

Initiative Spéciale No.37

**Maroc:
Comptes nationaux
de la Santé 1997/98**

Mars 2001



Partnerships
for Health
Reform



Abt Associates Inc. ■ 4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 ■ Tel: 301/913-0500 ■ Fax: 301/652-3916

In collaboration with:

Development Associates, Inc. ■ Harvard School of Public Health ■
Howard University International Affairs Center ■ University Research Co., LLC



Funded by:

U.S. Agency for International Development



Partnerships
for Health
Reform

Mission

Le projet Partenariats pour la Réforme sanitaire (PHR) cherche à améliorer la santé des populations des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire en appuyant des réformes du secteur de la santé qui assurent un accès équitable à des soins de santé efficaces, durables et de qualité. En collaboration avec les parties concernées au niveau local, le PHR encourage une approche intégrée de la réforme de la santé et renforce les

- > *Processus plus pertinents et plus participatifs pour la réforme du secteur de la santé;*
- > *Mécanismes de financement de la santé plus équitables et plus durables;*
- > *Incentives améliorées au sein du système de santé pour encourager les agents à utiliser et à fournir des services de santé efficaces et de qualité; et*
- > *Organisation et gestion améliorées des systèmes et des institutions de soins de santé pour appuyer des réformes particulières du secteur de la santé.*

Le PHR renforce les connaissances et la méthodologie pour élaborer, mettre en oeuvre et suivre les réformes de la santé et leur impact et encourage l'échange d'informations sur des questions importantes

Mars 2001

Citation recommandée

Partenariats pour la réforme sanitaire (Partnerships for Health Reform). Mars 2001. Maroc: *Comptes Nationaux de la Santé 1997/98*. Initiative Spéciale No. 37. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

Pour obtenir des copies supplémentaires de ce rapport, contacter le Centre de Ressources du PHR à pub_order@phrproject.com ou consulter notre site web à www.phrproject.com.

Contrat No.: HRN-C-00-95-00024
Projet No.: 936-5974.13
Soumis à: USAID/Rabat

et: Karen Cavanaugh, COTR
Division de la réforme des politiques et du Secteur
Bureau de la Santé et de la Nutrition
Centre pour la Population, la Santé et la Nutrition
Office des Programmes Mondiaux, du Soutien de terrain et Recherche
Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID)

Les opinions dans ce document engagent uniquement les auteurs et ne reflètent pas forcément les opinions de l'USAID.

- H. CHOUBANI
- O. EL MENZHI
- O. KHMOUCH
- B. MADOUN
- M. OUAHMIDEN
- A. OUASSIM

Table of Contents

Acronymes	xi
Remerciements.....	xiii
Sommaire Exécutif.....	xv
1. Introduction.....	1
1.1 Contexte socio-économique.....	1
1.2 Méthodologie de Travail.....	2
1.3 Définitions.....	4
2. Problèmes et Niveau de Santé au Maroc	9
3. Envergure du Financement de la Santé et Flux Financiers entre Institutions	13
3.1 Niveau de la Dépense de Santé.....	13
3.2 Sources de Financement de la Santé	14
3.2.1 Sources de Financement par Type d'Institution.....	14
3.2.2 Sources par Nature du Financement.....	16
3.3 Répartition des Ressources Financières entre les Prestataires du Système National de Santé	18
3.4 Classification fonctionnelle des Dépenses des Prestataires	21
4. Analyse Sectorielle	23
4.1 Financement du Ministère de la Santé	23
4.1.1 Budget du MS	23
4.1.1.1 Niveau du Budget du MS	23
4.1.1.2 Evolution du Budget du MS.....	23
4.1.1.3 Niveau d'Execution des Crédits Alloués au MS	26
4.1.2 Sources de Financement des Dépenses du MS	26
4.1.3 Structure des Dépenses du MS par Niveau	27
4.1.4 Classification des Dépenses du MS	28
4.1.4.1 Classification Economique.....	28
4.1.4.2 Classification fonctionnelle.....	29
4.1.5 Iniquités et Problèmes d'Affectation des Ressources Financieres	30
4.1.5.1 Le Recours aux Soins et Financement des Prestations des Formations de Soins du MS par les Ménages	30
4.1.5.2 Quelques Problèmes de Répartition des Ressources Financières.....	32
4.2 Situation de la Couverture Médicale.....	33
4.2.1 Population Couverte.....	33
4.2.2 Ressources et Dépenses de la Couverture Médicale	34

4.2.3	Charge de la Couverture Médicale.....	35
4.2.3.1	Les Paiements Directs des Prestataires (Tiers Payan).....	35
4.2.3.2	Niveaux des Prestations Couvertes par les Différents Régimes d'Assurance Maladie	37
5.	Financement de la Santé Maternelle et Infantile.....	39
5.1	Le financement de la SMI par le Ministère de la Santé	40
5.2	Prise en charge des dépenses liées à la SMI par les organismes d'assurance maladie	41
5.3	Rôle de la Coopération Internationale dans le Financement des Activités de SMI	42
5.4	Analyse des Comportements et dépenses des Ménages en Matière de SMI.....	42
5.4.1	Santé maternelle	43
5.4.1.1	Maladie de l'appareil génital	43
5.4.1.2	Consultations prénatales.....	45
5.4.1.3	Accouchements.....	45
5.4.2	Santé infantile	47
5.4.2.1	L'allaitement naturel des enfants.....	47
5.4.2.2	Vaccination des enfants.....	48
5.5	Conclusion	49
6.	Conclusion	51
	Annexe : Bibliographie.....	55

Listes des Tables

Tableau 1 :	Quelques indicateurs de santé en 1997	9
Tableau 2 :	Système de soins et de prévention au Maroc	11
Tableau 3 :	Niveau de la dépense globale de santé : comparaisons avec des pays à développement économique similaire (1997/98)	13
Tableau 4 :	Sources de financement de la santé par type d'institutions, en Dirhams courants, 1997/98.	15
Tableau 5 :	Sources par nature du financement, 1997/98	17
Tableau 6 :	Flux financiers entre les institutions intermédiaires de financement et les prestataires, en Dirhams courants, 1997/98	20
Tableau 7 :	Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires du système de santé, 1997/98, en millions de DH courants.....	22
Tableau 8 :	Evolution du Budget du MS per capita, en DH constants (année de base 1989).....	25
Tableau 9 :	Le non-recours aux soins selon le milieu de résidence, le niveau de vie et la couverture	30

Graphique 15 : Parts des prestataires dans le système du tiers payant, 1997/98.....	37
Graphique 16 : Prestations couvertes par les différents régimes d'assurance maladie facultative, 1997/98	38

Acronymes

AMO	Assurance Maladie Obligatoire
BM	Biens médicaux
BMH	Bureau Municipal d'Hygiène
C L	Collectivités Locales
CERED	Centre des Etudes et des Recherches Démographiques
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMIM	Caisse Marocaine Interprofessionnelle des Mutuelles
CNOPS	Caisse Nationale d'Organismes de Prévoyance Sociale
CNPAC	Comité National de Prévention des Accidents de la Circulation
CNRP	Centre National de RadioProtection
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CRM	Croissant Rouge Marocain
CRTS	Centre Régional de Transfusion Sanguine
DH	Dirham (1\$US \cong 9,8 DH en 1997/98)
DPRF	Direction de la Planification et des Ressources Financières
DRC	Direction de la Réglementation et du Contentieux
E E P	Entreprises et Etablissements Publics
ENNVN	Enquête Nationale sur le Niveau de Vie des Ménages
FAP	Femmes en âge de procréation
FMSAR	Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurance et de Réassurance
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population
IFCS	Instituts de Formation aux Carrières de Santé
ILN	Instituts et Laboratoires Nationaux
INH	Institut National d'Hygiène
IPM	Institut Pasteur du Maroc
LNCMSP	Laboratoire National de Contrôle des Spécialités Pharmaceutiques
M S	Ministère de la Santé
Medicaid	Couverture médicale des populations défavorisées aux U S A
Medicare	Couverture médicale des personnes âgées aux U S A

MENA	Moyen Orient et Afrique du Nord
OCP	Office Chérifien des Phosphates
ODEP	Office d'Exploitation des Ports
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONCF	Office National des Chemins de Fer
ONE	Office National de l'Electricité
ONEP	Office National de l'Eau Potable
ONG	Organisations Non Gouvernementales
PHR	Partnerships for Health Reform Project (USAID)
PIB	Produit Intérieur Brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSC	Prévention Sanitaire Collective
RAM	Royal Air Maroc
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RSSB	Réseau de Soins de Santé de Base
SCS	Service de la Carte Sanitaire
SEGMA	Service d'Etat Géré de Manière Autonome
SES	Service de l'Economie Sanitaire
SIAAP	Services des Infrastructure et des Actions Ambulatoires Prefectorales
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SMIG	Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti
SSERF	Service de Suivi et de l'Evaluation des Ressources Financières
UE	Union Européenne
USAID	Agence des Etats Unis pour le Développement International

Remerciements

Les cadres du Service de l'Economie Sanitaire tiennent à remercier vivement les institutions et les personnes suivantes sans lesquelles ce travail n'aurait pas eu lieu :

- > Les hauts responsables du MS et particulièrement, le Directeur de la Planification et des Ressources Financières, pour leur soutien matériel, technique et moral permanent;
- > L'USAID / PHR pour l'appui technique, logistique et financier
- > L'OMS pour son aide matérielle
- > Les cadres et techniciens du MS (responsables de l'administration centrale, délégués, administrateurs, statisticiens, médecins-chefs des hôpitaux et des SIAAP, techniciens, responsables des ILN...) pour les informations détaillées qu'ils ont fournies

Les responsables et cadres des institutions partenaires : départements ministériels, Direction de la Statistique, Etablissements et Entreprises Publics, le CNPAC, la CNOPS, la CNSS, la FMSAR, la CMIM, le FNUAP, l'USAID, l'OMS, le PNUD, les Ambassades de France, d'Espagne, de Chine, d'Allemagne et du Japon ainsi que la délégation de l'UE pour les données qu'ils ont mises à la disposition de l'équipe de travail.

par l'OMS.

rang)

Les autres sources de financement sont beaucoup moins importantes, à savoir : 5% pour les entreprises privées, 5% également pour les Entreprises et Etablissements Publics (EEP), 1% pour les Collectivités Locales (CL) ainsi que pour la coopération internationale.

Sources par nature du financement

L'analyse de la structure des ressources du système national de santé par nature de financement montre que la part la plus importante demeure celle des paiements directs des ménages (54%), alors que les ressources fiscales nationales et locales ne sont à l'origine que du quart des dépenses globales de santé. La couverture médicale représente à peine 16%. Ce qui veut dire que le financement collectif de la santé à travers des mécanismes solidaires (au sens large) ne concerne que 41% de la dépense globale de santé. Quant aux autres sources de financement, elles restent marginales : 4% pour les employeurs (hors Etat et Collectivités Locales) et 1% pour la coopération internationale.

Classification fonctionnelle des Dépenses des Prestataires

L'analyse fonctionnelle des dépenses des prestataires de biens et services médicaux fait ressortir les observations suivantes :

- > Quel que soit le type d'analyse ou de classification, le poste Pharmacie reste toujours le plus important. Le système national de santé consacre plus de 37% à l'achat de médicaments & biens médicaux en tant que bien de consommation finale par le patient et non pas en tant qu'intrant utilisé par les professionnels de santé dans le cadre des soins (il existe d'autres dépenses en médicaments qui sont comprises dans les soins hospitaliers et ambulatoires).
- > Les soins ambulatoires représentent près de 31% des dépenses du système national de santé alors que les soins hospitaliers n'en constituent que 20%. Néanmoins, il faut préciser que ces taux prennent en considération l'hypothèse que les examens et consultations externes ainsi que les urgences sont considérés comme des soins ambulatoires. Si on intègre ces prestations aux soins hospitaliers, les poids respectifs des deux types de soins se trouveraient inversés (20% pour les soins ambulatoires et 31% pour les soins hospitaliers).
- > Le poids de l'encadrement du système via son administration ne dépasse pas 7%.
- > La prévention sanitaire collective, quant à elle, demeure négligée en raison de sa faible part dans les dépenses de santé alors que les besoins à ce niveau sont considérables surtout dans les milieux défavorisés. La dépense en prévention sanitaire collective par habitant ne dépasse pas 14 DH par an (1997/98).
- > La formation, la recherche et l'enseignement ne représentent que 1% des dépenses de santé (le même pourcentage que la médecine traditionnelle). En enlevant les salaires payés par le Ministère de l'Enseignement Supérieur aux enseignants pratiquant dans les CHU et les dépenses des Instituts de formation des paramédicaux (IFCS, Ministère de la Santé), il ne resterait qu'un montant négligeable (0,1%).

Iniquités et problèmes d'affectation des ressources financières

Comme le montre le graphique n° 6, l'analyse des dépenses globales du MS (hors CHU, Instituts et Laboratoires Nationaux) per capita et par région mettent en exergue des disparités assez importantes. En effet, comme le rappelle la Stratégie Sectorielle de Santé, la répartition des crédits, entre les différentes provinces et les divers établissements et services du MS, a été toujours influencée par des considérations historiques et par des rapports de force que par des critères pertinents et objectifs.

² Dans les années 60 et 70, la part des rémunérations salariales dans le budget du MS oscillait entre 39% et 52%. Aujourd'hui, elle atteint pratiquement les deux tiers.

³ Les variations très positives du Budget d'Investissement durant ces dernières années (entre 1996 et 2000) sont plutôt financées par des prêts et dons budgétisés. Durant la dernière décennie, leurs parts (dans le budget d'investissement) furent, en moyenne, de 40,2% pour les prêts de la Banque Mondiale, de 9,9% pour ceux de la Banque Africaine de Développement et de 2,1% pour les dons budgétisés de l'Union Européenne dont le poids a atteint 12,9% en 1999/2000.

Financement de la SMI par le Ministère de la Santé

Les dépenses des activités de Santé Maternelle et Infantile (SMI) s'élèvent à près de 533 millions de DH. Soit, 19 DH par habitant et 55 DH par personne cible (femme en âge de procréation et enfants de moins de cinq ans). Ces dépenses représentent un peu plus de 16% des dépenses totales du Ministère de la Santé (CHU compris).

La composante principale de ces dépenses demeure les programmes de santé publique qui y représentent 52% contre 25% pour les Maternités et 23% pour les services de Pédiatrie.

La part conjointe des dépenses des services de Maternité et de Pédiatrie (14,6%) est dépassée par celle des charges administratives des hôpitaux (16,9%). Cependant, cette différence est plus accentuée aux CHU où les dépenses de ces deux services n'atteignent que 15,4% contre 22,2% pour celles de l'administration.

Le poids des Programmes liés à la SMI atteint pratiquement 62% de la totalité des dépenses de l'ensemble des programmes de santé publique. Ce qui représente un pourcentage assez important surtout que des Programmes comme la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles et SIDA ainsi que l'Education Sanitaire ne sont pas pris en considération comme des activités SMI.

Prise en charge des dépenses de SMI par les organismes d'assurance

Pour les mutuelles des employés du secteur public, les adhérents et leurs ayants droit sont pénalisés par les distorsions importantes entre les prix de référence (tarifs de responsabilité) et ceux du marché pour les soins ambulatoires. D'où l'impact négatif sur le recours aux soins préventifs et curatifs liés à la SMI. Ceci est exacerbé par les retards de remboursement qui s'étalent, en général, entre douze et vingt-quatre mois.

Le cas des mutuelles privées (CMIM et Caisse des Etablissements et Entreprises Publiques) est à l'opposé des mutuelles des employés du secteur public. En général, la prise en charge est assez bonne.

La situation des compagnies d'assurance privées est assez disparate. Mais en général, la prise en charge

Rôle de la coopération internationale dans le financement des activités de SMI

D'une manière générale, les organisations internationales et les pays donateurs donnent beaucoup d'importance à la SMI puisqu'ils y consacrent près de 93,4 millions de DH, soit, en moyenne, près de 62,1% de leurs aides au système de santé (150,4 millions de DH). Ce financement est presque l'équivalent du cinquième

Financement de la couverture médicale par l'assurance maladie

Population couverte

⁴ Le Maroc est l'un des pays de la région MENA où les taux de mortalité liés à la SMI sont les plus élevés.

L'assurance maladie au Maroc est facultative. Elle ne couvre que 16,4% de la population marocaine totale (voir tableau) dont l'écrasante majorité est citadine. Plus des deux-tiers de la population couverte sont des agents de l'Etat ou assimilés ainsi que leurs ayants droit.

Cette assurance maladie est gérée par plusieurs institutions :

- > Les mutuelles des agents publics et assimilés qui sont au nombre de neuf (Forces Armées Royales, Poste, Enseignement, Administration Publique, Collectivités Locales, Forces Auxiliaires, Police, Office d'Exploitation des Ports, Douanes) sont chapeautées par la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) qui gère pour leur compte l'assurance maladie du secteur commun (elle s'occupe également de la perception des cotisations des employeurs, du tiers payant, des œuvres sociales, de la signature des conventions avec les prestataires de soins...) Ces mutuelles couvrent les salariés et les retraités ainsi que leurs ayants droit. Le taux de couverture des prestations assurées est assez élevé. Cependant, des distorsions entre les tarifs de responsabilité et les prix du marché ne permettent à ces mutuelles de ne couvrir que 50%, en moyenne, du coût réel des prestations prises en charge.
- > Le financement de cette prise en charge s'effectue essentiellement par des cotisations de 6% pour les actifs (2,5% à la charge des salariés) et 1,7% pour les retraités.
- > Les mutuelles internes (régimes internes) sont des assurances maladie offertes et gérées par des Etablissements et Entreprises Publics (OCP, ONCF, CNSS, RAM, Régie des Tabacs, Bank Al Maghrib, Banque Populaire...) au profit de leurs employés. Les cotisations varient d'un établissement à l'autre. Mais, en général, la part patronale dépasse celle des salariés. Il arrive parfois que ces derniers ne cotisent aucunement (cas des employés actifs de l'OCP). Les taux de remboursement varient également. D'une manière générale, la couverture est beaucoup plus généreuse que celle des mutuelles du secteur public.
- > La Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (CMIM) couvre essentiellement des employés de 256 entreprises travaillant dans les secteurs des Banques et des hydrocarbures. Les cotisations sont partagées à parts égales entre les employeurs et les employés. La couverture des prestations assurées est élevée (la plus importante au niveau national).
- > Les compagnies d'assurance privées couvrent les employés de quelques entreprises privées (un peu plus de 3.000 unités). Cette couverture s'effectue dans le cadre d'assurance maladie de groupe contractée par les entreprises. Les primes, variant selon la couverture choisie, sont déterminées soit en pourcentage de la masse salariale soit selon des taux forfaitaires. En général, la part patronale est similaire à celle des employés. Les taux de remboursement des prestations assurées se situent entre ceux des mutuelles du secteur public et ceux des mutuelles des entreprises publiques et privées (CMIM).

Taille de la population couverte par les divers régimes facultatifs d'assurance maladie, 1997/98

Institutions	Adhérents	Ayants droit	Bénéficiaires	Parts en %
CNOPS	996 000	2 099 900	3 095 900	68,6
CMIM	18 800	41 200	60 000	1,3
Régimes internes	120 000	424 000	544 000	12,0
Compagnies d'assurance	234 300	580 800	815 100	18,1
Total	1 369 100	3 145 900	4 515 000	100

Niveaux des prestations couvertes par les différents régimes d'assurance maladie facultative

La part des médicaments et des biens médicaux dans les charges totales (hors administration) de l'assurance maladie facultative atteint près de 32%. Ils sont suivis de l'hospitalisation dont le poids est équivalent à 29% de ces charges. Les soins et prestations ambulatoires atteignent ensemble 39% : 15,7% pour les consultations ; 12,1% pour les analyses et examens des cabinets de radiologie et des laboratoires d'analyses médicales ; 11,2% pour les soins dentaires.

Conclusion

Le système national de santé, où coexistent de multiples intervenants, est complexe. Son financement est assez souvent inextricable et son analyse demeure ardue.

La dépense globale de santé est faible dans un contexte d'une part, de cherté des coûts des soins et des biens médicaux par rapport à un pouvoir d'achat limité et stagnant, et d'autre part, de la faiblesse de l'assurance maladie qui ne touche que 16,4% de la population.

Le financement de cette dépense est très fragmenté et sa répartition est inéquitable. Le paiement direct des ménages (net de remboursements des assurances et mutuelles) constitue la source de financement principale du système alors que le financement collectif (fiscal et contributif) ne dépasse guère 41% du financement global⁵ (25% pour la fiscalité et 16% pour le système contributif c'est-à-dire l'assurance maladie). Cette situation n'est point adaptée au financement d'un secteur dont les dépenses des individus sont, en général, imprévisibles, et parfois, catastrophiques. En outre, des milliers de familles s'endettent lourdement ou se ruinent afin de pouvoir offrir les soins nécessaires à un ou plusieurs membres souffrant de maladie (s) chronique (s). Bien évidemment, cette situation s'aggrave particulièrement chez la population la plus pauvre.

Les ressources mobilisées par le système national de santé sont consacrées, pour une bonne part, aux médicaments. Le poids, assez faible, des soins ambulatoires est exacerbé par l'indigence de celle de la prévention sanitaire collective alors que les attentes à ce niveau sont élevées.

Les iniquités ne sont pas liées uniquement au financement mais à l'accès aux services de soins publics. Ces services, particulièrement à l'hôpital, sont parfois plus utilisés par des couches aisées de la population au détriment des plus démunis. De plus, les services hospitaliers complètement gratuits bénéficient plutôt aux

Ces iniquités sont le résultat normal d'un maigre financement du secteur public joint à des modalités de financement et de fonctionnement inadaptées dans un contexte d'absence de reddition des comptes et de

⁵ Même aux Etats Unis, le système le plus libéral au monde où 41 millions de personnes ne sont pas couvertes (HCFA, 2000), près de 46% des sources de financement sont publics (budget santé, medicaid et medicare). La couverture médicale privée assure près de 31% du financement du système. D'où un financement collectif total de la santé de 77%.

L'ensemble de ces conclusions milite en faveur d'une accélération des réformes entreprises par le MS qui consistent à étendre l'assurance maladie (en la rendant obligatoire, projet AMO), à instaurer un mécanisme institutionnel et solidaire d'assistance médicale (RAMED), à améliorer le management de ses hôpitaux et à repenser son organisation.

1. Introduction

1.1 Contexte socio-économique

Durant les années quatre-vingt-dix⁶, la croissance de l'économie marocaine peut être qualifiée de faible, en raison de sa modeste valeur (1,9%), d'erratique et de vulnérable à cause de sa sensibilité aux aléas climatiques et conjoncturels (cours des devises influentes, prix des hydrocarbures...). Cette croissance peut être considérée comme nulle du fait que l'accroissement démographique a atteint, au cours de la même période, un taux moyen de 1,8%.

Le niveau de richesse créée demeure limité puisque le PIB par habitant n'a pas dépassé 12.300 DH en

Au-delà des aspects conjoncturels et sectoriels, la faiblesse de la croissance est due, entre autres, à l'insuffisance de l'épargne et de l'investissement. Le poids de la Formation Brute de capital fixe (légèrement supérieure à l'Épargne Nationale Brute) dans le PIB, en quasi-stagnation depuis plusieurs années, avoisine 22 %.

Cette absence de l'économie marocaine du sentier d'expansion n'a pas permis de:

- > Engendrer suffisamment d'emplois pour atténuer le double déséquilibre sur le marché du travail : d'une part, entre l'offre et la demande d'emplois, et d'autre part, entre les revenus distribués et les besoins monétaires des ménages pour des fins de consommation
- > Contrecarrer la baisse du pouvoir d'achat, en particulier des plus démunis
- > Réduire le taux de pauvreté.

Ainsi, des indicateurs comme le taux de chômage et le taux de pauvreté se sont aggravés ces dernières :

- > Le premier a atteint 22% en 1999 en milieu urbain (ce taux en milieu rural n'est pas significatif, car sous-estimé, en raison du sous-emploi et du caractère ultra-informel du marché de l'emploi dans ce milieu)
- > Le second est passé de 13% en 1990/91 à 19% de la population en 1998/99. Il faut dire également que le taux de vulnérabilité (population susceptible de basculer vers la pauvreté à atteint 43% de la population en 1998/99.

Ce contexte a eu une influence défavorable sur le budget de l'Etat dont la répartition et l'allocation demeurent statiques et modestement sensibles aux véritables priorités du pays. L'endettement (interne et externe) n'a fait qu'aggraver la situation puisque plus du quart des dépenses du Trésor Public est consacré au paiement du service de la dette. Ce problème d'endettement est permanent depuis les années quatre-vingt. Si aujourd'hui, le problème de la dette extérieure se pose avec moins d'acuité que durant les années quatre-vingt, il n'en est pas de même pour la dette intérieure qui est passée de moins de 15% du PIB en 1980 à près de 40%

⁶ Les sources de données pour cette section sont variées : Direction de la Statistique (différentes années), Ministère de l'Économie et des Finances (différentes années), divers rapports de Bank Al Maghrib et toute la documentation nationale sur le Plan Quinquennal 2000-2004.

politique d'austérité ainsi que la stagnation du pouvoir d'achat, de l'autre la hausse des coûts due essentiellement à une transition démographique et épidémiologique, à l'avènement de technologies et de traitements nouveaux et coûteux ainsi qu'aux attentes accrues de la population (DPRF & DRC / MS, 1999).

1.2 Méthodologie de Travail

Le problème du financement des soins de santé est devenu une préoccupation majeure non seulement des pays industrialisés mais aussi des nations en développement. Dans ce cadre, les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) constituent une approche utile et réalisable, même dans les pays où le système d'information n'est pas très développé. Ils constituent un important outil de circonscription et d'appréhension du système national de santé, de planification et d'aide à la prise de décision. Ces comptes peuvent être utilisés comme un instrument de diagnostic afin d'identifier des problèmes d'allocation des ressources, de proposer des pistes de solution et d'évaluer le degré de progression vers un objectif déterminé.

Depuis 1998, le Ministère de la Santé a entamé des travaux portant sur les CNS qui s'inspirent de trois sources :

- > Les travaux d'Abel-Smith B. dans les années soixante qui furent capitalisés dans une publication de l'OMS datant de 1984 sur la planification des ressources financières du secteur de la santé (Mach et Abel-Smith, 1984)
- > Le modèle simplifié des CNS élaboré par l'Université d'Harvard qui a l'avantage d'opérer un clivage entre les sources de financement et les intermédiaires du financement (voir les définitions à la fin de cette introduction) et de proposer une méthodologie assez adaptée aux pays dont le système d'information n'est pas aussi développé que ceux des pays de l'OCDE (Rannan-Eliya et Berman, 1993 ; Berman, 1996)
- > Quelques définitions des CNS français qui sont pertinentes et adaptées au contexte marocain. Ces définitions portent sur des agrégats comme la consommation médicale, les biens médicaux, la prévention sanitaire collective...

En dépit de cette approche éclectique, le modèle élaboré par le Maroc s'approche de ceux développés par les pays de la région du Moyen Orient et de l'Afrique du Nord. Les ateliers régionaux sur les CNS organisés par l'OMS, la Banque Mondiale et PHR entre 1998 et 2000 ont permis de rapprocher partiellement les méthodes de travail et la configuration des CNS des divers pays adhérents à cette initiative (Tunisie, Egypte, Djibouti, Yamen, Liban, Iran et Jordanie).

Cependant, au-delà des résultats plus ou moins standard des CNS, le modèle marocain est sous-tendu également par les questions prioritaires pour le secteur de la santé (Zine Eddine E. et Dmytraczenko, 1999). Ceci permet d'établir le lien entre les problèmes qui justifient les réformes, d'une part, et la configuration des CNS comme outil d'évaluation de ces mêmes réformes mais aussi en tant qu'instrument de diagnostic pour une meilleure appréhension du problème de financement. A titre illustratif, l'analyse détaillée des dépenses liées à la santé maternelle et infantile (SMI) contribue partiellement à l'évaluation des efforts entrepris dans le cadre de la politique de renforcement des programmes de SMI (annoncée dans la stratégie sectorielle du MS, 1998/99) visant une réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Parallèlement au développement de la méthodologie, des contacts directs avec les institutions actives dans le domaine de la santé (départements ministériels, mutuelles, offices, CNSS, Fédération des Sociétés d'Assurance, Organisations Internationales...) ont été effectués dans le but de leur expliquer le travail sur les CNS et ses objectifs. Ces contacts ont permis, dans une seconde phase, de discuter et de finaliser les questionnaires propres à chaque type d'institution.

En plus des questionnaires, d'autres sources d'informations furent utilisées tels que les documents officiels (morasses budgétaires, rapports d'activités des CHU et des instituts et laboratoires nationaux, bilan d'exécution du budget, fichiers sur le personnel de l'administration centrale, divers rapports centraux...) et les diverses études et recherches sur le financement de la santé au Maroc et ailleurs.

La méthode de collecte des données du MS était spécifique en raison du souci de disposer d'assez de détails afin d'opérer une analyse plus fine des dépenses de ce département. Ainsi, une méthode de collecte de données concernant le département fut testée dans la province de Settat et discutée ensuite dans des séminaires régionaux qui ont permis sa finalisation. Cette méthode utilisant une panoplie de tableaux permet non seulement d'appréhender l'ensemble des ressources et des dépenses des provinces et préfectures médicales relevant du MS, mais d'estimer également les dépenses hospitalières par service.

En outre, l'analyse des résultats de l'enquête nationale sur les niveaux de vie des ménages (1998/99) a été d'un grand apport pour la quantification des dépenses de santé de ces derniers. Cependant, la partie sur la "couverture médico-sociale" faisait la confusion entre l'assurance maladie et les autres prestations de sécurité sociale. Aussi, était-il nécessaire de créer une variable supplémentaire afin d'isoler les personnes couvertes par la CNSS (qui n'est pas un organisme d'assurance maladie) et celles qui possèdent une couverture médicale par l'assurance maladie (CNOPS, régimes internes et assurances privées).

La démarche adoptée a consisté à partir des dépenses⁷ pour remonter aux sources de financement et opérer ensuite une analyse des dépenses selon les niveaux afin de déterminer la part de chaque type d'activités (soins hospitaliers, soins ambulatoires, administration...). Le traitement des dépenses des ménages a été réalisé en connexion avec les données sur l'assurance maladie afin de déterminer la part des paiements directs, celle du tiers payant et celle des remboursements par catégorie de prestation et par type de prestataire. Pour le reste des institutions, l'exploitation des données a été adaptée aux besoins de remplissage des matrices sur les sources de financement (tableaux 4 et 5), la répartition des ressources mobilisées entre les groupes de prestataires (tableau 6) et la classification fonctionnelle des dépenses du système de santé (tableau 7).

⁷ Le travail sur les Comptes Nationaux de la Santé au Maroc analyse le financement au travers de l'offre (surtout publique) et de la demande. Il diffère de l'approche adoptée pour l'élaboration des comptes satellites en partant de l'offre, comme c'est le cas en France. C'est cette seconde approche qui fut adoptée en 1989 lors de l'élaboration de la première et unique étude sur le financement du système national de santé au Maroc (Ministère de la Santé/ Icône-Cedes, 1989). Cette différence méthodologique rend difficile les comparaisons des résultats des deux études.

Il est à préciser que les montants relatifs au secteur public, en particulier ceux du MS sont des dépenses et non des crédits budgétaires : les émissions pour les crédits de fonctionnement et les engagements pour les crédits d'investissement. Les dépenses relatives à l'investissement ont été prises en considération car il est très difficile dans l'état actuel du système d'information public de quantifier les amortissements. En outre, pour la classification économique, les dépenses liées aux lignes budgétaires inscrites au budget d'investissement mais portant sur des charges récurrentes ont été considérées bien évidemment comme des dépenses de fonctionnement.

Pour ces premiers comptes nationaux de la santé, il n'a pas été possible de disposer des données des Forces Armées Royales ni de celles de la Protection Civile. En outre, le peu de réponses reçues de la part des ONG, des entreprises (pour le volet Médecine du travail) et des œuvres sociales des différents départements ministériels ne permet pas d'effectuer des extrapolations. Seules les ONG ont été appréhendées partiellement et d'une manière indirecte par le biais de leurs financeurs⁸. Par ailleurs, il était impossible d'obtenir les sommes payées par le gouvernement en tant que taux d'intérêt relatifs aux prêts des bailleurs de fonds internationaux destinés au secteur de la santé. En dépit de ces manques, ces premiers CNS disposent sans doute de plus de

La connexion de toutes les informations disponibles au travers des tableaux intermédiaires a permis de remplir l'ensemble des matrices (section 3) et d'opérer des analyses sectorielles relatives à diverses institutions impliquées dans le financement du système national de santé (section 4). La disponibilité des données sur les dépenses liées à la SMI a permis également de consacrer une section (section 5) à ce volet.

Cependant, avant d'aborder les différentes sections, il est nécessaire de préciser quelques définitions afférentes à des notions/agrégats utilisés dans les Comptes Nationaux de la Santé.

1.3 Définitions

Soins hospitaliers

Les soins hospitaliers peuvent être scindés en deux : (i) ceux qui concernent l'activité hospitalière pure et in patient), c'est-à-dire des soins hospitaliers, stricto sensu (ii) et ceux qui sont liés à l'hospitalisation partielle (urgence principalement) et aux consultations externes qu'on peut appeler les « out patient). Ce second type de soins est versé dans les soins ambulatoires.

On entend par hôpital ou assimilé :

- > les hôpitaux publics du Ministère de la Santé (en dehors des Hôpitaux Locaux qui font partie du réseau de soins de santé de base), c'est-à-dire les Polycliniques de Santé Publique, les Hôpitaux Préfectoraux, Provinciaux et Régionaux (monospécialisés ou non) ainsi que les Centres hospitaliers universitaires (CHU) ;
- > les hôpitaux militaires ;
- > les cliniques mutualistes ;
- > les cliniques des Offices ;
- > les polycliniques de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) ;
- > les cliniques privées ;
- > les cliniques des ONG.

⁸ Pour les mécènes particuliers, il était impossible de quantifier, directement ou indirectement, leurs dons.

sanitaire collective », voir ci-dessous). Les seconds sont constitués par toutes les autres activités hors programmes sanitaires. Il est vrai que dans ces soins (curatifs), il existe des activités de prévention individuelles, mais l'état actuel du système d'information ne permet pas de les détacher.

La prévention sanitaire collective admet toutes les activités qui ont pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population et lui éviter des maladies et des accidents sans qu'on puisse identifier individuellement les bénéficiaires. Autrement dit, il s'agit de prestations destinées à l'ensemble de la communauté considérée comme un seul bloc et non à la société en tant qu'ensemble d'individus. Il s'agit notamment :

- > du contrôle sanitaire des cultures et des animaux, des abattoirs et des aliments par le ;
- > des campagnes ou des programmes d'information, d'éducation et de communication liées à la santé des travailleurs et effectuées par le Ministère du Développement Social ;
- > des campagnes de prévention routière du Ministère des transports (Comité National de Prévention des Accidents de la Circulation) ;
- > du contrôle de la qualité de l'eau potable par l'ONEP ;
- > des principales activités des Bureaux Municipaux d'Hygiène ;
- > des activités de prévention des Instituts et Laboratoires Nationaux (INH, LNCMSP, CNRP, IPM) ;
- > des programmes d'hygiène du milieu du Ministère de la Santé (MS), à savoir :

- ↑ Programme d'assainissement de base
- ↑ Programme de l'hygiène alimentaire
- ↑ Programme de lutte antivectorielle
- ↑ Salubrité de l'environnement
- ↑ des programmes du MS relatifs à :
 - ↑ l'éducation sanitaire
 - ↑ la lutte contre les maladies hydriques
 - ↑ la surveillance épidémiologique

Immobilisations

C'est l'ensemble des dépenses liées à l'acquisition et à la rénovation des divers biens durables : terrains, bâtiments et matériel (transport, informatique, technique...). Sont également comprises dans cet ensemble les

Les médicaments, les consommables médicaux, la lunetterie, l'orthopédie et les appareils pour handicapés sont les éléments constitutifs des biens médicaux.

C'est une activité qui est difficile à isoler en raison de son existence dans des Instituts, des Universités et des hôpitaux (CHU) avec d'autres activités. Ne seront comprises sous cette rubrique que les activités des unités ou des services dont la fonction principale est la recherche médicale.

Formation/Enseignement

La formation/enseignement englobe des activités de formation de base (pour les paramédicaux) et de formation continue du Ministère de la Santé. La formation des praticiens, assurée par les établissements hospitaliers (CHU et hôpitaux militaires), s'effectue à l'occasion des soins fournis aux patients, ce qui ne permet pas de les isoler. Seuls les salaires bruts versés aux enseignants par le Ministère de l'Enseignement

La médecine traditionnelle est un ensemble de services fournis par des Qablats (accoucheuses traditionnelles), Aâchabas (herboristes), et autres Fquihs, etc. Cette médecine ne repose sur aucune réglementation et échappe à tout contrôle. L'intervention du Ministère de la Santé dans ce domaine se limite actuellement à la formation et équipement de certaines accoucheuses traditionnelles, dans des régions d'accessibilité difficile, en vue d'améliorer les conditions d'accouchement à domicile et de référer la femme qui accouche à l'établissement de soins le plus proche en cas de complications.

Administration

L'administration comprend les activités de gestion administrative des structures et des institutions dont la fonction concerne directement la santé et n'est pas à cheval sur d'autres activités. Ainsi seules les charges administratives des institutions suivantes sont concernées :

- > Ministère de la Santé : administration centrale, administration locale (délégation), administration des hôpitaux, administration des Instituts et Laboratoires Nationaux ;
- > Autres Ministères : administration des structures dont l'activité complète relève de la santé (soins et prévention sanitaire collective) ;
- > Collectivités Locales : administration des Bureaux Municipaux d'Hygiène.
- > Organismes chargés de l'assurance-maladie : administration des assureurs (pour la seule activité portant sur la couverture médicale) et des mutuelles.

Source de financement / Institutions intermédiaires de financement

La source de financement est la provenance principale des ressources mobilisées pour le système national de santé alors qu'une institution intermédiaire de financement est un agent chargé de la gestion de ces ressources mobilisées. Par exemple, les assureurs et les mutuelles ne représentent pas des sources de financement, ce sont des intermédiaires de financement. L'origine principale des ressources à ce niveau sont les ménages et les employeurs au travers de leurs contributions respectives. Ce sont donc les ménages et les employeurs (entreprises privées, CL, Etat et Offices) qui constituent les sources de financement à ce niveau.

La Consommation médicale, composée des soins hospitaliers et ambulatoires, des biens médicaux et des soins traditionnels, est l'une des composantes de la Dépense globale de santé qui englobe en plus la prévention sanitaire collective, l'administration générale du système, la formation, l'enseignement et la recherche tels

⁹ Cette adaptation n'est limitée que par l'impossibilité d'accéder partiellement ou totalement à des informations sur des institutions intervenant dans le système national de santé.

Tableau 1 : Quelques indicateurs de santé en 1997

INDICATEURS	URBAIN	RURAL	NATIONAL
Espérance de vie à la naissance (2)	72,2	65,9	68,8
Indice synthétique de Fécondité (1)	2.3	4.1	3.1
Taux de natalité (pour mille) (2)	20.7	26.9	23.6
Taux de mortalité (pour mille) (2)	5.1	8.1	6.5
Taux d'accroissement naturel (pour cent) (2)	1.6	1.9	1.7
Quotient de mortalité infantile (pour mille) (1)	23.8	46.1	36.6
Quotient de mortalité juvénile (pour mille) (1)	6.1	15.1	9.8
Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour mille) (1)	29.9	61.1	45.8
Taux de mortalité néonatale (pour mille) (1)	15.1	22.1	19.7
Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes (1)	125	307	228

(1) Ministère de la Santé (1998), Enquête Nationale sur la Santé de la mère et de l'enfant, Rabat

(2) Direction de la Statistique (non daté), Profil socio-démographique de la population marocaine, Rabat

La difficulté d'accès de la population rurale aux soins constitue encore une insuffisance majeure du système. En effet, les données concernant la couverture de la population rurale par les Etablissements de Soins de Santé de Base appréciées par rayon kilométrique montrent que les distances entre la population et les formations sanitaires sont importantes. En 1996, près de 31 % de cette population se trouve à plus de 10 kilomètres d'un établissement de santé. La population éloignée est sensée être couverte par un mode mobile qui a été mis en place pour compléter la couverture par le mode fixe. Cependant, les performances de ce mode

Par ailleurs, ce rapport juge sévèrement la réactivité du système national de santé, considérée comme place (sur 191). Les raisons d'un tel classement sont multiples.

:

- > Une extrême complexité du système national de santé qui se caractérise par une multitude d'intervenants (voir tableau 2) sans coordination et harmonisation de leurs activités.

Un financement quantitativement faible et fragmenté (voir section 3 pour plus de détails).

¹⁰ Certains centres considérés comme urbains par le recensement légal de la population sont en réalité des centres ruraux. C'est pour cela que ces ratios doivent être pris avec beaucoup de réserves.

Tableau 2 : Système de soins et de prévention au Maroc

Secteurs	Prestataires	Capacité / nombre	Activités principales
Public : Min. Santé Défense Autres départements Collectivités Locales	Réseau de soins de santé de base (RSSB): (Equipes mobiles ; Dispensaires Centres de santé ; Structures d'appui ; Hôpitaux locaux, ...)	Nombre d'établissements de SSB : 2.138 Nombre de médecins : 2.294 Nombre de paramédicaux : 10.081	Soins ambulatoires curatifs et préventifs + Prévention sanitaire collective
	Réseau hospitalier : (Polycliniques de Santé Publique, Hôpitaux monospécialisés, Centres hospitaliers semi- autonomes – SEGMA-, Centres Hospitaliers Universitaires)	Nombre d'hôpitaux : 112 Nombre de lits : 25.265 Nombre de médecins : 3.709 Nombre de paramédicaux : 13.204	Soins hospitaliers complets et partiels + Recherche + Formation
	Instituts et Laboratoires Nationaux Etablissements des Forces Armées Royales Unités spécialisées dans : La Prévention Sanitaire Collective Transport des accidentés et des malades Médecine pénitentiaire...	Prévention, Recherche et expertise Soins hosp. & amb. + Formation
	Bureaux Municipaux d'Hygiène (BMH)	Nombre de médecins des BMH : 327	Prévention Sanitaire Collective
Privé à but non-lucratif	Cliniques et cabinets des Mutuelles Cliniques de la CNSS Etablissements des Offices Etablissements du Croissant Rouge Maro. Etablissements des Lignes et Fondations	Nombre total (sans CRM ni Lignes et Fondations) : 26 Nombre de lits : 1.726	Soins ambulatoires et hospitaliers
Privé à but lucratif	Cabinets libéraux : Soins médicaux Soins dentaires Soins paramédicaux Laboratoires Cliniques privées Pharmacies Fournisseurs d'autres biens médicaux Cabinets de radiologie	Nombre de cabinets libéraux : 4.703 Nombre de laboratoires : 227 Nbre de cliniques privées : 183 (4135 lits) Nbre de pharmacie et de dépôts : 4.500 Nombre de cabinets de radiologie : 127	Soins de ville (ambulatoire) Analyses de laboratoires Soins hospitaliers Médicaments et autres biens médicaux Examens et analyses de radiologie

Sources : SCS / DPRF / MS, janvier 2000

3. Envergure du Financement de la Santé et Flux Financiers entre Institutions

3.1 Niveau de la Dépense de Santé

Tableau 3 : Niveau de la dépense globale de santé : comparaisons avec des pays à développement économique similaire (1997/98)

Pays	PIB per capita en US\$ (1998)	Dépense de santé per capita en US\$ (au taux de change courant)	Dépenses de santé par rapport au PIB (en %)
Maroc	1260	56	4,5
Jordanie	1520	134	9,4
Iran	1780	103	5,8
Tunisie	2110	118	5,6
Liban	2660	398	9,8

Sources : Présentations nationales à l'Atelier Régional (MENA) sur les Comptes Nationaux de la Santé, Amman, mai 2000

Le niveau de la consommation médicale a atteint, quant à lui, près de 13,5 milliards de DH durant la même période. Soit moins de 500 DH par habitant et par an.

Supposons que la consommation médicale est égale à la somme des produits entre des prix et des quantités correspondantes :

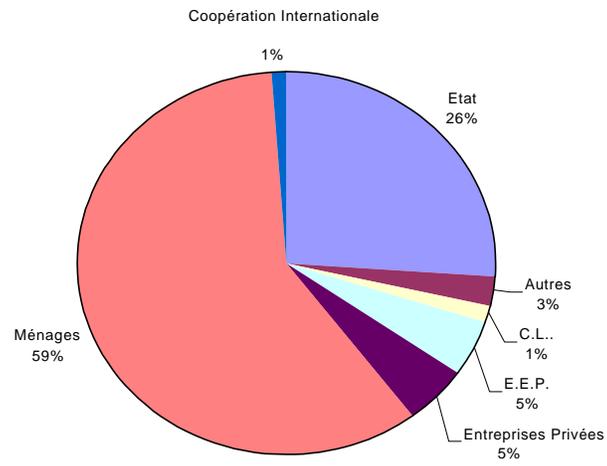
$$S \sum P_i \times Q_i$$

(Où P = prix, Q = quantités et i représente l'ensemble des prestations et des biens consommés)

Cette somme de produits est faible si les prix et/ou les quantités le sont. Or, en examinant les prix en termes relatifs par rapport aux revenus et au PIB, on découvre des ratios très élevés. A titre illustratif :

- > Le coût moyen d'une ordonnance médicale atteint près de 250 DH, soit l'équivalent de quatre journées de travail rémunérées au Salaire Minimum (SMIG) ou 2% du PIB per capita.
- > Une consultation chez un médecin spécialiste coûte en moyenne 150 DH, soit l'équivalent de deux journées et demi de travail rémunéré au SMIG ou 1,2% du PIB per capita.

Ce qui signifie que se sont plutôt les quantités (le recours aux soins et l'accès aux biens médicaux) qui sont faibles et qui sous-tendent l'indigence du niveau de la consommation médicale et celui de la dépense



par l'OMS.

rang)

Tableau 4 : Sources de financement de la santé par type d'institutions, en Dirhams courants, 1997/98

Institutions intermédiaires	Sources de financement							TOTAL
	Etat	Ménages	Collectivités Locales	Entreprises & Etablis. Publics	Entreprises Privées	Coopération Internationale	Autres	
Ministère de la Santé	3 279 940 394					61 609 272		3 341 549 666
Autres Ministères	273 260 840	8 782 293		4 752	17 898 106	4 991 000	2 083 002	307 019 993
Collectivités Locales			155 086 124					155 086 124
Entreprises. & Etab. Pub.				154 537 559				154 537 559
Ménages		8 075 631 490						8 075 631 490
Assurances & Mutuelles	383 895 000	849 775 496	32 975 000	577 275 686	325 108 500		271 869 041	2 440 898 724
CNSS					384 098 329			384 098 329
Coopération internationale						87 381 103		87 381 103
Autres							102 634 603	102 634 603
TOTAL	3 937 096 234	8 934 189 279	188 061 124	731 817 998	727 104 935	153 981 375	376 586 647	15 048 837 591
	26,16%	59,37%	1,25%	4,86%	4,83%	1,02%	2,50%	

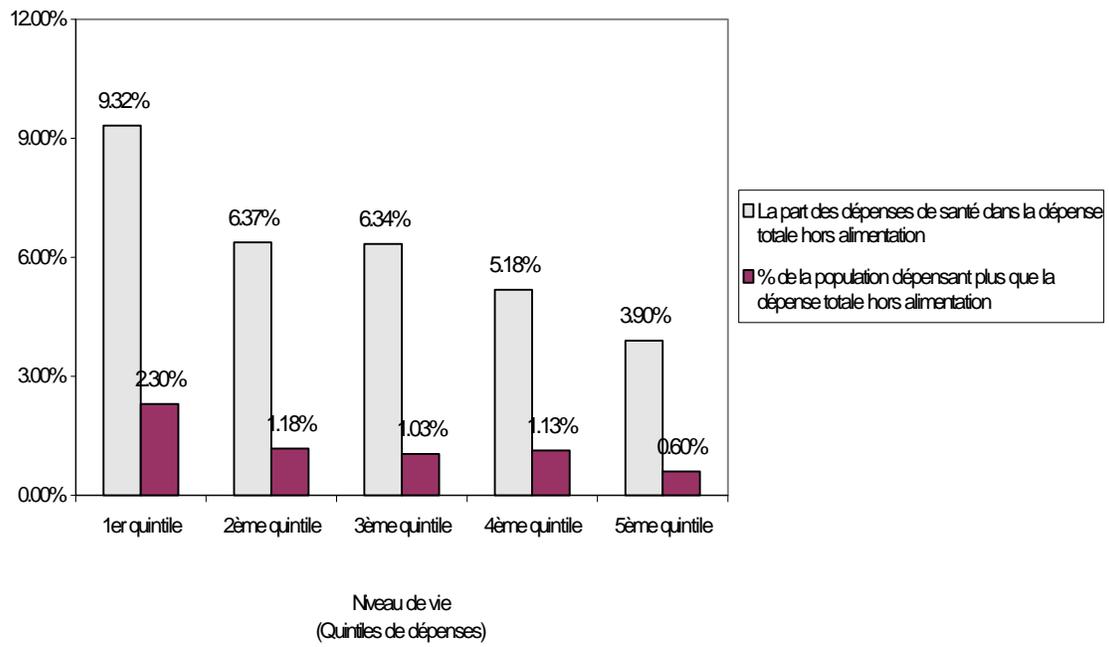
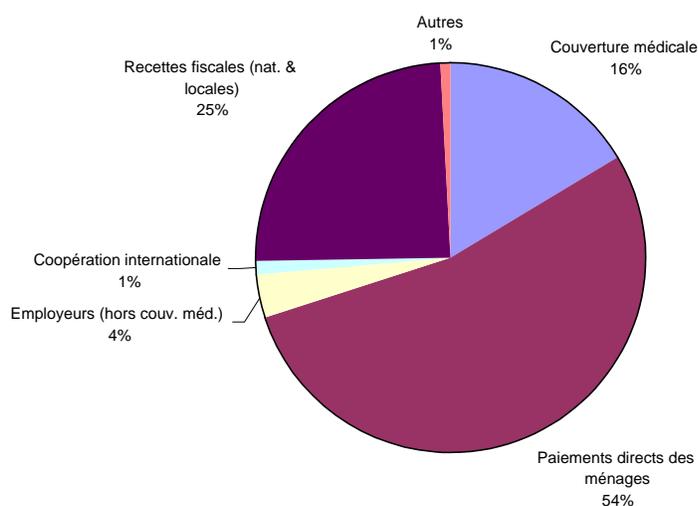


Tableau 5 : Sources par nature du financement, 1997/98

		En dirhams courants	En %
Ressources fiscales (Budget)		3 553 201 234	23,61%
Contributions au financement de la couverture médicale	Total	2 467 579 123	16,40%
	Ménage	849 775 496	5,65%
	Etat	410 575 399	2,73%
	E.E.P	577 275 686	3,84%
	Entreprises privées	325 108 500	2,16%
	Collectivités Locales	32 975 000	0,22%
	Autre	271 869 041	1,81%
Collectivités Locales		155 086 124	1,03%
Employeurs		538 640 640	3,58%
Coopération Internationale		153 981 375	1,02%
Ménages		8 075 631 490	53,66%
Autres		104 717 605	0,70%
Total		15 048 837 591	100,00%

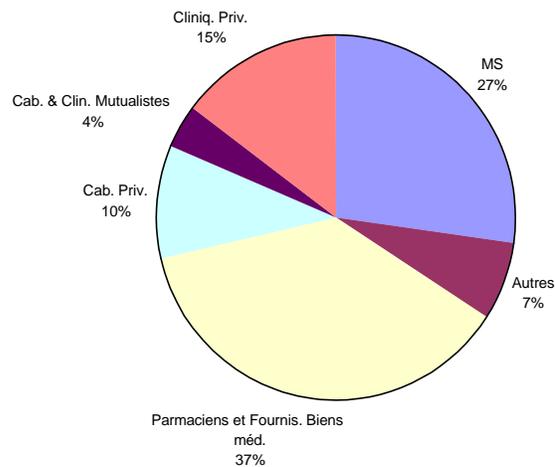
Graphique 3 : Sources par nature du financement, 1997/1998



: 15% pour les cliniques privées, 10% pour les cabinets privés, 4% pour les cliniques & cabinets mutualistes (y compris les polycliniques de la CNSS), 1% pour les agents de la médecine traditionnelle et 0,1% pour les ONG. Les sources principales de financement de ce secteur proviennent des paiements directs des ménages et/ou de la couverture médicale à l'exception des polycliniques de la CNSS et des ONG. Les premières sont financées surtout par une partie des excédents des Allocations Familiales ; les secondes par des transferts et des aides de la part du MS, des Communes et de la coopération internationale.

Quatrièmement, la part des autres institutions pris en bloc (CL, autres départements ministériels, E.E.P....) est faible puisqu'elle ne dépasse pas 6%.

Graphique 4 : Répartition des ressources mobilisées entre les prestataires, 1997/98



¹³ Le huitième des achats de médicaments se fait sans prescription médicale.

L'analyse des flux financiers existants entre intermédiaires de financement et prestataires peut être complétée par un examen plus détaillé de la répartition des flux provenant de la couverture médicale, des

:

- > Les ressources de la couverture médicale (2,44 milliards de DH) profitent essentiellement au secteur pharmaceutique (31%) et secteur de soins privé (30% pour les cliniques privées, 17% pour les cabinets privés et 6% pour les cliniques & cabinets mutualistes). Un peu moins de 7% est consacré à l'administration des mutuelles et des compagnies d'assurance. Les hôpitaux publics, représentant plus de 80% de la capacité litière nationale, bénéficient, quant à eux, de moins de 5% de ces ressources.
- > Les paiements nets et directs des ménages (plus de 8 milliards de DH) sont effectués principalement à l'occasion d'acquisition de médicaments et d'autres biens médicaux (60%) pour les mêmes raisons évoquées ci-dessus (automédication, prix et habitudes de prescription), mais aggravées par le faible taux de couverture de la population marocaine par l'assurance-maladie. D'autres paiements importants sont effectués au profit des : 18% pour les cliniques privées, 14% pour les cabinets privés et 2% pour les agents de la médecine traditionnelle. Par ailleurs, à l'occasion des soins dans le réseau public (principalement les hôpitaux), les ménages paient des charges¹⁴, formelles (paraissant dans la comptabilité des établissements de soins) et informelles, représentant plus de 3% de l'ensemble de leurs paiements nets et directs.
- > Les ressources mobilisées dans le cadre de la coopération internationale (149 millions de DH) profitent principalement au MS à hauteur de 90% (46% pour le réseau de soins de santé de base, 22% pour le réseau hospitalier, 20% pour l'administration locale et centrale et 2% pour les Instituts & Laboratoires Nationaux). Hormis les ONG qui bénéficient de 7% de l'ensemble des ressources de la coopération internationale, l'aide apportée aux autres secteurs demeure marginale, : 2% pour les autres Ministères, 1% pour les Collectivités Locales et 1% pour le secteur privé (formation des médecins privés dans le cadre du programme de Planification Familiale financé par l'USAID).

¹⁴ Réseau de soins de santé de base compris (voir tableau n°6)

Tableau 6 : Flux financiers entre les institutions intermédiaires de financement et les prestataires, en Dirhams courants, 1997/98

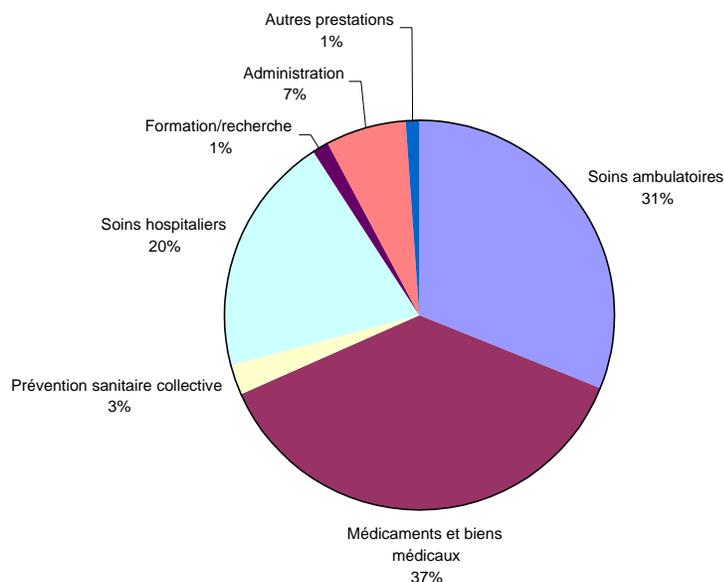
Prestataires	Institutions intermédiaires									
	Ministère de la Santé	Autres ministères	Collectivités locales	Entrep. & etab. pub.	Ménages	Assurances & mutuelles	CNSS	Coopér. internat.	Autres	TOTAL
Ministère de la Santé	3 323 807 326	149 795 082	26 208 332	0	302 090 397	111 451 674	0	72 507 924	102 634 603	4 088 495 338
<i>Hôpitaux (y compris CHU)</i>	1 571 484 436	145 862 050	14 524 343		256 909 472	111 256 562		33 249 477	58 682 996	2 191 969 338
<i>ILN</i>	82 997 411	2 978 400			29 652 526	195 113		2 869 300	43 951 607	162 644 358
<i>RSSB</i>	1 263 338 417	743 706	7 932 988		15 528 398			6 620 343		1 294 163 858
<i>Administration centrale & provinciale</i>	405 987 062	210 926	3 751 002					29 768 803		439 717 798
Autres Ministères	999 957	156 693 126	0	0	0	0	0	2 192 145	0	159 885 228
<i>Prestataires</i>	999 957	117 074 391						2 042 145		120 116 498
<i>Administration</i>		39 618 735						150 000		39 768 738
Adm. des Assurances & Mutuelles						167 586 576				167 586 576
Collectivités Locales	9 821 055	531 785	125 617 226					1 433 992		137 404 058
Offices & Etab. Pub.				154 537 559						154 537 559
Cliniques privées					1 458 578 804	743 056 520				2 201 635 324
Cliniques & cabinets mutualistes (y compris polyc. CNSS)					40 972 840	153 623 438	384 098 329			578 694 607
Cabinets privés (y comp. Lab et Radio)					1 123 045 004	416 728 616		1 552 000		1 541 325 618
Pharmacies et fournisseurs de biens médicaux					4 843 035 199	756 948 709				5 599 983 908
Agents de la médecine traditionnelle					183 418 014					183 418 014
ONG	6 560 673		3 260 565					9 695 042		19 516 280
Autres prestataires	360 657				124 491 232	91 503 191				216 355 080
TOTAL	3 341 549 667	307 019 993	155 086 124	154 537 559	8 075 631 490	2 440 898 724	384 098 329	87 381 103	102 634 603	15 048 837 598

3.4 Classification fonctionnelle des Dépenses des Prestataires

observations suivantes :

- > Quel que soit le type d'analyse ou de classification, le poste Pharmacie reste toujours le plus important. Le système national de santé consacre plus de 37% à l'achat de médicaments & biens médicaux en tant que bien de consommation finale par le patient et non pas en tant qu'intrant utilisé par les professionnels de santé dans le cadre des soins (il existe d'autres dépenses en médicaments qui sont comprises dans les soins hospitaliers et ambulatoires).
- > Les soins ambulatoires représentent près de 31% des dépenses du système national de santé alors que les soins hospitaliers n'en constituent que 20%. Néanmoins, il faut préciser que ces taux prennent en considération l'hypothèse que les examens et consultations externes ainsi que les urgences sont considérés comme des soins ambulatoires. Si on intègre ces prestations aux soins hospitaliers, les poids respectifs des deux types de soins se trouveraient inversés (20% pour les soins ambulatoires et 31% pour les soins hospitaliers).

Graphique 5 : Classification fonctionnelle des dépenses de santé 1997/1998



- > Le poids de l'encadrement du système via son administration ne dépasse pas 7%.
- > La prévention sanitaire collective, quant à elle, demeure négligée en raison de sa faible part dans les dépenses de santé alors que les besoins à ce niveau sont considérables surtout dans les milieux défavorisés. La dépense en prévention sanitaire collective par habitant ne dépasse pas 14 DH par an (1997/98).
- > La formation, la recherche et l'enseignement ne représentent que 1% des dépenses de santé (le même pourcentage que la médecine traditionnelle). En enlevant les salaires payés par le Ministère de l'Enseignement Supérieur aux enseignants pratiquant dans les CHU et les dépenses des Instituts de formation des paramédicaux (IFCS, Ministère de la Santé), il ne resterait qu'un montant négligeable (0,1%).

Tableau 7 : Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires du système de santé, 1997/98, en millions de DH courants

	Prestataires																		
	Ministère de la Santé					Autres Ministères			Adm. des Assu. & Mutu.	C.L.	E.E.P.	Cliniq. privées	Cliniq. & cab. Mutu. (yc CNSS)	Cabin. privés (yc Lab et Radio)	Pharm. & fourn. de biens médic.	Agents de la méd. trad.	ONG	Autres prest.	Ensemble
	Hôpit. (yc CHU)	ILN	RSSB	Adm. Cent. & prov.	Total	Presta taires	Admi.	Total											
Consommation médicale	1747	30	1218		2995	33		33		28	91	2202	579	1540	5600	183	10	215	13.476
<i>Soins hospitaliers</i>	1451				1451						51	962	444				8	96	3.011
<i>Soins ambulatoires</i>	296	30	1218		1544	33		33		28	41	1240	135	1540			2	119	4.681
<i>Pharmacie</i>															5435				5.435
<i>Biens médicaux</i>															165				165
<i>Médecine traditionnelle</i>																183			183
Prévention sanitaire collective		76	64		140	85		85		80	63						10		378
Formation / Recherche / Enseignement	149	36	10		195	3		3						2					199
Administration	296	21	1	440	758		40	40	168	29									994
Autres																		2	2
TOTAL	2192	163	1294		4088	120	40	160		137	155	2202	579		5600	183	20	217	15.049

4. Analyse Sectorielle

secteurs : le Ministère de la Santé et le système de couverture médicale.

4.1 Financement du Ministère de la Santé

L'étude du financement du Ministère de la Santé (MS) est très importante en raison de son poids dans le système national de santé. Il est non seulement le garant de la santé au Maroc, mais également le plus important fournisseur de soins (81% de la capacité litière nationale) et des prestations liées à la prévention sanitaire collective.

Cette étude succincte s'effectuera au travers de l'analyse du budget du MS, des sources de financement de ses dépenses, de la classification économique et fonctionnelle de ces mêmes dépenses ainsi que par le biais d'un examen sommaire des iniquités entre les régions en termes de dépenses globales de santé et de celles liées à la santé maternelle et infantile (SMI). Seront examinés également, les iniquités liées au financement et à l'utilisation des services de soins publics par les ménages.

4.1.1 Budget du MS

4.1.1.1 Niveau du Budget du MS

Le budget du Ministère de la Santé est insuffisant. Les points listés ci-dessous prouvent que des efforts doivent être déployés pour remédier à cette situation. En effet, ce budget :

- > représente actuellement près de 5 % du budget général de l'Etat contre 7 % dans les années soixante,
- > ne dépasse pas 175 DH par habitant contre plus de 300 DH dans des pays à développement
- > représente près de 1 % du PIB contre 1,7 % dans les années soixante et contre une moyenne dépassant 2 % pour la majorité des pays au même niveau de développement économique.

4.1.1.2 Evolution du Budget du MS

La santé n'est pas une véritable priorité de l'Etat. En dépit de l'accroissement important de la population et des besoins en soins et en prévention sanitaire, l'évolution du budget alloué au département de la Santé n'a pas suivi celle du budget général de l'Etat et celle du PIB. Le graphique ci-dessous montre le décalage permanent entre les augmentations respectives des indices des trois variables. La courbe relative à l'indice du PIB se situe pratiquement en permanence, durant les trente dernières années, en dessous de celle du budget général de l'Etat et en dessus de celle du budget du Ministère de la Santé.

Graphique 6 : Evolution des indices du budget du MS, du budget de l'Etat et du PIB (1970-1999)



Toutefois, l'examen de l'évolution du budget du Ministère de la Santé per capita et en DH constants montre que, durant les trois dernières années, l'Etat a déployé des efforts eu égard à ce secteur (voir tableau n° 8) Toutefois, ces efforts ont profité surtout à la masse salariale au détriment du budget de fonctionnement hors personnel¹⁵ dont le niveau per capita et en volume a baissé entre 1982 et 2000. Ce qui atténue et affaiblit les bénéfices liés aux augmentations des crédits d'investissements¹⁶ de ces dernières années. Ceci est corroboré par l'évolution de la structure du budget de la Santé depuis trente ans. En effet, l'analyse des indices d'accroissement des grandes composantes du budget (voir graphique n° 7) montre un énorme décalage entre la courbe du budget d'investissement et celle du budget de fonctionnement hors personnel. Cette situation risque de conduire à l'exacerbation des problèmes d'entretien, de réparation, de nettoyage et de supervision que rencontrent actuellement les structures sanitaires du département de la Santé.

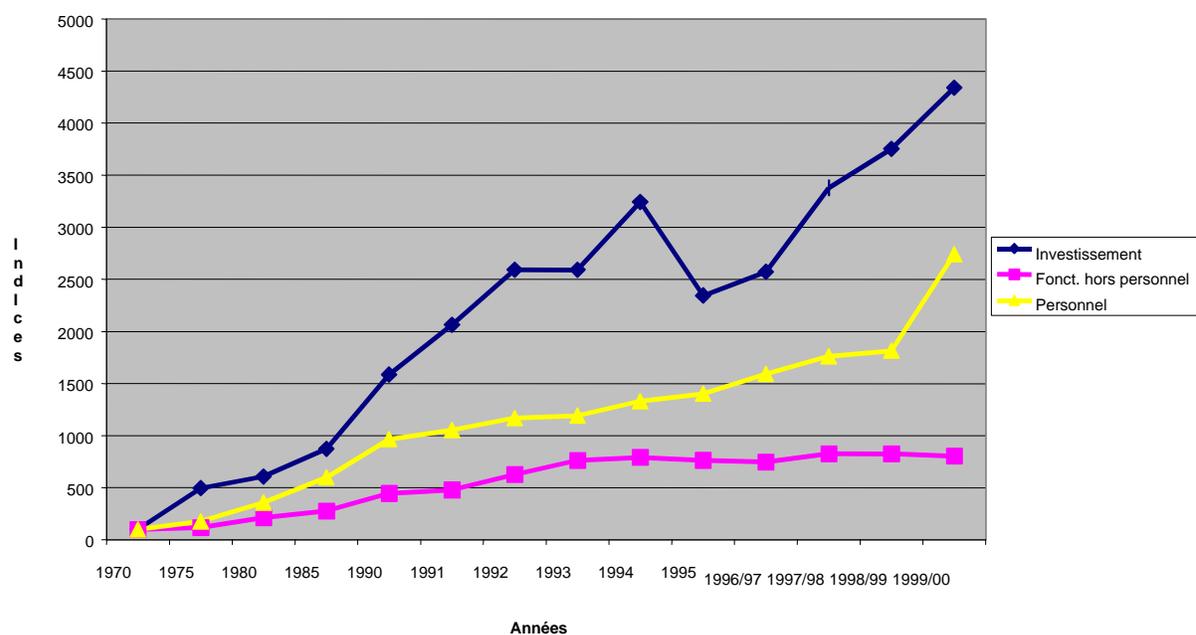
¹⁵ Dans les années 60 et 70, la part des rémunérations salariales dans le budget du MS oscillait entre 39% et 52%. Aujourd'hui, elle atteint pratiquement les deux tiers.

¹⁶ Les variations très positives du Budget d'Investissement durant ces dernières années (entre 1996 et 2000) sont plutôt financées par des prêts et dons budgétisés. Durant la dernière décennie, leurs parts (dans le budget d'investissement) furent, en moyenne, de 40,2% pour les prêts de la Banque Mondiale, de 9,9% pour ceux de la Banque Africaine de Développement et de 2,1% pour les dons budgétisés de l'Union Européenne dont le poids a atteint 12,9% en 1999/2000.

Tableau 8 : Evolution du Budget du MS per capita, en DH constants (année de base 1989)

	Personnel	Fonctionnement hors personnel	Investissement	Total
1982	42	18	22	82
1987	46	16	19	81
1992	45	20	18	83
1993	43	22	17	83
1994	45	22	20	87
1995	44	20	13	77
1996/97	47	18	14	79
97/98	50	19	17	86
98/99	50	18	18	87
99/00	72	17	20	110
(2è Sem. 2000) x 2	58	17	22	97

Graphique 7 : Evolution de la structure du budget du MS (1970-2000)



4.1.1.3 Niveau d'Execution des Crédits Alloués au MS

Durant la seconde moitié des années quatre-vingt-dix, le taux d'émission du budget de fonctionnement MS a toujours dépassé 99,3% (SSERF/DPRF/MS, 2000). Il fut de 99,8% en 1999/2000. Cependant, le département n'utilise pas suffisamment ses crédits d'investissement. Durant les cinq dernières années budgétaires, le MS n'a pas utilisé pour non-engagement¹⁷, une somme totale de 292,2 millions de DH. Soit, en moyenne, plus de 58 millions de DH par année budgétaire. La perte la plus importante concerne l'exercice 1999/2000 durant lequel le MS n'a pas utilisé près de 111 millions de DH.

Pendant la même période (1995-2000), le taux d'émission des crédits de paiement du budget d'investissement (reports et neufs) a oscillé entre 32,6% et 51,9%. Ce qui constitue une performance assez faible.

4.1.2 Sources de Financement des Dépenses du MS

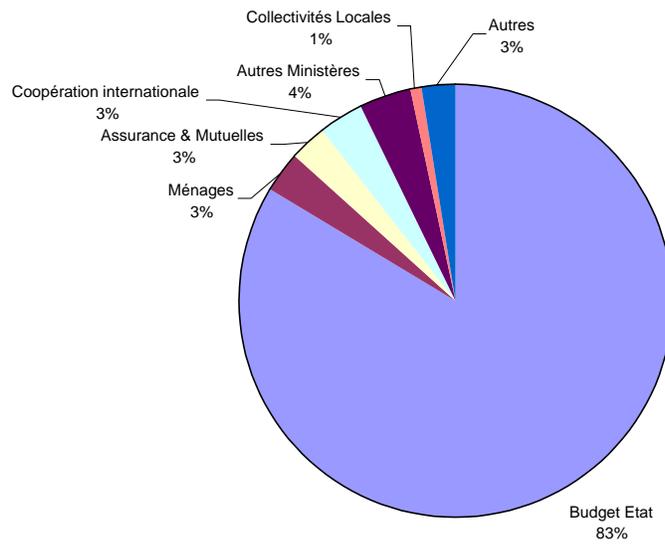
La principale source de financement des dépenses du MS est, de loin, le budget de l'Etat qui représente

La part des autres ministères dans le financement des activités du MS est limitée à 4%. Il s'agit principalement de la masse salariale payée par le Ministère de l'Enseignement Supérieur aux enseignants pratiquant dans les CHU.

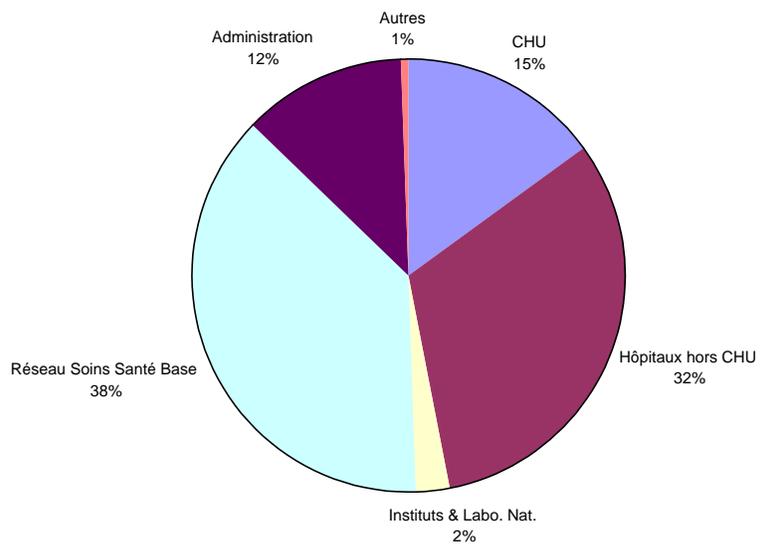
Les Collectivités Locales participent au financement des activités du département de la santé (l'inverse est vrai également comme le montre le tableau 6) à hauteur de 1%. Ce qui constitue la part la plus faible.

Les autres sources de financement (ménages, assurances & mutuelles, coopération internationale) ont à peu près le même poids, soit 3% des dépenses du MS. Cependant, il faut préciser que pour les ménages, le montant pris en considération dans les calculs diffère de celui qui est admis dans le tableau 6 (302.090.397 DH). En effet, ce dernier montant provient des déclarations des ménages alors que celui qui est utilisé dans le calcul des pourcentages énumérés ci-dessus (seulement 120.000.000 DH) est quantifié grâce à la comptabilité des prestataires eux-mêmes (hôpitaux SEGMA et CHU). Ceci veut dire très probablement que la différence (près de 183 millions de DH) profite à des circuits informels et n'apparaît bien évidemment pas dans les comptes des hôpitaux qui n'en bénéficient nullement.

¹⁷ En raison des problèmes internes de gestion, des annulations suite au report d'échéance de projets financés et enfin des



Graphique 9 : Crédits alloués par le MS et dépensés par niveau, 1997/98



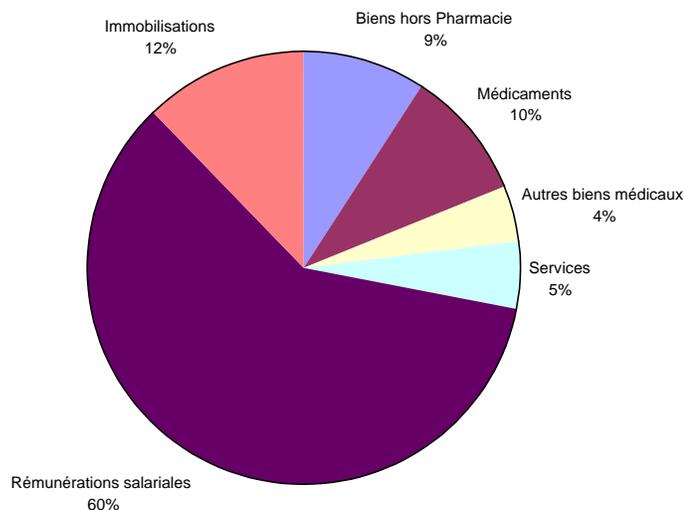
4.1.4 Classification des Dépenses du MS

4.1.4.1 Classification Economique

La classification de l'ensemble des charges du MS par catégorie de dépenses fait ressortir les résultats suivants :

- > Le poids des rémunérations salariales est très élevé en 1997/98 (près de 60%). Suite à la hausse des salaires des employés du MS, cette part connaîtra un accroissement spectaculaire pour atteindre près des deux tiers des crédits du département en 1999/2000.
- > Le MS a consacré près de 12% de ses ressources à l'acquisition d'immobilisations diverses (terrains, constructions, équipements...). En raison de son patrimoine vieillissant, ce pourcentage paraît assez modeste.
- > Le reste, c'est-à-dire 28%, est partagé entre les biens et les services que le département s'est procuré durant la période 1997/98. Cependant, le gros de cette part est constitué de dépenses liées à l'achat de biens, soit 23% (contre 5% aux services). Ce sont plutôt les médicaments (10%) et dans une moindre mesure les autres biens médicaux (4%) qui en sont à l'origine. Les biens hors médicaments et biens médicaux ne représentent que 9% des dépenses du MS. Il s'agit essentiellement de biens d'alimentation, de produits énergétiques
- > En corollaire, les dépenses liées à l'entretien, à la réparation, au déplacement, à la communication... (les services), qui restent essentielles pour la bonne marche des divers services du MS et pour la longévité des immobilisations du département, ne dépassent pas 5% des ressources du MS. Le poste Entretien & Réparation représente seulement 1,7% de ces ressources, c'est-à-dire, juste ce qui est nécessaire pour un entretien moyen d'un patrimoine d'une durée de vie inférieure ou égale à trois années.

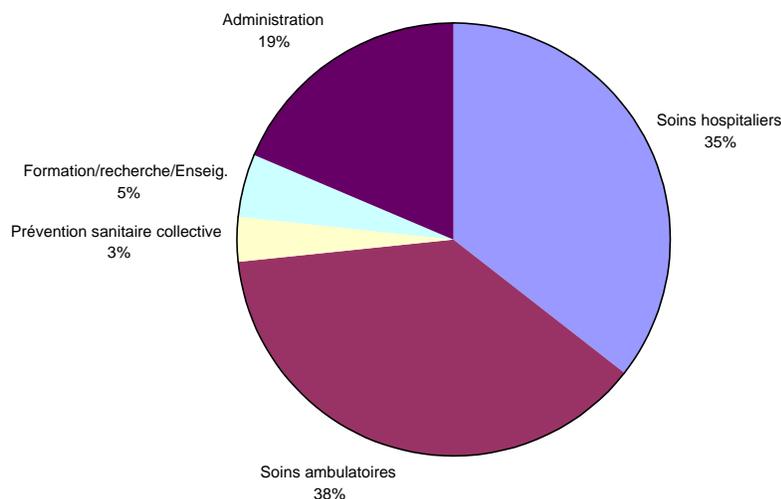
Graphique 10 : Classification économique des dépenses du MS, 1997/98



: recettes propres, transferts de la coopération internationale et des autres départements ministériels...), on peut constater que :

- > L'Administration bénéficie d'une part très élevée en raison de l'intégration des administrations des prestataires tels que les hôpitaux et les Instituts & Laboratoires Nationaux. En outre, l'apport des partenaires du MS bénéficie pour une assez bonne partie à l'encadrement des activités sanitaires du département.
- > Les soins ambulatoires (au sens large) ont un poids estimé à 38% contre 35% pour les soins hospitaliers. Ces pourcentages seraient de 31% pour les premiers et 43% pour les seconds si on considérait toutes les prestations externes de l'hôpital comme des soins hospitaliers.
- > La part des soins ambulatoires, quelle qu'en soit la définition, peut être considérée comme insuffisante en raison, d'une part, de la grande faiblesse quantitative des activités complémentaires telle que la prévention sanitaire collective dont le poids ne dépasse pas 3%, et d'autre part, des besoins actuels de la société marocaine en termes de prestations liées à l'hygiène du milieu, à la santé maternelle et infantile et au traitement des maladies transmissibles.
- > Les activités relatives à la formation, recherche et enseignement bénéficient de 5% des ressources mobilisées par le MS. Il s'agit surtout des salaires des enseignants et formateurs dans les Instituts de Formation en Carrière Sanitaire (IFCS) et dans les CHU.

Graphique 11 : Classification fonctionnelle des dépenses du MS (yc apports hors budget)



4.1.5 Iniquités et Problèmes d’Affectation des Ressources Financières

Les analyses relatives à l’iniquité se manifestent à plusieurs niveaux et touchent principalement le recours (et l’utilisation) aux services de soins du MS, le financement de ces services par les ménages ainsi qu’à la

4.1.5.1 Le Recours aux Soins et Financement des Prestations des Formations de Soins du MS par les Ménages

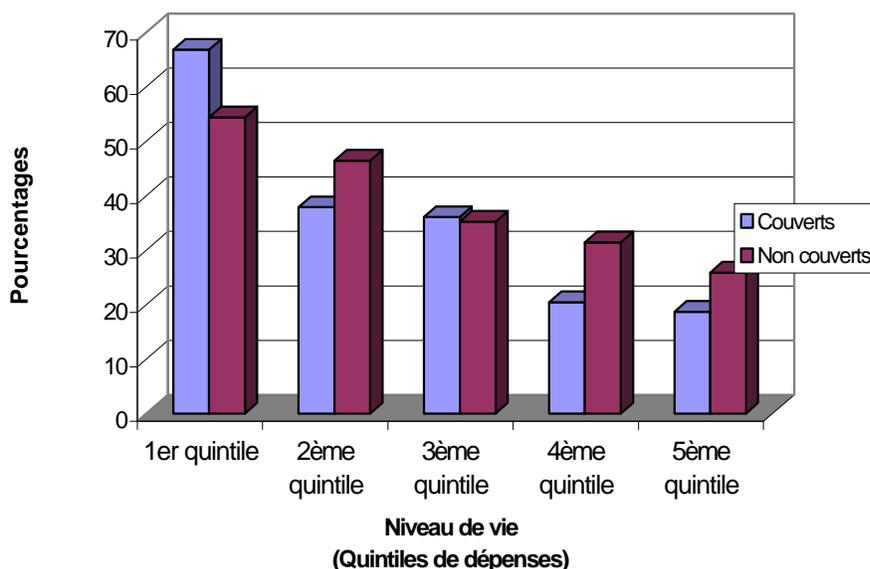
Avant d’aborder le recours aux soins des formations sanitaires du MS, on peut noter qu’au niveau national, le taux de consultation des personnes déclarées malades s’est établi, selon l’ENNVM 1998/99, à 65,5%. Plus du tiers de la population malade s’abstient de se faire soigner. Une analyse plus poussée permet de soulever des écarts importants entre les différentes strates de la population dus, entre autres, à des problèmes d’accessibilité financière et/ou physique. En effet, la demande insatisfaite est de 2,4 fois plus élevée chez les malades les plus pauvres (54,9%) que chez les plus riches (23,1%).

Tableau 9 : Le non-recours aux soins selon le milieu de résidence, le niveau de vie et la couverture médicale, 1998/99

	Niveau de résidence		Niveau de vie (Quintiles de dépenses)					Couverture médicale	
	Urbain	Rural	1er quintile (20% les plus pauvres)	2ème quintile	3ème quintile	4ème quintile	5ème quintile (20% les plus riches)	Couverts	Non couverts
<i>aux de non recours</i>	28,63	44,01	54,93	46,16	35,3	29,34	23,06	21,67	37,26

Cependant si la différence entre le taux de consultation chez les couverts et les non couverts par une assurance maladie est faible, l’écart est plus important, au sein de ces deux groupes, entre les 20% de la population les plus pauvres et les 20% de la population les plus riches.

Graphique 12 : Taux de non recours selon la couverture médicale et le niveau de vie

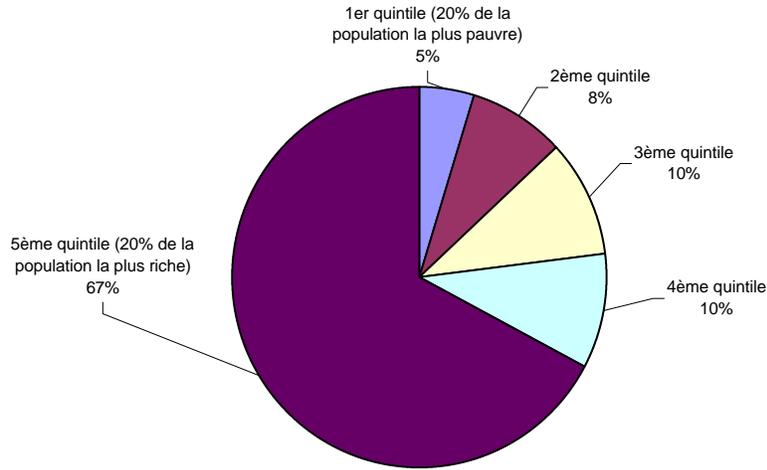


L'écart est assez important également entre le recours chez les malades ruraux et urbains. Les premiers recourent moins souvent (56%) que les seconds (71,4%) aux services de soins de santé. En outre, ces derniers, pour se faire soigner, doivent parcourir une distance 3 fois plus élevée que les urbains. Cet écart est élevé pour ce qui concerne les formations de soins du MS (dispensaires, centres de santé et hôpitaux publics) puisque la distance qui sépare le domicile des personnes malades et ces formations sanitaires est 4 à 6 fois plus élevée dans le milieu rural que dans le milieu urbain.

Les résultats de l'ENNVM 1998/99 permet d'établir que ce sont les plus riches qui utilisent les services de soins de santé dispensés par les hôpitaux publics, surtout si l'on ne prend en considération que les patients non couverts par une assurance maladie dont les dépenses ne sont pas remboursées (voir graphique 13). En effet, 67% des services dispensés gratuitement par les hôpitaux publics aux personnes non couvertes bénéficient aux individus aisés (5^{ème} quintile), contre seulement 4,8% aux plus pauvres (1^{er} quintile).

Par ailleurs, les soins de santé dispensés dans les établissements de soins de santé de base sont, en principe, gratuits, particulièrement pour la population à faible revenu. Cependant, les 20% de la population la plus pauvre dépensent en moyenne 28 DH pour chaque consultation environ. Cette dépense augmente avec l'élévation du niveau de vie pour atteindre un peu plus de 100 DH pour le quintile le plus élevé.

Graphique 13 : Structure de la population malade et non couverte par une assurance maladie ayant utilisé gratuitement des soins dispensés par l'hôpital public

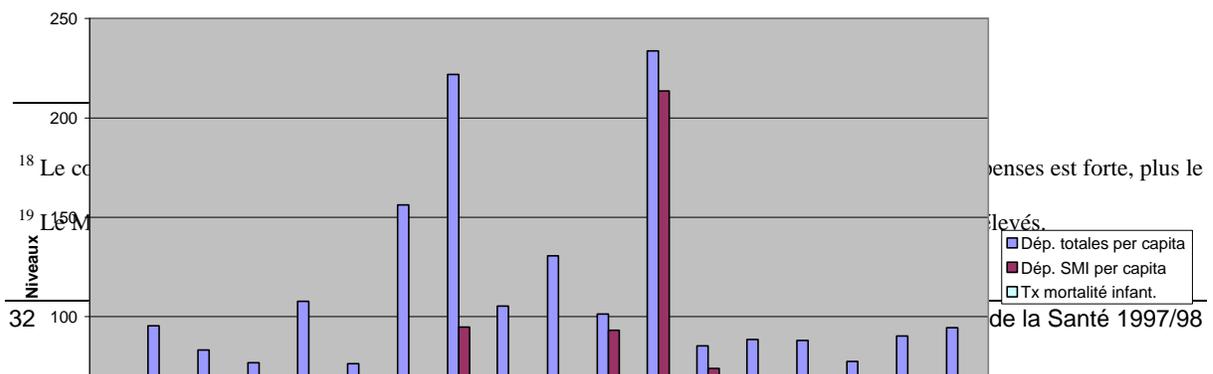


4.1.5.2 Quelques Problèmes de Répartition des Ressources

Comme le montre le graphique 14, les dépenses globales du MS (hors CHU, Instituts et Laboratoires Nationaux) per capita et par région montre des disparités assez importantes. Même s'il n'y a pas de concentration significative de dépenses (le coefficient de Gini¹⁸ est égal à 10%) en raison de la faible densité de la population dans les provinces et préfectures relativement favorisées (principalement les régions de l'extrême Sud), le problème de la répartition des ressources financières reste posé. En effet, comme le rappelle la Stratégie Sectorielle de Santé (DPRF, 1999), « ...la répartition des crédits entre les différentes provinces et les divers établissements et services du MS a été toujours influencée par des considérations historiques et par des rapports de force que par des critères pertinents et objectifs. L'absence de ces critères a engendré des iniquités, démotivé les défavorisés et couvert les mauvais gestionnaires.

Le même constat peut être fait pour les dépenses en prestations de Santé Maternelle et Infantile (SMI)¹⁹ par rapport à la population cible (femmes en âge de procréer et enfants de moins de cinq ans). Cependant, à ce niveau, les disparités sont légèrement plus importantes et le coefficient de concentration de Gini passe à 18%. Ces disparités sont difficilement justifiables en raison non seulement de leur importance quantitative, mais surtout de leur décalage par rapport à des indicateurs clés comme le taux de mortalité infantile. Une région comme Taza-Al Hoceima-Taounate bénéficie de 21,7 DH par personne cible avec un taux de mortalité infantile de 54,9‰; contre 213,5 DH pour la région de Oued Eddahab avec un taux de mortalité infantile de 22,9‰.

Graphique 14 : Dépenses globales per capita, dépenses en SMI et taux de mortalité infantile par



4.2 Situation de la Couverture Médicale

L'assurance maladie au Maroc est facultative. Elle ne couvre que 16,4% de la population marocaine totale (voir tableau 10) dont l'écrasante majorité est citadine. Plus des deux-tiers de la population couverte sont des agents de l'Etat ou assimilés ainsi que leurs ayants droit.

4.2.1 Population Couverte

Cette couverture médicale est assurée par plusieurs institutions :

- > Les mutuelles des agents publics et assimilés qui sont au nombre de neuf (Forces Armées Royales, Poste, Enseignement, Administration Centrale, Collectivités Locales, Forces Auxiliaires, Police, Office d'Exploitation des Ports, Douanes) sont chapeautées par la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) qui gère pour leur compte l'assurance maladie du secteur commun (elle s'occupe également de la perception des cotisations des employeurs, du tiers payant, des œuvres sociales, de la signature des conventions avec les prestataires de soins...) Ces mutuelles couvrent les salariés et les retraités ainsi que leurs ayants droit. Le taux de couverture des prestations assurées est assez élevé. Cependant, des distorsions entre les tarifs de responsabilité et les prix du marché ne permettent à ces mutuelles de ne couvrir que 50%, en moyenne, du coût réel des prestations prises en charge. Le financement de cette prise en charge s'effectue essentiellement par des cotisations : près de 6% pour les actifs (2,5% à la charge des salariés) et 1,7% pour les

- > Les mutuelles internes (régimes internes) sont des assurances maladie offertes et gérées par des Etablissements et Entreprises Publics (OCP, ONCF, CNSS, RAM, Régie des Tabacs, Bank Al Maghrib, Banque Populaire...) au profit de leurs employés. Les cotisations varient d'un établissement à l'autre. Mais, en général, la part patronale dépasse celle des salariés. Il arrive parfois que ces derniers ne cotisent aucunement (cas des employés actifs de l'OCP). Les taux de remboursement varient également. D'une manière générale, la couverture est beaucoup plus généreuse que celle des mutuelles du secteur public.

CNOPS*	950 794 000	907 919 000	42 875 000	950 794 000	307	293	307
CMIM	103 949 000	97 313 000	6 178 000	103 491 000	1 732	1 622	1 725
Régimes internes	599 344 683	604 418 090	9 251 576	613 669 666	1 102	1 111	1 128
Compagnies d'assurance	546 410 000	663 662 058	109 282 000	772 944 058	670	814	948
Total	2 200 497 683	2 273 312 148	167 586 576	2 440 898 724	487	504	541

* L'équilibre financier de la CNOPS est artificiel.

4.2.3 Charge de la Couverture Médicale

Seront analysés dans ce point, les paiements effectués par les divers régimes d'assurance maladie facultative dans le cadre du système du tiers payant ainsi que la structure des charges totales de ces régimes en dehors des dépenses administratives. Ces charges se composent des paiements directs (tiers payant) et des

4.2.3.1 Les Paiements Directs des Prestataires (Tiers Payan)

Dans le cadre du système du tiers payant, ce sont les établissements hospitaliers privés qui bénéficient des flux les plus importants (près des deux-tiers), en particulier les cliniques privées qui reçoivent près de 51% de l'ensemble des paiements.

En dépit de la faible participation de la CNOPS, la part des cabinets privés est assez importante. Il s'agit surtout des cabinets de radiologie et des laboratoires d'analyses qui signent des conventions avec les différents

Les hôpitaux publics, quant à eux, bénéficient à peine de 6,2% de l'ensemble des paiements directs des organismes gestionnaires des divers régimes d'assurance maladie.

Tableau 12 : Paiements des prestataires dans le cadre du système du tiers payant, 1997/98

Prestataires	Montants en DH					%
	CNOPS	CMIM	Rég. Inter.	Ass. Priv.	Ensemble	
Hôpitaux publics	48 321 600	0	3 070 265	1 144 740	52 536 605	6,2%
<i>CHU</i>	36 967 600	0	ND	ND	36 967 600	
<i>Autres hôpitaux</i>	11 354 000	0	ND	ND	11 354 000	
Instituts et Labo. Nationaux	ND	ND	3 936	ND	3 936	0,0%
Polycliniques de la CNSS	473 100	1 686 946	40 009 873	20 469 697	62 639 615	7,4%
Cliniques et cabinets des Mutuelles	62 805 100	1 825 000	13 248	0	64 643 348	7,6%
Cliniques privées & assimilés	255 259 800	16 871 054	72 582 923	85 031 805	429 745 582	50,7%
Cabinets privés (yc radiologie et Labo.)	26 092 500	11 775 000	50 887 546	59 347 182	148 102 228	17,5%
Autres prestataires	77 994 800	0	11 144 078	0	89 138 878	10,5%
Total	470 946 900	32 158 000	177 711 869	165 993 424	846 810 193	100,0%

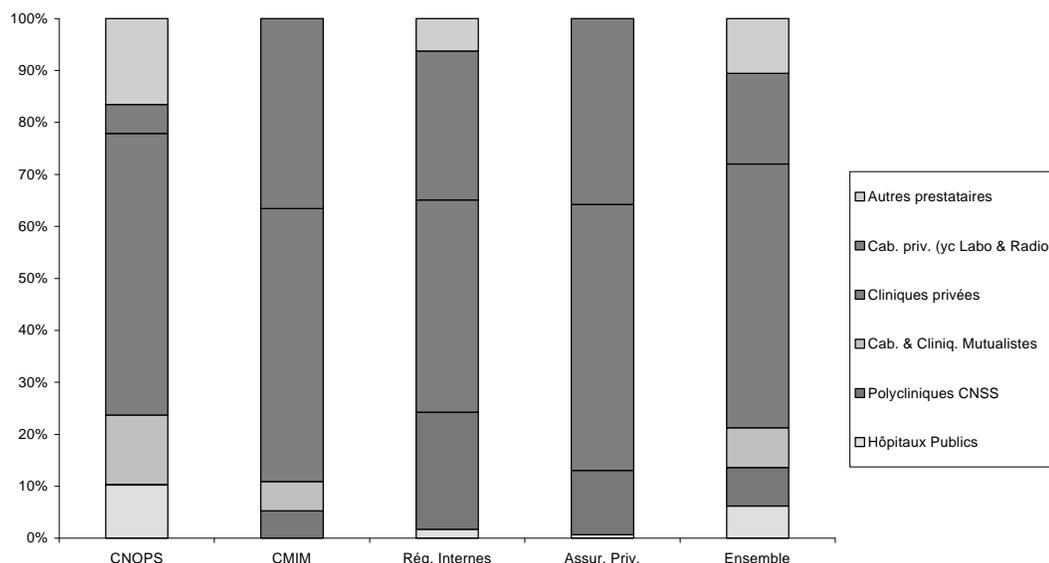
ND : le système d'information des institutions concernées ne permet pas de préciser les paiements effectués au profit des Instituts et Laboratoires Nationaux et ne fait pas de distinction entre les CHU et les autres hôpitaux du MS.

Les priorités de chaque régime et ses propres conventions avec les prestataires sous-tendent la part des

:

- > La CNOPS a peu de conventions avec les cabinets privés (5,5%). Ses paiements vont principalement aux cliniques privées (54,2%) et dans une moindre mesure aux cliniques & cabinets des mutuelles (13,3%) et les hôpitaux publics (10,3% ; 7,8% aux CHU et 2,4% aux restes des hôpitaux du MS).
- > Les autres régimes donnent plus d'importance aux soins ambulatoires. La part des cabinets privés va de 28,6% (régimes internes) à 36,6% (CMIM et compagnies d'assurance). La part de l'hôpital public est très négligeable, voire nulle (la CMIM n'a pas de conventions avec

Graphique 15 : Parts des prestataires dans le système du tiers payant, 1997/98



4.2.3.2 Niveaux des Prestations Couvertes par les Différents Régimes d'Assurance Maladie

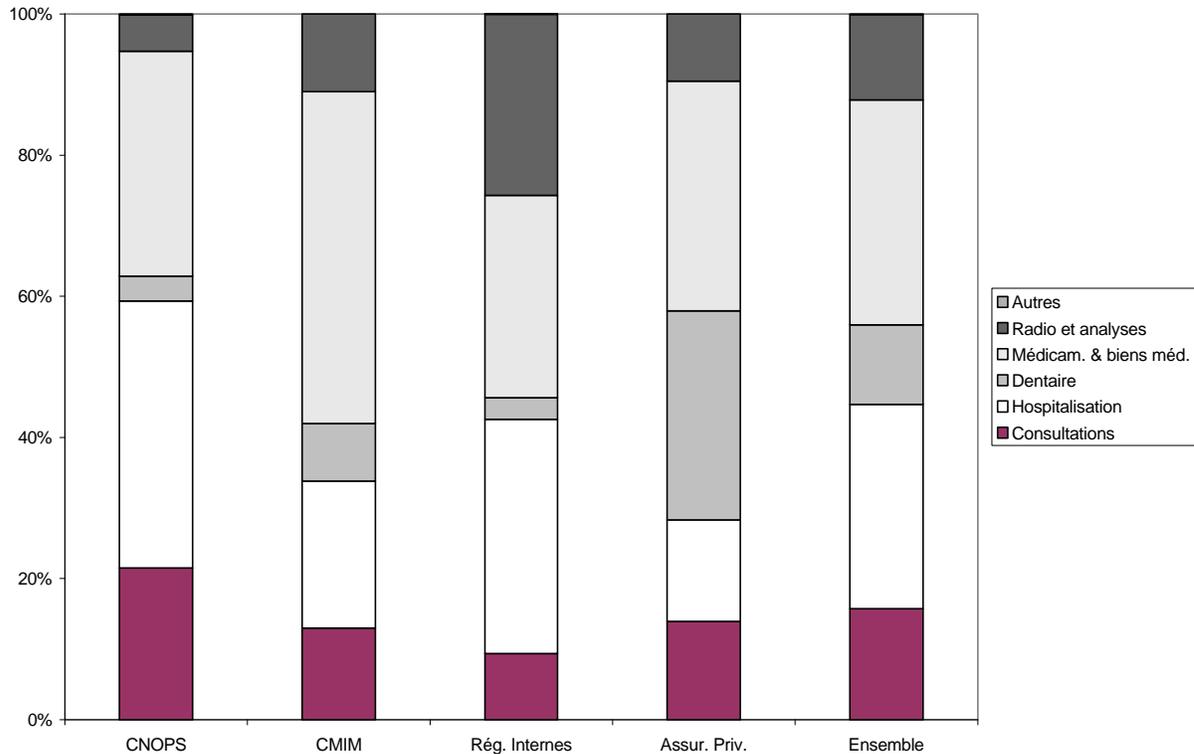
La part des médicaments et des biens médicaux dans les charges totales (hors administration) de la couverture médicale atteint près de 32%. Ils sont suivis de l'hospitalisation dont le poids est équivalent à 29% de ces charges. Les soins et prestations ambulatoires atteignent ensemble 39% : 15,7% pour les consultations ; 12,1% pour les analyses et examens des cabinets de radiologie et des laboratoires d'analyses médicales ; 11,2% pour les soins dentaires.

Tableau 13 : Montants des charges (tiers payant et remboursements) supportées par les régimes d'assurance maladie facultative, 1997/98

Catégories de prestations	Montants en DH					%
	CNOPS	CMIM	Rég. Inter.	Assur. Priv.	Ensemble	
Consultations et autres actes ambulat.	195 202 585	12 644 851	56 652 209	92 406 423	356 906 068	15,7%
Hospitalisation	343 193 382	20 241 104	200 635 590	95 370 974	659 441 050	29,0%
Dentaire	32 412 708	7 979 666	18 550 383	196 575 696	255 518 454	11,2%
Pharmacie	267 836 105	37 173 566	147 434 062	166 001 325	618 445 058	27,2%
Biens médicaux hors médicaments	21 790 056	8 563 544	26 017 776	50 110 006	106 481 381	4,7%
Radio et analyses	46 303 869	10 704 430	155 008 352	63 144 472	275 161 123	12,1%
Autres	1 180 295	5 839	119 718	53 163	1 359 015	0,1%
Total	907 919 000	97 313 000	604 418 090	663 662 058	2 273 312 148	100,0%

A l'exception, du poste Pharmacie et biens médicaux qui représente pas moins du quart des dépenses pour tous les régimes, la part des autres prestations varie selon l'organisme gestionnaire. La CNOPS (et mutuelles du secteur public) et les régimes internes consacrent une bonne partie de leurs dépenses à l'hospitalisation (respectivement 37,8% et 33,2%). Par contre, la part la plus importante dans les dépenses des compagnies d'assurance (en dehors de la Pharmacie et des biens médicaux) va aux soins dentaires avec 29,6% de ces dépenses. Par ailleurs, on peut noter le poids exceptionnellement élevé du Poste Radiologie et Analyses Médicales dans les dépenses des régimes internes (25,6%).

Graphique 16 : Prestations couvertes par les différents régimes d'assurance maladie facultative, 1997/98



5. Financement de la Santé Maternelle et Infantile

En dehors des facteurs extra-sanitaires (éducation, eau potable, assainissement de base, routes, alimentation...), les problèmes posés par l'envergure et l'organisation de l'offre de soins (couverture sanitaire réduite, mauvaise répartition de l'offre, financement insuffisant, problèmes de référence, ...) ne permettent d'assurer ni une solide surveillance de la grossesse et de l'accouchement ni un bon suivi médical des enfants. Ce qui se traduit par des taux de mortalité élevés pour la mère et l'enfant.

En effet, en dépit d'un recul assez important de la mortalité maternelle et infantile (voir tableau ci-dessous), les taux constatés au Maroc demeurent élevés par rapport à des pays au même développement économique tels que la Tunisie, la Jordanie ou le Liban²⁰...

Tableau 14 : Evolution des taux de mortalité relatifs à la mère et à l'enfant

	Quotient de mortalité néonatale	Quotient de mortalité post-néonatale	Quotient de mortalité infantile	Quotient de mortalité juvénile	Mortalité maternelle (pour 100.000 NV)
Début des années 80	41,1‰	32,2‰	73,3‰	38,7‰	404
Début des années 90	34‰	29,2‰	63,1‰	22,1‰	332
1997	19,7‰	16,9‰	36,6‰	9,8‰	228

Sources: Enquêtes ENPS I (SEIS/DPRF/MS, 1987), ENPS II (SEIS/DPRF/MS, 1992), ENSME (SEIS/DPRF/MS, 1997)

En raison de cette importance que revêt la santé maternelle et infantile (SMI) qui constitue l'une des priorités de santé publique (Plan quinquennal 2000-2004), il était nécessaire d'admettre ce volet dans les CNS en tant qu'activités isolées. L'objectif en est double :

- > Quantifier, même grossièrement, les dépenses liées à la SMI afin d'étudier son envergure en absolu
- > Fixer et déterminer une première base de comparaison. En effet, l'élaboration des prochains CNS à la fin du Plan quinquennal en cours (2000-2004) va permettre d'opérer, d'une part, une analyse comparative entre les données actuelles (1997/98) et futures (probablement 2002/2003), et d'autre part, une étude de la relation entre l'évolution du financement de la SMI, de celle des facteurs déterminants et des indicateurs de mortalité liés à la SMI.

Ainsi, lors de la conception de la méthodologie des CNS, des questionnaires et des tableaux de base, il a été pris en compte de cette préoccupation. En dehors du Ministère de la Santé (MS), deux institutions ont

²⁰ Le taux de mortalité maternelle dans ces trois pays est le suivant : 170 pour 100.000 NV en Tunisie, 150 en Jordanie et 104 au Liban. Quant au quotient de mortalité infantile, il est de 30‰ en Tunisie, la Jordanie 26‰ et le Liban 29‰ (OMS, 1999)

répondu, partiellement ou totalement, aux questions qui leur ont été posées à ce niveau. Il s'agit des pays et organismes internationaux donateurs (Coopération Internationale) et des organismes d'assurance maladie.

Pour ces deux groupes d'institutions, les questions étaient simples et les réponses assez faciles. Cependant, pour le MS, la tâche n'a pas été si aisée. Il a fallu élaborer des tableaux spécifiques afin d'isoler les activités liées directement à la SMI. Aussi, les dépenses hospitalières, hors salaires, furent-elles réparties par services et unités de soins et les dépenses, hors salaires, des soins ambulatoires préventifs par Programme. Ceci a permis de séparer le volet SMI, au sens strict, des autres activités. Elles furent regroupées dans un bloc :

- > Services hospitaliers : Maternité et Pédiatrie
- > Programmes de santé publique : Programme National d'Immunisation, Planification Familiale, Programme de Surveillance de la Grossesse et de l'Accouchement, Programme de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques, Programme de Lutte contre les Maladies de Carence, Programme de Lutte contre les Infections Respiratoires Aiguës.

A ces dépenses, s'ajoutent les rémunérations des personnels dont la répartition entre les divers services (pour l'hôpital) et les Programmes de Santé Publique (pour les soins ambulatoires) est effectuée proportionnellement aux dépenses récurrentes. Ainsi, les montants qui seront mentionnés ci-dessous pour le MS comprennent les dépenses récurrentes, l'investissement et les salaires.

: le financement des activités de SMI du Ministère de la Santé (1), la prise en charge des dépenses de SMI par les organismes d'assurance maladie (2), le rôle des donateurs étrangers (coopération internationale) dans le financement des activités de SMI (3) et enfin le comportement et les dépenses des ménages en matière de SMI (4).

5.1 Le financement de la SMI par le Ministère de la Santé

Selon la définition précisée ci-dessus, les dépenses des activités de SMI s'élèvent à près de 533 millions de DH. Soit, 19 DH par habitant et 55 DH par personne cible (femmes en âge de procréer et enfants de moins de cinq ans). Ces dépenses représentent un peu plus de 16% des dépenses totales du Ministère de la Santé (CHU compris).

La composante principale de ces dépenses demeurent les Programmes de santé publique qui y représentent 52% contre 25% pour les Maternités et 23% pour les services de Pédiatrie.

Le poids des CHU dans les dépenses de SMI est important. En effet, leur part dans les dépenses totales des Maternités dépasse 24%. Ce pourcentage double (48%) pour leur participation aux dépenses totales des services de Pédiatrie. Cette différence entre ces deux parts s'explique essentiellement par la taille des services concernés. Les unités de Pédiatrie des CHU représentent plus de 39% de la capacité litière totale de l'ensemble des services de Pédiatrie du pays. Ce taux passe à seulement 16,8% pour les services de Maternité²¹.

En outre, l'analyse du poids de chaque composante par rapport au total des dépenses du groupe à laquelle elle appartient, fait ressortir les constats suivants :

- > Les dépenses des services de Maternité et de Pédiatrie constituent 14,6% de l'ensemble des dépenses des hôpitaux (voir tableau ci-dessous). Cette situation diffère selon le statut des hôpitaux concernés. Pour les CHU, cette part s'élève à 15,4% contre 14,2% pour les autres

²¹ Il est à noter également que le pourcentage des accouchements dans les CHU ne représentent que 12% de l'ensemble des accouchements dans le milieu hospitalier.

hôpitaux du MS.

- > La part conjointe des dépenses des services de Maternité et de Pédiatrie (14,6%) est dépassée par celle des charges administratives des hôpitaux (16,9%). Cependant, comme le montre le tableau ci-dessous, cette différence est plus accentuée aux CHU où les dépenses de ces deux services n'atteignent que 15,4% contre 22,2% pour celles de l'administration.

Tableau 15° : Poids des dépenses des services de Maternité et de Pédiatrie dans les dépenses totale de l'ensemble des hôpitaux, en DH courants, 1997/98

	CHU		Hors CHU		Ensemble	
	Valeurs	%	Valeurs	%	Valeurs	%
	Maternité (M)	32.267.225	5,4	100.014.927	8,6	132.282.152
Pédiatrie (P)	59.069.121	10	64.264.479	5,5	123.333.600	7
Ensemble (M+P)	91.336.346	15,4	164.279.406	14,2	255.615.752	14,6
Administration	131.251.314	22,2	164.842.502	14,2	296.093.816	16,9
Autres services	368.832.162	62,4	830.392.743	71,6	1.199.224.905	68,5
Total	591.419.822	100	1.159.514.651	100	1.750.934.473	100

- > Le poids des Programmes liés à la SMI atteint pratiquement 62% de la totalité des dépenses de l'ensemble des Programmes de santé publique. Ce qui représente un pourcentage assez important surtout que des Programmes comme la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles et SIDA ainsi que l'Education Sanitaire ne sont pas admis dans la définition retenue ici pour les activités SMI.

5.2 Prise en charge des dépenses liées à la SMI par les organismes d'assurance maladie

La prise en charge des dépenses liées à la SMI par les divers régimes facultatifs d'assurance maladie au Maroc est hétérogène. Elle varie selon les régimes et quelques fois au sein de ceux-ci en fonction des structures gestionnaires.

Pour les mutuelles des employés du secteur public, les adhérents et leurs ayants droit sont pénalisés par des distorsions importantes entre les prix de référence (tarifs de responsabilité) et ceux du marché pour les soins ambulatoires. D'où l'impact négatif sur le recours aux soins préventifs et curatifs liés à la SMI. Ceci est exacerbé par les retards de remboursement qui s'étalent, en général, entre douze et vingt-quatre mois.

Le cas des mutuelles privées (CMIM et Caisse des Etablissements et Entreprises Publiques) est à l'opposé des mutuelles des employés du secteur public. En général, la prise en charge est assez bonne. La CMIM par exemple applique un taux de remboursement pour les vaccins compris entre 80% et 85% ; pour l'accouchement, normal ou par césarienne, la caisse utilise le système du tiers payant pour un taux intégral de prise en charge (100%).

La situation des compagnies d'assurance privées est assez disparate. Mais, en général, la prise en charge des frais liés à la SMI est modeste. A titre illustratif :

- > Les frais pré et post natals ne sont pas systématiquement assurés et lorsqu'ils le sont, ils restent limités au forfait maternité (en moyenne entre 1000 DH et 2000 DH).
- > Les fausses couches et les frais de la couveuse sont souvent non couverts.

En fait, en dehors des mutuelles privées, l'assurance maladie facultative au Maroc reste dominé par :

- > Une logique d'assurance et non de couverture médicale au sens strict qui établit le lien entre l'assurance maladie et les priorités de santé ; le MS n'a aucun droit de regard sur ce que font les assureurs.
- > La crise de la Mutualité Publique qui demeure liée au financement et au laxisme de l'Etat

C'est principalement pour ces raisons que la prise en charge de la SMI par les organismes d'assurance maladie est, en général, indigente. C'est pour cela que, par exemple, le quart des femmes qui bénéficient d'une assurance maladie n'effectuent aucune visite prénatale, ni près d'un médecin, ni d'un infirmier, durant leur grossesse (voir point 4.1.2.).

5.3 Rôle de la Coopération Internationale dans le Financement des Activités de SMI

D'une manière générale, les organisations internationales et les pays donateurs donnent beaucoup d'importance à la SMI puisqu'ils y consacrent près de 93,4 millions de DH, soit, en moyenne, près de 62,1% de leurs aides au système de santé (150,4 millions de DH). Ce financement est presque l'équivalent du cinquième

Le principal bénéficiaire est, bien évidemment, le MS qui bénéficie de 95,5% du financement de la coopération internationale destiné à la SMI, contre 1,5% pour les autres Ministères, 1,3% pour les Collectivités Locales et 1,7% pour les médecins privés. Au sein du MS, c'est le réseau de soins de santé de base (RSSB) qui hérite de la part la plus importante, avec 69,5%, suivi par les hôpitaux (24,4%), les CHU (1%) et les Instituts et Laboratoires Nationaux (0,5%).

L'analyse de la structure fonctionnelle de ce financement laisse apparaître une très forte part pour les soins ambulatoires, avec 55,4% (54,1% pour les soins préventifs et 1,3% pour les soins curatifs). Les soins hospitaliers, quant à eux, bénéficient de 23,6% alors que la prévention sanitaire collective et la formation profitent respectivement de 10,9% et 10% de ces aides.

Le financement de la SMI par la coopération internationale privilégie des dépenses en médicaments (et biens médicaux) et équipements. Leurs parts respectives, dans ce financement, s'élèvent à 37,6% et 36,3%. Quant aux autres dépenses, leurs poids respectifs sont beaucoup moins importants : services et expertise (12,5%), biens hors médicaments (9,4%), immobilisations hors équipements (4,2%).

5.4 Analyse des Comportements et dépenses des Ménages en Matière de SMI

Cette analyse essaie de dégager les principaux résultats concernant le comportement et les dépenses des ménages en matière de SMI à travers l'identification des sources de différenciation (spatiale, économique, ...). Les variables retenues sont le sexe, le milieu de résidence, le niveau éducatif, la couverture médicale et le niveau de vie à travers les dépenses annuelles du ménage.

» pour la santé maternelle et l'allaitement de leurs enfants. L'enquête qui a été réalisée en 1990/1991 a été également utilisée dans le but de soulever l'évolution des indicateurs retenus dans

5.4.1 Santé maternelle

5.4.1.1 Maladie de l'appareil génital

Dans cette section, les données sont relatives à la morbidité liée à l'appareil génital perçue, déclarée et qui engendre un recours aux services de la médecine moderne ou traditionnelle. Il n'est donc pas possible d'apprécier, à travers le taux de consultation pour les personnes²² atteintes de maladies de l'appareil génital, le recours aux soins et d'en comprendre les facteurs déterminants en raison de la non prise en compte des personnes ne faisant pas appel aux services des prestataires (modernes soient ils ou traditionnels).

a) Quelques données sur les consultations

D'après les données de l'ENNVM de 1998/99, le nombre de femmes ayant consulté un professionnel de santé à cause d'une maladie de l'appareil génital est largement supérieur à celui des hommes. Leur part est 5 fois plus élevée (84,2% contre 15,8%). Cette structure reste toujours valable quel que soit le milieu de

En valeurs absolues, le nombre de personnes atteintes (quelque soit le sexe) ayant consulté est deux fois plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural. Ceci est dû éventuellement à la différence de perception de la maladie dans les deux milieux ainsi qu'aux problèmes liés à l'accessibilité aux soins.

Chez les femmes ayant eu recours, comme on peut s'y attendre, la proportion des femmes en âge de procréation est dominante (77% contre 23% pour le reste). Toutefois, plus on avance dans l'âge, plus la part des consultations des femmes urbaines diminue : 73,4% pour les femmes en âge de procréation (FAP), 56,2% pour les femmes entre 50 et 55 ans et 27% pour les femmes de plus de 55 ans (en regroupant les deux dernières tranches, ce pourcentage atteint 42,6%).

Au niveau du degré de sévérité de la maladie, on constate que la totalité des hommes ayant consulté ne souffrent que de maladies passagères alors que 17,6% des femmes ayant consulté souffrent de maladies chroniques.

b) Lieu des consultations

Cinq lieux de consultations sont concernés à ce niveau :

- > Le réseau de soins de santé de base du MS : concerné par 13,6% des consultations. Les caractéristiques de la population qui recourt à ce type de formation sont les suivantes :

²² Nous avons également considéré les maladies de l'appareil génital chez les hommes qui ont aussi la reproduction.

- Î 7,3% sont des personnes de sexe masculin d'origine rurale ne souffrant que de maladies passagères²³.
 - Î 92,7% sont des personnes de sexe féminin dont 47,4% sont issues du milieu urbain. Dans ce milieu, toutes les femmes concernées sont en âge de procréation et atteintes d'une maladie passagère. Dans le milieu rural, les FAP représentent 84,6% dont 4 femmes sur 10 souffrent d'une maladie chronique. Le reste (15,4%) concerne les femmes âgées de plus de 55 ans ne souffrant que de maladies passagères.
- > Les hôpitaux publics (MS) : les consultations à ce niveau représentent près de 27,3% du total. L'hôpital public est fréquenté essentiellement par des femmes (83,2%) dont 71,9% sont d'origine urbaine. Dans ce milieu, 86,7% sont en âge de procréation contre 69,7% dans le milieu rural. Les femmes ayant recours aux services de l'hôpital public sont atteintes dans 21,9% des cas de maladies chroniques. Par ailleurs, les hommes fréquentant l'hôpital public
 - > Cabinets privés : accaparent 56,9% des consultations. Ils sont fréquentés à hauteur de 83,9% par des femmes dont plus de 78% sont issues du milieu urbain contre 72,3% pour les hommes. Chez les femmes, le pourcentage des FAP atteint 97,6% dans le milieu urbain et seulement 88,5% dans le milieu rural. Les maladies chroniques touchent près de 16% des femmes qui ont consulté des médecins privés. Il faut préciser à ce niveau qu'il s'agit exclusivement des femmes âgées de plus de 55 ans.

Les consultations effectuées à tous les niveaux cités ci-dessus, quels que soient le sexe et le lieu de résidence, sont assurées en totalité par des médecins.

- > Guérisseurs et fkihs : concernés par 1,1% des consultations. Ils sont fréquentés uniquement par des FAP d'origine rurale et atteintes de maladies passagères.
- > A domicile : la part des consultations effectuées à ce niveau atteint 1,1%. Il s'agit surtout des personnes de sexe masculin d'origine rurale. Leurs soins ne sont pas prodigués par des

En résumé, le réseau de soins de santé de base est fréquenté beaucoup plus par une population rurale qui ne dispose pas souvent d'autres choix (en dehors de la médecine traditionnelle) soit en raison de l'éloignement des hôpitaux, soit en raison de la cherté des soins dans le secteur privé.

c) Accessibilité financière

La part des personnes couverte par une assurance maladie dans la population ayant consulté suite à une maladie de l'appareil génital ne dépasse pas 7,1% (56,4% sont des femmes). Cependant, le taux de femmes couvertes par rapport à la population féminine ayant consulté atteint à peine 4,4%. Ce même pourcentage atteint 21,4% chez les hommes. Par conséquent, dans la population (ayant consulté) non couverte, la part des femmes est de 88,6%.

Les personnes ayant consulté le secteur privé (guérisseurs et fkihs compris) ne disposant pas de couverture médicale représentent près de 100% pour les hommes et 81,2% pour les femmes.

²³ Dans le questionnaire de l'ENNVM, les termes passager et chronique sont spécifiés. Les maladies passagères ou de courte durée (rhume, toux, diarrhées...) disparaissent avec un simple traitement par opposition aux maladies chroniques (diabète, cancer, maladies gastriques...) qui demandent une durée très longue et un traitement continu pour la guérison.

²⁴ L'accouchement avec complication a une durée d'hospitalisation supérieure à trois jours.

L'assistance à l'accouchement (tous lieux confondus) se fait, par ordre d'importance, par les Kabla » (32,1%), les sages femmes (20,6%), les personnes proches (17,7%), les médecins (11,3%), les infirmières hors sages femmes (10,1%), les accoucheuses formées (5,6%), aucune personne (1,6%) et autre (1%).

Chez les femmes qui accouchent à domicile, cette structure change au détriment des professionnels de santé modernes. Ainsi, l'assistance aux femmes accouchant à domicile se fait surtout par les Kablas (58,3%) et les personnes proches (31,7%). La part des médecins n'est que de 1%, celle des sages femmes 1,8%, les infirmières 1,5%, les accoucheuses formées 2,7%, autres 1,6%. Il est important de noter que 2,2% de ces

Le choix, souvent obligé, du lieu d'accouchement est déterminé par le milieu de résidence et la solvabilité du ménage (adhésion à un régime de couverture médicale et niveau de vie).

Premièrement, les femmes issues du milieu rural accouchent plutôt à domicile (78,7%). Et lorsqu'elles choisissent un milieu surveillé, elles recourent plus à l'hôpital (19,2%) qu'aux autres structures de base du MS (1,7%), cliniques privées (0,3%) et autres (0,1%). Les femmes citadines, quant à elles, optent, par ordre de grandeur, pour l'hôpital public (60,2%), domicile (28%), cliniques privées (9,7%), soins de santé de base du MS (1,8%) et autres (0,3%).

Deuxièmement, les femmes non couvertes par une assurance maladie accouchent surtout dans des formations où les dépenses sont quasi-nulles ou faibles (60,7% à domicile, 35,3% à l'hôpital public et 1,8% au réseau de soins de santé de base du MS). Seuls 2,1% des femmes non couvertes recourent aux services des cliniques privées contre 17,7% pour celles qui ont une couverture médicale. Toutefois, 26,7% de ces dernières accouchent à domicile. S'agit-il d'un problème de qualité de la couverture médicale, d'un manque de confiance dans les services de soins (publics et privés) ou simplement d'une tradition/habitude qui persiste ?

Troisièmement, l'analyse au travers du niveau de vie des ménages indique une corrélation claire entre les capacités économiques des femmes qui accouchent et le lieu de l'accouchement. En effet, une amélioration du niveau de vie (mesuré par celui des dépenses) entraîne une baisse de la part des accouchements à domicile (82,3% et 19,7% respectivement pour le premier et le dernier quintile) et une augmentation de ceux pratiqués dans un milieu surveillé (cette dernière relation reste très forte pour les cliniques privées : 0% pour le premier quintile et 23,5% pour le cinquième). Il est important de noter ici que, contrairement à ce qu'on pouvait croire, ce sont plutôt les ménages les plus aisés qui utilisent les services obstétricaux des hôpitaux publics : la part des femmes appartenant au premier et au deuxième quintile n'est que de 10,6% et 19,7% alors que celles des trois derniers quintiles monte respectivement à 23,2%, 24,5% et 22%.

b) Dépenses liées à l'accouchement en milieu hospitalier

L'analyse des dépenses effectuées pour des accouchements en milieu hospitalier soulève que la part des accouchements payés à ce niveau a connu une augmentation en passant de 66,7% à 73,4% entre 1990/91 et 1998/99. Cet accroissement a profité beaucoup plus aux hôpitaux publics (69,7% en 1998/99 contre 61,5% en 1990/91) qu'aux autres structures hospitalières privées. En effet, une grande proportion des hôpitaux publics, qui est passée au mode de gestion SEGMA, a amélioré son système de recouvrement.

Au niveau des cliniques mutualistes, la part des accouchements payés est passée de 75% à 81,1% respectivement en 1990/91 et 1998/99, et de 90% à 94,1% pour les cliniques privées. Néanmoins, l'accouchement dans un hôpital public demeure le moins cher (336 DHs) ; alors que les femmes doivent dépenser 2140 DHs pour les accouchements effectués dans les cliniques privées²⁶.

²⁵ L'ENNVM 90/91 n'admettait pas le réseau ambulatoire public parmi les modalités de réponse.

²⁶ La dépense moyenne par accouchement dans les cliniques mutualistes est de 145 DHs. Cependant, ce montant ne peut être comparé aux dépenses dans les autres formations hospitalières en raison du caractère spécial des cliniques mutualistes dont les services profitent, en général, aux bénéficiaires des mutuelles et qui ne paient que le ticket modérateur.

Urbain :	6,9
Rural	9,7
Ensemble	8,0
Dépenses (quintiles 98/99) :	
Moins de 3404 DHs	9,7
De 3404 à moins de 4912 DHs	8,8
De 4912 à moins de 6805 DHs	8,0

²⁷ Un peu plus de 15% de la population marocaine bénéficient d'un régime d'assurance maladie.

²⁸ Il peut aussi s'agir de mesures anthropométriques telles le poids

²⁹ Il affecte la mère à travers l'infécondité post-partum qui, à son tour, influe sur l'intervalle entre naissances et, par conséquent, sur le niveau de fécondité et sur l'état de santé des mères.

vaccins et 24,4% des enfants vaccinés appartenant au 5^e quintile payent 428,5 DHs par vaccin. quintile payent 56,5 DHs par vaccin.

cause de la faiblesse des revenus (en absolu et par rapport au coût des soins et des médicaments) et de l'assurance maladie qui est facultative et qui ne couvre que 16,4% de la population marocaine.

Par ailleurs, à partir de l'analyse du financement de la coopération internationale, il s'avère que son poids est conséquent dans la promotion et le développement des activités de SMI. Cependant, la fin du projet PF/SMI V de l'USAID (le plus important donateur/financeur avec 64,2% du financement de la SMI par la coopération internationale) risque de réduire considérablement l'importance de la coopération internationale à ce niveau.

6. Conclusion

Le système national de santé, où coexistent de multiples intervenants, est complexe. Son financement est assez souvent inextricable et son analyse demeure ardue.

La dépense globale de santé est faible dans un contexte d'une part, de cherté des coûts des soins et des biens médicaux par rapport à un pouvoir d'achat limité et stagnant, et d'autre part, de la faiblesse de la couverture médicale qui ne touche que 16,4% de la population.

Le financement de cette dépense est très fragmenté et sa répartition est inéquitable. Le paiement direct des ménages (net de remboursements des assurances et mutuelles) constitue la source de financement principale du système alors que le financement collectif (fiscal et contributif) ne dépasse guère 41% du financement global³⁰ (25% pour la fiscalité et 16% pour le système contributif c'est-à-dire la couverture médicale). Cette situation n'est point adaptée au financement d'un secteur dont les dépenses des individus sont, en général, imprévisibles, et parfois, catastrophiques. En outre, des milliers de familles s'endettent lourdement ou se ruinent afin de pouvoir offrir les soins nécessaires à un ou plusieurs membres souffrant de maladie (s) chronique (s). Bien évidemment, cette situation s'aggrave particulièrement chez la population la plus pauvre.

Les ressources mobilisées par le système national de santé sont consacrées, pour une bonne part, aux médicaments. Le poids, assez faible, des soins ambulatoires est exacerbé par l'indigence de celle de la prévention sanitaire collective alors que les attentes à ce niveau sont élevées.

Les iniquités ne sont pas liées uniquement au financement mais à l'accès aux services de soins publics. Ces services, particulièrement à l'hôpital, sont parfois plus utilisés par des couches aisées de la population au détriment des plus démunis. Pire encore, les services hospitaliers complètement gratuits bénéficient plutôt aux

Ces iniquités sont le résultat normal d'un maigre financement du secteur public joint à des modalités de financement et de fonctionnement routinières et répétitives dans un contexte d'absence de reddition des comptes

L'ensemble de ces conclusions militent en faveur d'une accélération des réformes entreprises par le MS qui consistent à étendre la couverture médicale (en la rendant obligatoire, projet AMO), à instaurer un mécanisme institutionnel et solidaire d'assistance médicale (RAMED), à améliorer le management de ses

31

Ces premiers comptes nationaux de la santé sont utiles pour quantifier des agrégats analytiques nécessaires à l'appréhension du système national de santé et pour mettre en exergue les grands problèmes liés à la répartition des ressources mobilisées, au financement et à l'utilisation des services de santé au Maroc. Cependant, l'apport de cet outil sera beaucoup plus important lors de l'élaboration des seconds comptes

³⁰ Même aux Etats Unis, le système le plus libéral au monde où 41 millions de personnes ne sont pas couvertes (HCFA, 2000), près de 46% des sources de financement sont publics (budget santé, medicaid et medicare). La couverture médicale privée assure près de 31% du financement du système. D'où un financement collectif total de la santé de 77%.

³¹ Dans le but de se concentrer, au niveau central, sur la régulation, la réglementation et la planification stratégique, et au niveau périphérique, sur la planification régionale et locale, la coordination, la gestion et l'exécution des programmes de santé... Cette nouvelle répartition des tâches doit être synchronisée avec le renforcement de l'autonomie des hôpitaux afin de séparer le rôle du financement de celui de la prestation. A son tour, cette autonomie est conditionnée par la mise en place concomitante de la réforme hospitalière et de tous les nouveaux mécanismes de financement (couverture médicale

nationaux de la santé. Car, dès lors, on pourra effectuer des comparaisons dans le temps afin d'opérer une évaluation des réformes en cours et de mesurer le degré d'avancement du système national de santé vers des objectifs fixés par le Plan quinquennal 2000-2004.

L'exercice sur les comptes nationaux de la santé a mis en exergue quelques insuffisances liées aux systèmes d'information des diverses institutions intervenant dans le domaine de la santé.

Tout d'abord, on a remarqué que les données relatives au MS ne sont pas facilement utilisables et demandent quelques fois des ajustements pour plusieurs raisons.

Premièrement, il existe souvent un décalage entre l'enregistrement comptable et les véritables affectations ou réalisations. On a remarqué, par exemple, des différences entre ce qui est déclaré comme ressources propres par les hôpitaux (hors intérêts et ventes) et les montants mentionnés dans la partie recouvrement & facturation. Autre exemple, les montants globaux des dépenses déclarés par les hôpitaux sont quelques fois très décalés par rapport à la somme des dépenses éclatées par service ou unité.

Deuxièmement, les responsables locaux se plaignent assez souvent du manque d'informations sur les prix unitaires des produits (des centaines) qu'ils reçoivent des services centraux..

Troisièmement, les structure du Département disposent rarement de traces ou d'écritures comptables relatives aux aides en nature (de la part des ONG, des bienfaiteurs, de la coopération internationale et des Communes).

A quelques exceptions près, les autres institutions publiques souffrent à peu près des mêmes problèmes que ceux du MS.

Ensuite, l'information sur la couverture médicale est difficile à obtenir (plusieurs EEP n'ont pas répondu) et sa configuration répond plus à des logiques et besoins internes des institutions concernées (EEP et ³²) qu'à une exploitation pour des besoins tels que ceux des comptes nationaux

En outre, l'Enquête Nationale sur les Niveaux de Vie des Ménages, qui fut très utile pour déterminer les dépenses des ménages et pour étudier les problèmes d'iniquités souffre de quelques insuffisances. Il s'agit surtout de la partie couverture socio-sanitaire où les auteurs du questionnaire font l'amalgame entre la couverture médicale et les autres régimes de sécurité sociale. Par ailleurs, l'enquête, qui s'intéresse à plusieurs secteurs (santé, éducation, emploi, habitation...), n'admet pas assez de détails et son échantillon est trop réduit pour qu'il soit représentatif au niveau régional pour les différents services et lieux de consultation selon des caractéristiques diverses de la population (ruraux/urbains, couverts/non couverts par une assurance maladie,

Enfin, une partie assez importante des ressources et des dépenses du système national de santé n'a pas été appréhendée. La disponibilité de l'information sur le financement des soins des Forces Armées Royales, de la Protection Civile, des œuvres sociales des Ministères et de la médecine de travail aurait permis de mieux compléter la circonscription et l'appréhension du financement du système national de santé.

En raison de la lourdeur de l'exercice et surtout des faiblesses des systèmes d'information actuels, il ne sera pas possible d'élaborer annuellement les comptes nationaux de la santé. L'espacement de cet exercice se réduira en fonction des améliorations, que le système national de santé pourra introduire, qui doivent concerner non seulement le secteur public mais privé également.

³² Même le rapport, publié annuellement, par la Direction des Assurances et de la Prévoyance Sociale /Ministère de l'Economie et des Finances sur les activités des entreprises d'assurance et de réassurance ne donne pas des informations

Dans ce but, plusieurs actions peuvent être entreprises, à savoir :

- > Introduire les aspects financiers et économiques dans le système d'information sanitaire du MS.
- > Utiliser l'expérience sur les comptes nationaux de la santé dans la conception du futur système d'information des hôpitaux publics.
- > Accélérer l'introduction progressive de la comptabilité générale puis analytique dans ces

- > Améliorer les flux informationnels entre le niveau central et local.
- > Mieux adapter l'Enquête Nationale sur les Niveaux de Vie des Ménages, en particulier à la logique de la couverture médicale.
- > Introduire autant que possible une partie sur les dépenses dans les enquêtes du MS sur la

- > Accélérer la publication de la loi sur la Carte Sanitaire.
- > Bien concevoir la connexion informationnelle entre le MS et le système d'information des projets AMO et RAMEF.

Annexe : Bibliographie

- Bank Al Maghrib (différentes années), Rapports annuels, Rabat
- Berman P. (1996), "National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods & Recent Applications", DDM, Harvard, Boston
- CHUs Rabat-Salé et Casablanca, Rapports d'activités
- CNTS, Rapports d'activités
- Direction de la Statistique (2000), "Enquête Nationale sur les Niveaux de Vie des Ménages", Rabat
- Direction de la Statistique (différentes années), Annuaire statistique du Maroc, Rabat
- Direction de la Statistique (non daté), "Profil socio-démographique de la population marocaine", Rabat
- DPRF & DRC / MS (1999), "Evolution des projets AMOet RAMEF", Document de travail du MS, Rabat
- DPRF/MS/ (1999), "Stratégie Sectorielle de la Santé", Rabat
- DRC/MS (1998), "Projet de loi relatif au système national de santé et à l'offre de soins", texte déposé au Secrétariat Général du Gouvernement depuis septembre 1998, Rabat
- Health Care Financing Administration. 1998. Health Care Financing Review 20(1): 86-87.
- IPM, Rapports d'activités
- KOMPASS MAROC (1999), "The best of Morocco", Edicom, Casablanca
- Laaziri M. (1998), "Soins de Santé primaires et secteur de la santé", In "Population et Développement au Maroc", CERED, Rabat
- Laaziri M. et Azelmat M. (2000), " Etude sur la charge de morbidité globale au Maroc", Document
- Ministère du Plan et des Prévisions Economiques (1999), Plan quinquennal 2000-2004, Rabat
- Ministry Of Health & Population - DDM/Harvard University (1995), "National Health Account for Egypt", Le Caire
- MS / Icone Cedes (1989), "la dépense de santé au Maroc, 1980-84-87", Rabat
- OMS (2000), "Rapport sur la santé dans le monde", Genève

- PHR (1997), "Health accounting : a comparaison of the System of National Accounts and National Health Accounts Approches", Bethesda
- PHR (1998), "National Health Accounts; Summaries of Eight National Studies in Latin America and The Caribbean", Bethesda
- Présentations nationales à l'Atelier Régional (MENA) sur les CNS, Amman, mai 2000
- Rannan-Eliya & Berman P. (1993), "National Health accounts in Developing Countries: Improving the Foundation", DDM, Harvard, Boston
- SCS/DPRF/MS (2000), "Répertoire de l'Offre de Soins", Rabat
- SEIS/DPRF/MS (1998), "Enquête Nationale sur la Santé de la mère et de l'enfant", Rabat
- SESI /Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (1998), "Les Comptes nationaux de la Santé 1995-96-
- SSERF/DPRF/MS (2000), "Synthèse des bilans comptables et budgétaires de 1995 à 1999-2000", Document de travail du MS, Rabat
- UPSEF / MS (1991),"Dépenses et financement des activités de soins du secteur public en 1990 et leurs évolutions depuis 1980", Rabat
- ZINE EDDINE EL IDRISSE M.D. (1998), "Le problème du financement du système national de santé", Les Cahiers du Médecin, numéro double, juillet-août, n°12, Casablanca
- ZINE EDDINE EL IDRISSE M.D. et DMYTRACZENCKO T. (1999), "Questions prioritaires pour le secteur de la santé et Comptes Nationaux de la Santé au Maroc", International Symposium on National Health Accounts, Rotterdam, Juin.