

Le Rôle de l'assurance maladie obligatoire dans le financement des soins de santé au Maroc : état des lieux et perspective d'évolution.

De :

Hicham BELMAATI

**Chercheur, FSJES de Rabat- Agdal, Université Mohammed V,
Département : Droit privé (Section française).**

Résumé:

Nous présentons dans ce papier le rôle de l'assurance maladie obligatoire au Maroc comme mécanisme de solidarité, permettant l'accès des citoyens aux soins de santé. Et cela à travers, tout d'abord, l'évaluation de sa performance en tant que composante du système de financement de la santé, ensuite, la réflexion sur une éventuelle réforme en envisageant deux scénarios : - garder une configuration avec un régime à multiples payeurs, ou instaurer un régime à payeur unique.

Mots clés :

Assurance maladie, performance, système de financement de la santé, régime à payeur multiples, régime à payeur unique.

Abstract:

We present in this paper the role of compulsory health insurance in Morocco as solidarity mechanism, allowing citizens access to health care. And through this, Firstly, the evaluation of its performance as part of the financing system of health, then, thinking about a reform likely considering two scenarios: - keep a configuration with a multi-payer system, or create a single-payer system.

Keywords:

Health insurance, performance, financing system of health, multi-payer system, single-payer system.

Introduction

La nouvelle constitution du Maroc dans son article 31 a stipulé, entre autre, que l'Etat doit œuvrer pour faciliter l'égal accès aux conditions permettant aux citoyens de jouir du droit aux soins de santé, à la protection sociale et à la couverture médicale. Une telle ambition, ne peut être réalisée sans un système de financement de la santé développé et efficace, une condition sine qua non pour atteindre la couverture universelle.

En effet, garantir l'accès aux soins à tous les citoyens est tributaire d'un système de financement où les mécanismes de solidarité représentent une part substantielle, notamment l'assurance maladie obligatoire.

Chose qui nous amène à poser la problématique suivante :

Est ce que le système actuel d'assurance maladie au Maroc permet de faciliter l'égal accès des citoyens aux soins ?

En d'autre terme, est ce que le Maroc possède un système d'assurance maladie obligatoire performant ? Et si le système actuel présente des insuffisances qui freinent sa transition vers la couverture universelle, quelles types de réformes peut on envisager ? Faut-il garder la configuration avec des payeurs multiples, ou basculer vers un système à payeur unique ?

Dans cet article, nous essayons à travers une démarche systémique d'apporter les réponses à ces questions, tout d'abord, nous évaluons le rôle de l'assurance maladie obligatoire (AMO) dans la réalisation des objectifs du système de financement de la santé, ensuite nous entamons une réflexion sur les trajectoires d'une éventuelle réforme du système de la couverture médicale en général et de l'AMO en particulier.

C'est ainsi, qu'une partie sera consacrée, premièrement, à la mise en évidence de la structure du système marocain de financement de la santé, et deuxièmement, à l'évaluation de la performance de l'AMO à travers plusieurs indicateurs liés à ses trois fonctions, à savoir la collecte des ressources, la mise en commun des fonds et l'achat. Une autre partie sera dédiée à l'exploration des voies à suivre pour une éventuelle réforme. Tout abord, nous discutons une réforme avec régime d'assurance maladie obligatoire à payeur multiples, ensuite nous développons la possibilité de mettre en place un régime à payeur unique, en s'appuyant, dans les deux scénarios, sur les résultats des expériences d'autres pays.

I. Etat des lieux de la contribution de l'AMO dans le financement du système de soins au Maroc :

1. Le système de financement des soins de santé au Maroc :

Le but d'un système de financement de la santé est de garantir l'accès aux soins pour toute la population. Il doit être en mesure de dégager des fonds et de donner aux prestataires les incitations financières appropriées pour que toutes personnes aient accès à des services de santé publique et de soins de santé individuels de qualité. Dans cette perspective, le système de financement de la santé au Maroc a drainé en 2010, environ 47,8 milliards de Dirhams contre seulement 30,6 milliards de Dirhams en 2006. Ce qui représente 6,2% du PIB en 2010 contre 5,3% en 2006 soit une augmentation de 0,9 point par rapport.

Rapportée à la population marocaine, la dépense totale en santé par personne en 2010, selon la parité de pouvoir d'achat par US \$, était de 296 US\$¹ ce qui reste au dessous de ce que dépense les pays économiquement similaire (voir Tableau n°1).

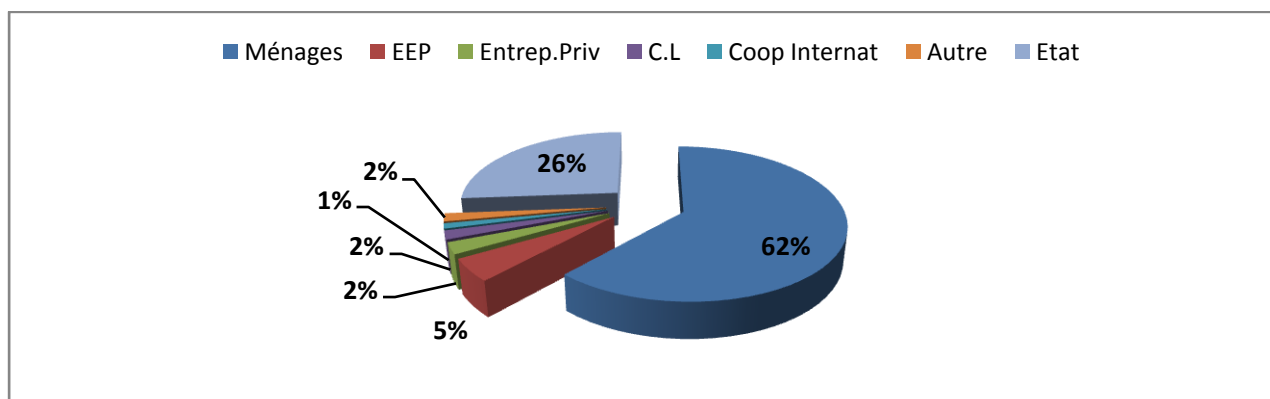
Tableau n° 1 : Niveau de la dépense en santé : comparaison avec quelques pays, 2010

Pays	PIB(millions de dollar inter-national)	PIB par habitant dollar international)	Dépense totale en santé par personne (dollar international)	Dépense de santé par rapport au PIB (%)	Dépense directe des ménages par rapport à la dépense totale en santé (%)
Egypte	502766	6198	293	4,7	59 ,4
Maroc	150987	4734	296	6,2	53,6
Algérie	297784	8396	364	4,3	19,1
Jordanie	36669	5927	493	8,3	24,8
Tunisie	99648	9508	544	5,7	40,2
Iran	1 115 036	15 073	797	5,3	58
Liban	59 208	14 005	872	6,2	55,3
Turquie	1 136 699	15 571	1 039	6,7	16,2
France	2 220 642	34 256	3 997	11,7	7,4
USA	14 447 100	46 747	8 233	17,6	11,8

Source : OMS

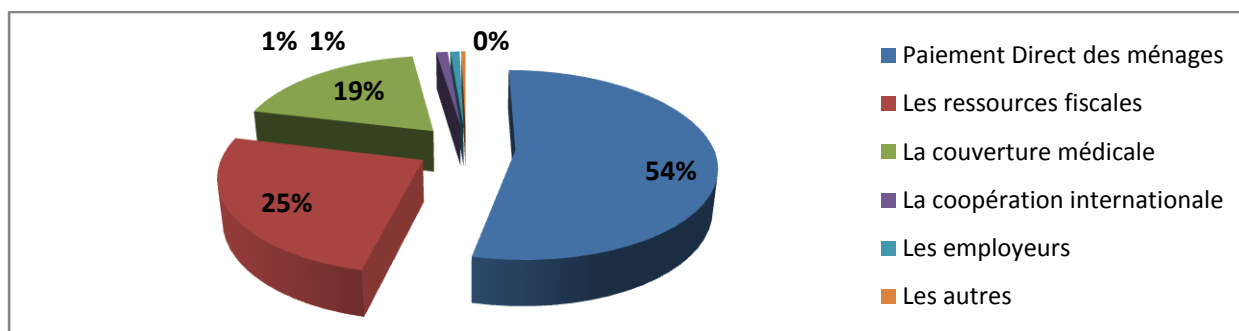
Les 47,8 milliards de Dirhams que le Maroc consacre à la santé, proviennent de différentes institutions, dont les plus importantes sont : l'Etat à travers le processus budgétaire avec 26,2% (23,7% destinés aux ministères et 2,5% en tant que participation patronale au financement de l'assurance maladie de ses agents), les Entreprises et Etablissement privés (EEP) avec 4,7 %, mais la principale source reste les ménages avec environ 62% (Voir la figure n°1) ;

¹ Est de 257 US \$ au niveau des statistiques sanitaires mondiales 2013 publiées par l'OMS.

Figure n°1 : Sources de financement par type d'institution 2010

Source : Comptes nationaux de la santé 2010-Ministère de la santé

La structure par nature des sources de financement de la santé (Figure n°2), présente une part prépondérante des paiements directs par les ménages, environ 53,6% de la DGS², avec ce taux le Maroc est mal positionné en tant que pays à revenu intermédiaire, surtout que 81,82% des pays appartenant à la même classe de revenu ont un taux de paiement direct inférieur ou égale à 49% (voir tableau n°2), le même constat est soulevé par rapport aux pays voisins et économiquement similaire (voir tableau n°1). Les ressources fiscales est la seconde source de financement avec 25% de la DGS, tandis que L'assurance maladie est située en troisième position avec, seulement, 18,8%, malgré qu'elle couvre quasiment 34%³ de la population marocaine.

Figure n°2 : Source par nature de financement 2010

Source : Comptes nationaux de la santé 2010-Ministère de la santé

Tableau 2 : Estimation de la part des paiements directs dans le total des dépenses de santé d'après le niveau de revenu, 1997 (nombre de pays dans chaque classe de revenu)

Revenu annuel estimatif par habitant US\$ (taux de change)	Part estimative dans le total des dépenses de santé (%)						Total
	Moins de 20	De 20 à 29	De 30 à 39	De 40 à 49	De 50 à 59	Plus de 60	
Moins de \$ 1000	7	10	9	7	11	19	63
\$1000 – 9999	16	18	23	15	8	8	88

² La dépense globale de santé

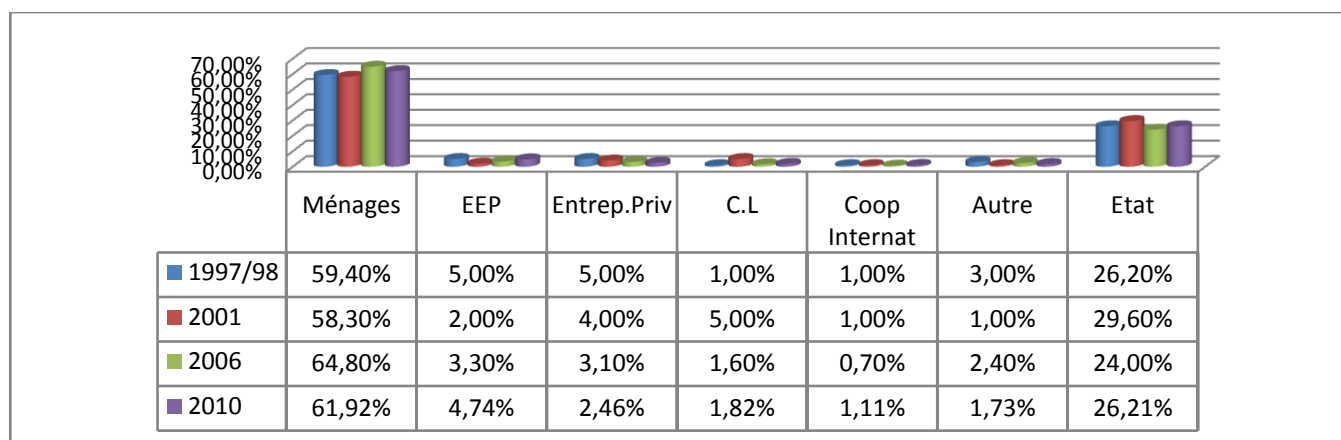
³ Comptes nationaux de la santé 2010

\$10000et au delà	19	7	4	5	0	2	37
Toutes classes de revenu	42	35	36	27	19	29	188

Source : Rapport sur la santé dans le monde 2000, OMS

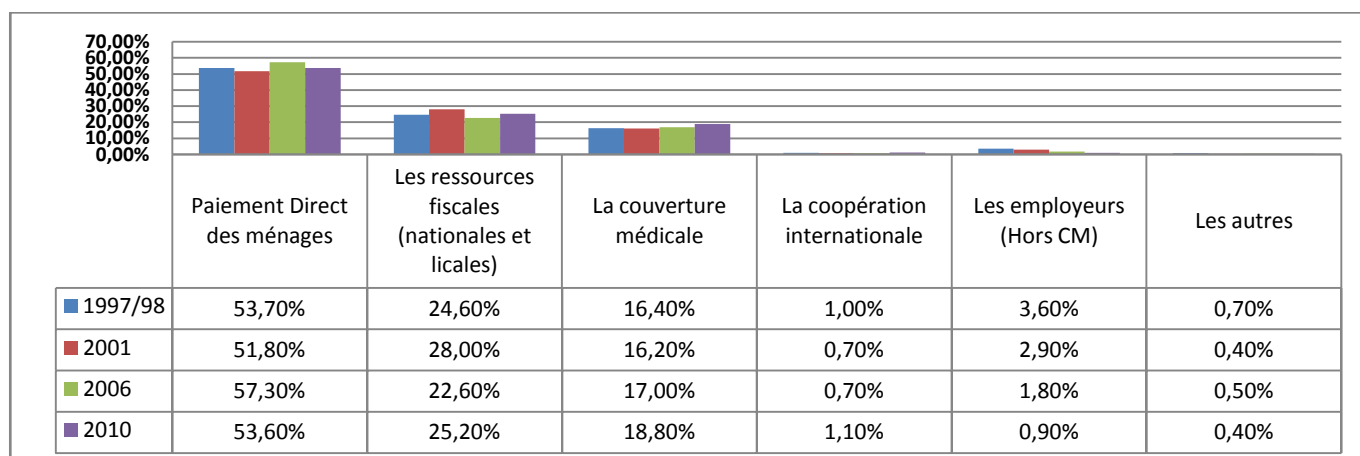
La structure du financement de la santé au Maroc, quelle soit par type d'institution ou par nature de financement, n'a quasiment pas changé depuis 1997/98 où les ménages, à travers les paiements directs, ont toujours, supporté l'essentiel de la DGS (voir les figures n°3 et 4). Ce constat structurel va à l'encontre du but du système de financement des soins de santé, on limitant l'accès aux soins de santé aux seules personnes qui ont les moyens de les payer, et par conséquent exclure les personnes les plus pauvres.

Figure n° 3 :Evolution des sources de financement par type d'institution 1997/98 - 2010



Source : Comptes nationaux de la santé 2010-Ministère de la santé

Figure n°4 : Evolution des sources par nature de financement 1997/98- 2010



Source : Comptes nationaux de la santé 2010-Ministère de la santé

2. Rôle de l'assurance maladie obligatoire dans le financement des soins de santé au Maroc :

L'assurance maladie au Maroc est le résultat d'une longue évolution, dont la date du 18 aout 2005 représente l'avènement de l'Assurance maladie Obligatoire avec ses apports, tant,

institutionnels, qu'organisationnels et financières. L'AMO⁴ s'inscrit dans une logique de couverture médicale universelle visant un accès équitable et une protection contre le risque financier : qui consiste à faire en sorte que le coût des soins n'expose pas les gens à un risque de catastrophe financière. Mais aussi un financement équitable : les ménages contribuent au système de santé sur la base de leur capacité de paiement. Tout en améliorant la qualité des soins offerts.

Ainsi, l'AMO qui fait partie d'un système plus complet : la couverture médicale de base (CMB), s'organise en deux régimes, l'un géré par la CNOPS et l'autre par la CNSS (voir Tableau n°3).

Tableau n°3 : Présentation des différents régimes d'assurance maladie obligatoire, 2010:

	Régime AMO (CNOPS)	Régime AMO (CNSS)
Bénéficiaire⁵	Les fonctionnaires, les agents temporaires, occasionnels, journaliers et contractuels de l'Etat, les magistrats, les personnels d'encadrement et de rang des Forces Auxiliaires, le corps des administrateurs du ministère de l'intérieur, ainsi que le personnel des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public et leurs ayants droit. - les personnes titulaires de pensions de retraite, de vieillesse, d'invalidité ou d'ayants cause et leurs ayants droit.	- Les personnes assujetties au régime de sécurité sociale et leurs ayants droit. - Les personnes titulaires de pensions de retraite, de vieillesse, d'invalidité ou d'ayants cause et leurs ayants droit.
Nature des recettes	Cotisation proportionnelle au revenu (5%)	Cotisation proportionnelle au revenu (4%) Cotisation proportionnelle à la masse salariale (1,5%)
% de la population couverte par rapport à l'ensemble de la population⁶	8,3%	9%
Dépenses en prestations par rapport à la dépense globale de l'assurance maladie(%)	40,6%	15,3%

Compte tenu de l'état actuel de la couverture médicale au Maroc, peut-on dire que l'AMO joue pleinement son rôle de financement des soins de santé et par là, contribue à faciliter l'accès aux soins et à protéger les gens contre les risques financiers ?

Afin de répondre à cette question il paraît judicieux de s'interroger sur la performance de l'AMO tant que composante essentielle de système de financement des soins de santé au Maroc, ainsi nous allons étudier les problématiques conceptuelles les plus importantes liées aux trois sous fonction de financement de la santé à savoir : la collecte des fonds , la mise en commun des ressources et l'achat , tout en gardant à l'esprit les objectifs d'un système AMO performant notamment :

- La génération des ressources suffisantes et pérennes pour la santé ;

⁴ Assurance maladie obligatoire

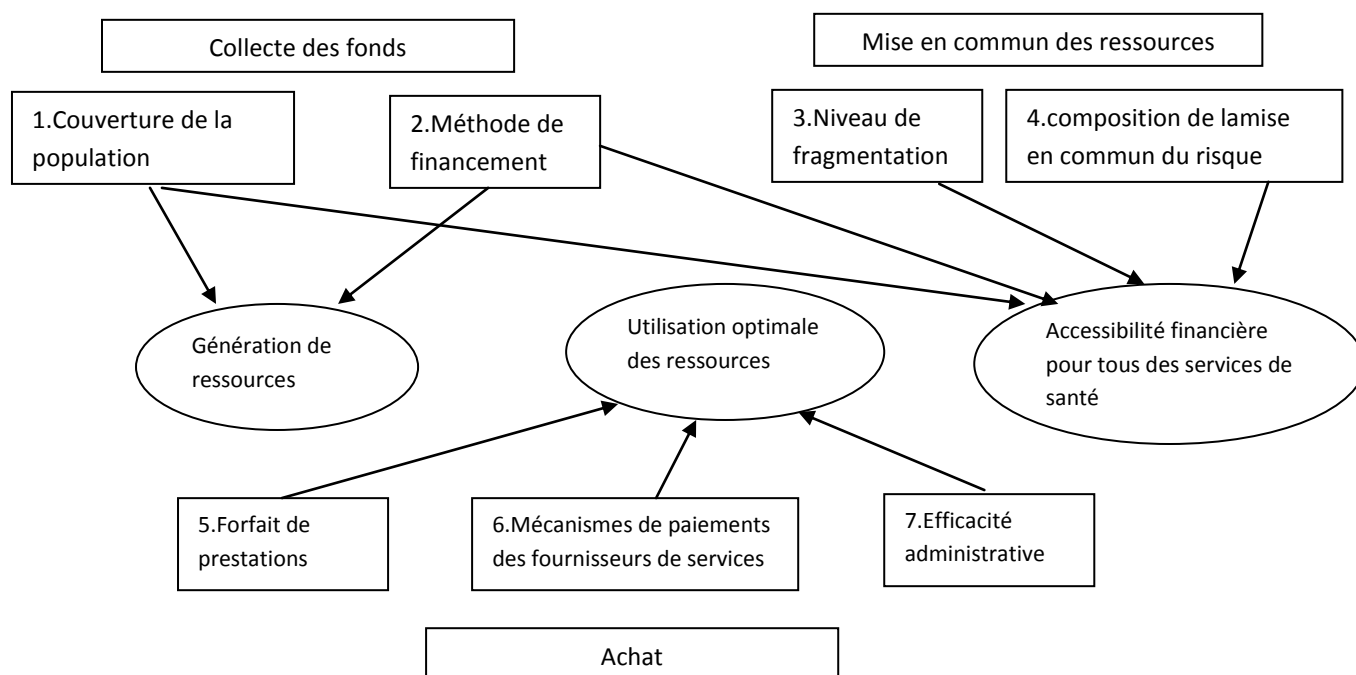
⁵ La loi 65-00 prévoit d'autre catégorie de bénéficiaire.

⁶ Population estimée en 2010 à 31,9 millions d'habitants.

- L'utilisation de ces ressources de façon optimale ;
- La garantie d'une accessibilité financière pour tous ;

(Voir la figure 5 : ci-dessous)

Figure n°5 : Problématiques conceptuelles clé des sous fonctions du financement de la santé



Source: OMS: DISCUSSION PAPER NUMBER 2 – 2004(avec quelques modifications)

- **La première sous fonction : collecte et prépaiement :**

Il s'agit du «...Moyen par lequel le système de santé reçoit de l'argent, des ménages et d'organisation ou société, ainsi que de donateurs. »⁷. Cette sous fonction peut être évaluée à partir de deux concepts essentielles :

- **Couverture de la population :**

- ✓ **Indicateur 1 : Le pourcentage de la population couverte par l'AMO :**

La population AMO est de 7,6 millions en 2012⁸, ce qui représente 23,31% de la population globale⁹. Ce taux reste très modeste en comparaison avec d'autre pays notamment en France où l'AMO couvre l'ensemble de la population.

⁷ OMS : Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant

⁸ ANAM : Rapport annuel global AMO 2012

⁹ Projection 2012 de la population globale selon le Haut Commissariat au Plan (32 597 000)

Les 23,31% de la population couverte se répartissent en 4,3% de retraités et 19% des actifs. Prenant en considération le taux d'activité du 4^{ème} trimestre 2012¹⁰ qui est de 48,1%, on peut constater que l'AMO accuse un déficit de couverture de 29,1% au niveau des actifs.

D'autres éléments peuvent être pris en considération afin d'affiner l'analyse et expliquer le faible taux de couverture, particulièrement, la structure de l'économie nationale où le poids de l'informel est y consistant (une moyenne de 37,7% du PNB pour les pays nord africaine)¹¹, et l'aspect politique en matière de financement croisé notamment l'absence de mécanisme de péréquation (voir la partie relative à la mise en commun des ressources).

✓ **Indicateur 2 : le degré de prépaiement de l'AMO¹²**

L'AMO comme mécanisme de prépaiement ne représente que 9,6% de la dépense globale de santé au Maroc en 2010, et l'assurance maladie dans sa globalité représente 18,8%¹³, dans les pays de l'OCDE ce taux varie entre 40% à 90%¹⁴. Ce taux est inquiétant, dans la mesure où les paiements directs des ménages sont très importants, comparativement aux pays dont le revenu annuel par habitant est similaire au Maroc (voir tableau n°2).

○ **Méthode de financement :**

✓ **Indicateur 1 : montant des cotisations payés d'avance :**

Cet indicateur est exprimé par le ratio des cotisations payées d'avance par rapport au coût total des prestations AMO, ce taux est de 67% en 2012 au Maroc ce qui indique, à priori, un AMO performant, ce qui est contraire aux constats précédents. En effet, un ratio des cotisations payées d'avance par rapport au coût total des prestations AMO, est signe d'une bonne performance, seulement s'il est accompagné d'un palier de soins offert complet, ce qui n'est pas le cas du Maroc où les assurés continuent à payer d'importantes sommes pour se soigner.

Cependant, Le recours au ticket modérateur, comme moyen de paiement direct, est justifié lorsqu'on veut réduire la demande de certaines interventions dont la consommation est jugée excessive, on parle alors du risque moral.

● **La deuxième sous fonction : la mise en commun des ressources :**

Appelée aussi fonction d'assurance, elle consiste à accumuler et gérer les revenus de manière que le risque du paiement des soins de santé soit réparti entre tous les membres du groupe et non pas assumé par chacun des cotisants ;

✓ **Indicateur : niveau de fragmentation :**

L'organisation de l'AMO au Maroc est caractérisée par une mise en commun multiples des risques avec deux gestionnaires. Ce nombre est appelé à croître avec la mise en œuvre de l'AMI¹⁵. Cette situation n'est pas idéale dans la mesure où on assiste, d'une part, à une absence de mécanisme de jonction entre ces différents systèmes de mise en commun des ressources, et d'autre part, à l'existence de forfaits de prestations de santé différents. Ce qui fait en cause le principe d'équité d'accès aux soins et par la même occasion fait perdre au

¹⁰ Haut Commissariat au Plan

¹¹ ISSA (International Social Security Association)

¹² Dépense AMO par rapport à la dépense globale de santé

¹³ Comptes nationaux de la santé 2010

¹⁴ OMS 2005

¹⁵ Assurance maladie pour les indépendants

Maroc la possibilité d'étendre la couverture médicale à des personnes avec des revenus limités.

• **La troisième sous fonction :Achat :**

C'est le processus au cours duquel des fonds d'une caisse sont versés à des prestataires pour que ces derniers fournissent une série d'intervention sanitaires préalablement définies ou non. L'achat peut s'effectuer de façon passive¹⁶ ou stratégique¹⁷. L'enjeu est d'offrir aux assurés un panier de soins le plus complet possible en tenant compte, premièrement, des préférences de la société en ce qui a trait à l'efficacité et à l'équité, et deuxièmement, s'assurer que les patients reçoivent toutes les interventions médicales comprises dans leur forfait. Ce qui revient à contrôler la sous –fourniture et la sur-fourniture des prestations. A ce niveau la performance est mesurée par rapport à l'existence ou non des mécanismes de contrôle.

✓ *Indicateur : existence des mécanismes de contrôle*

Dans la cadre de n'importe système d'assurance maladie, et notamment au Maroc, les prestataires de soins disposent d'un pouvoir important, tant au niveau de la participation au constat du sinistre, qu'au niveau de la fixation d'une partie des conséquences financières, ce qui rend la relation assureur-prestataires de soins porteuse de conflits potentiels liés, entre autre, à l'asymétrie d'information , d'une part entre le fournisseur de soins (l'agent) et le patient (le Principal) et d'autre part entre les caisses d'assurances (le principal) et les prestataires de soins (l'agent)¹⁸.

L'AMO au Maroc dispose d'un mécanisme de contrôle appelé « contrôle médicale » qui a pour mission de vérifier :

- la conformité des prestations et la dispensation des soins médicalement requis.
- la validité des prestations rendues au plan technique et médical
- l'existence, le cas échéant, des abus, des fraudes de prescription de soins et de facturation ;

Et ce à travers deux types de contrôle l'un à priori et l'autre à postériori.

Ceci dans l'objectif de maîtriser les dépenses de soins, assurer une prestation de qualité et finalement, assurer l'équité et l'égalité à l'accès aux soins pour tous les assurés.

Sur le plan pratique ce mécanisme manque de ressources humaines qualifiées nécessaire¹⁹, en particulier des médecins contrôleurs toutes spécialités confondues, à l'accomplissement de sa mission, ce qui peut avoir comme conséquence le risque de fraude et sur facturation de la part des prestataires de soins.

D'autres éléments peuvent être pris en charge dans l'appréciation de la performance de la sous fonction achat liés principalement à l'utilisation des ressources. Ainsi on constate que le secteur privé bénéficie de la part du lion de la dépense globale du système national de financement de la santé avec 63,2% (31,7% pour les Pharmaciens et les fournisseurs de biens médicaux et 31,5% pour les cliniques et cabinets privés à but lucratif et non lucratif), par ailleurs le ministère de la santé ne bénéficie que de 27,9% , malgré sa position de leader

¹⁶ Consiste à se conformer à un budget prédéterminé ou à payer les factures à leur réception.

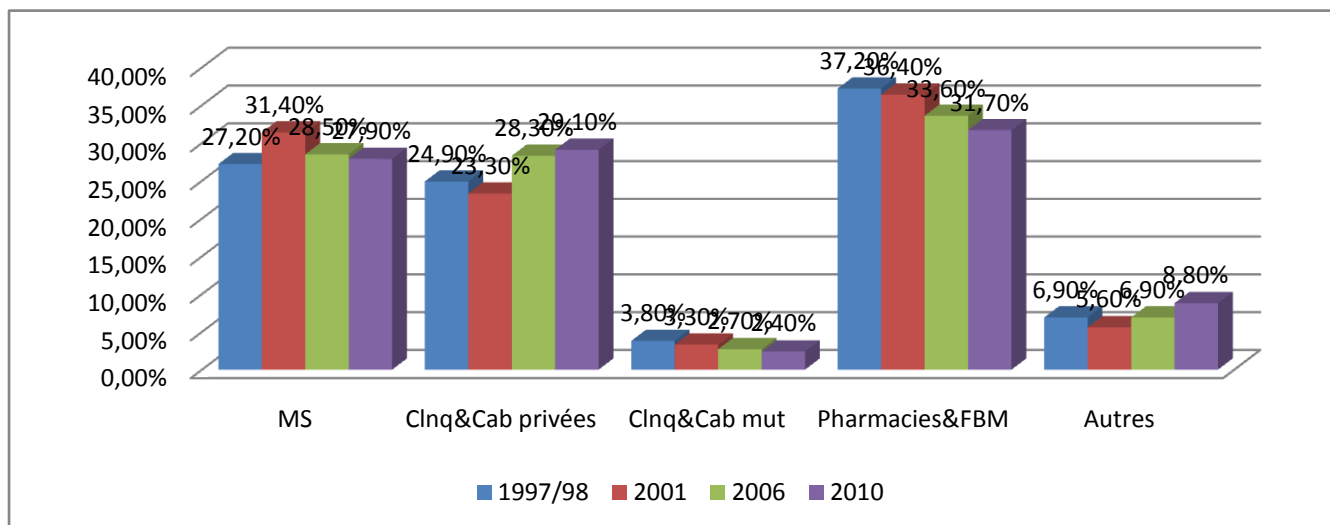
¹⁷ Suppose que l'on recherche en permanence le meilleur moyen d'augmenter au maximum la performance du système de santé en décidant quelles interventions il y a lieu d'acquiescer, comment et auprès de qui.

¹⁸ Phénomène connu sous le vocable « problème d'agent »

¹⁹ Délais de délivrance des prises en charges qui dépasse de loin le délai réglementaire de 48h

nationale en matière d'offre de soins avec une capacité litière d'environ 77% (voir figure n°6).

Figure n°6 : Evolution des flux financiers vers les prestataires de soins, 1997/98- 2010



Source : Comptes nationaux de la santé 2010-Ministère de la santé

Une situation qui se confirme à travers les paiements effectués par l'AMO dans le cadre du tiers payants - et qui représente, par la même occasion, 56,7% de la dépense globale de l'assurance maladie en mode tiers payant (voir figure n°8) -qui profitent essentiellement au secteur de soins privé avec 75,10% (40,5% cliniques privées, 18,5% cabinets privés et 16,1% cliniques et cabinets mutualistes) (voir figure n°7).

Figure n°7 : Répartition des paiements dans le cadre du tiers payant par types de prestataires de soins, 2010

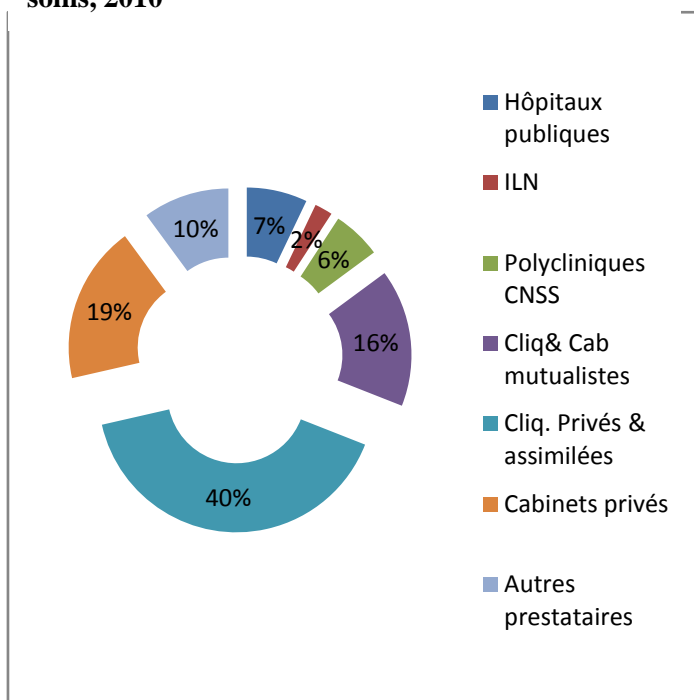
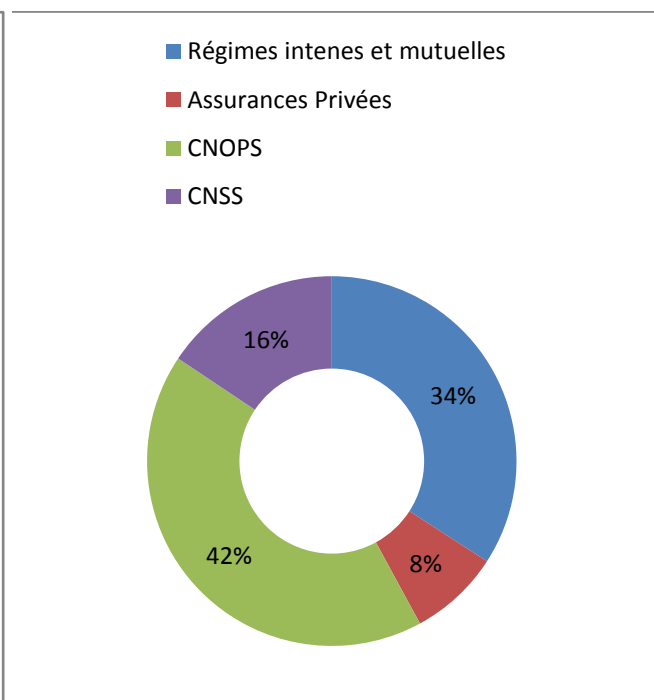


Figure n°8 : Paiement des prestataires de soins dans le cadre du tiers payant, 2010



Source : Comptes nationaux de la santé 2010-Ministère de la santé

- **Efficacité administrative :**

Les coûts administratifs sont le résultat de la planification, de la gestion, de la régulation et du recouvrement des fonds et du traitement des réclamations portant sur les dispositions d'administration [(Guy Carrin and Chris James, 2004)]. L'indicateur à prendre en considération est le coût administratif pour la gestion de l'AMO sur les dépenses globales.

✓ **Indicateur : coût administratif sur les dépenses globales AMO**

Ce ratio nous renseigne sur l'efficacité administrative de l'AMO. Pour les régimes matures ce taux avoisine les 4,2%, tandis que pour les pays où le régime AMO atteint les dernières étapes de développement un taux maximum de 6 à 7 % est toléré. Au Maroc ce taux est d'environ 7,29% en 2010, un taux qui reste important comparativement aux standards internationaux, et qui n'est pas utilisé efficacement vu l'insuffisance des régimes AMO en matière de couverture de la population et de l'élargissement du forfait des soins offert.

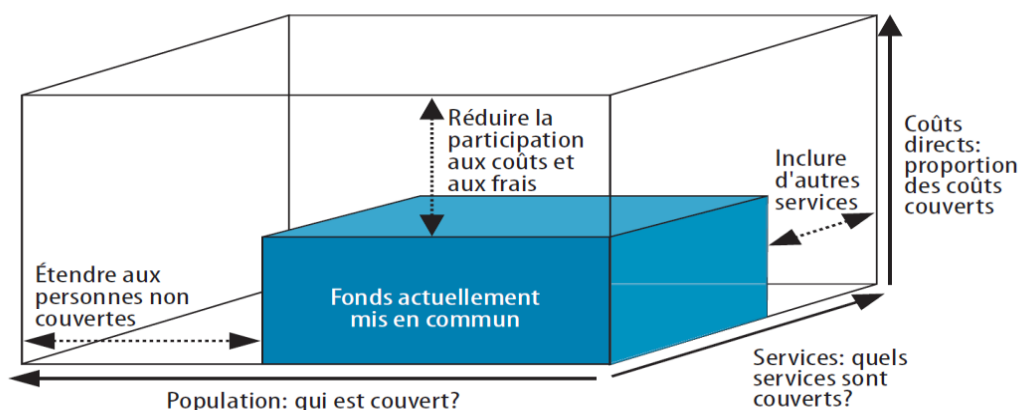
II. Perspectives d'amélioration de la participation de l'assurance maladie obligatoire dans le financement du système de santé marocain:

Certes, l'AMO à travers ses deux organismes gestionnaires, a pu garantir une protection contre le risque financier à une part importante de la population. Néanmoins, sa configuration actuelle, risque d'entraver le chemin vers la généralisation de l'assurance maladie. En effet, la fragmentation des caisses a induit une différence de traitement entre les régimes, qu'il soit au niveau des cotisations et de plafonnement, qu'au niveau des paniers de soins, et des niveaux des remboursements. Par ailleurs, la mise en commun des ressources étant limitée, surtout inter-régime, ne permet pas, d'une part une répartition efficiente des risques entre les participants, et d'autre part le subventionnement croisé entre personne à faible et à haut risque, et les personnes riches et pauvres. Ce qui risque de renforcer les inégalités existantes en matière d'accès aux soins de qualité. Cette limitation d'accès aux soins s'accroît avec la part substantielle que représente le paiement direct dans le financement de la santé, contre la part faible de l'assurance maladie comme instrument de solidarité.

Compte tenu de toutes ces lacunes, n'est-il pas opportun pour le Maroc d'engager une réflexion sérieuse sur l'avenir de la couverture médicale en générale et de l'AMO en particulier, à la lumière des expériences d'autres pays ?

Selon l'OMS toute progression vers la couverture universelle doit prendre en considération trois dimensions essentielles relatives à l'extension de couverture aux personnes non couvertes, la réduction de la participation des assurés aux coûts et aux frais tout en élargissant l'offre de services de santé garantie par l'assurance maladie (voir la figure n°9)

Figure n°9 : Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle



Source : OMS

1. Régime d'assurance maladie obligatoire à payeurs multiples :

L'Actuelle organisation de la couverture médicale au Maroc est assez fragmentée, et elle le sera d'avantage avec la mise en place d'autres régimes pour la population non couverte. Cette configuration ralentie la progression du pays vers la couverture universelle. En effet, l'absence d'une mise en commun des ressources efficientes et une forte répartition des risques, impactent négativement, d'une part, le fonctionnement des trois sous fonctions de l'assurance maladie tant que système de financement de la santé, et d'autre part sa contribution au financement de la santé en général. Dès lors, une réorganisation, voir une réforme de l'assurance maladie en générale et l'AMO en particulier, apportera sans doute des remèdes aux lacunes constatées. Pour se faire, un benchmark avec d'autre système dont l'organisation est semblable à la notre sera d'un grand apport, autrement dit des systèmes d'assurances maladie à payeurs multiples.

C'est le cas par exemple de la France, qui malgré la fragmentation des caisses, un important système de solidarité est instauré entre elles. La compensation bilatérale et la compensation généralisée permettent de transférer les surplus de certaines caisses aux caisses déficitaires. Ces compensations financières entre les régimes contribuent à une certaine équité dans l'accès aux soins. Ces compensations financières entre régimes de sécurité sociale résulte de la loi du 24 décembre 1974 relative à la protection sociale commune à tous les français et instituant une compensation entre régimes de base de sécurité sociale.

Les compensations bilatérales du risque maladie :

Les compensations bilatérales sont des transferts entre le régime général et six régimes spéciaux pour les prestations en nature d'assurance maladie-maternité. Le mode de calcul de ces compensations consiste à estimer ce que seraient les soldes financiers de ces régimes spéciaux s'ils appliquaient les même taux de cotisation et de remboursement que le régime général. Si le solde ainsi dégagé est positif, il est reversé au régime général, à l'inverse si le solde est négatif c'est le régime général qui versera la compensation au régime spécial concerné.

Ce mécanisme correspond à une intégration financière partielle de ces six régimes spéciaux dans le régime général

La compensation généralisée du risque maladie :

Elle se distingue d'une intégration financière car elle n'a pas pour objet de financer le solde d'un régime, mais seulement de lui apporter une aide pour compenser un déséquilibre démographique (de nombreux régimes spéciaux couvrent davantage de retraités que d'actifs).

Elle s'effectue entre les régimes de salariés pris dans leur ensemble et les régimes de non salariés.

Pour son calcul, on imagine un régime fictif qui verserait à chacun de ses bénéficiaires la prestation de référence la plus basse servie en maladie. On détermine ensuite une cotisation moyenne par actif permettant l'équilibre de tous les régimes confondus : dans ces conditions de fonctionnement, les régimes excédentaires seront débiteurs à la compensation, et les régimes déficitaires, créanciers.

D'autres pays ont suivi le même chemin (voir tableau n°4), notamment, la Colombie qui a un système de financement de la santé avec régimes multiples comptant plusieurs organismes de sécurité sociale, ce système favorise la répartition du risque et le subventionnement croisé à travers des fonds inter-régime appelés : fonds central de péréquation et un ensemble de service obligatoire pour tous les membres de tous les régimes.

Tableau n°4 : Modes de répartition des risques et de subventionnement des pauvres : exemples nationaux.

Pays	Système	Répartition du risque	Subventionnement des pauvres
Colombie	Régimes multiples : plusieurs organismes de sécurité sociale concurrents, systèmes de santé municipaux et Ministère de la Santé.	Intra-régime : cotisations non liées au risque et inter-régimes : fonds central de péréquation. Ensemble de services obligatoires pour tous les membres de tous les régimes.	Intra- et inter-régimes : cotisations proportionnelles au salaire, plus subventionnement officiel versé à l'assureur pour permettre aux pauvres d'adhérer à la sécurité sociale ; subventionnement axé sur l'offre par l'intermédiaire du Ministère de la Santé et des systèmes municipaux.
Pays-Bas	Régimes multiples : les organismes concurrents d'assurance sociale privée prédominent.	Intra-régime : cotisations non liées au risque et inter-régimes : fonds central de péréquation.	Au moyen d'un fonds de péréquation qui exclut les riches.
République de Corée	Deux régimes principaux : assurance maladie nationale et Ministère de la Santé. Toutefois, l'assurance-maladie nationale ne couvre que 30 % des dépenses de santé globales de chaque membre	Intra-régime : cotisations non liées au risque. Enveloppe de prestations officielle unique pour tous les membres.	Cotisations proportionnelles, plus subventionnement axé sur l'offre effectué par l'intermédiaire du Ministère de la Santé et de l'organisme national d'assurance maladie à l'aide de crédits du Ministère des finances. Subventionnement public pour assurer les pauvres et les agriculteurs.
Zambie	Un régime officiel	Intra-régime : enveloppe	Intra-régime : par l'impôt

	unique prédomine :Ministère de la Santé/Office central de la Santé.	de prestations unique pour tous accordée implicitement dans le système du Ministère de la Santé et au niveau Etatique. Financement par l'impôt	général. Subventionnement axé sur l'offre par l'intermédiaire du Ministère de la santé
--	---	--	--

Source : OMS

En somme, vraisemblablement la reconfiguration des régimes d'assurance maladie en établissant des jonctions ou des mécanismes de péréquation, permettra sans doute une plus grande mise en commun des ressources et de répartition des risques entre les membres des différents régimes, ce qui peut garantir une pérennité financière du système d'assurance maladie dans son entier et améliorera par conséquent la contribution de l'AMO dans le financement de la santé . En revanche, la persistance de plusieurs caisses ou des payeurs multiples est, non seulement, source de coût administratif plus important surtout avec la création d'autres structures, mais encore, des inégalités en matière de panier de soins et de niveau de remboursement, ce qui ne risque pas d'améliorer l'accès aux soins de la population.

2. Régime d'assurance maladie obligatoire à payeur unique :

Si la configuration du régime d'assurance maladie obligatoire à payeur multiples, ne permet pas une gestion efficiente dans une optique d'équité d'accès aux soins à une plus grande part de la population, à des coûts abordables, peut-on dire qu'un système avec payeur unique se portera mieux ?

La façon la plus efficace de gérer le risque financier lie au paiement des services de santé est de le partager, et plus de personnes le partagent, meilleure est la protection [(OMS, 2010)].

A partir de cette citation, on peut dire, apriori, qu'un régime d'assurance maladie avec une caisse unique, offrira une meilleure protection, dans la mesure où les régimes nationaux uniques, qui sont les groupes les plus vastes possibles et qui ne sont pas soumis à la concurrence, pourraient être considérés comme le système de mise en commun des ressources le plus efficace.

Ainsi, plus la caisse est grande et plus la part des contributions pouvant être allouée exclusivement aux services de santé est élevée. une grande caisse peut en effet tirer parti d'économie d'échelle requises pour faire face à des besoins incertains et disposer de fonds suffisants en vue du financement des services . En effet, et étant donné que les besoins varient de façon imprévisible, une estimation portant sur un seul individu risquerait d'être excessivement élevée. En réduisant l'incertitude, la caisse est en mesure d'abaisser le montant qui sert de réserve financière pour se prémunir contre les variations pouvant survenir par rapport aux estimations des dépenses de santé de ses membres. Elle peut alors utiliser les fonds rendus disponibles pour accroître et améliorer les services.

Par ailleurs, une caisse unique peut réduire considérablement les coûts administratifs, et garantir un forfait de prestations identiques à l'ensemble de ses assurés, en plus d'un financement équitable basé sur leur capacité de paiement.

De même, En réduisant la fragmentation, il y a un potentiel accru pour fournir une protection financière à partir d'un niveau donné de fonds prépayés, qui, à leur tour, permettront d'atteindre plus facilement les objectifs d'équité.

C'est pour cela que les mesures prises par les pays pour réaliser les objectifs de répartition de risque et de subvention des pauvres, ne doivent pas favoriser la fragmentation qui entraîne la création de nombreuses petites caisses, car celles-ci nuit aux performances dans les trois fonctions de financement de la santé et notamment la mise en commun des ressources.

Plusieurs pays ont préféré basculer d'une configuration avec multiples caisses vers une seule caisse.

C'est ainsi que la République de Corée, en faisant ce choix, peut bénéficier d'un certain nombre d'avantage. Premièrement, les compétences du personnel des compagnies d'assurance se sont accrues, ce qui permet de disposer de fondamentaux solides lors de l'achat stratégique des prestations de santé (OMS, 2000). Les avantages potentiels des technologies de l'information et des communications (TIC) sont mieux pris en compte, le nouveau régime ayant facilité la normalisation des processus opérationnels. Deuxièmement, les coûts de gestion ont baissé. Leur part dans le total des dépenses d'assurance maladie a diminué de 8,5 pour cent en 1997 à 2,4 pour cent en 2008 (Jeong, 2010b). Le nombre des agences de la NHIC²⁰ est passé après la fusion de 397, avec 15 036 salariés, à 250 et 10 716 salariés. La plus grande mutualisation des risques permet aussi de réduire le montant des réserves financières obligatoires pour couvrir les cas éventuels d'insolvabilité. Le financement croisé entre les assureurs (transferts financiers) n'est plus nécessaire. Troisièmement, on ne connaît pas encore l'ampleur de l'amélioration de l'équité horizontale. L'élargissement du fonds commun a permis d'accroître l'étendue des risques couverts, favorisant ainsi la progression de l'équité horizontale (Martin, Rice et Smith, 1998).

Les effets redistributifs de l'assurance maladie sont en revanche bien perçus à la fois en raison de l'augmentation du nombre de services de soins médicaux proposés et de la diminution de la quote-part demandée aux assurés depuis le milieu des années 2000.

Egalement, la Thaïlande disposait de plusieurs régimes séparés : le régime santé et bien-être pour les pauvres, le régime de carte santé volontaire, le régime de frais médicaux pour les fonctionnaires, le régime de sécurité sociale pour le secteur structure de l'économie et l'assurance privée. Environ 30% de la population thaïlandaise étaient encore sans couverture en 2001 en dépit d'une couverture en expansion rapide pendant les années 1990. Le régime des fonctionnaires a aussi reçu une subvention budgétaire par membre beaucoup plus conséquente que le régime santé et bien-être pour les pauvres. En réalité, ces arrangements ont augmenté les inégalités.

Le programme de réforme de la couverture universelle de 2001 a rapidement progressé dans la réduction du réseau fragmenté des régimes et des subventions apportés par le gouvernement aux centres de soins. Les responsables politiques ont rejeté le développement lent de la couverture au moyen des cotisations d'assurance, reconnaissant ainsi qu'une grande partie des personnes non assurées travaillaient dans l'économie parallèle et qu'elles étaient trop pauvres pour cotiser à des primes d'assurance. Au lieu de cela, ils ont supprimé les anciens régimes de santé et bien-être et de carte santé volontaire et ont utilisé les recettes budgétaires générales, qui renflouaient auparavant ces régimes et les prestataires publics, pour créer une caisse nationale qui allait devenir ce qu'on appelle désormais le régime de la couverture universelle (appelé le « Régime 30 bahts » auparavant). Les régimes des fonctionnaires et de la sécurité sociale demeurent séparés, mais le régime de la couverture universelle regroupe les caisses de près de 50 millions de personnes et il a réduit la proportion de la population non assurée de 30% à moins de 4%.

²⁰The National Health Insurance Corporation

Assurément, le régime d'assurance maladie obligatoire à payeur unique permet un accès équitable aux services de santé à un plus grand nombre de personnes. De même, il contribue, d'une part, à réduire le pourcentage des paiements directs dans le financement de la santé en réduisant la participation aux coûts et aux frais, à inclure d'autres services au niveau du panier des soins, et d'autre part, à étendre la couverture aux autres catégories de la population non couverte.

Conclusion

A travers ce papier, nous avons essayé d'aborder le sujet de l'assurance maladie en général, et de l'AMO en particulier, en tant que composante du système de financement de la santé au Maroc. C'est ainsi qu'une analyse de l'état des lieux du système de financement de la santé nous a permis de constater le poids importants des paiements directs par les ménages, contre une contribution très modeste de l'AMO, ce qui a comme conséquence de limiter l'accès aux soins aux seules personnes qui ont les moyens de les payer et d'exclure les plus pauvres. A partir de là, nous avons cherché à apprécier le rôle de l'AMO, en procédant à l'évaluation de sa performance, tant au niveau de la collecte des ressources, qu'au niveau de la mise en commun des fonds et de la stratégie suivie pour l'achat, et cela par le moyen des indicateurs qui reflètent au mieux le degré de réalisation des objectifs que tout un système de financement de la santé doit avoir, notamment : la génération des ressources suffisantes, leur utilisation optimale, en vue d'une accessibilité financière pour tous des services de santé. Cette évaluation nous a permis de tirer plusieurs conclusions dont les plus importantes sont :

- Une couverture limitée de la population ;
- Un faible degré de prépaiement, par rapport à la dépense globale de santé ;
- Une mise en commun des ressources insuffisante induite par une fragmentation des caisses et un taux substantiel des paiements directs ;
- Des mécanismes de contrôle insuffisants lors de l'achat des prestations ;
- Un coût administratif assez lourd.

Cet état des lieux nous a emmené à réfléchir sur des perspectives d'amélioration, particulièrement :

1. la mise en place d'un régime d'assurance maladie obligatoire à payeur multiples avec des mécanismes de subventionnement inter régime,
2. ou la fusion des régimes AMO pour n'avoir qu'une seule caisse.

Un benchmark avec plusieurs pays qui ont effectué des réformes de leurs régimes de couverture médicale, nous a appris que la 1^{ère} option, bien qu'elle apporte des réponses à certaines lacunes, précisément, l'élargissement de la mise en commun des ressources et la répartition des risques, reste insuffisante quant à l'équité d'accès des soins et l'amélioration de l'efficacité administrative ;

La 2^{ème} option, semble plus complète puisqu'elle représente la forme de mise en commun des ressources la plus optimale. Par ailleurs, une caisse unique peut réduire considérablement les coûts administratifs, et garantir un forfait de prestations identiques à l'ensemble de ses

assurés, en plus d'un financement équitable basé sur leur capacité de paiement, et surtout favoriser une extension plus rapide de la couverture médicale aux personnes non couvertes et améliorer par la même occasion l'accès aux soins. Cependant, une telle configuration nécessite des capacités organisationnelles et institutionnelles importantes, en plus de la détermination de la taille critique d'une caisse unique au-delà de laquelle des économies d'échelle se produiront.

Références bibliographiques :

- Alain Letourmy (2006), Assurance maladie : un cadre général d'analyse en vue de son implantation dans les pays francophone, *l'assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, p 13- 51 ;
- ANAM (2012), Rapport annuel Global de l'assurance maladie obligatoire 2012 ;
- ANAM(2012), Bilan des missions d'arbitrage de l'ANAM au titre de l'année 2012 ;
- CES (2013), Les soins de santé de base : vers un accès équitable et généralisé ;
- CNOPS(2012), Rapport d'activité 2012 ;
- Comptes nationaux de la santé (2010), ministère de la santé ;
- Délégation de l'union européenne auprès du Royaume du Maroc (2013), Etude générale pour la proposition de scénarios de couverture par une assurance maladie obligatoire des indépendants et des professions libérales ;
- Emilie Sauvignet (2004), Le financement du système de santé en France : Rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire, *Word Health Organization Geneva* ;
- Fatiha KHARBACH, L.Asmae EL ALAMI EL FELLOUSSE (2207), étude sur le financement des soins de santé au Maroc ;
- Guy Carrin, Chris James, David Evans (2006), Atteindre la couverture universelle : le développement du système de financement, *l'assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, p149-161 ;
- Guy Carrin, Chris James (2004), Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire : problématiques conceptuelles-clé durant la période transition, *Word Health Organization Geneva* ;
- Hyoung-Sun Jeong, Ryu Niki (2012), Divergence dans l'évolution de l'assurance maladie au Japon et en République de Corée : régime à payeurs multiples ou régime à payeur unique, *Revue internationale de sécurité sociale*, vol 65,2/2012 ;
- La vision « santé 2020 », ministère de la santé ;

- OMS (2006), Qui finance les systèmes de santé ?, *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*, p107 -130 ;
- OMS (2010), où en somme-nous ?, *Rapport sur la santé dans le monde 2010 : le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle*, p 5-16 ;
- OMS (2010), la force du nombre, *Rapport sur la santé dans le monde 2010 : le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*, p 45-59 ;
- OMS (2013), Statistiques sanitaires mondiales 2013, *OMS* ;
- Sylvie BOYER, Caroline DELESVAUX, Jean-Pierre FOIRRY, Christian PRIEUR (2000), le risque maladie dans les assurances sociales : bilan et perspectives dans les PVD, *ministère des affaires étrangères de France* ;