

CALASS 2019 Montréal

Participation à 21ème Édition des Prix d'Excellence ALASS

L'évaluation économique des dépenses de santé dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire au Maroc

Amal Yassine^{a,b}, Abdelkader Jalil El Hangouhe^c, Naoufel El Malhouf^b, Siham Maarouf^b, Jamal Taoufik^a

a: Département de Chimie thérapeutique, Faculté de Médecine et de Pharmacie Rabat, Université Mohamed V, Maroc.

b : Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM), Rabat, Maroc

c : Laboratoire de physiologie, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, Université Mohamed V, Maroc.

Amal Yassine : ayassine81@gmail.com.

Résumé

Au Maroc, la consommation médicale de la population couverte par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) est un processus au cours duquel les fonds des caisses sont versés à des prestataires de soins pour fournir des soins ou des produits de santé. Les dépenses enregistrées évoluent à un rythme plus accéléré que les ressources.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la dépense des soins de santé dans le cadre de l'AMO et d'identifier les paramètres déterminant de celle-ci. La maîtrise de cette dépense passe par la mise en place des mesures de régulation.

Resumen

En Marruecos, el consumo médico de la población cubierta por el Seguro de Salud Obligatorio (SSO) es un proceso en el cual los fondos se pagan a los profesionales de la salud para proporcionar atención médica o productos de salud. Los gastos registrados evolucionan a un ritmo más rápido que los recursos.

El objetivo de este estudio es evaluar el gasto en atención médica del SSO e identificar los parámetros determinantes de éste. El control de este gasto pasa por el establecimiento de las medidas de regulación.

Introduction

Selon l'OMS toute progression vers la couverture universelle doit prendre en considération trois dimensions essentielles relatives à l'extension de la couverture aux personnes non couvertes, la réduction de la participation des assurés aux coûts et aux frais tout en élargissant l'offre de services de santé garantie par l'assurance maladie [1].

Au Maroc, ces trois dimensions constituent des leviers qui déterminent la réussite du chantier de la couverture médicale universelle. Le principe de l'universalité a été érigé en un droit constitutionnel depuis l'adoption de la nouvelle constitution de 2011, qui consacre dans son article 31 le droit de tous les citoyens Marocains à la Couverture Médicale [2].

Un système de financement de la santé performant devrait avoir comme objectifs de générer des ressources suffisantes et pérennes, d'utiliser les ressources de façon optimale et d'assurer une accessibilité financière pour tous aux soins de santé [3].

Tout système de financement de la santé a les fonctions suivantes [1]:

1. La collecte des ressources, procédé par lequel le système de santé reçoit l'argent des ménages, des entreprises, du gouvernement et d'autres organisations y compris les bailleurs de fonds.
2. La mise en commun des risques (mutualisation des risques), accumulation et la gestion de ces revenus afin d'étaler les risques de paiement des soins de santé sur les membres du groupe ainsi les individus ne supportent plus de risque sur une base individuelle.
3. L'achat, procédé par lequel les contributions sont utilisées pour payer les prestataires afin de livrer un ensemble d'interventions de santé spécifiques ou non spécifiques. L'achat peut être soit passif soit stratégique : l'achat passif étant réalisé selon des budgets prédéterminés ou par le paiement des factures lorsqu'elles se présentent alors que l'achat stratégique implique une recherche continue des meilleurs services de santé, comment les acheter et de qui.

Au Maroc, la consommation médicale de la population couverte par l'Assurance Maladie Obligatoire est un processus au cours duquel des fonds des organismes gestionnaires sont versés à des prestataires de soins pour fournir des soins ou des produits de santé.

La dépense médicale de l'AMO est générée d'une part par le panier de soins couverts et prédéfini dans les dispositions de la loi n° 65-00 portant code de couverture médicale de base [4] et d'autre part par le taux de couverture des prestations médicales prédéfini par décrets d'applications [5][6] pour chaque secteur d'activité (public ou privé). Ce taux de remboursement augmente dans le cadre des maladies graves ou invalidantes dites Affection de Longue Durée (ALD) pour les deux secteurs [7].

Le tarif des prestations médicales est fixé lors de l'établissement des conventions nationales avec les différents prestataires de soins. Les modalités de conventionnement sont fixées dans les dispositions des articles du 18 au 25 de la loi n° 65-00 [4] portant code de la couverture médicale de Base. Ces Tarifs sont soit sous forme de Tarification National de Référence ou sous forme d'un

Forfait conventionnel Fixé pour les actes nécessitant en plus de la technicité médicale, d'autres coûts indirects [7].

Les dépenses enregistrées évoluent à un rythme beaucoup plus accéléré que les ressources financières. Ceci impose le renforcement des outils mis en place et le développement d'autres mesures de régulation. Cela nécessite au préalable la connaissance du profil de la consommation médicale de la population couverte ainsi que les opportunités disponibles pour maîtriser les dépenses dans le cadre de l'assurance maladie et la veille à l'équilibre budgétaire ainsi que la pérennité du régime de la couverture médicale.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la consommation médicale de la population couverte par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) au Maroc.

Méthodes

Type de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale par laquelle nous avons analysé les données économiques visant à identifier le comportement de la consommation médicale de la population couverte par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

Source de l'étude

Le recueil des données a été fait auprès de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie Marocaine, relatif aux populations couvertes par les régimes de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) des deux secteurs privé et public. Ce recueil est fait après chaque année d'exercice comptable des caisses de l'AMO entre 2009 et 2014.

Le recueil de données a respecté les dispositions réglementaires de la loi n°09-08 [8], relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement de données à caractère personnel. Les données recueillies comprennent que les variantes économiques.

Lieu de l'étude

Laboratoire de Chimie thérapeutique, Faculté de Médecine et de Pharmacie Rabat, Université Mohamed V, Maroc /Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM), Rabat, Maroc

Critères d'inclusion et d'exclusion

L'exploitation des paramètres identifiés résulte de l'exercice des caisses de l'AMO entre la période entre 2008 et 2014. Seules les données validées par le conseil d'administration de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie ont été étudiées ;

Les données de la dépense médical recueillies jusqu'à l'année 2014 et sont relatives aux bénéficiaires de l'Assurance maladie et ne comprennent pas celles des étudiants (cette population a commencé à bénéficier de l'AMO à partir de l'année 2015) et les professions libérales (*la loi a été publiée en 2017 et ses textes d'application ont été publiés en début de l'année 2019*).

Les bénéficiaires ayant eu la fermeture de droit à l'Assurance Maladie ou un statut indéterminé ont été exclus de l'étude ainsi que la catégorie qui bénéficie du régime d'assistance aux

économiquement démunis.

Les états financiers et les procédures de gestion des caisses de l'assurance maladie ont été exclus de cette étude.

Les paramètres étudiés

- La dépense médicale de l'AMO pour les bénéficiaires des deux secteurs privé et public en dollar américain (\$) ;
- Les dépenses médicales en fonction du mode de couverture des soins dispensés en ambulatoire ou en hospitalisation ; en dollar américain (\$) ;
- Le profil de consommation de la population couverte ;
 - ✓ Population des actifs versus des pensionnés ou des retraités ;
 - ✓ Population avec une Affection de Longue Durée (ALD) ;
- La dépense médicale par nature de soins dispensés en dollar américain (\$).

Notes:

- L'actif est défini comme une personne en activité professionnelle avec ses ayants droits (conjoint (s) et les enfants) ;
- Le pensionné est défini comme une personne à la retraite avec ses ayants droits. Les pensionnés regroupent les personnes à la retraite ou en invalidité, les conjoint (s) survivant (s) et les ayants droits (enfants).
- Pour les soins dispensés en ambulatoires : les assurés avancent les frais du soin et se font rembourser par la caisse de l'assurance maladie dans un délai réglementaire ne dépassant pas trois mois.
- Pour les soins nécessitant une hospitalisation : ces soins sont payés par le mode tiers payant ou la caisse paye directement le prestataire de soins et l'assuré paye que le ticket modérateur.
- La population porteuse d'ALD est l'ensemble des bénéficiaires enregistrés auprès des caisses de l'AMO pour au moins une pathologie chronique.

Limites de l'étude

Le processus de l'affiliation et de l'immatriculation aux caisses de l'assurance maladie obligatoire est très dynamique

En effet pour chaque année le flux d'entrée et de sortie de la population couverte par l'assurance maladie au régime est variable, il est dû au changement permanent du statut et d'activité professionnelle et sociale des bénéficiaires (changement de secteur d'activité, mariage, divorce, invalidité et décès ...), ce qui rend le recueil et l'exploitation des données hétérogènes d'une année à une autre.

Les résultats de l'évolution de l'étude étaient statiques et ne tenaient pas compte de la dynamique

continue de la population couverte entre chaque année ; les chiffres des résultats représentent donc les montants versés au cours de l'exercice, quelle que soit la date à laquelle les soins de santé ont été pris.

Résultats

La dépense médicale de la population couverte par le régime de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) au Maroc a évolué de 354 800 à 652 500 Dollars Américains entre 2009 et 2014. Celle-ci est plus importante dans le secteur public par rapport au secteur privé (Figure 1).



Figure n° 1 : Evolution de la dépense médicale AMO entre 2009 et 2014 en Dollars Américains (\$).

La part des dépenses dans le secteur public des soins ambulatoires dans le cadre de l'AMO est élevée par rapport aux soins hospitaliers (Figure 2) alors que dans le secteur privé la part des dépenses des deux types de soins est variable (Figure 3).

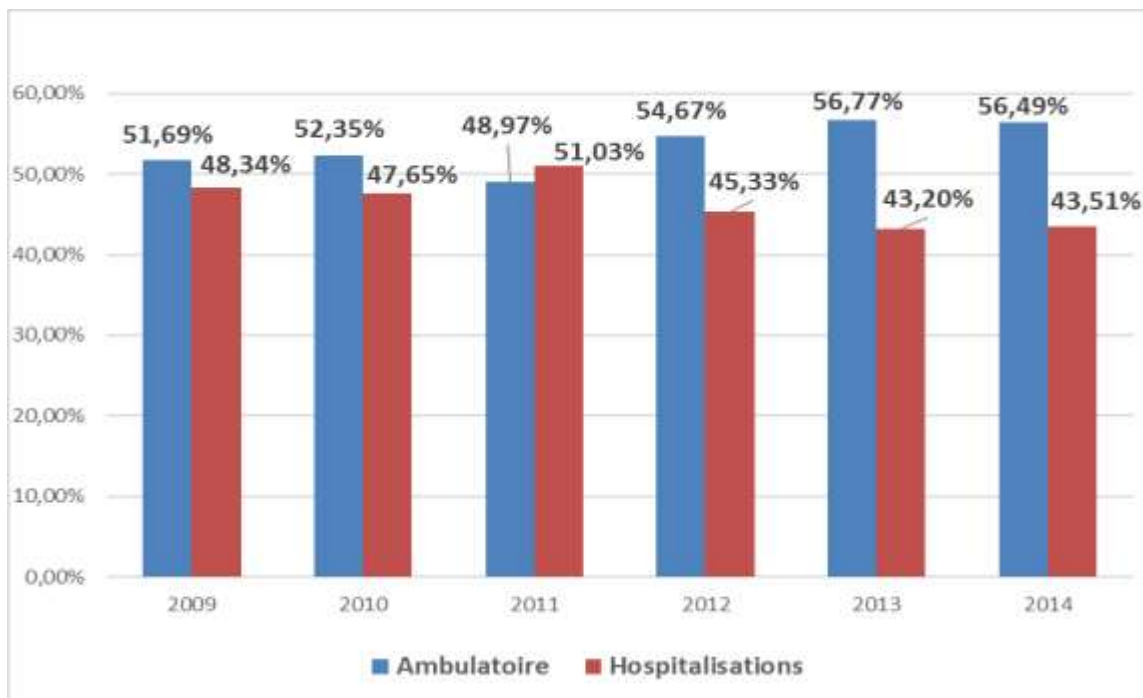


Figure 2 : Evolution de la part des dépenses médicales du secteur public en fonction de la nature de l'acte entre 2009 et 2014.

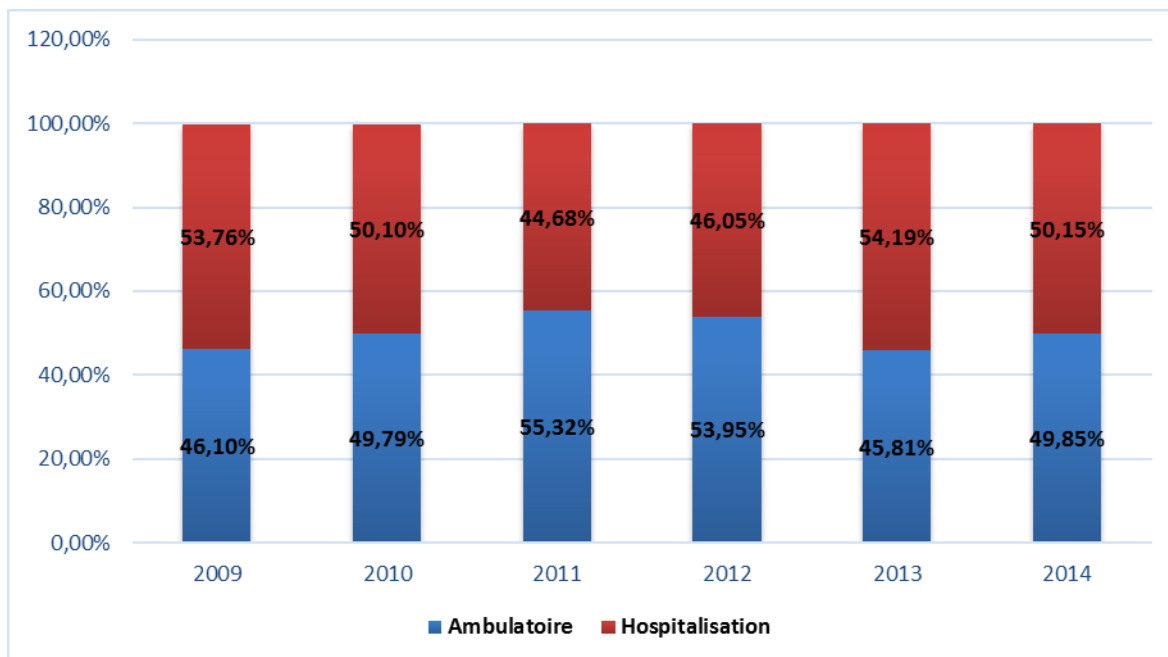


Figure n° 3 : Evolution de la part des dépenses médicales du secteur privé en fonction de la nature de l'acte entre 2009 et 2014

Le rythme de croissance des dépenses médicales des pensionnés est beaucoup plus important que chez les pensionnés (12,39% versus 10,39%) (Figure 4).

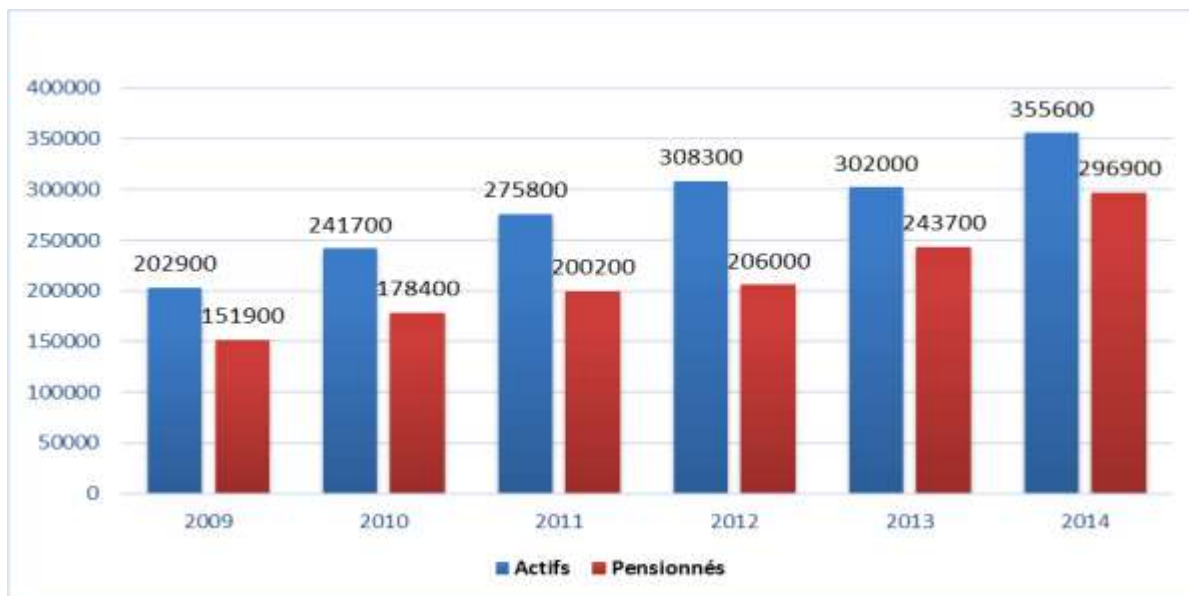


Figure 4 : Evolution des dépenses médicales AMO en Dollars Américains (\$) en fonction du type d'assuré entre 2009 et 2014 en Dollars Américains (\$).

Le poste des médicaments a enregistré en 2014 une part de 33% de dépenses de l'Assurance Maladie pour les deux secteurs, suivi, respectivement, de l'hospitalisation à 16% pour le secteur public et de la dialyse à 16% pour le secteur privé [9].

Le niveau de la consommation médicale chez la population en Affection de Longue Durée (ALD) représente 49,29% du total des dépenses l'AMO en 2014 (Figure 5).

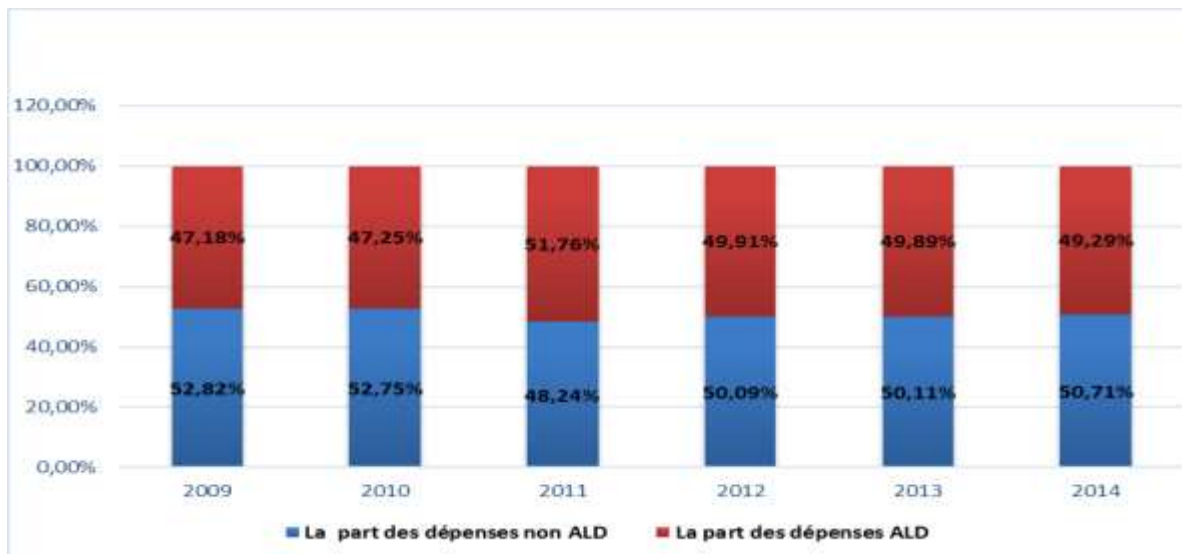


Figure 5 : Evolution de la part des dépenses médicales entre la population AMO en ALD et non ALD entre 2009 et 2014.

Les pathologies enregistrant des dépenses médicales élevées dans le cadre de l'AMO sont respectivement l'Insuffisance Rénale Chronique Terminale (29,4%), les Tumeurs malignes (21,2%), l'Hypertension artérielle sévère (11,9%) et le Diabète (10,2%) [9].

Discussion

La Couverture Médicale de Base doit faire face à un certain nombre de défis. D'abord, le coût élevé des prestations médicales innovantes avec la priorité d'assurer l'accès aux soins de qualité aux patients en garantissant la pérennité du financement des régimes et en veillant aux équilibres financiers des caisses d'assurance maladie. Ensuite, l'iniquité de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire Marocain. Enfin, la progression des maladies non transmissibles (maladies chroniques) liée au changement du profil épidémiologique de la population Marocaine.

La maîtrise des dépenses de santé passe par une meilleure compréhension des comportements de la consommation médicale de la population couverte par le régime de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et la détermination des postes clés de la dépense médicale[10].

L'évolution des dépenses médicales dans le cadre de l'AMO est en croissance entre 2009 et 2014 pour les deux secteurs public et privé cette évolution suit l'évolution de la population couverte par la couverture médicale dans les deux secteurs [9]. La part importante des dépenses du secteur public s'explique par le taux de couverture des prestations médicales plus élevé que le secteur privé.

Dans le secteur privé, la différence significative entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers est due au recours des assurés aux soins ambulatoires beaucoup plus qu'aux hospitalisations. En revanche, dans le secteur privé, cette variation observée entre les deux types de soins est due à l'exclusion, avant l'année 2009, du panier de soins ambulatoire pour les bénéficiaires sauf pour les bénéficiaires enregistrés en Affection de Longue Durée (ALD) et l'absence de l'exonération du ticket modérateur pour les assurés porteurs des maladies chroniques. La couverture des soins ambulatoires a été généralisée en Février 2009. Toutefois, même si la généralisation a débuté en 2009, le comportement des assurés, concernant le dépôt des dossiers de remboursement, n'a pas suivi de façon automatique cette dynamique. Ensuite, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) (Organisme gestionnaire pour le secteur privé) a commencé à exonérer le ticket modérateur pour les ALD en fonction du type de pathologies. Cette exonération concerne l'ensemble des actes liés à l'ALD en appliquant le taux de couverture relatif à chaque maladie allant de 77 à 100 % [11].

Les dépenses médicales sont plus importantes chez la population couverte des pensionnés même si la proportion de l'effectif de cette catégorie [9], ce rythme de croissance de la consommation est dû probablement à la prédominance des assurés porteurs une ou plusieurs Affection (s) de Longue Durée chez cette population.

Vu que le poste "médicament" a enregistré en 2014 une part de 33% pour les deux secteurs, l'intérêt d'étudier ce paramètre réside dans la connaissance des actes qui coûtent le plus en assurance maladie pour le renforcement des outils de régulation déjà mis en place et maîtriser les dépenses en veillant à l'équilibre budgétaire.

À la fin de 2014, la population atteinte d’Affection de Longue Durée (ALD) représente une part très faible par rapport à la population non ALD soit un effectif qui ne dépasse pas 3% de la population totale couverte par le régime de l’AMO [9] et 25 % de la population Marocaine [12]. Cette population consomme la moitié des ressources des organismes gestionnaires de l’AMO.

Cette dépense s’explique par le taux de couverture élevé et par le fait qu’un seul assuré est porteur de plus d’une pathologie. Par conséquent, il aura recours à plusieurs soins médicaux entraînant plus de dépenses pour le régime de l’Assurance Maladie.

L’augmentation des dépenses pour les pathologies chroniques est due à la prévalence de ces maladies chez la population couverte [12]. La connaissance de la part des dépenses de ces ALD permettrait de renforcer les actions de prévention et de développer des protocoles thérapeutiques adaptés.

Les résultats obtenus lors de cette étude ont objectivé l’existence d’une multiplicité de régimes de couverture médicale avec une disparité entre les deux régimes existants de l’Assurance Maladie en matière de couverture, de financement, de gestion de paiement des dossiers médicaux ainsi que l’identification des postes clés de la dépense de santé. Ceci pourrait avoir des conséquences sur l’équilibre budgétaire de ces régimes de l’assurance maladie et l’accès aux soins des patients. De plus, l’absence d’un système intégré de gestion et d’information de la couverture médicale de base fragilise sa gouvernance.

Conclusion

La performance du système de couverture médicale obligatoire de base au Maroc, passe par l’identification des variantes qui le composent et la compréhension du profil et le comportement de la consommation de la population couverte.

Au Maroc, la maîtrise de la dépense médicale, dans le cadre de l’Assurance Maladie Obligatoire, passe par le développement et le renforcement des mesures de régulation et la contribution aux réformes de santé. Pour les maladies chroniques, il est nécessaire de développer une stratégie globale de maîtrise de dépenses de santé incluant le renforcement des actions spécifiques de coordination de soins et de prévention de ces pathologies.

Références/Bibliographies

1. Hicham Belmaati, le Rôle de l’assurance maladie obligatoire dans le financement des soins de santé au Maroc : état des lieux et perspective d’évolution, *IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)*, Volume 20, Issue 10, Ver. III (Oct. 2015) PP 13-25.
2. Dahir n°1-11-91 du 27 Chaabane 1432 (29 Juillet 2011) portant promulgation du texte de la constitution, Bulletin officiel n° 5964 bis du 28 chaabane 1432 (30/07/2011).
3. OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2010, le financement des systèmes de santé dans le monde : le chemin vers une couverture universelle, 2010.
<http://www.who.int/whr/2010/fr/>. Date d’accès le 29/05/2017.

4. Dahir n° 1-02-296 du 25 Rejeb 1423 (3 octobre 2002) portant promulgation de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base, Bulletin officiel, 2002-11-21, n° 5058, pp. 1333-1350.
5. Décret d'application de la loi 65-00 n° 2-05-736 du 11 jourmada II 1426 (18 juillet 2005) fixant les taux de couverture des prestations médicales à la charge de la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base, Bulletin officiel du 18/08/2005, n° 5344, pp 611.
6. Décret d'application n° 2-05-737 du 11 jourmada II 1426 (18 juillet 2005) fixant les taux de couverture des prestations médicales à la charge de la Caisse nationale de sécurité sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base, Bulletin officiel du 18/08/2005, n° 5344, pp 612.
7. Décret d'application de la loi n°65-00 n° 2-05-733 du 11 jourmada II 1426 (18 juillet 2005) pris pour l'application de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base, Bulletin officiel du 18/08/2005, n° 5344, pp 607.
8. Dahir n° 1-09-15 du 22 Safar 1430 (18 Février 2009) portant promulgation de la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, Bulletin Officiel, 05-03-2009, n°5714, pp. 345-356.
9. Bilan annuel global de l'Assurance Maladie Obligatoire de l'exercice 2014, Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM), version Décembre 2015, Royaume du Maroc.
10. B. Hemim, A. Yassine, M. Bouchahra, S. Maarouf, S. Bennani, I. Sninate, J. Hazim, S. Ahid, Y. Cherrah, Étude de l'impact financier sur les dépenses liées au médicament appartenant aux trois affections de longue durée (HTA, diabète et asthme) dans le cadre de l'Assurance maladie obligatoire suite au changement des taux d'exonération du ticket modérateur au Maroc, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 63, Supplément 2, May 2015, Page S66.
11. Affections Longue Durée et Affections Lourdes et Couteuse (ALD/ALC), <http://www.cnss.ma/fr/content/affections-longue-dur%C3%A9e-et-affections-lourdes-et-couteuses-aldalc>, Date d'accès le 29/05/2017.
12. A. Cheikha, A. Saadi, L. Lahlob, M. Bouatia, A. Benomar, A. El Hassani, R. Razine, Évolution des dépenses de l'Assurance maladie obligatoire attribuées aux affections de longue durée au Maroc, EPICLIN 2016 – Strasbourg, 25–27 mai 2016 / Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 64S (2016) S137–S161.