

# Le Système de Santé au Maroc entre les Contraintes Financières et les Exigences Sociales

Ahmed El Hariti\*

---

**ABSTRACT.** The analysis of the health sector provides an understanding of the specificity of the social function of the state in the reproduction of the labour force as well as its ideological function in the legitimation of the established order. The contemporary crisis and the austerity measures imposed by the international financial institutions have deleterious impact on the health sector. In Morocco, the financial resources allocated to the public health sector are declining in real value and as a proportion of the overall budget of the state. Consequently, one witnesses a sharpening of the social and regional inequalities in the health delivery system. These budgetary cuts are introduced at a time of rapid population growth, accelerated urbanization, the introduction of new values and norms of consumption and production as well as a progressive awareness by the population of their rights to health. All these factors have increased and broadened the health needs and require the augmentation of resources allocated to the health sector. Caught under this double pressure of financial constraint and social exigency, the state ought to look for alternative possibilities of augmenting resources for the health sector.

---

## 1. Introduction/Méthodologie

Dans le cadre des contraintes financières qui compromettent actuellement le progrès dans le domaine sanitaire, l'analyse des modes de financement et des dépenses de santé attire la plus haute attention des décideurs en la matière. C'est que le financement des activités sanitaires constitue le pivot sur lequel repose la réalisation des objectifs de la politique nationale de santé et partant l'amélioration des conditions d'accès de la population aux soins médicaux. L'examen de la dimension financière de l'accès aux soins acquiert donc plus d'intérêt d'autant plus que la crise actuelle du secteur de la santé ne se contente pas d'aggraver les déséquilibres sociaux et régionaux, mais attise les conflits d'objectifs entre les différents promoteurs et prestataires de services de santé. C'est pourquoi la nécessité s'impose d'étudier la structure financière du système de santé dans le but de coordonner les activités des divers secteurs et de définir le rôle que doit jouer chacun d'eux pour l'amélioration de l'état de santé des populations.

---

\* Economiste, Conseiller des Affaires Etrangères - Direction Générale de la Coopération, Rabat, Maroc.

### *1.1 Eléments Méthodologiques*

L'étude du système de financement de la santé doit faire face de prime abord à des problèmes d'ordre méthodologique. Outre ceux qui se rapportent à la collecte des données, les problèmes rencontrés ici concernent la délimitation de l'espace sanitaire et le degré de détails de l'analyse.

#### *A/- La définition du Secteur de la Santé*

Il est difficile de définir l'action sanitaire car elle couvre un domaine vaste, aux frontières floues et où se croisent les activités de différentes institutions. De manière générale, l'action sanitaire est considérée comme étant celle qui a pour but l'amélioration de l'état de santé de la population. Dans cette optique, le champ de la santé couvre les différents services de soins médicaux, la formation du personnel, la recherche et l'éducation sanitaire ainsi que la salubrité de l'environnement, le contrôle des aliments, l'habitat, l'assainissement des eaux, etc.

Pour ce qui concerne la présente étude, l'espace sanitaire a été défini selon une acception limitative qui le réduit aux seules activités ayant un rapport direct avec le système de "soins", y compris la formation et la recherche; Ont été ainsi exclus de cet espace les services d'hygiène et de contrôle des aliments, d'assainissement des eaux, etc...

#### *B/- La localisation des sources de financement*

L'analyse financière porte généralement sur le circuit des fonds monétaires à commencer par leur origine et jusqu'à leur destination finale. Dans le cadre de notre approche, il ne s'agira pas de remonter aux sources initiales de financement de la santé, c'est-à-dire essentiellement les contribuables. Cela suppose l'étude du système fiscal et para fiscal, ce qui constitue une tâche compliquée et sans grande utilité pour notre approche.

Ce dont il sera question ici c'est plutôt l'identification des flux financiers au niveau des sources secondaires de financement, c'est-à-dire en fonction des institutions d'où ils proviennent directement. Ces institutions sont : l'Etat, les intermédiaires financiers, les ménages et le concours extérieur. Cette méthode comporte certes la lacune de ne pas distinguer les sources de financement et les agents responsables des dépenses, d'où le risque de comptabiliser doublement les fonds. Toutefois, ces limites n'affectent pas de manière significative notre démarche dans la mesure où les principaux agents, mis à part les ménages et les mutuelles, sont à la fois financiers et prestataires. En outre, il s'est avéré que les transferts de fonds entre les différents acteurs du système de santé ne représentent pas un montant très important, au point de remettre en cause l'ordre de grandeur des dépenses sanitaires évaluées.

Par ailleurs, il convient de souligner que cette étude ne s'est pas penchée sur l'analyse du volume et de la structure de l'offre de soins de santé. Elle ne comporte pas non plus d'indications sur la destination finale des flux financiers, c'est-à-dire les revenus engendrés par l'activité sanitaire.

### *1.2 Difficultés D'accès aux Informations*

L'analyse du financement de la santé bute aussi sur le problème délicat de la collecte des données nécessaires. En effet, l'accès à celles-ci est extrêmement difficile et exige des délais et des efforts coûteux. Cela tient non seulement à l'éparpillement et la désorganisation de l'information, mais aussi au comportement méfiant des organismes concernés qui refusent sa diffusion. De surcroît, les données disponibles sont souvent inexploitable ; ainsi la classification des dépenses et les méthodes de calcul appliquées n'obéissent pas à des critères uniformes et se prêtent difficilement à l'analyse.

Par conséquent, la présente étude trouve ses limites dans les faits suivants :

- la quantité et la qualité insuffisantes des informations disponibles ;
- L'absence de données concernant le secteur médical libéral, les organismes bénévoles (Croissant Rouge Marocain, etc), les cliniques mutualistes de la CNOPS et certains établissements publics ;
- L'absence de travaux de recherche théorique ou empiriques sérieux sur cet aspect de la question sanitaire.

## **2. Les Dépenses Nationales de Santé : Schéma Récapitulatif et Résultats d'Analyse**

Il est question ici de procéder, à partir d'un tableau récapitulatif des données collectées auprès des institutions retenues dans le cadre de notre approche<sup>1</sup>, à l'évaluation globale des dépenses nationales de santé. Il convient de présenter par la suite les principaux résultats qui

---

1 Ces institutions sont les suivantes : L'Etat, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), la Caisse Nationale des Oeuvres de Prévoyance Sociale (CNOPS), les ménages, un échantillon de 8 entreprises publiques et la Coopération Financière Internationale.

se dégagent du diagnostic du système actuel de financement de la santé au Maroc.

Il va sans dire que ce diagnostic et ces résultats demeurent tributaires de la quantité et de la qualité des informations disponibles.

### 2.1 Schéma Récapitulatif

Sur la base des données recueillies auprès des institutions prises en compte dans le cadre de la présente étude, les dépenses nationales de santé ont été évaluées à un montant proche des 4,5 milliards de DH au titre de l'année 1985<sup>1</sup>. Elles fournissent une dépense moyenne d'environ 203 DH par tête et par an (voir tableau 2.1.).

La consommation médicale finale (CMF)<sup>2</sup> absorbe, à elle seule, plus de 4 milliards de DH; elle constitue ainsi 3,9 % de la consommation finale de la nation et offre une dépense moyenne de 183 DH par habitant.

#### 2.1.1. Les Dépenses Privées de Santé

Il s'agit en fait essentiellement des dépenses de consommation des ménages au titre de "soins médicaux", auxquelles ont été ajoutées les prestations en assurance groupe. L'ensemble de ces dépenses s'élève à 2,2 milliards de DH, ce qui représente 49 % du total des dépenses de santé et 54 % de la consommation médicale finale de la nation. Constituant 2,6 % de la consommation finale privée, ce montant fournit une dépense moyenne de 100 DH environ par personne et par an.

Grâce aux paiements directs des usagers, soit 2,1 milliards de DH, le secteur privé intervient ainsi en tant que principal financeur dans le système de santé au Maroc.

---

1 Non compris les dépenses d'équipement du secteur médical libéral et des entreprises publiques, ainsi que les dépenses des cliniques mutualistes de la CNOPS. Il n'a pas été tenu compte des transferts dans le calcul des dépenses nationales de santé. Le montant des transferts devrait osciller autour de 200 M DH environ, ce qui ne risque pas de bouleverser l'ordre de grandeur de cet agrégat.

2 La CMF totale = CMF privée + CMF collective = Dépenses Courantes de Santé.

### 2.1.2. Les Dépenses Publiques de Santé

Le secteur public<sup>1</sup> finance environ 51 % des dépenses nationales de santé, correspondant à une somme de 2,3 milliards de DH. Les dépenses de fonctionnement absorbent 80 % de cette enveloppe financière et entrent pour 45 % dans la composition de la consommation médicale finale totale.

Fournissant une bourse moyenne de 103 DH par personne et par an, les dépenses publiques de santé se répartissent comme suit par source de financement :

- le budget de l'Etat<sup>2</sup> prend en charge 61 % de ces dépenses ;
- la contribution de la CNSS est de 25,3 % et celle de la CNOPS 8 % ;
- la part des Entreprises Publiques représente 5,7 %.

**Tableau 2.1 - Sources de financement des dépenses nationales de santé (1985) - En million DH**

Source de financement	Dépenses courantes		Dépenses en capital		Dépenses totales	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
<b>1. Secteur Public</b>						
Etat (1)	1 840	45,4	445	100	2 285	50,8
CNSS (1986)	1 195	29,5	200	45	1 395	31,1
CNOPS	335	8,3	245	55	580	12,8
Entreprises	180	4,4	n.d.	-	180	4
	130	3,2	n.d.	-	130	2,9
<b>2. Secteur privé</b>						
Ménages	2 215	54,6	n.d.	-	2 215	49,2
Assurances	2 115	52,1	-	-	2 115	47
	100	2,5	-	-	100	2,2
<b>Total</b>	<b>4 055</b>	<b>100</b>	<b>445</b>	<b>100</b>	<b>4 500</b>	<b>100</b>

(1) y.c. la recherche et la formation, la santé militaire et la coopération financière internationale.

### 2.2 - Résultats d'Analyse

Les investigations qui ont été menées en vue d'une première approche du système de financement de la santé au Maroc permettent de relever un certain nombre de constatations qui nous semblent revêtir une importance primordiale. De fait, il se dégage de ces investigations des résultats qui, par souci de méthode, peuvent être regroupés en deux catégories. La première catégorie se situe au niveau horizontal de

- 
- 1 Ce secteur comprend l'Etat, l'aide financière des organismes internationaux la CNSS, la CNOPS et un échantillon d'entreprises publiques (OCP, ONCF, ONAREP, BRPM, ONT, ONE, RAM, Régie de Tabac).
  - 2 Y compris l'aide financière accordée au Ministère de la Santé Publique par les Organismes Internationaux suivants : OMS, UNICEF, FNUAP et USAID.

l'analyse des dépenses de santé, la seconde se rapporte à la structure verticale de ces dépenses.

Par ailleurs, il s'avère opportun de tenter une esquisse de caractérisation du système de santé marocain, en vue de déterminer sa nature et son mode de financement.

#### 2.2.1 - Faiblesse du Niveau Global des Dépenses de Santé

Le niveau des ressources financières allouées au secteur de la santé demeure relativement faible au Maroc, eu égard tant aux exigences du développement socio-économique du pays qu'au seuil atteint en matière de financement de la santé dans des pays similaires.

##### 2.2.1.1 - La Modicité des Dépenses Nationales de Santé

Les dépenses nationales de santé constituent 3,7% du PIB au titre de l'année 1985. En retenant uniquement les dépenses médicales des ménages et le budget du Ministère de la Santé Publique pour la même année, ce ratio se trouve réduit à 2,7% alors qu'il représentait 3% en 1971.

La dépense moyenne de santé par habitant et par an est de 203 DH au Maroc, soit 20 \$ U.S. (1985). Ce chiffre reste en dessous de la norme de 31 % observée dans les pays à revenu moyen parmi lesquels est classé le Maroc.

Dans une récente étude de la Banque Mondiale<sup>1</sup>, cette dépense moyenne a été estimée à 23,53 \$ (= 135 DH) au Maroc (1982), à 59,34\$ en Jordanie (1982), 62,12 au Pérou et 32,24 en Zambie (1981), 61,93 en Jamaïque et 29,58 au Zimbabwe (1980). En 1982, elle a été évaluée à 301,34 \$ en Espagne, 935 en France, 1.010,82 au Canada, 1.172,74 en Suède et 1.402,65 aux USA ; la moyenne pour les pays avancés étant de 670 \$

##### 2.2.1.2 - L'amaigrissement des Ressources Budgétaires de la Santé Publique

Les ressources financières allouées au secteur de la santé publique accusent une tendance à la baisse quant à leur niveau réel et quant à leur proportion dans le budget général de l'Etat.

-En valeurs constantes (voir Tableau 2.2), les dotations budgétaires du Ministère de la santé publique ont vu leur indice - base 100 en 1980 - descendre à 78 en 1985; elles ont ainsi enregistré une chute moyenne de 4,8 % par an durant cette période. De même, l'indice réel - base 100 en 1977 - des dépenses gouvernementales de santé par habitant est tombé à 97 en 1982 puis à 83 l'année suivante. En revanche, il s'est élevé à 519 au Yémen (République Arabe), 148 au Zimbabwe, 133 en

---

1 The World Bank, Financing Health services in Developing Countries: An Agenda for Reform. Washington, D.C. 1987.

Tunisie (1982) puis 154 au Malawi, 113 au Cameroun et 111 en Jordanie (1983).

-Quant à la part du budget du Ministère de la Santé Publique dans les dépenses globales du gouvernement, elle est passée de 3,4 à 2,6 % entre 1980 et 1985<sup>1</sup>. Ce ratio est de 7,2 % en Tunisie et 5,4 en Algérie (1981), 8,4 % en Zambie, 7 au Kenya, 6,8 au Malawi (1983) puis 8,6 % au Ghana, 6,3 au Koweït et 4,4 au Cameroun (1984).

#### 2.2.1.3 - La Stagnation de la Part du Budget des Ménages Allouée à la Santé

En valeur nominale, les dépenses de santé des ménages ont, certes, connu une progression notable entre 1971 et 1985 ; elles sont passées de 24 à 95 DH par personne et par an, soit un taux d'augmentation annuel de 10 %. Cette augmentation est entièrement redevable à la hausse générale des prix et à celle, plus que proportionnelle, du coût des biens et services sanitaires. Elle se trouve donc annulée sous l'effet de l'inflation.

En outre, la proportion des dépenses médicales dans la consommation finale des ménages a quasiment stagné entre 1971 et 1985. Le coefficient budgétaire du poste "soins médicaux" n'a en effet guère progressé durant une décennie et demie ; il représente toujours 2,6 %. Cette faible part des dépenses consacrées par les ménages aux soins de santé est à mettre en rapport avec les difficultés que traverse actuellement le secteur médical libéral.

#### 2.2.1.4 - Le Marasme des Activités du Secteur Médical Libéral

Sous la mouvance des facteurs de crise financière actuelle, le marasme des affaires dans le secteur médical privé peut s'expliquer notamment par :

-Du côté de la demande, la faiblesse relative des dépenses de santé des usagers ainsi que l'étroitesse et la fermeture du système de couverture médicale de la population ;

-du côté de l'offre, l'escalade des différentes composantes du coût des biens et services sanitaires, l'inadéquation du système de tarification appliqué ainsi que l'augmentation du nombre des médecins.

En ce sens, la crise financière a mis un terme à la prospérité des affaires dans le monde médical et surtout à l'élan de la demande moyenne au milieu des années 1970, ébranlant les assises du marché médical libéral et réduisant les capacités et les objectifs du secteur de la santé publique.

---

1 La proportion du budget de l'Education Nationale oscille autour de 20 %.

**Tableau 2.2 - Budget de la Santé Publique (1980-86) - Valeurs réelles et nominales en 1.000 Dh -**

Rubriques	Budget de fonctionnement (BF)				Budget d'investissement (BI)				Total B.F. + B.I.	
	Personnel	Variat.	Matériel	Variat. Total	Valeur	Variat.	Valeur	Variat.		
1980	424.080	-	206.101	-	630.181	-	129.304	-	759.485	-
	DH courant	+12%	226.161	+10%	701.182	+11%	237.710	+84%	938.892	+24%
1981	415.643	-2%	197.891	-04%	613.534	-03%	207.996	+61%	821.530	+08%
	DH constant	+18%	242.201	+07%	803.108	+15%	300.000	+26%	1.103.108	+17%
1982	431.898	+04%	186.495	-06%	618.393	+01%	231.000	+11%	849.393	+03%
	DH courant	+13%	270.833	+12%	904.755	+13%	244.405	-19%	1.149.160	+4%
1983	448.817	+04%	191.750	+03%	640.567	+04%	173.039	-25%	813.605	-04%
	DH constant	+06%	244.589	-10%	914.153	+01%	139.302	-43%	813.605	-04%
1984	669.564	+06%	244.589	-10%	914.153	+01%	139.302	-43%	813.605	-04%
	DH courant	-13%	142.595	-27%	532.951	-17%	81.213	-53%	614.164	-25%
1985	390.156	+07%	267.905	+10%	985.098	+08%	186.000	+34%	1.171.098	+11%
	DH constant	-07%	135.560	-05%	498.460	-06%	94.116	+16%	592.576	-04%
1986	362.900	+15%	311.183	+16%	1.137.880	+16%	500.000	+169%	1.637.880	+40%
	DH courant	-02%	130.074	-04%	475.634	-05%	209.000*	+122%	684.434	+16%
	DH constant	+12%	-	+7,5%	-	+10,5%	-	-	-	+9,5%
	Variation moyenne annuelle	-3%	-	-7%	-	+2%*	-	-	-	-4,5%
	Réelle									

(\*) Il s'agit des reports des années antérieures. Aussi, les variations moyennes annuelles du BI et du budget total du MSP concernant uniquement les années 80 à 85.



C'est alors que l'on assista à l'émergence et au développement des activités sanitaires des tiers-payants et des intermédiaires financiers (CNOPS, CNSS), des entreprises publiques (OCP, ONE, ONCF, etc) et des organismes bénévoles (CRM).

#### 2.2.1.5 - La Caisse Nationale de Sécurité Sociale: Aisance Financière et Vocation Sanitaire

Résultante des excédents dégagés par le régime des prestations familiales, l'aisance financière de la CNSS fût un stimulant de taille qui lui a permis d'étendre ses fonctions sociales et de s'ériger, de fait, en un véritable organisme à vocation sanitaire. Actuellement, cet organisme dispose de ses propres structures sanitaires dont le coût de fonctionnement avoisine le tiers de celui du Ministère de la santé publique. Il intervient pour environ 12 % dans le financement des dépenses nationales de santé, soit l'équivalent d'un montant qui excède le tiers des dotations budgétaires du Ministère de la Santé Publique. Rapporté au nombre total de la population, ce montant offre une dépense moyenne de 26 DH par an.

Outre l'importance des ressources financières mobilisées, ce qui frappe dans l'action sanitaire de la CNSS c'est le double déséquilibre au prix duquel elle s'opère :

-Un déséquilibre financier relatif à la gestion des unités médicales dont les recettes propres couvrent à peine 47 % des dépenses de fonctionnement. Ce déficit est probablement imputable au système de tarification en vigueur<sup>1</sup>, mais il suscite des interrogations quant aux principes qui président à la gestion des structures sanitaires de la CNSS, d'autant plus que les acteurs qui sont à l'origine du financement de ces structures n'en sont pas pour autant les bénéficiaires.

-D'où un déséquilibre à caractère social se rapportant à l'utilisation des services de santé des unités médicales de la CNSS. En effet, les utilisateurs de ces services sont formés par les non-adhérents à la CNSS, c'est-à-dire tous ceux qui sont couverts ou en mesure de régler les tarifs fixés. Or, puisque ces tarifs se situent en dessous des coûts effectifs des services de soins fournis, cela signifie que la CNSS - et donc les adhérents à cet organisme - offre une subvention aux non-affiliés utilisateurs de ces services.

---

1 Il ne faut pas oublier non plus le niveau relativement élevé des traitements des cadres et des professionnels de la santé exerçant dans les polycliniques de la CNSS.

#### 2.2.1.6 - La Caisse Nationale des Oeuvres de Prévoyance Sociale: Tiers-Payeur Principal et Prestataire de Services de Santé

Avec ses 600 milliers d'adhérents - soit 10 % de la population active totale du Maroc, le CNOPS représente le principal acteur dans le système de financement de la santé par tiers-payant. Elle finance plus de 4 % de la consommation médicale finale, ce qui correspond à 15 % du budget du MSP et à 3,8 % des dépenses nationales de santé.

Toutefois, cet établissement ne se contente pas d'être un simple intermédiaire financier ; il se présente aussi en tant qu'agent prestataire de services de santé. En effet, dans sa tentative de faire face aux contraintes financières actuelles, la CNOPS a adopté deux formules afin d'agir sur le coût des services médicaux demandés par ses membres :

-elle a procédé, au moyen de ses politiques de remboursement, à l'encouragement des bénéficiaires pour déplacer leur demande du secteur médical libéral vers les polycliniques de la CNSS. Celle-ci offre non seulement des services de santé bon marché par rapport au secteur privé, mais aussi des facilités quant au rééchelonnement des dettes de la CNOPS dues aux arriérés de l'Etat<sup>1</sup>.

-Elle s'est engagée dans la création et le renforcement de ses propres structures sanitaires, à savoir les polycliniques mutualistes, tout en stimulant les adhérents à utiliser les services de soins qui y sont offerts, moyennant un  $\phi$ -paiement.

#### 2.2.2 - Mauvaise Affectation des Ressources Sanitaires

L'analyse détaillée des diverses destinations des ressources nationales de santé est une tâche extrêmement compliquée en raison non seulement de l'insuffisance des informations, mais aussi de la non-concordance et des écarts existants entre les catégories d'analyse et les catégories de dépenses. Elle revêt cependant une importance cruciale pour toute tentative d'évaluation des performances d'un système de santé. Cette dimension de l'analyse permet en effet de situer les points forts ou les défaillances de ce système, en déterminant notamment la mesure dans laquelle la gestion et la distribution des ressources sanitaires répondent aux exigences d'efficacité, d'efficience et d'équité.

A cet effet, il a été jugé utile de faire une approche des dépenses nationales de santé en fonction de leur affectation par catégorie de dépenses, par région économique et lieu de résidence (urbain/rural) ainsi que par niveau de service. Quoique cette approche puisse être approximative et comporter de nombreuses simplifications de calcul, elle permet néanmoins de fonder l'hypothèse d'une mauvaise affecta-

1 Il s'agit des subventions de l'Etat pour combler le déficit de la CNOPS. En principe, l'Etat - en tant qu'employeur - devrait régler une cotisation équivalente à celle de ses employés à la CNOPS.

tion des ressources sanitaires, du point de vue tant de la justice sociale que de la rationalité économique.

#### 2.2.2.1 - La Structure Globale des Dépenses de Santé

Pour les organismes qui sont à la fois financiers et prestataires de services de santé, c'est-à-dire ceux qui agissent simultanément sur la structure de l'offre et de la demande de soins, les dépenses courantes absorbent environ 70 % des ressources totales. Le reste, soit 30 % est consacré aux dépenses d'équipement. Pour l'ensemble des secteurs de la santé, la structure globale des dépenses se présente comme suit :

##### *A - Les dépenses de fonctionnement*

Les dépenses de fonctionnement ont été estimées à un montant légèrement au-dessous des 4 milliards de DH au titre de l'année 1985, se répartissant ainsi par postes de dépenses :

-Les frais de personnel : absorbent presque 40 % du total. Cette proportion varie sensiblement d'un secteur à l'autre ; elle dépasse 60 % dans le secteur public (Etat et CNSS) et n'atteint guère les 22 % dans les dépenses de santé des ménages.

-Les médicaments : retiennent environ 37 % de l'ensemble, soit un montant proche de 1,5 milliards de DH<sup>1</sup>. Cette part est seulement de 8 % pour ce qui est du secteur public, tandis qu'elle représente 61 % dans la consommation médicale finale privée.

-Les autres biens et services : il s'agit des fournitures et matériels médicaux et des frais divers, lesquels consomment environ 23 % de la valeur totale des dépenses courantes.

##### *B - Les dépenses d'investissement<sup>2</sup>*

L'analyse de la structure des dépenses d'équipement du Ministère de la Santé Publique et de la CNSS montre que :

- 
- 1 En 1986, la consommation totale des médicaments a été évaluée à 1,7 milliards de DH environ.
  - 2 Il est question en fait des dépenses du MSP et de la CNSS pour l'année 1986; l'accès aux informations concernant le secteur médical privé, les cliniques mutualistes et les entreprises publiques n'ayant pas été possible.

- l'achat de terrains et de bâtiments, les constructions et aménagement représentent 64 % du total des immobilisations ;
- l'équipement médical intervient pour 30 % dans ce total;
- Les autres immobilisations attirent le reste des dépenses, soit 6 %.

En somme, il apparaît que les grands postes de dépenses sont par ordre d'importance les salaires des personnels de santé et les médicaments d'un côté ; les constructions, achat de terrains et équipement médical de l'autre côté. Néanmoins, cette constatation générale appelle des nuances en ce qui concerne le MSP et le CNSS. En effet, pour ces derniers les médicaments représentent respectivement moins de 8 % puis 4 % des dépenses courantes<sup>1</sup>. En revanche, le poste "Achat de terrains, constructions et aménagement" enlève environ 75 % des dépenses d'investissement du MSP et 58 % de celles de la CNSS, tandis que le poste "Equipement médical" en absorbe 41 % pour le cas de la CNSS et à peine 18,6 % pour le cas du MSP<sup>2</sup>.

#### 2.2.2.2. - Iniquité dans la Répartition Spatiale des Ressources

La distribution territoriale des ressources nationales de santé souffre de sérieux déséquilibres au niveau tant des régions économiques que des espaces urbain et rural. Elle est, en effet, concentrée sur les régions économiques les plus développées et sur les centres urbains où le niveau de vie est relativement élevé.

##### A - Les dépenses de santé par région économique

La répartition régionale des dépenses de santé profite essentiellement aux zones qui sont déjà privilégiées sur le plan socio-économique. Ainsi, si l'on considère les dépenses de santé du secteur public<sup>3</sup>, il apparaît que les régions du Centre et du Nord-Ouest canalisent presque 80 % de ces dépenses, soit respectivement 53 % puis 26 %. Le reste, soit 21 %, est partagé par ordre d'importance entre les régions du Sud (6 %), du Centre-Nord (5 %), du Tensift (4 %), de l'oriental (4 %) et du Centre Sud (2 %). En rapportant le montant des dépenses de santé considérées ci-dessus au nombre d'habitants par région économique, la dépense moyenne par tête et par an a été approximative-

- 1 Si cette faible proportion semble être sans effets notables sur les activités sanitaires de la CNSS qui sont essentiellement orientées vers les soins curatifs de troisième niveau (tertiaire), elle est par contre significative de la dégradation de la situation au MSP lequel devrait en principe faire face aux besoins de la population en matière de soins de santé de base et donc disposer de moyens suffisants en médicaments.
- 2 En valeur absolue, les dotations budgétaires du MSP au poste "Equipement médical" représentent 83 % de celles de la CNSS.
- 3 Il est question uniquement des dépenses d'équipement du MSP et de la CNSS (1986), ainsi que des prestations des mutuelles civiles de la CNOPS (1985).

ment estimée à 70 DH au Centre et 46 DH au Nord-Ouest, 20 DH à l'oriental, 18 DH au Sud, 16 DH au Centre-Nord puis respectivement 10 DH au Tensift et au Centre-Sud.

**B - Les dépenses de santé par lieu de résidence**

La répartition inéquitable des dépenses de santé par région économique est traversée par une autre qui se situe, cette fois-ci, au niveau des zones urbaines et rurales. Sur ce dernier plan, il apparaît que des inégalités frappantes existent entre les citadins et les ruraux en matière d'accessibilité financière aux soins de santé. En effet, les résultats de l'enquête de consommation des ménages (voir tableau 2.3) font état d'une dépense moyenne en soins médicaux du citadin (144 DH par an) qui dépasse le triple de celle du paysan (58 DH par an). En ajoutant les dépenses de santé de la CNSS et de la CNOPS, lesquelles profitent quasi-exclusivement à la population urbaine, cette dépense moyenne devrait s'élever à 220 DH pour le citadin<sup>1</sup>.

**Tableau 2.3 - Structure des dépenses de santé des ménages (1984-85) - En Dirhams**

Postes de Dépenses	Dépenses moyenne par tête et par an					
	Urbain	%	Rural	%	Ensemble	%
Honoraires médecins	31,91	22,03	12,74	21,66	21,04	21,95
Analyse radiologie	9,60	6,63	2,18	3,71	5,20	5,42
Soins hospitaliers	4,10	2,83	1,18	2	2,44	2,55
Soins dentaires	6,39	4,41	2,09	3,55	3,95	4,12
Accouchements	2,89	2	0,90	1,53	1,76	1,84
Médicaments	86,59	59,78	37,83	64,33	58,93	61,48
Appareils médicaux	2,09	1,44	0,20	0,34	1,02	1,06
Médecine traditionnelle	1,27	0,88	1,69	2,88	1,51	1,58
Total	144,84	100	58,81	100	95,85	100
Coefficient budgétaire		2,9 %		2,2 %		2 %

Source: Enquête de consommation des ménages (1984-1985) Direction de la Statistique.

Globalement, il demeure que l'allocation spatiale des ressources sanitaires dénote de graves déséquilibres qui affectent le degré d'équité du système de financement et de prestation des soins de santé au Maroc.

1 La prise en compte des dépenses du MSP - dont la structure ne se prête pas à une ventilation par lieu de résidence - n'atténuerait pas sensiblement un tel écart. L'examen de la distribution des dépenses totales de santé porte plutôt à croire que la consommation médicale en milieu urbain est environ trois fois plus élevée qu'en milieu rural.

### 2.2.2.3 - Inefficacité dans l'Utilisation des Ressources

Les ressources financières allouées au secteur de la santé sont aussi très mal utilisées du point de vue de la rationalité technico-économique. A ce propos, l'analyse de la ventilation fonctionnelle des dépenses de santé fait apparaître la proportion relativement importante qui revient aux dépenses d'équipement et de fonctionnement des services de soins hospitaliers et en particulier ceux qui se situent au niveau le plus élevé du système et à la pointe de la technologie hospitalière.

Ainsi, l'examen de la ventilation des dépenses de santé du secteur public (MSP, CNSS et CNOPS) par niveau de services permet d'avancer une première estimation selon laquelle 37 % de ces dépenses sont affectées au secteur tertiaire, c'est-à-dire à des services hospitaliers qui font appel à des équipements sophistiqués et très coûteux. Cette proportion est voisine de 64 % pour la CNSS<sup>1</sup>, tandis qu'elle est de 23 % puis 20 % respectivement pour la CNOPS et le MSP<sup>2</sup>.

En outre, quand on considère le réseau hospitalier dans son ensemble, sa part dans les dépenses de santé du secteur public s'élève à 76 % environ, étant convenu que l'action sanitaire de la CNSS demeure intégralement orientée vers les services hospitaliers. Concernant le MSP, il n'a été tenu compte que des seules dépenses d'équipement lesquelles ont profité pour plus de 61 % au secteur hospitalier (voir tableau 2.4).

**Tableau 2.4 - Répartition des dépenses d'équipement du MSP par niveau de service (1981-1986) - En 1 000 DH**

Années	1981	%	1982	%	1983	%	1984	%	1985	%	1986	%
Ambu	30 600	12,986	950 29	116 130	47,584	793	60,9111	522	60	193 444	38,68	
Hospi	207 110	87,1213	050 71	128 274	52,554	509	39,174	478	40	306 556	61,31	
dont :												
Tertiaire	121 000	51	136 000	45,32	000	0,8	-	1 000	0,5	44 924	9	
Secondaire	86 110	36,177	050	25,7126	274	51,754	509	39,173	478	39,5261	632	52,32
Total	237 710	100	300 000	100	244 404	100	139 302	100	186 000	100	500 000	100

Source : - Plan 1981-85 actualisé par les lois de finances - Budget du Ministère de la Santé Publique.

- 1 L'estimation de la part du secteur tertiaire dans les dépenses de santé de la CNSS repose sur l'hypothèse que ce secteur n'englobe que les plus importantes polycliniques implantées à Casablanca.
- 2 Faute d'informations détaillées, les dépenses du chapitre "Personnel" du MSP n'ont pas été prises en compte dans l'estimation.

Au total, les ressources des secteurs de la santé sont canalisées pour une large part vers les services de soins secondaires et tertiaires, pourtant coûteux et moins efficaces. En revanche, les soins de santé primaires, moins onéreux et destinés à la majorité de la population, souffrent d'insuffisance de ressources. Une pareille orientation ne répond guère aux critères d'équité, d'efficacité et d'efficience dans la mesure où elle se traduit par des déséquilibres considérables dus à l'utilisation de techniques coûteuses et complexes, à une gestion inefficace des ressources humaines et matérielles puis à une très mauvaise répartition régionale et sociale des fonds.

### 2.2.3 - Caractéristiques du Système de Financement de la Santé

Durant son évolution, le système de santé marocain est passé par trois phases :

-Au lendemain de l'indépendance, l'essentiel des efforts a été consacré à la formation des personnels de santé et à la promotion des services de soins essentiels, en vue de jeter les bases de l'instauration d'un système de santé publique.

- la décennie 1970 fût celle des grandes réalisations en matière d'infrastructure sanitaire (construction des grands hôpitaux publics et renforcement des capacités du secteur médical libéral).

-la décennie en cours est celle de la crise qui a atteint le niveau financier du système de santé et qui a entraîné le recul du secteur de la Santé Publique et le marasme des affaires dans le secteur médical privé. Parallèlement, on a assisté à l'émergence et à l'extension des activités sanitaires de certains établissements publics (CNSS, CNOPS, Entreprises) et des organismes bénévoles (CRM).

Dans le sillage de cette évolution historique, le système de financement de la santé se trouve caractérisé par les aspects suivants :

#### *A - Un caractère composite et segmentaire*

Ce caractère trouve sa traduction dans la multiplicité et la dispersion des modes de financement de la santé. En effet, le système de santé marocain est composé de plusieurs segments et d'une pluralité d'acteurs séparés les uns des autres. Il s'agit d'un système à plusieurs vitesses dont le fonctionnement s'opère sans aucune coordination entre ses éléments, ce qui rend difficile l'élaboration et la mise en oeuvre d'une véritable politique nationale de santé.

#### *B - Une polarisation sur l'espace urbain et sur la médecine d'élite*

La concentration disproportionnée des ressources sur les centres urbains et sur le secteur tertiaire constitue un trait saillant dans le mode de financement de la Santé au Maroc. Cette orientation signifie des déséquilibres criants en matière d'utilisation des ressources disponibles et d'accessibilité du système de soins de santé.

### *C - Une structure dualiste*

Une telle structure s'exprime à travers la coexistence de deux sous-secteurs de la médecine : le secteur "moderne" organisé et dirigé par l'Etat et le secteur "traditionnel" pris en charge par les communautés. Le premier a connu un développement spectaculaire depuis l'indépendance, le second est tombé en crise et accuse un net recul.

Par ailleurs, le secteur moderne est lui-même partagé en deux sous-secteurs : l'un dispose de moyens techniques sophistiqués et de personnels spécialisés pour couvrir les zones "centrales", l'autre souffre d'insuffisance de moyens et se charge des zones "périphériques".

Certes, toutes ces caractéristiques, et notamment le manque de coordination entre les diverses activités sanitaires, constituent autant d'obstacles face à la mise en oeuvre d'une véritable politique nationale de santé. Mais ce qui importe le plus c'est la longue absence d'une telle politique qui devrait fixer les priorités et assigner à chaque secteur son rôle dans la promotion de la santé<sup>1</sup>. Ceci suscite des interrogations quant au statut de la force de travail et quant au processus de sa reproduction.

En ce sens, l'analyse de l'espace sanitaire permet d'ouvrir une voie d'accès à l'appréhension de la spécificité de la fonction sociale de l'Etat dans la reproduction de la force de travail et partant de sa fonction idéologique dans la légitimation de l'ordre établi<sup>2</sup>.

### **3 - Recommandations**

Dans le contexte actuel de crise financière, caractérisé par le ralentissement de la croissance et l'aggravation des déficits budgétaires, les mesures d'austérité en matière de dépenses publiques affectent en premier lieu le secteur de la santé à un moment où il faut justement accroître les ressources allouées à ce secteur. En effet, les effets pervers de la démographie galopante, de l'urbanisation accélérée, de l'introduction de nouvelles valeurs et normes de consommation et de production, ainsi que la prise de conscience progressive des populations de leur droit à la santé, sont autant de facteurs ne cessent de créer et d'élargir la sphère des besoins sanitaires. Sous cette double pression des contraintes financières et des exigences sociales, les

- 1 Ce n'est en fait que récemment et de façon timide que l'on assiste à l'apparition, dans le document du budget du Ministère de la Santé Publique, d'une priorité délibérément adoptée. Il s'agit de celle-là même que s'était fixée la communauté mondiale dans le cadre de la Conférence de l'OMS à Alma-Ata en 1987, à savoir la priorité des "Soins de Santé de Base".
- 2 Sur cette question, cf. notre travail : "Essai d'approche de l'Etat dans les sociétés dépendantes ; cas du Maroc contemporain". Thèse de doctorat de 3ème cycle ès sciences économiques. Université de Poitiers, Septembre 1983.



pouvoirs publics doivent rechercher les possibilités alternatives d'augmenter les ressources du secteur de la santé. A cet égard, la rationalisation économique des services existants ne peut suffire pour satisfaire des besoins extensibles. Il est en outre nécessaire de mobiliser des ressources supplémentaires si l'on vise à se rapprocher de l'objectif "la santé pour tous d'ici l'an 2 000" que s'était fixée la communauté mondiale lors de la conférence de l'OMS à Alma-Ata en 1978.

Dans cette optique, des mesures sont à prendre dès à présent dans le but de remédier aux insuffisances et au dysfonctionnement du système de financement de la santé au Maroc. Sans prétendre fournir des recettes infaillibles, on se propose ici de présenter brièvement certaines des politiques à entreprendre, compte tenu de l'état actuel du système de santé, des contraintes financières et des exigences sociales. Ces politiques sont complémentaires et interdépendantes. Elles doivent par ailleurs faire l'objet d'études approfondies pour les développer et analyser leurs incidences sur le plan socio-économique.

### *3.1 - Rationalisation Economique des Services Existants*

L'amélioration du financement des actions sanitaires peut être obtenue par le biais de la rentabilisation des services existants et la limitation des coûts engendrés par la mauvaise utilisation des fonds. Cela passe par l'introduction d'un système efficace de planification, de gestion et de contrôle financiers en vue d'assurer une meilleure réallocation des ressources disponibles. Corrélativement, il est impératif de mettre en place un dispositif institutionnel et des structures organisationnelles permettant la coordination des activités sanitaires et la promotion de la recherche et de la formation dans le domaine de la santé.

#### *3.1.1 - Planification et Gestion des Ressources*

Le fonctionnement des services de santé au Maroc s'opère en l'absence d'une planification et d'une gestion financière, ce qui donne lieu à des pertes importantes de ressources. Cette carence se reflète de manière apparente au niveau des hôpitaux publics où les méthodes de gestion et de contrôle appliquées sont rudimentaires. Il en découle des gaspillages nombreux : détournement de fournitures, détérioration de matériels, sous-utilisation des installations, allongement des séjours d'hospitalisation.

Or, la planification et la gestion financière constituent des préalables indispensables pour la mise en oeuvre d'une véritable politique nationale de santé. Elles permettent en effet d'assurer une meilleure utilisation des ressources mobilisables et une amélioration de l'efficacité, de l'efficience et de l'équité des services de santé. Dans le contexte actuel, l'impératif de planification se fait ressentir avec plus d'acuité et

répond à une situation réelle où le déséquilibre entre l'offre et la demande de soins risque de provoquer des goulots d'étranglement au niveau de l'ensemble du système de santé.

Les décisions en matière de politique sanitaire semblent d'ailleurs prendre conscience de la nécessité de mieux gérer et planifier les ressources. C'est dans ce sens que le Ministère de la Santé Publique a décidé de lancer deux importantes études, l'une sur la gestion hospitalière et l'autre sur le financement de la santé. Ces deux études devraient porter un éclairage sur l'état actuel du système et offrir une aide appréciable à la décision en matière de planification, de gestion et de redéploiement rationnels des ressources disponibles et mobilisables.

En ce sens, il faut procéder dès à présent à former les hommes nécessaires à la mise en oeuvre du processus de planification et l'exécution des programmes.

### 3.1.2 - Meilleure Réallocation des Ressources

Comme cela a été démontré auparavant, les ressources sanitaires sont très mal utilisées. En matière d'accès aux soins, des disparités inquiétantes existent entre les régions, entre les catégories sociales puis entre les zones urbaines et les zones rurales. Aussi, les dépenses de santé sont fortement concentrées sur les services tertiaires et secondaires au détriment des services primaires, pourtant plus efficaces.

Il est donc d'une extrême importance de prendre des mesures pour assurer une meilleure réallocation des ressources en fonction des critères d'équité et d'efficacité. De telles mesures doivent être orientées vers les objectifs suivants :

- La promotion des soins de santé de base et des services préventifs
- L'introduction d'une technologie appropriée dans les services tertiaires et secondaires.
- Le renforcement des ressources destinées aux régions et aux zones pauvres, particulièrement les campagnes.

Toutefois, la mise en oeuvre de ces politiques suppose l'existence d'un processus de planification et de gestion. Elle exige aussi la création d'un mécanisme central de coordination regroupant les hauts responsables des différents secteurs d'activité sanitaires ainsi que les représentants d'organismes politiques, sociaux et économiques.

### 3.1.3 - Création d'un Conseil National de Santé

La multiplicité des sources de financement de la santé rend difficile l'oeuvre de planification et de redéploiement équitable et efficace des fonds. Cette dispersion implique une pluralité d'objectifs et de programmes sanitaires sans aucune articulation entre eux, ce qui se traduit par un double emploi des services générateur de gaspillages et d'inefficacités. Cet état de fait trouve une expression éclatante dans les polycliniques de la CNSS et les CHU du Ministère de la Santé Publi-

que; lesquels s'adonnent à des activités de même nature, achètent des équipements identiques et s'adressent à des segments analogues de la population.

En conséquence, la situation présente du système de santé réclame la création d'un cadre institutionnel pour la coordination des activités des divers acteurs de ce système et la définition des responsabilités et des rôles assignés à chacun d'eux. L'institution d'un Conseil National de Santé semble être le cadre le plus propice à superviser l'action sanitaire, l'exécution des programmes prioritaires et la distribution efficace et équitable des ressources, à assurer la participation des principaux acteurs au processus de planification (usagers, professionnels de santé, représentants des populations et autres associations et organismes concernés). Cela suppose la mise sur pied d'un mécanisme intermédiaire de coordination (cadre institutionnel permanent attaché au Conseil National de Santé) ainsi que la réglementation de toutes les activités sanitaires afin d'éliminer la désorganisation et les facteurs de dysfonctionnement du système de santé.

Pour pouvoir s'acquitter convenablement de ses fonctions de coordination, d'orientation et de supervision, le Conseil National de Santé devrait réunir les Ministres et les Hauts responsables des Départements et Organismes impliqués dans l'action sanitaire ainsi que les forces représentatives de la population. A cet effet, un Comité Interministériel préparatoire peut être créé dans l'immédiat afin de débattre les questions urgentes, préparer un dossier sur la situation sanitaire et examiner les aspects institutionnels et techniques relatifs à la constitution du Conseil National de Santé et du Comité de Coordination qui lui serait lié.

Par ailleurs, en matière d'aide à la décision, ledit Conseil devrait être assisté par des équipes compétentes de recherches et disposer d'appuis technique et informationnel. Pour cela, il faudra mettre sur pied un système d'information sanitaire et promouvoir la recherche et la formation en gestion et en économie de la santé.

#### 3.1.4 - Promotion de la Recherche et de la Formation

L'amélioration de la gestion des ressources existantes exige le développement des outils statistiques et comptables et le renforcement des capacités de traitement et d'analyse des données. En effet, pour obtenir une meilleure utilisation des ressources sanitaires, il faut disposer de personnels compétents qui puissent concrétiser un tel objectif et d'un système de calcul qui puisse faire apparaître l'affectation et la distribution des fonds.

C'est pourquoi il s'avère nécessaire de promouvoir la recherche et la formation dans le domaine de la santé et de renforcer les capacités techniques et administratives. Dans ce cadre, il faut préconiser

l'enseignement de l'économie de la santé dans les programmes de formation des médecins, des pharmaciens, des personnels paramédicaux et des administrateurs. Cet enseignement doit être dispensé en particulier aux médecins. En effet, ce sont ces derniers qui se trouvent à l'origine de la facturation des services de santé dans la mesure où ils détiennent le pouvoir de décision pour ce qui est de la nature des équipements médicaux utilisés et du déroulement du processus clinique, c'est-à-dire le diagnostic, la prescription du traitement, etc. Ils doivent alors être sensibilisés, dès le début de leur formation, aux notions de coûts pour pouvoir mesurer les conséquences économiques que comportent leurs décisions tant pour le patient que pour la nation.

### *3.2 Nécessite de Mobiliser des Ressources Supplémentaires*

Outre la rationalisation économique et l'organisation des services existants, il est impératif de procéder à l'augmentation des ressources budgétaires du Ministère de la santé publique et à la mobilisation de nouvelles sources de financement de la santé. La gestion efficace des maigres ressources allouées au secteur de la santé ne peut suffire à assurer une couverture médicale convenable de la population.

#### *3.2.1 - Renforcer les Ressources Budgétaires du Ministère de la Santé Publique*

La part du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé publique ne cesse de baisser ; elle est passée de 3,4 à 2,6 % entre 1980 et 1985. Il en est de même de l'évolution réelle (base 100 en 1980) du budget du Ministère de la Santé Publique qui a enregistré une régression moyenne de 4,8 % par an durant la même période. En 1985, ce budget a fourni à peine une dépense moyenne de 27 DH (DH constant de 1980) par tête et par an. Ce déclin a touché en particulier le Chapitre "Matériel", c'est-à-dire les fournitures et les médicaments essentiels, dont les dotations ont accusé une baisse moyenne de 8 % par an entre 1980 et 1985.

Cette situation, qui est significative du désengagement progressif de l'Etat en matière de Santé Publique, n'a pas manqué de se traduire par une dégradation de la quantité et de la qualité des services de soins dispensés à travers les différentes structures sanitaires publiques. Cela a eu pour corollaire l'engagement des usagers des services de santé

publique dans le financement des fournitures, médicaments et autres accessoires médicaux<sup>1</sup>

Cette déviation qui contraint les usagers à participer de fait aux frais des fournitures médicales favorise l'exclusion des populations démunies, surtout les ruraux, de la sphère des soins et en premier lieu les soins de santé de base. Elle est significative du désengagement de l'Etat en matière de santé.

A partir de là, il est d'une extrême importance d'agir en faveur de l'élévation réelle des dotations budgétaires du Ministère de la Santé Publique. Pour cela, il faut que ce département puisse faire valoir les priorités sanitaires dans le cadre de projets et de programmes pertinents, faisant apparaître clairement les destinations des fonds en fonction des besoins pressants à satisfaire.

### 3.2.2 - Engager les Collectivités Locales

Un autre moyen pour accroître les ressources sanitaires consiste à engager davantage la contribution des Collectivités locales au financement des services de santé. Un tel engagement constitue aussi un moyen pour la décentralisation des décisions en matière de santé.

La mobilisation, au service de la santé, de fonds supplémentaires en provenance des Collectivités locales peut revêtir diverses formules. Dans le contexte actuel, l'attention portera ici sur les principales méthodes suivantes :

-Le renforcement et la rationalisation des ressources déjà engagées dans le domaine de la santé par les Collectivités locales (Bureaux Municipaux d'Hygiène, etc).

-La prise en charge des cas nécessiteux et des patients pauvres soignés dans les hôpitaux publics. En effet, les Collectivités locales peuvent être amenées à financer les services de soins dispensés aux populations pauvres.

-L'exploitation en commun de certaines unités sanitaires du Ministère de la Santé Publique. Cela peut prendre la forme d'une participation aux décisions et aux frais de fonctionnement de ces unités, le personnel étant à la charge du Ministère de la Santé Publique.

-La participation avec le Ministère de la Santé Publique à la mobilisation de ressources communautaires en vue de promouvoir les soins de santé de base. En ce sens, il serait possible d'encourager les communautés rurales à créer et prendre en charge elles-mêmes des

1 Selon une récente étude réalisée par le Ministère de la Santé Publique à l'Hôpital Hassan II d'Agadir, il apparaît qu'au titre de l'année 1986 les malades \*hospitalisés ont financé eux-mêmes les achats de médicaments et fournitures médicales dans une proportion proche des 2/3, le reste ayant été prélevé sur le budget du Ministère. Cette participation financière des patients \*hospitalisés se présente ainsi par poste des dépenses :

dispensaires ruraux, des maisons d'accouchement, des dépôts de médicaments, etc.

Le financement d'une telle opération peut être assuré par le travail bénévole, les dons en nature ou en espèce, l'aide de l'Etat et des Organismes internationaux, etc.

Si l'on excepte le système des mutuelles de la CNOPS, il apparaît que la quasi-totalité des forces de travail du pays ne bénéficie pas d'une couverture médicale collective. En tenant compte de la CNOPS et des plus importantes entreprises publiques qui disposent de leurs propres caisses médicales, il se dégage que l'assurance-maladie couvre environ 12 % de la population active globale. Autrement dit, les bénéficiaires de cette couverture (adhérents et ayant droit) représentent environ 10 % de la population totale du Pays.

Face à cette situation, l'introduction d'un système d'assurance maladie s'impose alors en tant qu'alternative permettant d'apporter des fonds additionnels, d'alléger les charges du Ministère de la Santé Publique et d'agir dans la régulation du marché médical libéral. De plus, ce système de socialisation des risques de maladies ne manquera pas d'entraîner une amélioration de l'état sanitaire de la population, à condition que des mesures concrètes soient prises préalablement en faveur des couches sociales démunies, car ce système s'adresse aux salariés réguliers et risque de ce fait de creuser l'écart en matière de soins entre ceux-ci et le reste de la population.

Certes, l'instauration d'un système d'assurance-maladie est une entreprise d'envergure. Néanmoins, il serait opportun d'examiner la possibilité de prendre les mesures suivantes :

- Introduire un système de couverture médicale à la CNSS tout en maîtrisant les services de soins à inclure dans ce système.

- Elargir le système des mutuelles de la CNOPS en rendant obligatoire l'adhésion des employés du secteur public.

- Créer d'autres systèmes collectifs de couverture médicale pour les travailleurs indépendants, les professions libérales, les exploitants agricoles, etc.

Toutefois, avant toute prise de décision, il faut examiner la faisabilité économique, la forme et la nature du (ou des) système(s) d'assurance-maladie à adopter.

- 
- Médicaments : 20 %
  - Pansement et accessoires médicaux et pharmaceutiques: 67 %
  - Produits de radiologie : 93 %.. 3.2.3 - Introduire un Système d'assurance Maladie

#### 3.2.4 - Intégrer la Médecine Traditionnelle

La médecine traditionnelle joue encore un rôle non négligeable dans le système de prestation de service de soins. Il convient donc d'encourager les praticiens traditionnels en leur accordant des subventions et en les soumettant à une formation de courte durée et de coordonner leurs activités avec celles des services organisés. Ces praticiens (sages-femmes, herboristes, etc) peuvent notamment être associés à des programmes de soins de santé de base et éventuellement à la mise en place de services de santé communautaires.

#### 3.2.5 - Renforcer la Coopération Financière Internationale

Face aux contraintes financières qui pèsent actuellement sur le budget social de l'Etat, la coopération extérieure est appelée à jouer un rôle actif dans la promotion du secteur de la santé dans les pays en voie de développement. Mais, en raison de la pesanteur de l'endettement extérieur, il incombe aux responsables dans ces pays de sensibiliser les milieux internationaux quant à la nécessité d'élever le niveau de l'aide extérieure, d'assouplir ses conditions et d'adapter ses modalités aux exigences spécifiques du progrès en matière de la santé.

Dans le cas du Maroc, le niveau de la coopération financière internationale demeure très modeste comparée à d'autres pays d'Afrique ou d'Amérique-Latine. L'opportunité existe donc de faire davantage recours à l'aide extérieure sous toutes ses formes en vue d'attirer des fonds supplémentaires au service de la santé. Pour cela, il faut que le Ministère de la Santé Publique puisse élaborer des projets pertinents, présenter des programmes prioritaires et faire preuve d'efficacité et d'équité dans l'utilisation des ressources sanitaires.