

## **La réforme de la couverture médicale de base au Maroc : Etat des lieux**

### **Reform of basic medical coverage in Morocco: current situation**

**Mlle. BENSED Najia**

Doctorante à la Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales Mohammedia

Laboratoire Intelligence Stratégique(LIS)

- Université Hassan II, Casablanca – Maroc

najiabensed@yahoo.fr

**Mme. FASLY Hakima**

Professeur Universitaire à la Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales

Laboratoire Intelligence Stratégique (LIS)

Mohammedia - Université Hassan II Casablanca – Maroc

Hakimafasly2@gmail.com

**Date de soumission** : 05/02/2019

**Date d'acceptation** : 25/02/2019

**Pour citer cet article** :

BENSED N. & FASLY H. (2019) « La réforme de la couverture médicale de base au Maroc : Etat des lieux. », Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit « Numéro 8 : Mars 2019 / Volume 3 : numéro 4 » p : 433- 450

## **Résumé :**

La politique sociale est devenue un pilier très important dans le fonctionnement de l'économie. Dans ce sens le Maroc, et afin de concrétiser le principe du droit à la santé pour tous les citoyens, s'est focalisé sur la généralisation de sa couverture médicale de base « CMB ». L'augmentation des attentes de la population en matière de couverture médicale et la rareté des ressources de financements de cette couverture, poussent l'Etat à mieux faire afin de veiller au bon fonctionnement et l'extension du système de la CMB à toute la population.

Dans ce travail nous allons présenter l'évolution de la CMB au Maroc et déterminer l'équilibre entre les ressources de financement et les dépenses de la CMB, ce qui nous amène à faire des réflexions sur d'autres moyens de financement durables et de garanties de ce système.

**Mots clés :** Couverture médicale de base, assurance maladie obligatoire, régime d'assistance médicale, sources de financement, dépenses de la CMB.

## **Abstract:**

Social policy has become a very important pillar in the functioning of the economy. In this sense, Morocco, and in order to concretize the principle of the right to health for all citizens, has focused on the generalization of its basic medical coverage "CMB". The increase in the population's expectations regarding medical coverage and the scarcity of funding resources for this coverage are pushing the State to do better in order to ensure the proper functioning and extension of the CMB system to the entire population.

In this work we will present the evolution of CMB in Morocco and determine the balance between CMB's financing resources and expenses, which leads us to reflect on other sustainable financing and guarantees for this system.

**Keywords:** Basic medical coverage, compulsory health insurance, medical assistance scheme, sources of financing, expenditure of Basic medical coverage.

## **Introduction**

Dans le cadre de l'amélioration de sa politique de santé, et afin de faciliter l'accès aux soins à toute la population, le Maroc cherche à renforcer ses moyens de financement de la santé par l'instauration d'un régime de couverture médicale de base. La loi 65-00, portant code de la couverture médicale de base, a institué les fondements de la couverture médicale par l'instauration d'une assurance maladie obligatoire «AMO» basé sur le principe de mutualisation et de solidarité, et d'un régime d'assistance médicale «RAMED» basé sur le principe de solidarité nationale et d'assistance sociale.

Le principal défi du Maroc est d'aligner son système de protection sociale avec le socle universel de protection sociale comme défini par les normes internationales. Par ailleurs, le Maroc vise la généralisation de la couverture médicale en vue d'atteindre une couverture universelle. Cependant, une partie de la population marocaine reste toujours sans couverture médicale. La politique de mise en œuvre progressive de la couverture médicale, couvre pour l'instant que les salariés et les titulaires de pensions du secteur public et privé ainsi que les étudiants.

Le projet de loi concernant la couverture médicale des indépendants est toujours en cours de mise en place et représente un défi majeur pour le Maroc. L'intégration des indépendants dans la couverture médicale permettra à environ 11 millions de Marocains de jouir d'une assurance maladie, soit 30% de population en plus (Rapport Unicef «Mapping de la protection sociale au Maroc»).

Après ce grand progrès depuis la mise en œuvre de la loi 65-00 en 2008, le système de couverture médicale reste toujours en phase de croissance. Son principal souci repose sur la mise en place d'un système de financement efficace et efficient de la santé. Par ailleurs, la question qui se pose aujourd'hui concerne l'équilibre financier du système de couverture médicale de base au Maroc. En d'autres termes, est-ce que les sources de financement du système de couverture médicale couvrent les dépenses de ce système ?

Dans cet article, et travers une analyse clinique, nous allons dans un premier lieu présenter une revue de littérature concernant les différents modèles d'Etat social, ensuite définir la conjoncture actuelle du système de couverture médicale au Maroc. Tout d'abord nous verrons un aperçu sur le système sanitaire et le système de couverture médicale marocain. Par la suite nous essaierons de connaître les ressources et les dépenses de la «CMB» et voir l'équilibre du financement de ce système.

## 1. La couverture médicale de base, un droit au citoyen

Suite aux orientations royales qui visent le développement social et qui reposent fondamentalement sur la cohésion sociale et la solidarité, l'amélioration du niveau de santé constitue une des composantes essentielles de la politique du pays dont l'objectif est de garantir la pleine participation des citoyens au développement durable.

L'une des priorités du pays est d'assurer à toute la population l'égalité et l'équité dans l'accès aux soins. Ce qui explique les multiples efforts fournis pour le développement du secteur de Santé et l'amélioration de son système de financement. On ne peut mettre l'accent sur la situation actuelle du système sociale au Maroc sans savoir la dimension historique et économique du volet social.

### 1.1. Revue de littérature

L'une des objectifs de l'intervention publique est d'assurer l'intégration et la solidarité sociale, ce qui a permis le développement de la notion d'« Etat social », afin de défendre les principes des théories néoclassique (le capital humain) et marxiste (équilibre entre les objectifs sociaux et économiques). L'Etat social permet de prévenir l'individu contre le risque de pauvreté lié à des aléas de la vie, assurer un revenu convenable et garantir les droits sociaux.

En Allemagne, la notion de « Wohlfahrstaat » a vu le jour à la fin du XIXe siècle. Elle repose sur le principe de régler le conflit qui s'impose entre le travail et le capital par la mise en place d'un système d'assurance sociale obligatoire. Par contre, en Grande Bretagne, la notion de « Welfare State » repose sur le principe d'assurer la garantie d'une protection sociale minimale à toute la population depuis les années 1940. En 1945, la France a développé la notion « d'Etat providence » qui repose sur un nouveau principe de solidarité orchestré par les pouvoirs publics en vue de remédier à la fracture sociale générée par la société industrielle.

#### 1.1.1. Modèles classiques de l'Etat social

Au XIXe siècle, la pensée libérale ne s'est pas penchée sur l'idée de l'Etat social, il a fallu attendre l'arrivée des socialistes et marxistes au XXe siècle pour élaborer un idéal-type au sens de Max Weber (1864-1920). Les deux premiers modèles d'Etat social sont : le Modèle de Bismarck en Allemagne et le modèle de Beveridge en Grande Bretagne.

Le chancelier Otto Von Bismarck (1879-1963) a défini un modèle de protection sociale inspiré de la théorie des socialistes relative à un Etat « assureur naturel ». Ce modèle vise à mettre en place un mécanisme d'assurance sociale aux travailleurs afin de leur permettre de faire face aux aléas de la vie. Néanmoins, le système bismarckien présente des manquements

au niveau de la généralisation de la protection sociale et crée aussi des inégalités de prestations selon les groupes professionnels.

William Henry Beveridge a défini, en 1942, un modèle de protection sociale inspiré de la théorie keynésienne. Ce modèle permet d'assurer une protection sociale minimale à tous les individus. Sa vision se penche vers la mise en place d'un système permettant de conduire une politique de plein-emploi ainsi que d'assurer la gratuité de la Santé. Ce système est basé sur les principes de l'unité, l'universalité et l'uniformité.

### **1.1.2. Modèles contemporains de l'Etat social**

Les idéaux types ont permis de constituer des modèles de protection sociale institutionnelle cohérents. Titmuss (1974) et Esping – Andersen (1990,1999) sont considérés comme les deux fondateurs de l'Etat providence. Titmuss est le parrain des modèles de politique sociale qui ont été améliorés en 1990 par Esping – Andersen.

Pour Titmuss, il existe trois grands modèles de protection sociale : le modèle résiduel, le modèle institutionnel – redistributif et le modèle industriel – méritocratique. Le modèle résiduel repose sur le principe de garantie sociale minimale et se distingue par l'intervention publique limitée. Autrement dit, l'Etat ne peut intervenir que pour remédier aux défaillances du marché et ne doit en aucun cas intervenir dans la distribution des revenus.

Par contre le modèle institutionnel – redistributif repose sur le droit à la santé à tous, aussi, il favorise aussi le rôle de l'Etat pour le contrôle et le suivi de la distribution des revenus. Ce modèle est inspiré du modèle Beveridgien qui se base sur le principe de sécurité sociale minimale pour toute la population et il s'oppose au modèle résiduel (Julien REYSZ 2010).

Le modèle industriel – méritocratique, quant à lui, est inspiré du modèle Bismarckien. Il est basé sur le principe de mérite et de performance dans le travail, autrement dit, les besoins sociaux sont satisfaits sur la base du statut professionnel (Julien REYSZ 2010).

De son côté, Esping – Andersen s'est inspiré des travaux de Titmuss pour élaborer une classification des régimes d'Etat providence. Dans sa désignation de typologie, il s'est basé sur trois principaux critères : le degré de démarchandisation, les formes de stratification sociale et la nature des relations entre l'Etat, le marché et la famille (Merrien, 2006 et Mabbett, Bolderson, 1999). La réunion entre ces critères a permis de mettre en œuvre trois régimes d'Etat providence. Le premier étant le régime libéral qui pose la notion du besoin au centre, ainsi que la conception d'assistance est primordiale. Ce régime permet une intervention redistributive de l'Etat avec une logique d'assistance comprenant un panier de prestations faibles et forfaitaires tout en limitant sa protection aux économiquement démunis.

Le second régime étant le régime social-démocrate qui lutte contre les inégalités par la mise en place d'un système de redistribution important afin d'assurer un revenu à tous et qui permet une protection sociale élevée et équivalente pour tout le monde.

Enfin, le troisième, le régime conservateur – corporatiste qui s'inspire du modèle bismarckien en se basant sur l'assurance sociale obligatoire généralisée soutenue par le travail salarié. Ce régime a pour but la protection des individus contre les risques d'appauvrissement ou bien de perte de leur revenu suite aux aléas de la vie.

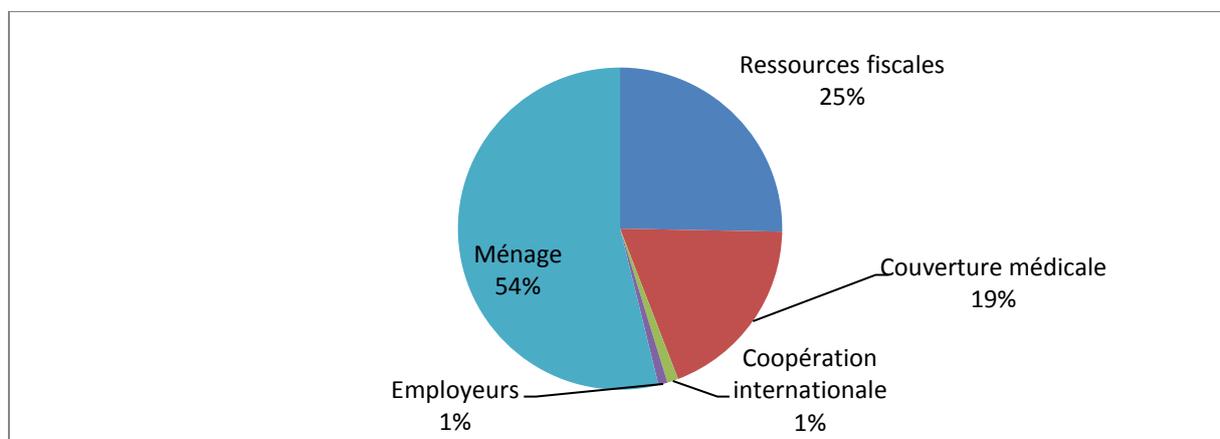
Ainsi face à ce nombre de régimes, chaque pays a adopté un régime d'Etat providence précis en fonction de sa conjoncture économique et sociale.

### **1.2. Accès aux soins de santé : Situation du secteur de la Santé au Maroc**

Selon l'article 31, constitution marocaine 2011 :« *L'Etat, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens à disposition pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir des droits : aux soins de santé, à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'État, ....* ». Cet article stipule que l'Etat doit œuvrer pour faciliter aux citoyens le droit d'accès aux soins de santé, à la couverture médicale et à la protection sociale. A cet effet, l'une des priorités de l'Etat est d'assurer à toute la population l'égalité et l'équité dans l'accès aux soins. Toutefois, le Maroc souffre d'une grande inégalité de santé liée aux inégalités socio-économiques.

Le système de Santé marocain fait face à des barrières géographiques, financières qui freinent la facilité de l'accès aux soins, sans oublier, le manque de personnels de santé et l'insuffisance d'établissements de soins, avec une inégalité de répartition géographique. Cependant, pour faire face à ces manquements, le Ministère de la Santé œuvre pour l'augmentation du nombre du personnel de Santé (Médecins, infirmiers...etc) ainsi que la construction des établissements de soins (hôpitaux, centres de santé, ...etc). Toutefois, la part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé est toujours insuffisante, sachant que les ménages financent la part la plus importante de la dépense totale de santé.

Figure 1 : Répartition des sources de financement de la Santé



Sources : Données depuis le rapport Unicef «Mapping de la protection sociale au Maroc».

Les ménages financent la part du lion des dépenses de la santé (environ 54%) ce qui pèse très lourd sur leur budget. Avec cette part énorme, le ménage est confronté à un risque de pauvreté en cas de maladies. Cependant, l'instauration d'un système de couverture médicale permet d'alléger les dépenses liées à la santé par la prise en charge d'une partie assez importante.

Depuis les années 1980, le financement du secteur de la santé était le principal souci de l'Etat. A cet effet une stratégie de son financement est définie, suivie par la préparation de plusieurs projets de loi relatifs à la couverture médicale de 1987 à 1990. Par ailleurs, le but de la couverture médicale en matière de santé est de permettre aux individus l'accès aux services de santé sans encourir de difficultés financières. Ceci nécessite un système de santé efficace et solide, une diminution des coûts des soins et d'avoir une infrastructure solide du système de santé.

### **1.3. Aperçu sur le système de protection sociale au Maroc**

Le système de protection sociale mis en place au lendemain de l'indépendance, s'appuie sur une approche bismarckienne<sup>1</sup>, où le salarié est le seul bénéficiaire du système ainsi qu'il est son principal financeur. Le modèle bismarckien repose sur la mise en place d'un mécanisme d'assurance sociale pour les travailleurs afin de leur permettre de faire face aux aléas de la vie. Ce système repose sur certains principes : l'obligation d'affiliations des salariés, la gestion de cette assurance par des organismes autonomes, le versement des cotisations par les salariés pour bénéficier des prestations de cette assurance et la répartition du financement

<sup>1</sup> Bismarck un chancelier allemand qui a créé, en 1883, un modèle de protection sociale sur lequel se base des grandes nations européennes.

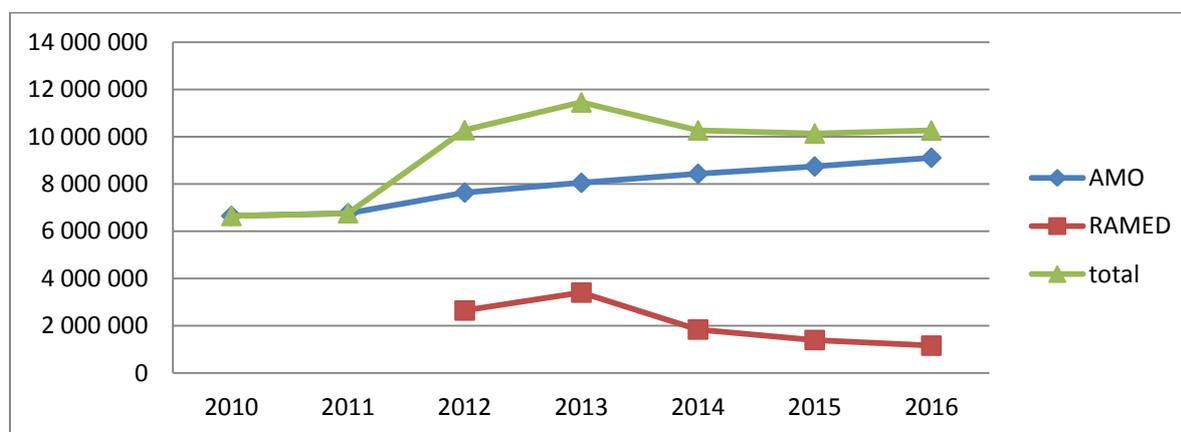
entre les salariés et l'organisme employeur. Le système de couverture médicale introduit des mécanismes de solidarité et de mutualité entre les différentes couches sociales.

Au départ, le système de couverture médicale couvrait juste le un sixième de la population totale en 1998. L'adoption de la loi 65-00 relative à la couverture médicale, en 2005, présente une phase transitoire dans la politique sociale du royaume. Cette loi, promet la généralisation de la proportion de la population couverte, par la mise en place d'un régime d'assurance maladie obligatoire « AMO » et d'un régime d'assistance médicale « RAMED » aux économiquement démunis.

Le régime d'assurance maladie obligatoire « AMO » repose sur la solidarité entre les cotisants (assurés du secteur privé et agents publics) du régime. Hors, le régime d'assistance médicale aux économiquement démunis « RAMED » repose sur l'assistance et l'aide sociale afin de permettre à 8,5 millions de personnes (28% de la population) la garantie d'une couverture médicale (Ministère de la Santé). L'application du RAMED est un levier fondamental du développement humain.

Par ailleurs, l'Etat œuvre toujours pour la concrétisation du principe du droit à la santé et vise également à atteindre la couverture universelle par la généralisation de cette couverture aux indépendants. Cependant, environ 24% de la population active est couverte par l'AMO, 26% de la population constituée des pauvres ou des vulnérables est couverte par le RAMED et 0,1% est constitué des anciens résistants et anciens membres de l'armée de libération qui suivent un régime de couverture séparé. En plus, 29% de la population constituée d'étudiants est récemment couverte par l'AMO à partir de 2015.

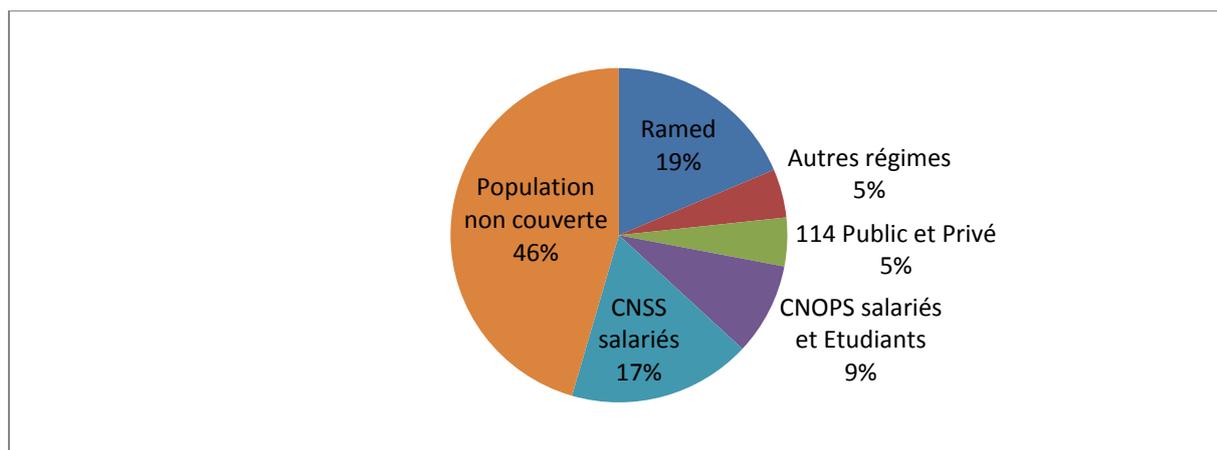
Figure 2 : Evolution de la population couverte 2010-2016



Sources : Données depuis le rapport d'activités de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) ; 2016.

Toutefois, près de 40% de la population, constituée des indépendants, reste toujours sans aucune couverture médicale. La loi 98-15<sup>2</sup>, relative à la couverture médicale de base pour les indépendants, stipule les fondements de base concernant un régime d'assurance maladie aux indépendants. La difficulté dans la mise en place de cette couverture repose dans la diversification de la population des indépendants, ce qui pousse les institutions en charge de cette assurance maladie d'entamer une politique d'adhésion progressive des différentes catégories socioprofessionnelles. La population des indépendants regroupe des professionnels de fonction libérale (médecins, avocats, notaires, ...) qui sont bien organisés et identifiés ce qui facilite leur adhésion à cette couverture sociale. Alors que l'autre catégorie des indépendants regroupe les professions du secteur informel qui ne sont toujours pas organisés et nécessitent un travail d'organisation afin de faciliter leur adhésion.

Figure 3 : Taux de couverture de la population par les régimes du risque maladie fin 2016



Source : ANAM

Le Maroc avec un taux de couverture médicale de presque 54,6%, considéré comme un pays ayant un taux acceptable en comparaison avec les pays similaires tels le Brésil 60%, le Mexique 50%, l'Argentine 67%, l'Egypte 36% et l'Inde 19% (Première assises nationales de la protection sociale, 2018).

<sup>2</sup>loi 98-15 relatif au système de l'assurance maladie obligatoire destiné aux professionnels, travailleurs indépendants et non-salariés exerçant des activités privées.

## 2. Ressources et dépenses de la couverture médicale de base « CMB »

Le système de couverture médicale marocain regroupe deux régimes, celui de l'assurance maladie obligatoire AMO, géré par la CNOPS<sup>3</sup> pour les fonctionnaires du secteur publics et les étudiants, et par la CNSS<sup>4</sup> pour les salariés du secteur privé, ainsi que le régime d'assistance médicale aux économiquement démunis « RAMED » géré par l'ANAM<sup>5</sup>. La gestion financière de ce système diffère d'un régime à un autre. L'AMO repose sur les cotisations des assurés alors que le RAMED est un régime d'assistance reposant sur la contribution de l'Etat à travers les impôts. Dans cette partie, nous allons mettre l'accent sur les sources et les dépenses de chaque régime et nous essaierons de voir si les ressources arrivent à couvrir les dépenses.

### 2.1. Sources de financements de la « CMB »

#### 2.1.1. Assurance maladie obligatoire « AMO »

Le régime de l'AMO repose sur le principe d'assurance maladie au profit des salariés du secteur public et privé et des étudiants. Ce régime est basé sur le principe contributif.

En ce qui concerne le régime AMO pour les fonctionnaires, géré par la CNOPS, son taux de cotisation est supporté par les employeurs et les employés, avec un taux de 5% du salaire brut (50% à la charge de l'employé et 50% à la charge de l'employeur avec une limite mensuelle minimale de 70 DH et maximale de 400 DH). Par contre, en ce qui concerne les pensionnés le montant des cotisations est supporté par l'assuré uniquement, avec un taux de 2,5% du montant brut de la pension (une limite mensuelle minimale de 70 DH et maximale de 400 DH).

Par ailleurs, l'AMO pour les salariés du secteur privé, géré par la CNSS, son taux de cotisation est de 5,5%, supporté par les salariés et les employeurs (3,5% à la charge de l'employeur et 2% à la charge de l'assuré). Cependant, les pensionnés supportent à eux seuls un taux de cotisation de 4%.

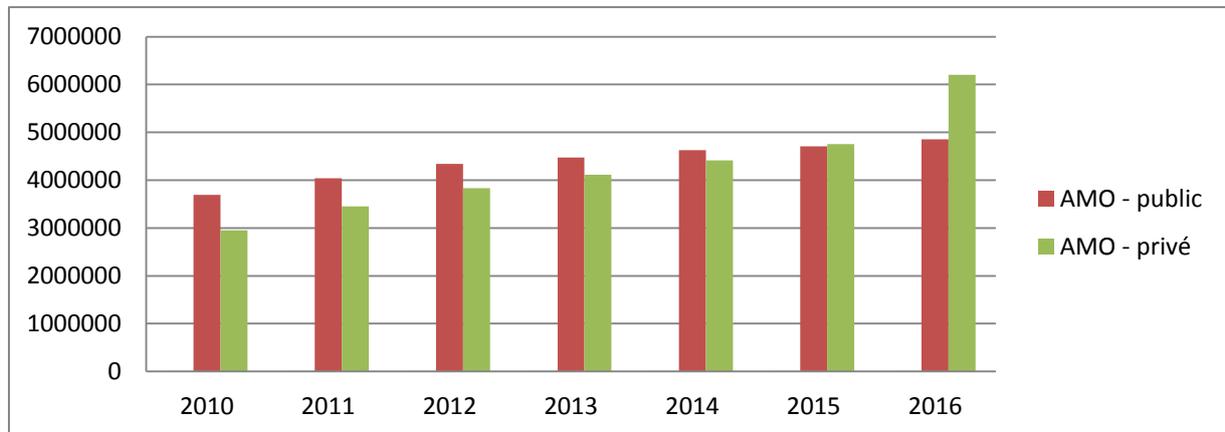
---

<sup>3</sup> Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale, créée en 1950, regroupe huit sociétés mutualistes du secteur publics ;

<sup>4</sup> Caisse Nationale de Sécurité Sociale créée en 1959 ;

<sup>5</sup> Agence nationale de l'assurance maladie, créée en 2005, sa mission est d'assurer le contrôle et le suivi du bon déroulement de l'assurance maladie obligatoire ;

Figure 4 : Evolution des ressources du régime AMO



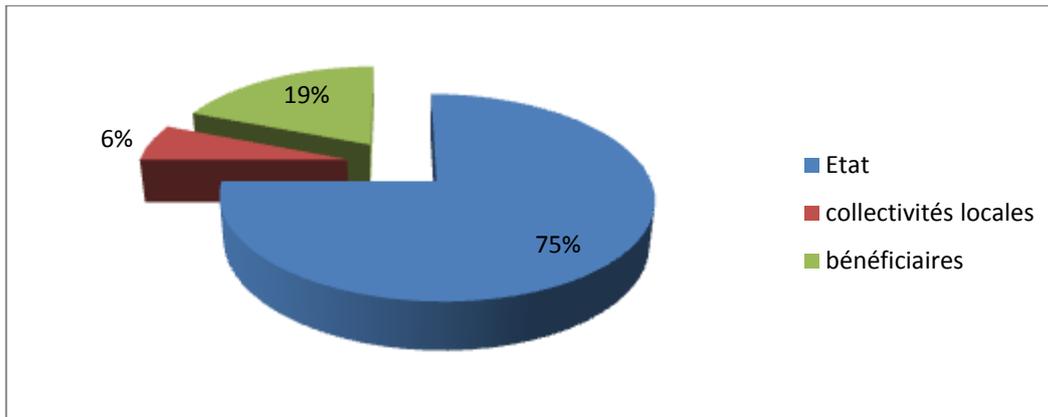
Source : Rapport Annuel Global de l'AMO 2016 – ANAM

Le total des ressources (cotisations et contribution) de l'AMO au titre de l'exercice 2016 est de 11,05 milliards de dirhams dont 10,00 milliards de ressources des salariés actifs et 1,05 milliards de dirhams de ressources des pensionnés. Les ressources de l'AMO ont connu une évolution moyenne de 8,8% entre 2010 et 2016 du à l'évolution de la population des assurés ainsi qu'à l'évolution des salaires. Cette évolution est attribuée aussi à une augmentation des taux de cotisation pour l'AMO du secteur privé, à partir de 2016.

### 2.1.2. Assistance médicale aux économiquement démunis « RAMED »

A l'heure actuelle, la source de financement du régime RAMED est basé sur le budget régulier du Ministère de la Santé, sur les contributions des collectivités locales, soit 40 DH par pauvre par an et sur la contribution de la population éligible ou vulnérable, soit 120 DH par personne par an et 600 DH par ménage par an. L'Etat finance le RAMED aux environs de 2025 millions de dirhams alors que les collectivités locales aux environs 162 millions de dirhams et les bénéficiaires du régime aux environs de 513 millions de dirhams. Cette contribution de la population vulnérable les pousse à renoncer au renouvellement de leur carte d'adhésion.

Figure 5 : Répartition des sources de financement du RAMED



Source : 2ème conférence nationale pour la Santé, Ministère de l'Economie et des Finances

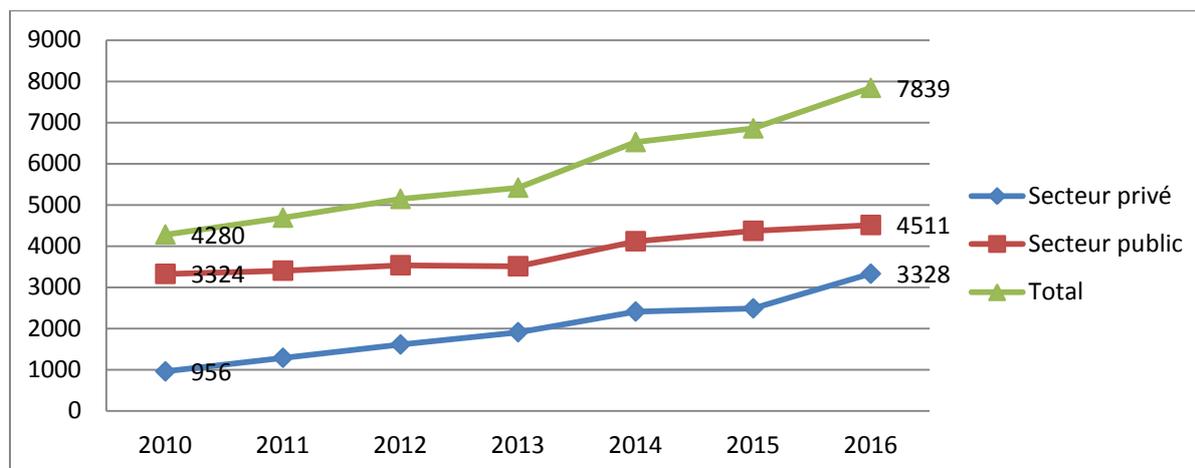
Les études réalisées par le Ministère de la Santé Marocain en 2003 et 2006 ont révélé que le nombre de la population bénéficiaire du RAMED est estimé à environ 8,6 millions de bénéficiaires, dont 45% vulnérables et 55% pauvres. Par la suite, et après la mise en place du RAMED il s'est confirmé que la réalité s'éloigne de loin des résultats des études. Par ailleurs, le pourcentage des vulnérables est de 14% au lieu de 45% ainsi que le pourcentage des pauvres est de 86% au lieu de 55%. Ceci érrone les prévisions établies pour le financement du RAMED.

## **2.2. Dépenses de la « CMB »**

### **2.2.1. Assurance maladie obligatoire « AMO »**

Les dépenses de l'AMO gérée par la CNOPS et la CNSS ont enregistré 4511 millions de dirhams pour le secteur privé et 3328 millions de dirhams pour le secteur public en 2016, soit un total de 7839 millions de dirhams. Les dépenses ont augmenté de 23,1% et de 5,2%, respectivement pour les secteurs privé et public, entre 2010 et 2016, parallèlement avec l'évolution de la population assuré des deux secteurs.

Figure 6 : Evolution des dépenses de l'AMO



Source : Rapport Annuel Global de l'AMO 2016 – ANAM

Cette évolution des dépenses de l'AMO nous interpelle sur l'équilibre entre les dépenses et les ressources du système, ainsi que sur le maintien de cet équilibre à moyen et long terme.

### 2.2.2. Assistance médicale aux économiquement démunis « RAMED »

La mise en place du RAMED est basée sur le principe de la solidarité et de l'assistance sociale, autrement dit, il est basé sur la gratuité des prestations médicales au profit de la population du régime. L'extension du RAMED a permis à 12,4 millions d'individus de bénéficier d'une couverture en 2018. De ce fait, et afin de couvrir les dépenses du RAMED géré par l'ANAM, un « Fonds d'Appui à la Cohésion Sociale » est fondé, en 2012, pour la gestion financière des actions sociales menant au développement humain et social du pays. La nouvelle ventilation de la population du RAMED (86% pauvres et 14% vulnérables) mène à l'augmentation de la part de la contribution de l'Etat à 92% afin de couvrir les dépenses du régime.

Suite au changement de l'effectif de la population du RAMED, le système de financement change avec l'augmentation des dépenses du régime. L'Etat œuvre toujours pour financer le système avec une logique assurancielles en versant aux prestataires de soins la contrepartie des prestations garanties à la population du RAMED. Du coup, 6,3 Milliards de dirhams sont affectés au « Fonds d'Appui à la Cohésion Sociale ». Parmi ces crédits affectés, 3,8 milliards de dirhams sont destinés aux centres hospitaliers universitaires et l'ANAM, et 2,5 milliards de dirhams sont destinés au Fond Spécial de la Pharmacie Centrale pour l'achat des médicaments (Note présentation accompagnant le projet de loi de finances pour l'année budgétaire 2018).

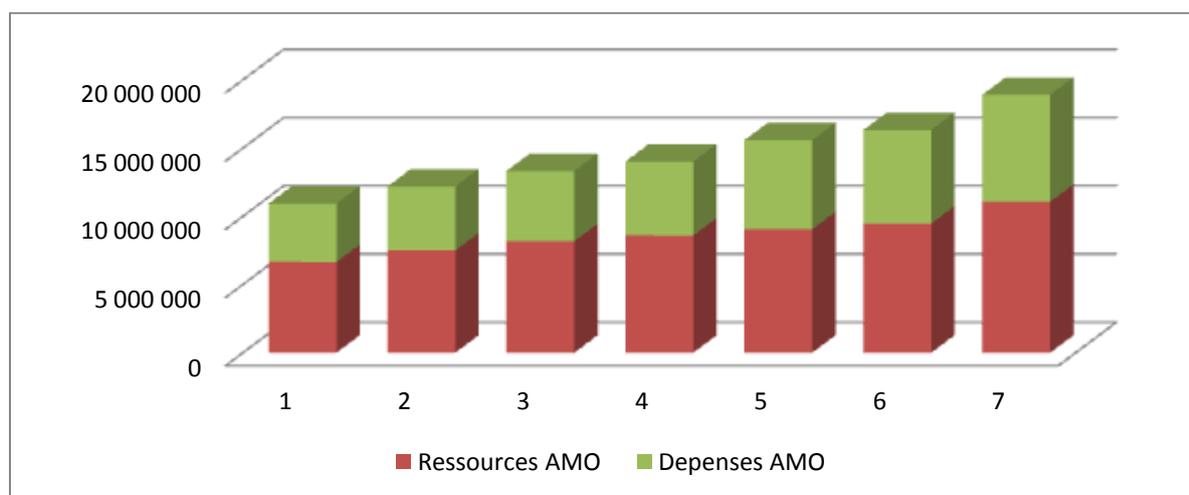
## 2.3. Equilibre du financement de la « CMB »

### 2.3.1. Assurance maladie obligatoire « AMO »

L'AMO a un excédent considérable, particulièrement pour le secteur privé puisque juste 53,67% des ressources couvrent la totalité des dépenses en 2016. Alors que pour le secteur public 92,95% des ressources couvrent la totalité des dépenses. De ce fait, 70,91% des ressources du système AMO couvrent ces dépenses. Par ailleurs, l'excédent annuel est de 3215 millions de dirhams en 2016 contre 2365 millions de dirhams en 2010, alors que la part restant à la charge de l'assuré est d'environ 32,5%.

L'important excédent du secteur privé peut être traduit par la faible consommation, comparé au secteur public, ce qui montre que le secteur n'a pas atteint sa maturité. Cette faible consommation est due à plusieurs critères, tel l'âge moyen de sa population qui est inférieur à celui du secteur public ainsi que le nombre des ayants droit par assuré est plus faible que celui du secteur public.

Figure 7 : Evolution des ressources et des dépenses de l'AMO



Source : Rapport Annuel Global de l'AMO 2016 – ANAM

L'équilibre du régime AMO pour le secteur public est en phase de détérioration. Il faut presque 92,95% des ressources afin de couvrir les dépenses du régime, en 2016. Cette situation pourrait s'aggraver si le régime reste fermé sur les actifs du secteur public. Egalement, cette détérioration pourrait aussi s'aggraver avec l'intégration des établissements publics, et ce conformément à l'article 114 de la loi 65-00 (Rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental : la protection sociale au Maroc).

### **2.3.2. Assistance médicale aux économiquement démunis « RAMED »**

En plus du budget affecté au Ministère de la Santé, le «Fonds d'Appui à la Cohésion Sociale » est devenu le financeur primordial du RAMED vu la difficulté de la collecte des cotisations des vulnérables et des collectivités locales. Ce qui impacte négativement sur les parties financeurs du régime ainsi que sur le budget général de l'Etat.

Selon l'Observatoire National du Développement Humain « ONDH », la difficulté de préciser le coût réel du RAMED est dû à l'absence de comptabilité analytique dans les hôpitaux publics ainsi que l'absence d'un système d'information unique qui regroupe la comptabilité des hôpitaux publics afin de permettre une bonne gestion et le suivi du régime. Egalement, l'inexistence de clés de répartition et de suivi du versement des contributions des communes au « compte d'affectation spécial de la pharmacie centrale » géré par le Ministère de la Santé, représente une difficulté d'identifier les crédits alloués à ce régime.

La généralisation du RAMED a révélé une augmentation importante du taux de couverture qui est passé de 31% en 2012 à plus de 100% de la population cible en 2015. En conséquence, cette augmentation pourrait avoir un impact négatif sur les ressources de financement, autrement dit les ressources peuvent ne pas couvrir toutes les dépenses du régime et pourraient également avoir un impact sur la qualité des prestations servies aux bénéficiaires.

### **2.3.3. Pistes d'amélioration de la « CMB »**

L'un des principes fondamentaux de la CMB est l'universalisation de la couverture, ce qui ne peut être réalisé qu'après l'intégration de toute la population dans le système de couverture comme prévu dans l'article 31 de la Constitution marocaine. Selon le Conseil Economique, Social et Environnemental, il faut relancer le dialogue social entre le gouvernement et les différents partenaires sociaux afin de permettre l'intégration des populations non couvertes.

Il faut également viser l'équité, l'efficacité et l'unification du régime de couverture médicale par l'harmonisation des paniers de prestations et les taux de couverture ; de même pour l'actualisation de la tarification nationale de référence pour un meilleur remboursement. Sans oublier de garantir l'équilibre financier de l'AMO-public par l'augmentation ou même le déplaçonnement du plafond des cotisations.

En parallèle, renforcer le financement de l'AMO par l'optimisation de la gestion des placements, des investissements et des réserves ainsi que la recherche de nouvelles sources de financement à part les cotisations. Aussi, il faut inclure les bonnes pratiques par le renforcement des modalités de gestion et de contrôle.

Selon le Conseil Economique, Social et Environnemental, le RAMED nécessite la mise en place d'un organisme gestionnaire du régime ainsi que la détermination claire de son financement par l'Etat à travers la spécialisation budgétaire via la loi de finance et aussi la détermination exacte des contributions des collectivités locales. La pérennité du régime repose sur la veille de la collecte de ses sources de financement via les parties financeurs du régime (Etat, collectivité locale et vulnérables).

## **Conclusion**

Le développement de la protection sociale a été toujours l'exclusivité des pays développés, vu que cette dernière est considérée comme un instrument de compensation des pertes temporelles des revenus suite aux aléas de la vie. Par contre, pour les pays en développement, il est toujours perçu comme un pilier fondamental au développement, vu le taux important de pauvreté et de vulnérabilité. Néanmoins, au Maroc le développement de la protection sociale est considéré comme un acteur primordial dans le développement économique et social par la réduction de la pauvreté et l'amélioration des conditions de vie de la population. L'une des actions du développement de la protection sociale est l'amélioration de la couverture médicale de base.

A l'heure actuelle, le système de couverture médicale peine toujours à s'aligner aux principes d'universalité, de solidarité, d'égalité, et de qualité de soins. Ce système a vu le jour sous le protectorat, en 1927, par la mise en place des mutuelles pour les fonctionnaires. Par la suite, en 2002, ce système a connu un progrès remarquable par la mise en place d'un régime d'assurance maladie obligatoire au profit des salariés du secteur public et privé et des étudiants, et d'un régime d'assistance médicale au profit des démunis.

Par ailleurs, le Maroc est tenu d'assurer une politique de santé solide et équitable avec une infrastructure accessible pour une répartition équitable de l'offre de soins à toute la population, afin de pouvoir atteindre les principes d'universalité de sa couverture médicale. Sans oublier qu'il est nécessaire d'élaborer une stratégie de financement de la santé qui permettra de couvrir les dépenses liées aux risques maladie. Ceci permettra à tout un chacun de jouir d'une couverture sans encourir le risque d'appauvrissement lié à une maladie.

L'extension de la couverture médicale à toute la population marocaine est considérée comme étant un pilier fondamental dans le développement du secteur de la santé et grâce aux multiples efforts fournis : 54,6% de la population est couverte.

Toutes ces réformes d'unifications des paniers de soins pour les différents régimes d'assurance, ainsi que d'amélioration des processus de financement peuvent –t-ils permettre au pays d'atteindre une couverture médicale universelle ?

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### 1. Article de revue

- Agnès Couffinal, Dominique Henriet et Jean-Charles Rochet (2001), « Impact de l'assurance maladie publique sur l'accès aux soins et la participation au marché du travail : une analyse théorique », *Économie publique*, URL : ISSN : 1778-7440, <http://journals.openedition.org/economiepublique/577> ;
- Guy Carrin (2002), « L'assurance sociale maladie dans les pays en développement : un défi permanent », *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 55, 212002 ;
- Hicham Belmaati (2015), « Le Rôle de l'assurance maladie obligatoire dans le financement des soins de santé au Maroc : état des lieux et perspective d'évolution. », *IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)*, Volume 20, Issue 10, Ver. III (Oct. 2015) PP 13-25, e-ISSN: 2279-0837, p-ISSN: 2279-0845, [www.iosrjournals.org](http://www.iosrjournals.org);
- Hicham MOUHDI (2016), « Revue de la stratégie de financement de la couverture médicale de base au Maroc », *Journal Marocain des Sciences Médicales*, Tome XX ; N°1;
- Laurent MUSANGO et Aboubacar INOUA (2010), « Assurance Maladie Obligatoire au Gabon : un atout pour le bien être de la population », *World Health Report, Background Paper*, 16 ;
- MABBETT Deborah and BOLDERSON Helen [1999], "Theories and Methods in Comparative Social Policy", in Clasen Jochen (ed), *Comparative Social Policy: Concepts, Theories and Methods*, Blackwell, Oxford;
- MARKAOUI Kawtar et HASSINE Mostafa (2018), « L'hôpital «Bureaucratie Professionnelle » : Analyse de ses particularités organisationnelles », *Revue du Contrôle de la Comptabilité et de l'Audit*, ISSN : 2550-469X;
- MERRIEN François-Xavier (2006), « Les différents types de l'État-providence », *Cahiers français*, n° 330, janvier-février,

- Myriam Catusse (2011), « Le « Social » : une affaire d'état dans le Maroc de MOHAMMED VI », Confluences Méditerranée, 2011/3 N° 78 | pages 63 à 76, ISSN 1148-2664, ISBN 9782296546929 ;

## 2. Livre et rapport

- Les Brefs du Plan, N°6 du 11 novembre 2018, La protection sociale selon les données de l'enquête nationale sur l'emploi, MahjoubAaibid, Statisticien au HCP ;
- Livre blanc, pour une nouvelle gouvernance du Secteur de la Santé, Ministère de la Santé, juillet 2013 ;
- Mapping de la Protection Sociale au Maroc, UNICEF, édition 2018 ; Comptes Nationaux de la Santé, rapport 2015 ;
- Rapport Annuel Global de l'Assurance Maladie Obligatoire au titre de l'année 2016, ANAM ;
- Rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental : La protection sociale au Maroc - Revue, bilan et renforcement des systèmes de sécurité et d'assistance sociales, 2018 ;
- Suivi du programme d'appui à la réforme de la couverture médicale de base - 3ème phase CMB III, Rapport provisoire – Mission II, 2015 ;

## 3. Thèse

- Julien REYSZ (2010) : « Le changement de logique de la protection sociale des sans-emploi en Union européenne : de l'aide au revenu à la réintégration sur le marché du travail » thèse de doctorat en Sciences Economiques à l'Université de Grenoble.

### Annexes :

- Figure N° 1 : Répartition des sources de financement de la Santé
- Figure N°2 : Evolution de la population couverte 2010-2016
- Figure N°3 : Taux de couverture de la population par les régimes du risque maladie fin 2016
- Figure N°4 : Evolution des ressources du régime AMO
- Figure N°5 : Répartition des sources de financement du RAMED
- Figure N°6 : Evolution des dépenses de l'AMO
- Figure N°7 : Evolution des ressources et des dépenses de l'AMO