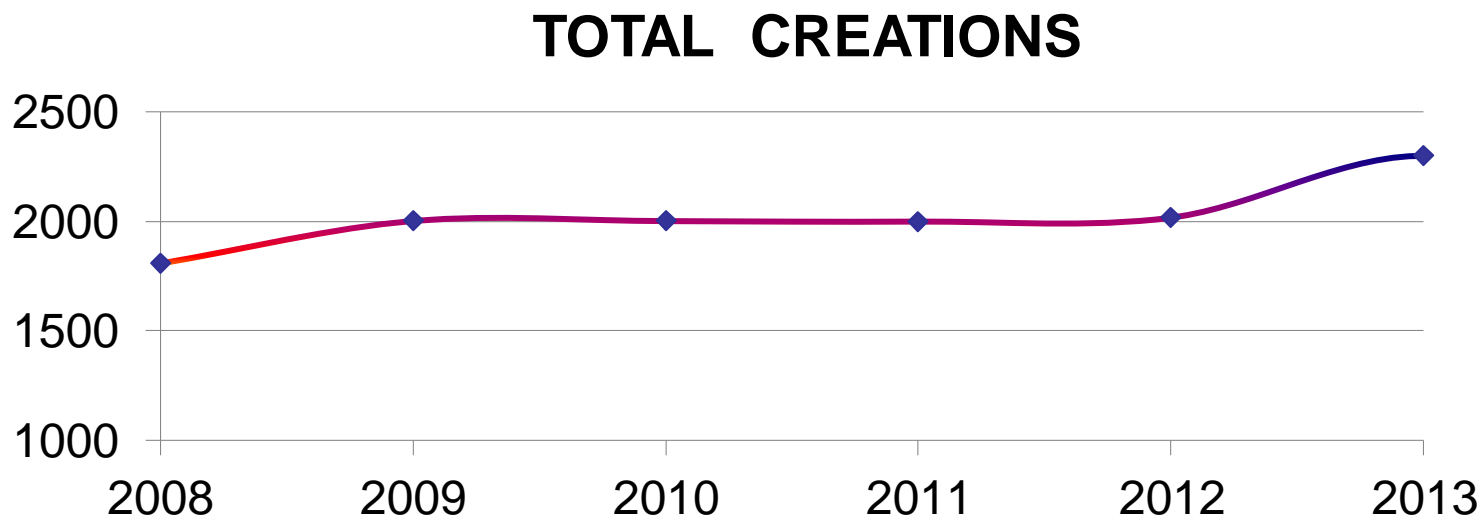
Faiblesse de l'investissement physique

II. Effort budgétaire en matière de financement public de la santé

3- Nature des postes de dépenses



Évolution des créations des postes budgétaires



- Effectif des Médecins de Santé publique : 11.812 en 2011 contre 8.070 en 2004;
- Effectif des infirmiers: 29.025 en 2011 contre 26.802 en 2004;



- Contrainte départ à la retraite : 1200 en 2013
- Contrainte DVD

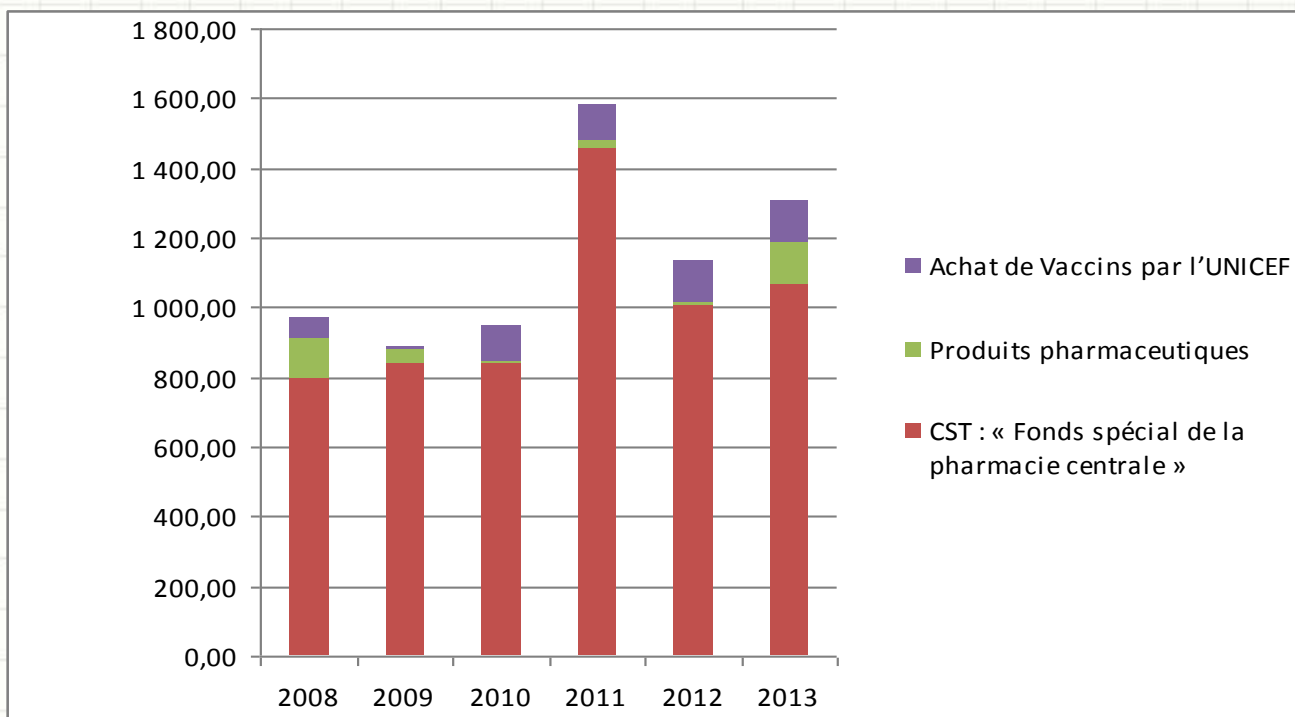
II. Effort budgétaire en matière de financement public de la santé

3- Nature des postes de dépenses



Dépenses des médicaments

Evolution du budget alloué aux médicaments entre 2008 et 2009 (En Mdhs)



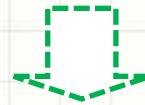
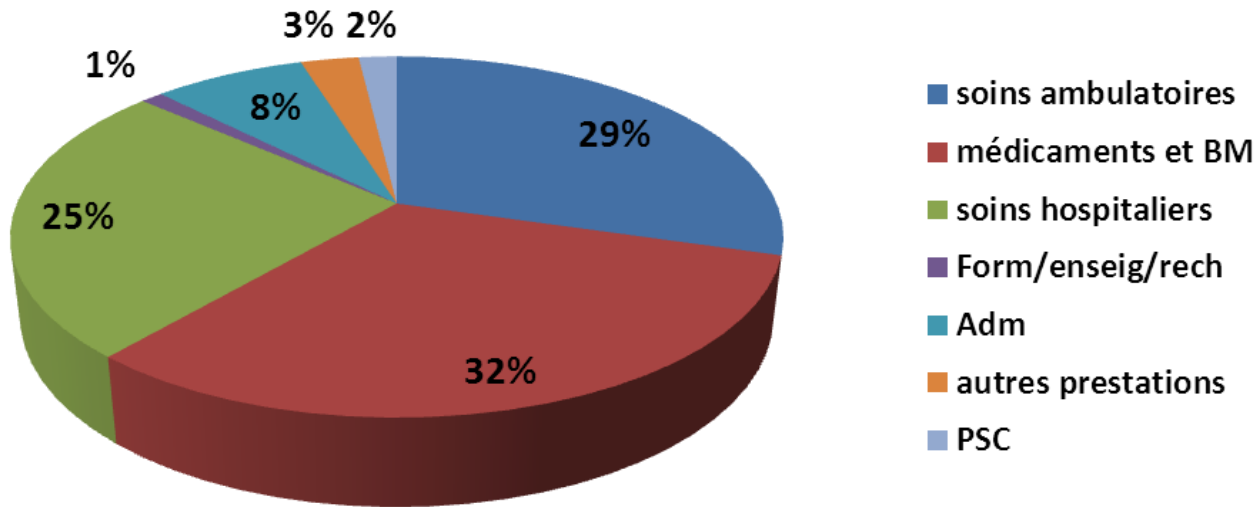
- Le budget alloué aux médicaments a connu une augmentation de 67% entre 2002 et 2012 pour atteindre la somme de 1,6 milliard de dirhams. En 2013, un budget pour l'acquisition des produits pharmaceutiques de l'ordre de 2 milliard de dirhams

II. Effort budgétaire en matière de financement public de la santé

3- Nature des postes de dépenses



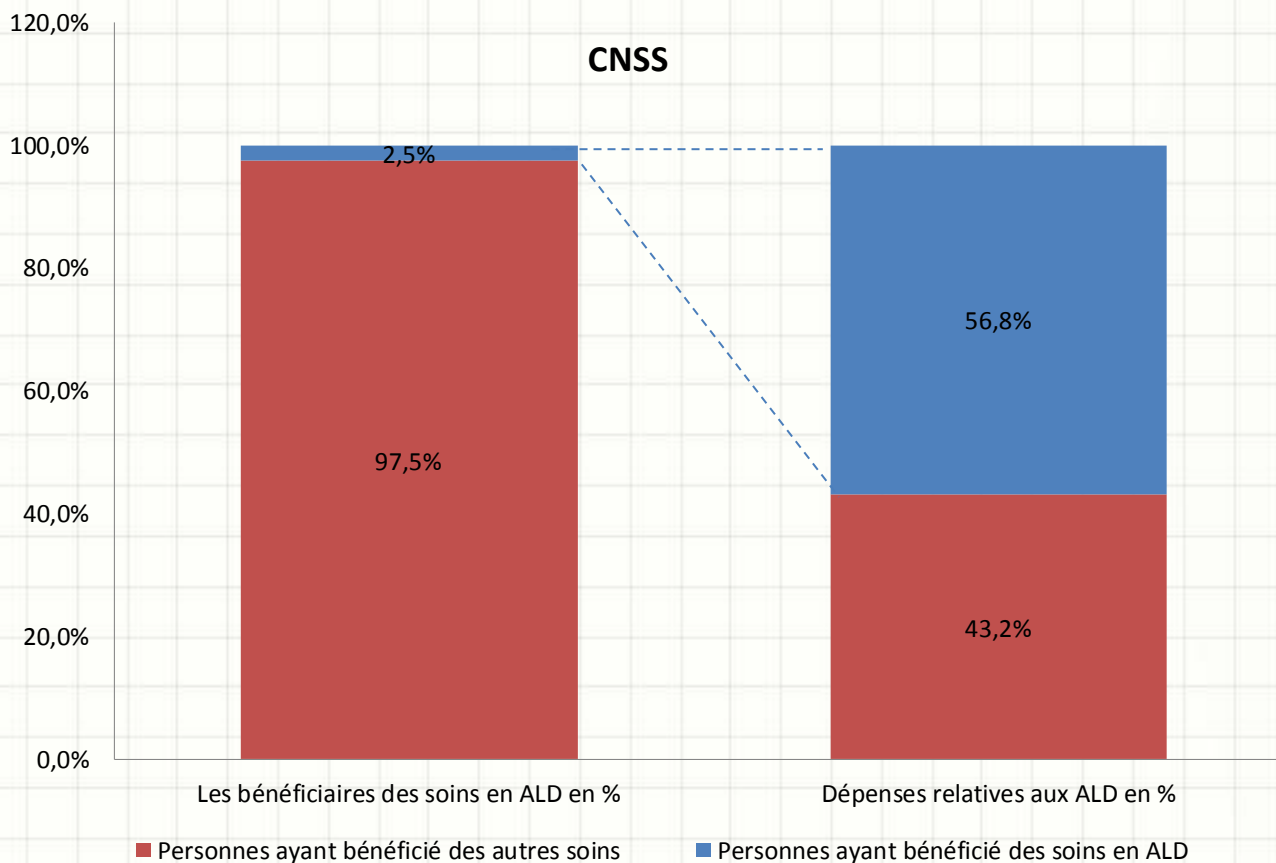
Répartition des dépenses par type de prestations



- Le financement mobilisé est consacré, pour une grande partie, aux médicaments (32%)

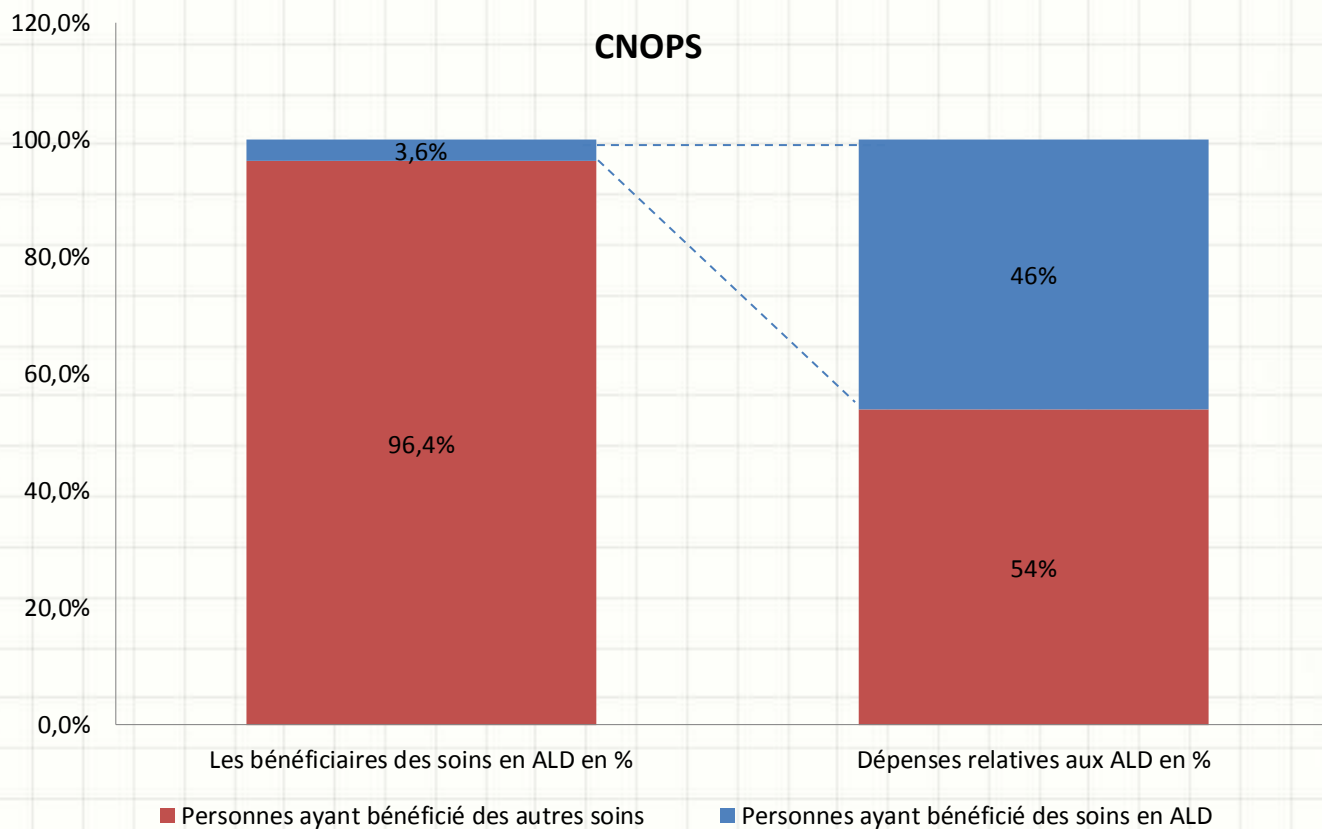
II. Effort budgétaire en matière de financement public de la santé

3- Nature des postes de dépenses



II. Effort budgétaire en matière de financement public de la santé

3- Nature des postes de dépenses

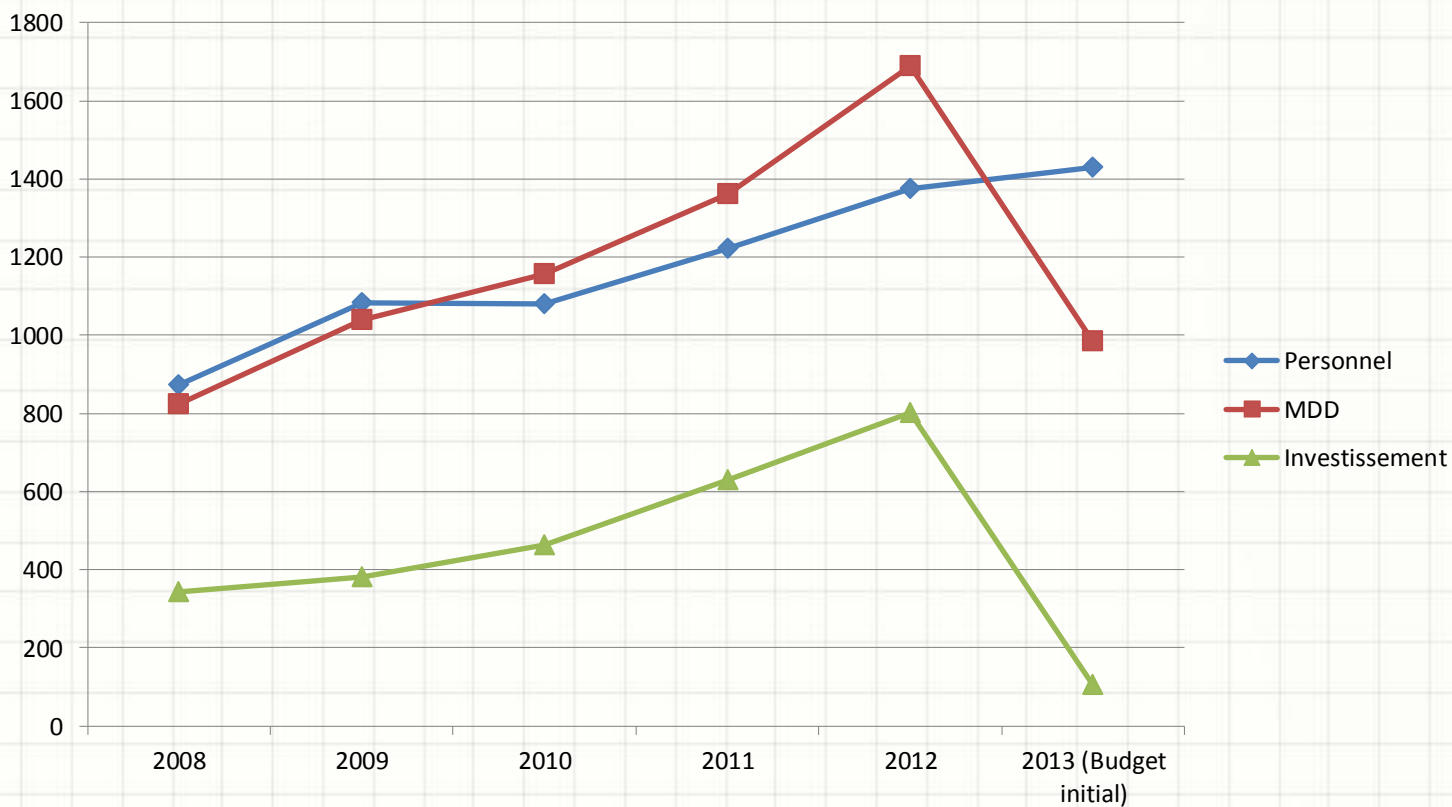


II. Effort budgétaire en matière de financement public de la santé

3- Nature des postes de dépenses



Structure des dépenses des CH



II. Effort budgétaire en matière de financement public de la santé

3- Nature des postes de dépenses



Recettes propres des CH

		2011	2012	2013 (initial)
CHIS	Recettes propres (1)	118 970 239,69	137 563 665,07	54 210 256,00
	Total des recettes (2)	1 037 751 831,43	1 283 968 820,30	986 788 739,80
	(1)/(2) en %	11,46%	10,71%	5,49%
CHIR	Recettes propres	119 401 715,00	124 609 140,00	130 136 197,00
	Total des recettes	612 541 800,11	691 549 359,92	563 158 197,00
	(1)/(2) en %	19,49%	18,02%	23,11%
CH HII	Recettes propres	42 246 496,00	49 072 108,00	52 000 000,00
	Total des recettes	536 356 399,51	645 323 509,94	562 359 711,00
	(1)/(2) en %	7,88%	7,60%	9,25%
CH MVI	Recettes propres	49 308 000,00	49 308 300,00	56 935 000,00
	Total des recettes	400 241 572,16	597 040 718,57	463 435 000,00
	(1)/(2) en %	12,32%	8,26%	12,29%

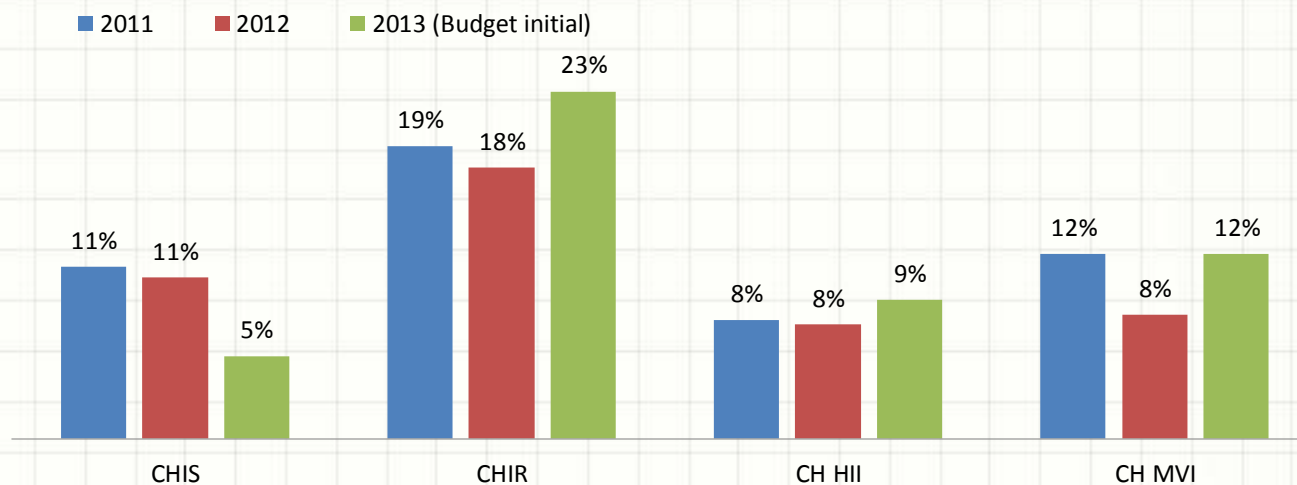
II. Effort budgétaire en matière de financement public de la santé

3- Nature des postes de dépenses



Recettes propres des CH

% des recettes propres par rapport au total des recettes



Faible mobilisation des recettes propres CH

II. Effort budgétaire en matière de financement public de la santé

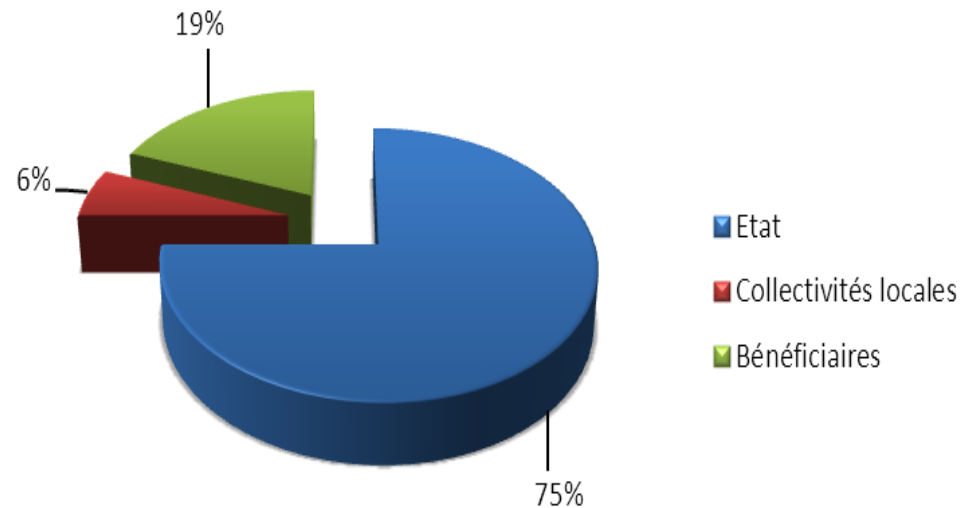
3- Nature des postes de dépenses

➔ Couverture médicale (AMO + RAMED)

	Population concernée		Cotisations et contributions		Dépenses	
	CNSS	CNOPS	CNSS	CNOPS	CNSS	CNOPS
2010	4.944.652	2.662.189	3,243 MMDH	3,694 MMDH	1,105 MMDH	3,330 MMDH.
2011	5.358.441	2.719.722	3,350 MMDH	4,039 MMDH	1,423 MMDH	3,485 MMDH

Structure de financement du RAMED(en MDH) :

- Etat : **2,025**
- Collectivités Locales : **162**
- bénéficiaires : **513**



Efforts budgétaires en consolidation par rapport d'autres secteurs



La Performance est appelé à être améliorée



D'où l'intérêt d'un diagnostic

Analyse stratégique

1-Diagnostic interne :

Forces :

- **Accroissement continu de l'effort de l'État en faveur du secteur public de la Santé**
Développement de l'offre de soins : 141 hôpitaux publics dotés d'une capacité litière de 21.734 lits en 2011 ;
Nombre des ESSB : 2689 dont 1938 dans le milieu rural.

- **Amélioration des principaux indicateurs de santé**
Augmentation de l'espérance de vie à la naissance (en années)
Diminution de la Mortalité infantile (en décès /1000 naissances)
Diminution de la mortalité infanto-juvénile (en décès pour 1000 naissances)
Baisse de la mortalité maternelle (en décès pour 100.000 naissances vivantes)
Indice synthétique de fécondité (en naissance/femme)

- **Stratégie de la santé : Approche par programme**
Plan national pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale
Plans nationaux de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles
Plan national de prévention et de lutte contre le cancer
Plan national de prévention et de lutte contre les maladies cardiovasculaires
Plan national de prévention et de lutte contre le diabète
Plan national de la santé mentale
Plan national de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale
Plan national d'accélération de la lutte contre la tuberculose
Mise en œuvre d'un plan d'information et de communication

Analyse stratégique

1-Diagnostic interne :

Faiblesses :

- l'absence de la performance des indicateurs :
 - La matrice des indicateurs présente exclusivement des indicateurs de résultats:
 - ❑ Les indicateurs de moyens et de produits sont totalement absents de ladite matrice.
 - ❑ La chaîne de la valeur n'est pas entièrement représentée à travers la matrice des indicateurs.
 - La matrice des indicateurs dispose d'une liste très longue comportant plusieurs indicateurs, une abondance d'indicateurs peut induire un coût très élevé suite au processus de collecte, de vérification et d'analyse des données, ce qui risque d'affecter négativement la qualité des indicateurs et leur capacité à refléter la réalité.
- Utilisation inappropriée des ressources humaines
- Processus non optimisés :
 - construction d'unités hospitalières non rationalisées
 - Le déséquilibre entre le niveau des recettes propres recouvrées pour la santé et le niveau des dépenses
- Taux d'émission sur investissement
- L'absence d'un Système d'information performant

Analyse stratégique

2-Diagnostic externe :

Opportunités

- Le projet de la généralisation de la couverture médicale à une grande couche de la population : à travers la généralisation du RAMED, de l'Assurance Maladie Obligatoire et l'extension de la couverture sanitaire à deux régimes (étudiants, indépendants et MRE) ;
- la mise en place d'une politique de médicament
- La stratégie de la santé
- Appui pour le Développement du système de la santé

Analyse stratégique

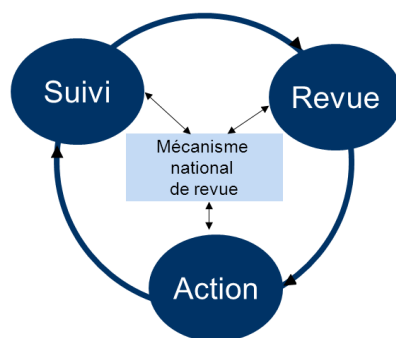
2-Diagnostic externe :

Menaces

- Le contexte national difficile et la conjoncture économique mondiale défavorable,
- Le vieillissement de la population
- la prévalence de comportements facteurs de risques sanitaires chez la population (tabagisme, toxicomanie).
- l'ampleur de plus en plus importante de la part des ALD
- La transition démographique et la transition épidémiologique
- Les variables relatives à la demande :
 - ❑ L'effet de la croissance des revenus sur les dépenses de santé reste controversé, en particulier à cause de l'absence de consensus au sujet du degré d'élasticité des revenus.
 - ❑ le comportement des consommateurs pour une bonne santé et l'augmentation des attentes de la population
- Les variables relatives à l'offre
- Le prix des soins de santé sont entrain d'augmenter par rapport à la productivité du secteur de la santé, qui a tendance à rester faible comparée à celle d'autres secteurs.

Axes stratégiques de développement

- ❖ **Amélioration de la Gouvernance** à travers les financements alternatifs (renforcement de la contractualisation) et l'adoption de l'audit ainsi qu'une meilleure gestion des Ressources Humaines
- ❖ **Le pilotage de la performance** : pour un meilleur pilotage de la performance , l'utilisation des indicateurs de performance pertinentes, pratiques et mesurables et fiables est déterminante pour la réalisation des objectifs
- ❖ **La nouvelle vision stratégique du secteur de la santé**
- ❖ renforcer **la redevabilité** et en orientant les budgets vers l'atteinte des résultats et la satisfaction des besoins à travers trois processus



Axes stratégiques de développement

La Maitrise des dépenses à travers :

- ❖ Revoir l'organisation et la gestion du système
- ❖ Travailler sur l'amélioration de la performance clinique (pertinence, sécurité, qualité, efficacité)
- ❖ Optimisation des processus et utilisation optimale des ressources humaines
- ❖ Revoir les modes d'allocation des ressources et de rémunération
- ❖ Investir de façon ciblée en prévention, en lien avec les maladies chroniques
- ❖ La régionalisation

Assurer une gestion globale des risques

- ❖ Une approche intégrée de gestion des risques permettra la réussite la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ainsi que la contribution à la qualité des soins et aux programmes de prévention sanitaire.

Axes stratégiques de développement

Cibler les programmes particuliers

1. Améliorer ou préserver l'état de santé et la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques
2. Diminuer la fréquence et la gravité des complications et réduire les coûts pour les patients de la collectivité

Principes :

- Un service d'accompagnement à distance et sur la durée (courier, téléphone, sms)
- Un accompagnement différencié (Adapté aux besoins du patient et en relais du médecin traitant)
- Une inscription libre et volontaire (Accord exprès pour bénéficier du service et désengagement possible à tout moment)
- Respect de la confidentialité et du secret médical
- Un service complémentaire à l'offre existante

Axes stratégiques de développement

Le Financement alternatif

- L'assurance-santé privée pourrait servir à compléter ou à remplacer le système public de soins de santé ou à combler ses lacunes;
- Les frais d'utilisation sont habituellement définis comme une forme de paiement (couvrant une portion du coût du service) effectué par le consommateur d'un service de santé au moment où le service est fourni ;
- La coassurance, la façon la plus simple d'imposer des frais d'utilisation, consiste pour le patient à payer un pourcentage fixe (disons 5 %) du coût des services reçus. Plus le coût du service est élevé, plus le montant à déboursier est élevé. De nombreux régimes privés d'assurance-médicaments optent pour cette formule

Conclusion

Il n'y a pas de corrélation statistiquement significative entre les dépenses en santé (dépenses totales, PIB) et les résultats sur la santé de la population (morbidité et mortalité)

More is not necessary better



**MERCI POUR VOTRE
ATTENTION**