

La couverture médicale de base au Maroc bilan d'étapes et perspectives

Sommaire



- ❑ Introduction
- ❑ Contexte
- ❑ Mise en perspective de la CMB
- ❑ Quelques repères
- ❑ Cadrage de la CMB
- ❑ État des lieux
- ❑ Principaux défis
- ❑ Perspectives pour l'achèvement de la CSU

Introduction



□ La CMB chantier de société son implantation a suscité un engagement politique au plus haut niveau de l'État;

Les implications de cet engagement se justifie par:

- la conjugaison du développement socioéconomique du Royaume et de la justice sociale;
- le rattrapage du retard en matière de développement humain et de couverture sociale par rapport aux pays à développement économique similaire;

□ La CMB vient accompagner les grands chantiers de réformes dans notre pays: réforme du système de santé, réforme de la caisse de compensation...;

□ La CMB a bénéficié d'un appui financier et technique de la part de nos PTF;

Contexte



La CSU est une priorité dans l'agenda international

- ❑ Plusieurs pays se sont engagé à atteindre la CSU à l'horizon 2030;
- ❑ C'est est une priorité mondiale (Résolutions OMS, rapports OMS de 2010 et 2013);
- ❑ Engagements en vers les partenaires :
 - Déclaration politique de l'Assemblée Mondiale des Nations Unies sur la couverture universelle (2012);
 - Plusieurs Pays bénéficient de programmes d'appui à la CSU, (appui à la CMB UE/BAD;)

Contexte



- ❑ La CSU est justifiée dans notre pays par un contexte national marqué par une transformation sociale et politique qui a débuté depuis les années 90 , qui a par la suite donné naissance à la constitution de 2011:

Art 31: « ...droit aux soins de santé, à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'État... »

- ❑ Engagement politique renouvelé visant l'équité dans l'accès aux soins:
 - Recommandations de la 2^{ème} conférence nationale sur la santé en juillet 2013: « **Equité et droit à la santé** »;
 - Engagement du gouvernement d'étendre la CMB et de procéder à la réforme de son mode de gouvernance et la mise en place du fonds d'appui à la cohésion sociale;

Contexte: Quelques repères



Situation avant et après l'entrée en vigueur de la CMB

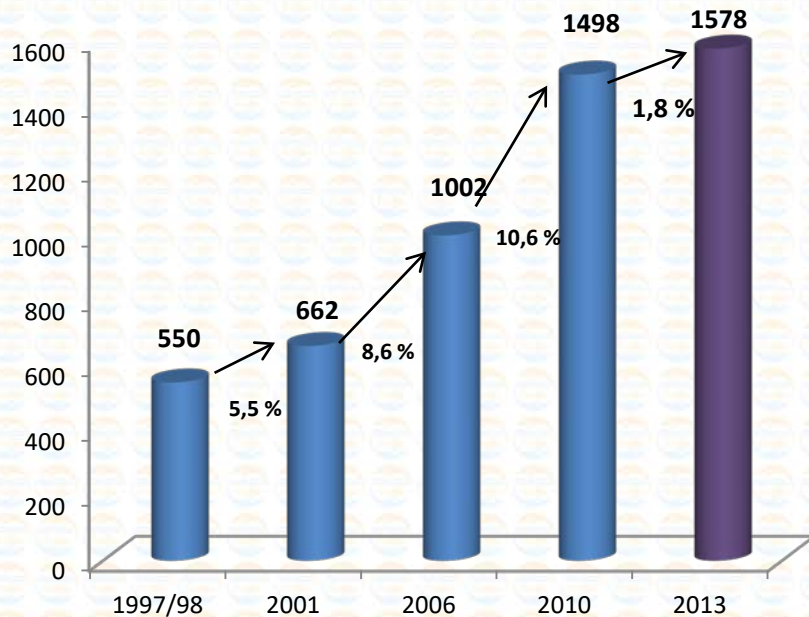
		Année 2002	12 ans après
Ressources Financières	▪ Dépenses de la santé / PIB	4,5 %	5,8 %
	▪ Budget MS / Budget de l'Etat	5,3 %	5,3 %
Ressources Humaines (en dehors des CHU)	▪ Nbre de médecins Public / Privé	7 .094 / 6. 861	8.156 / 8.965
	▪ Nbre de Pharmaciens Public / Privé	114 / 6.141	234 / 12.000
	▪ Nombre d'infirmiers	26.569	30.000
Infrastructures	▪ Nbre d'hôpitaux dont 4 CHU	122	155
	▪ Nbre d'ESSB	2.405	2.792
	▪ Nbre de clinique privé	250	379
	▪ Centres d'oncologie public	3	13
	▪ Capacité litière public	25.901	22.075
Equipements	▪ IRM	12	23
	▪ Scanner	113	260
	▪ Accélérateurs	3	11
Taux de couverture		16%	63%

Contexte: Quelques repères

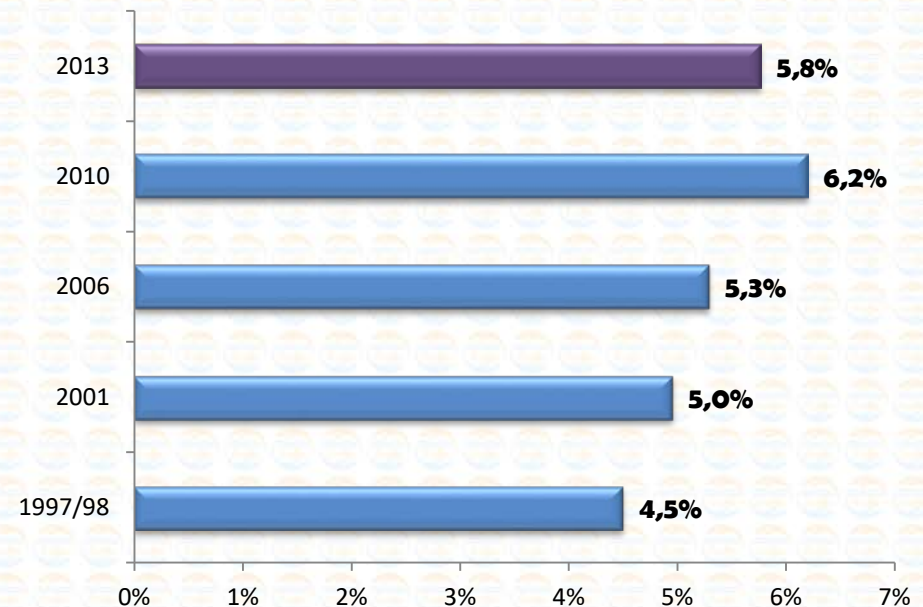


Structure du financement de la santé au Maroc

Evolution de la dépense en santé per capita, en DH, 1997/98-2013



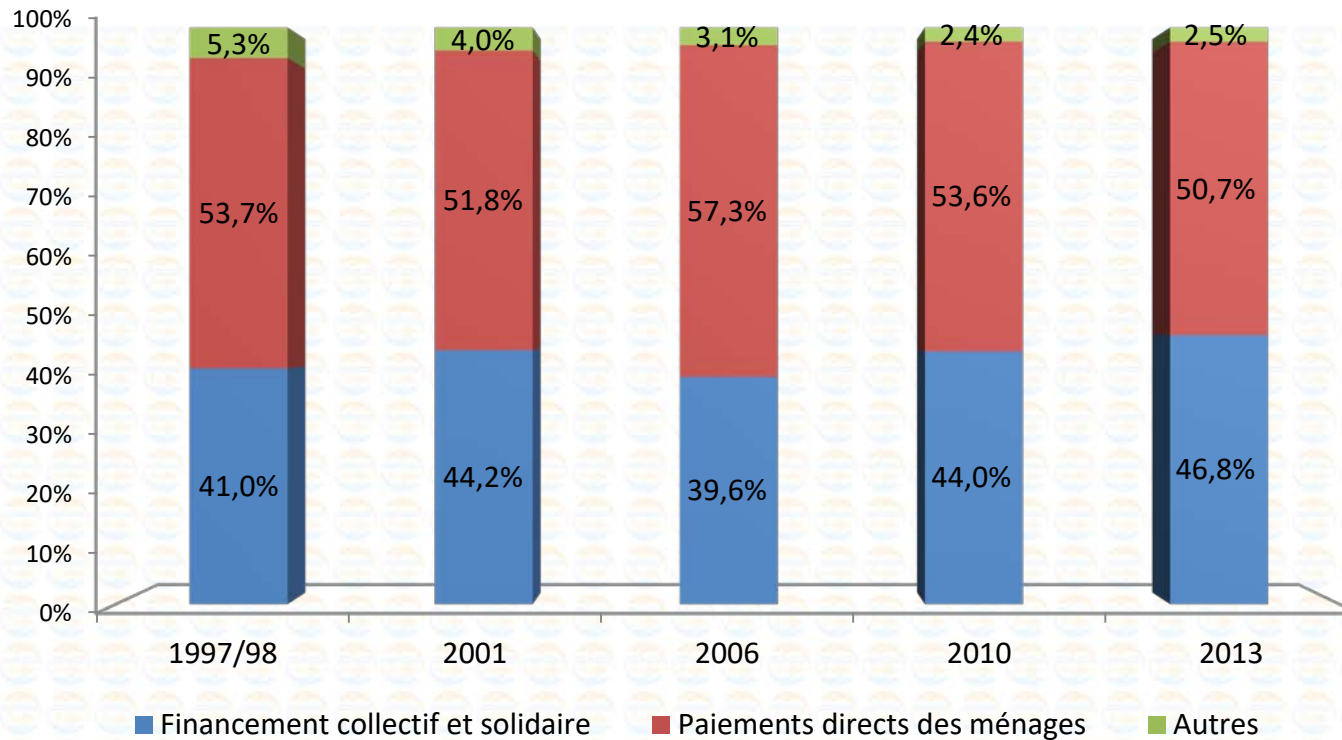
Evolution de la part de la dépense totale en santé du PIB, 1997/98-2013



Contexte: Quelques repères



Evolution de la structure du financement entre 1997/98-2013



Mise en perspective de la CMB



- ❑ 1990-1992, élaboration des avants lois relatifs à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO);
- ❑ En 1993 et à l'occasion du Discours du Trône, feu Sa Majesté le Roi Hassan II annonce les principes de la CMB;
- ❑ En 1995, un projet de loi instaurant l'AMO était approuvée par le Gouvernement, mais resté sans suite car il excluait la prise en charge des indigents;

Mise en perspective de la CMB



- ❑ 1996-1997, le projet est renvoyé de nouveau devant la commission interministérielle qui travaillait sur la couverture médicale issue du dialogue social;
- ❑ 1998-2002, le projet de loi portant Code de la CMB fût finalisé et approuvé par le Gouvernement (juillet 2002) et adopté par le Parlement (août 2002);

Mise en perspective de la CMB



- ❑ 04 jan 2005, la charte de la mise en œuvre du code de la couverture médicale de base, permettant l'application de la loi 65-00 sur l'assurance maladie obligatoire, a été signée devant Sa Majesté le Roi Mohamed VI;
- ❑ 18 août 2005, entrée en vigueur de l'AMO, instituée par la loi 65-00 portant code de la CMB, promulguée par le Dahir 1-02-296 du 3 octobre 2002,

Mise en perspective de la CMB



- ❑ 04 novembre 2008 lancement de l'expérience pilote du RAMED;
- ❑ 13 mars 2012 lancement de la Généralisation du RAMED;
- ❑ 09 avril 2012 distribution des premières cartes RAMED;
- ❑ 13 mars de chaque année bilan des réalisations RAMED.
- ❑ Juin 2017 adoption par le parlement de la loi 98-15 pour la couverture médicale des travailleurs non salariés;

Cadrage de la CMB



AMO 2005

Assurance
maladie
Obligatoire

Bénéficiaires

Salariés,
Fonctionnaires,
Retraités, Etudiants

35%

Gestionnaires:

CNOPS, CNSS,
Assurances privées

Régulateur:

ANAM

RAMED 2012

Régime
d'assistance
médicale

Bénéficiaires

Pauvres et vulnérables
non couverts
par AMO

28%

Gestionnaires:

MI/MS/ANAM

Régulateur:

?

AMI 2017

Assurance
maladie des
Indépendants

Bénéficiaires

Actifs non salariés,
Professions libérales,
....

32%

Gestionnaire:

CNSS

Régulateur:

ANAM

Autres
populations
spécifiques

Les paniers de soins dans la CMB



Panier de Soins AMO

- Soins préventifs et curatifs liés aux programmes prioritaires entrant dans le cadre de la politique sanitaire de l'Etat
- Actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- Soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et ses suites ;
- Hospitalisations;
- Analyses de biologie médicale ;
- Radiologie et imagerie médicale ;
- Explorations fonctionnelles ;
- Médicaments admis au remboursement ;
- Poches de sang humain et dérivés sanguins ;
- Dispositifs médicaux et implants
- Articles de prothèse et d'orthèse médicales
- lunetterie médicale ;
- Soins bucco-dentaires ;
- Orthodontie pour les enfants ;
- Actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ;
- Actes paramédicaux

Les paniers de soins dans la CMB



Panier de Soins RAMED

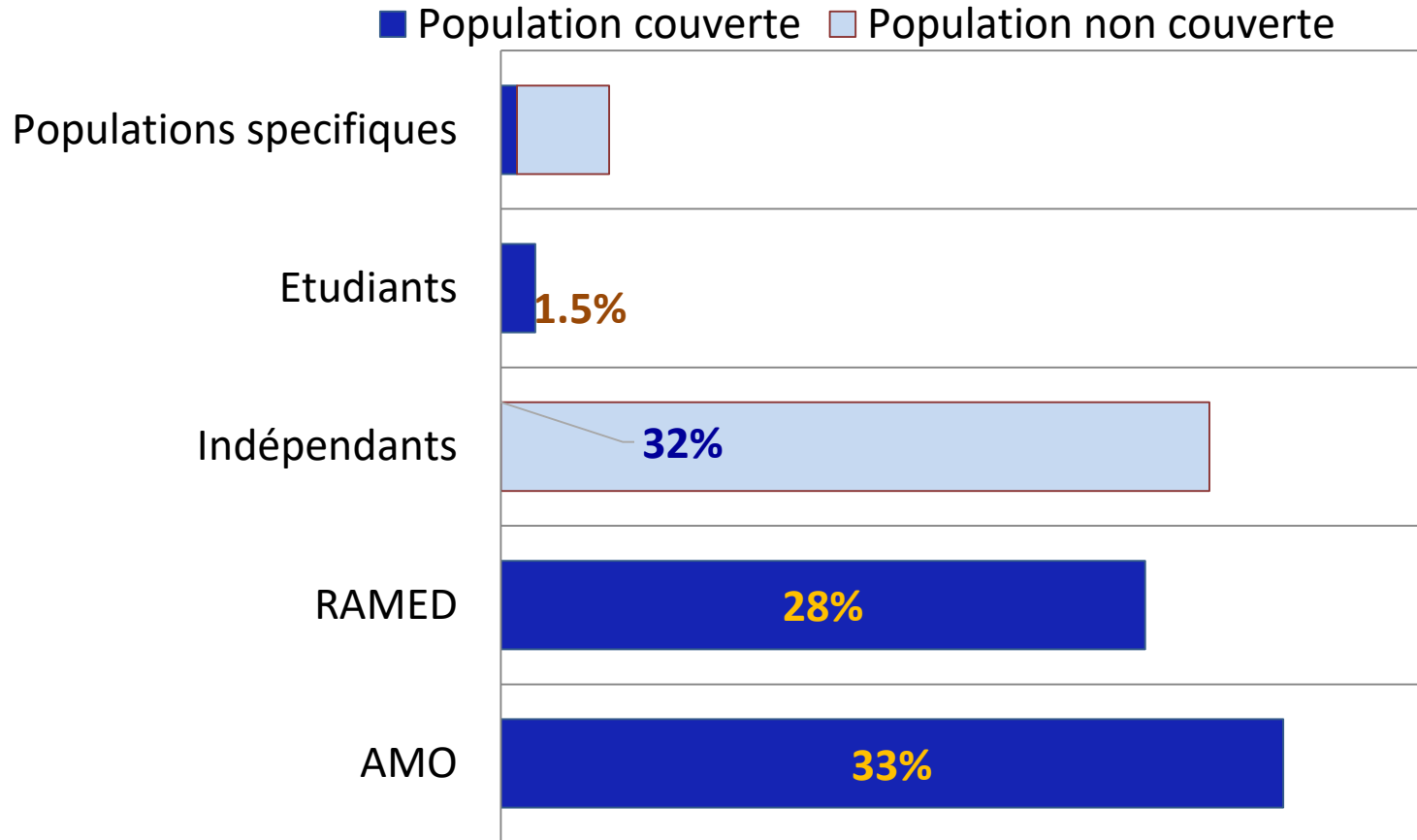
- Soins préventifs et curatifs liés aux programmes prioritaires entrant dans le cadre de la politique sanitaire de l'Etat
- Actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- Soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et ses suites ;
- Hospitalisations;
- Analyses de biologie médicale ;
- Radiologie et imagerie médicale ;
- Explorations fonctionnelles ;
- Médicaments admis au remboursement ;
- Poches de sang humain et dérivés sanguins ;
- Dispositifs médicaux et implants
- Articles de prothèse et d'orthèse médicales
- Lunetterie médicale ;
- Soins bucco-dentaires ;
- Orthodontie pour les enfants ;
- Actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ;
- Actes paramédicaux
- **Evacuations sanitaires inter-hospitalières.**

**Panier de soins
disponible dans les
structures
publiques de soins**

Progrès en termes de la CSU



Environs 63% de la population couverte



Principaux défis à la CSU



❑ Défis en rapport avec la population non couverte

- Extension de la couverture au secteur informel surtout;

❑ Défis en rapport avec les RH;

- la pénurie des RH, la FC, professionnalisation, PPP...

❑ Défis en rapport avec le paquet essentiel de soins;

- Panier AMO,
- Panier RAMED (ce qui est disponible et seulement en public);
- Iniquité de la disponibilité du panier de soins,
- Absence d'évaluation économique du panier de soins a comme conséquence une absence de visibilité sur son financement.

Principaux défis à la CSU



□ Défis en rapport avec le financement;

- Faible financement de la santé
 - DTS: 188 \$ /hab, Financement public: 32% DTS
- Forte dépense directe des ménages
 - OOP: 50,7 % (2013) et Si l'on considère aussi les cotisations AMO (12,4%), OOP: 63%
- Augmentation du nombre des ALD/ALC (Gros-risques)
- Les hôpitaux publics ne sont pas remboursés pour les prestations offertes aux Ramedistes (faible subvention).
- Equilibre financier, souci pour les OG de l'AMO (CNOPS);
- Ligne budgétaire pour le financement du RAMED;
- Gratuité n'est plus justifiée pour certaines catégories de la population notamment pour les SSP et la maternité,

Principaux défis à la CSU



□ Défis en rapport avec la gouvernance

- Fragmentation de la gestion de l'AMO;
- Taux de remboursement et le reste à charge des assurés...,
- OG RAMED,
- SI , Facturation,
- Filière de soins pour les Ramédistes,
- Prescription médicale, médicaments génériques, protocoles thérapeutiques...
- Révision des conventions nationales et insuffisance dans les moyens de régulation, ...

□ Défis en rapport avec la disponibilité des médicaments

□ Défis en rapport avec la qualité des soins

Perspectives pour l'achèvement de la CSU



- ❑ Entrée en vigueur de la loi 98-15 pour la CM des TNS;
 - Etude de la segmentation des catégorie SP en cours et les décrets d'application de la loi suivront,
 - La croissance d'une demande solvable (Indépendants, professions libérales,...) ;
- ❑ L'application des loi 34-09 et 131-13 permettra :
 - Répartition homogène de l'offre de soins sur le territoire marocain ;
 - Plus d'investissement dans le secteur de la santé;
 - Meilleure accessibilité de toute la population aux soins;
 - Renforcement du partenariat public – privé ;

Perspectives pour l'achèvement de la CSU



Opportunités envers la CSU

- ❑ Engagement à plus haut niveau de maintenir la stratégie d'atténuation de la pauvreté/ privation / vulnérabilité, plutôt que des mesures préventives;
- ❑ Population relativement jeune;
- ❑ Mesures prises pour réduire le RAC et pour la maîtrise médicalisée des dépenses:
 - Baisse des prix des médicaments et de certains dispositifs médicaux ;
 - Promouvoir l'accessibilité à l'hôpital public ;
 - Harmonisation des taux de remboursement pour tous les régimes AMO;

Perspectives pour l'achèvement de la CSU

- ❑ Réforme de la gouvernance de la PS/CMB (circulaire CG 6-2018)
 - Création des CIP et CTI;
 - Création des commissions thématiques: CMB/ MS;
 - Mise en place d'une démarche unifiée d'évaluation et de suivi des progrès vers la CSU
- ❑ Renforcement de la capacité de formation et de recrutement;
- ❑ Renforcement de la communication autour de la CSU;

Perspectives pour l'achèvement de la CSU



- ❑ Renforcement de la couverture médicale dans le milieu rural et dans le péri urbain:
 - (Caravanes médicales spécialisées, et unités médicales mobiles, médecine de famille et médecine communautaire)
- ❑ Régionalisation comme levier de réforme :
 - Occasion pour la mobilisation des ressources;
 - Occasion pour la mobilisation et la motivation socioprofessionnelles,

Conclusion



❑ CSU au Maroc chantier dans sa phase de début, mais assez mature pour opérer des ajustements:

- Panier de soins,
- TNR,
- Fragmentation des régimes,
- Gouvernance, (Circulaire CG 6/2018)
- Réglementation,
- Accélération de la catégorisation socio-professionnelles des TNS ...

❑ Rôle important de la société civile: engager un dialogue approfondie sur la protection sociale dans sa globalité (impact fiscal de la CSU).

Dr Margaret Chan, ancienne DG OMS

- « En n'étant pas en bonne santé on ne peut ni se développer personnellement, ni contribuer au développement de sa famille et de son pays. La couverture médicale universelle est donc d'autant plus importante en temps de crise, quand les pauvres sont particulièrement vulnérables. » **2012;**
- « Les ODDs comportent une gamme étendue de cibles dans différents secteurs. Mais l'une d'entre elles ressort plus particulièrement comme un signal d'espoir pour un monde en meilleure santé: parvenir à la couverture sanitaire universelle (CSU) » **2016;**

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus

- « Assurer une CSU, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services essentiels de qualité..... » est la 1^{ère} priorité du nouveau DG de l'OMS » **2017;**

Merci pour votre Attention

