



## FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTÉ AU MAROC : QUEL MODELE ET QUELLE STRATEGIE

*Pr. Jaâfar HEIKEL, MD, PhD Epi, PhD Eco*

# FINANCER ET ENSUITE REFORMER OU REFORMER ET ENSUITE FINANCER ?

L'œuf



L'œuf a dû être pondu  
par une poule...



...et la poule a dû  
sortir d'un œuf!

La poule



# Systeme de Santé National 2021 (Données chiffrées estimatives)

## “LIBRE CHOIX”

Secteur Public

Secteur Privé  
But Non Lucratif

Secteur Privé  
But Lucratif

- ✓ Réseau CHU (7\*)
- ✓ Réseau Hospitalier (156)
- ✓ Réseau SSB (2100)
- ✓ Réseau Laboratoires
- ✓ SS des FAR
- ✓ BMH

- ✓ Polycliniques (13)
- ✓ Mutuelles
- ✓ Laboratoires
- ✓ Croissant R.
- ✓ Fondations

- ✓ Cliniques (700)\*
- ✓ Cabinets (11000)
- ✓ Pharmacies (12000)
- ✓ Informel

**RAMED**

**AMO**

**Mutuelles  
Privé**

**MENAGE PRINCIPAL « ACTEUR DE LA DEPENSE »**

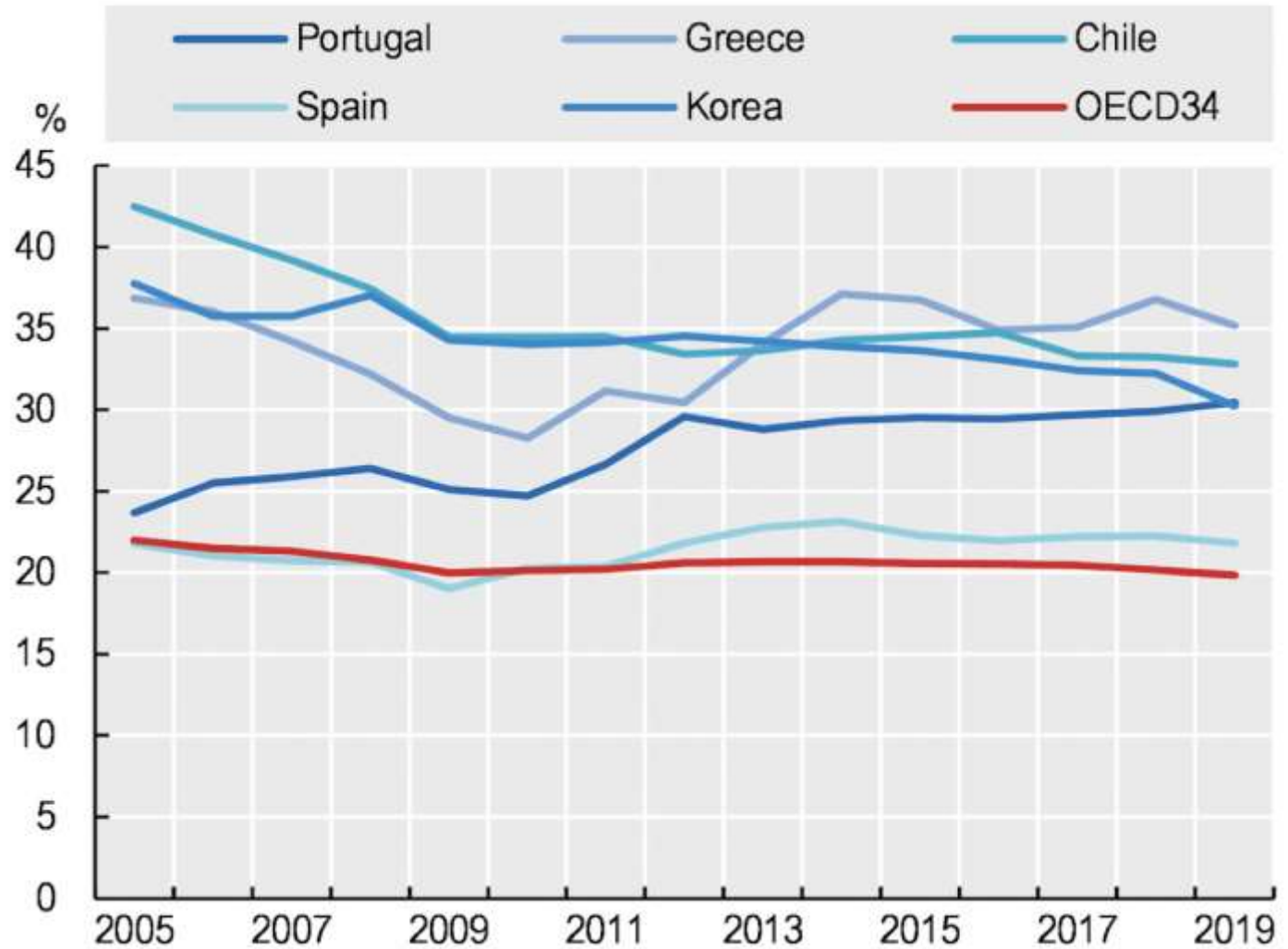


# L'ENJEU POLITIQUE

- ✓ Plusieurs rapports y compris ceux de la CSNMD ont pointé les insuffisances du SS, de la CSU.
- ✓ **En 2018 et 2019 Sa Majesté le Roi a prononcé un discours** demandant au gouvernement de **refondre** le système de santé à la lumière de sa performance et en particulier DU MANQUE DE RESULTAT de la CSU (composante RAMED)
- ✓ **En Août 2020:** Sa Majesté réitérait ses instructions pour que la mise en œuvre de la CSU soit un chantier prioritaire
- ✓ **Octobre 2021:** Sa Majesté invite le nouveau gouvernement à généraliser la protection sociale , à s'inscrire dans les recommandations de la CSNMD



# CONTRIBUTION DIRECTES DES MENAGES AUX DDS (OCDE)



# PERFORMANCE SS

Rang	Pays	Espérance de vie (années)	Part des dépenses de santé dans le PIB	Coût du système de santé par habitant
1	Hong Kong	83,4	3,80%	1 409 \$
2	Singapour	81,9	4,40%	2 286 \$
3	Japon	82,6	8,50%	3 958 \$
4	Israël	81,8	7,80%	2 426 \$
5	Espagne	82,3	10,40%	3 027 \$
6	Italie	82,1	10,40%	3 436 \$
7	Australie	81,8	8,90%	5 939 \$
8	Corée du Sud	80,9	7,20%	1 616 \$
9	Suisse	82,7	11,50%	9 121 \$
10	Suède	81,8	9,60%	5 331 \$
11	Libye	75	3,80%	398 \$
12	Emirats arabes unis	76,7	4,10%	1 640 \$
13	Chili	79	7%	1 075 \$
14	Royaume-Uni	80,8	9,40%	3 609 \$
15	Mexique	76,9	6,40%	620 \$
16	Autriche	81	11,20%	5 280 \$
17	Canada	80,9	10,80%	5 630 \$
18	Malaisie	74,3	3,30%	346 \$
19	France	81,7	12,50%	4 952 \$
20	Equateur	75,6	6,10%	332 \$



# PERFORMANCE DES SS 2020



	Dépenses publiques, en % du PIB	Total des dépenses de santé en % du PIB	Part du public/obligatoire en dépenses de santé en % du PIB	Nombre de lits pour 1000 habitants	Espérance de vie à la naissance	Mortalité infantile /1000 naissances	Années potentielles de vie perdues, pour 100 000 habitants de 0-69 ans	THE LEGATUM PROSPERITY INDEX™ 2019	IDH 2018	Nombre de points
France	56.0	11.2	9.3	6.0	82.6	3.8	4167	16	0.891	3
Allemagne	44.6	11.2	9.5	8.0	81.1	3.3	4139	12	0.939	7
Corée du Sud	30.3	8.1	4.8	12.3	82.7	2.8	3457	4	0.906	14
Espagne	41.7	8.9	6.2	3.0	83.4	2.7	3281	13	0.893	12
Italie	48.4	8.8	6.5	3.2	83.0	2.7	3262	17	0.883	9
Suisse	33.7	12.2	7.8	4.5	83.6	3.5	2990	3	0.946	13
Pays-Bas	42.1	9.9	8.2	3.3	81.8	3.6	3547	9	0.933	8
Japon	38.9	10.9	9.2	13.1	84.2	1.9	3077	2	0.915	14
Royaume-Uni	40.9	9.8	7.5	2.5	81.3	3.9	4186	23	0.920	4
Canada	40.7	10.7	7.5	2.5	82.0	4.5	4099	25	0.922	6
Suède	49.8	11.0	9.3	2.2	82.5	2.4	3251	15	0.937	8
Australie	36.7	9.3	6.4	3.8	82.6	3.3	3540	18	0.938	11





# INDICATEURS SANTE ET FINANCIERS

(K.Hassani et al., 2020)

Indicateur	Maroc	Tunisie	Algérie	Egypte	Jordanie	Mali	Rwanda	Sénégal	Inde	France	Canada
<b>Indicateurs de l'état de santé de la population</b>											
Esperance de vie (en années)	75.8 <sup>1</sup>	74.93 <sup>7</sup>	76 <sup>24</sup>	72 <sup>24</sup>	74 <sup>24</sup>	58.5 <sup>20</sup>	67 <sup>24</sup>	67 <sup>24</sup>	69 <sup>24</sup>	82 <sup>11</sup>	81.5 <sup>14</sup>
Espérance de vie en bonne santé (en années)	65.3 <sup>2</sup>	66.3 <sup>2</sup>	65.5 <sup>2</sup>	61.1 <sup>2</sup>	66.4 <sup>2</sup>	50.7 <sup>2</sup>	59.9 <sup>2</sup>	58.8 <sup>2</sup>	59.3 <sup>2</sup>	73.4 <sup>2</sup>	73.2 <sup>2</sup>
Mortalité maternelle (pour 100 000 NV)	72.6 <sup>3</sup>	44.8 <sup>8</sup>	140 <sup>2</sup>	33 <sup>2</sup>	58 <sup>2</sup>	368 <sup>21</sup>	290 <sup>2</sup>	315 <sup>2</sup>	174 <sup>2</sup>	10.3 <sup>11</sup>	12.3 <sup>15</sup>
Mortalité infantile (pour 1000 NV)	18 <sup>3</sup>	16.7 <sup>8</sup>	25.2 <sup>2</sup>	22.8 <sup>2</sup>	17.6 <sup>2</sup>	74.50 <sup>20</sup>	38.5 <sup>2</sup>	47.1 <sup>2</sup>	43 <sup>2</sup>	3.5 <sup>11</sup>	4.2 <sup>16</sup>
<b>Indicateurs financiers</b>											
Montant des dépenses globales de santé par habitant (\$ US)	436 <sup>4</sup>	170 <sup>9</sup>	292 <sup>2</sup>	157 <sup>2</sup>	257 <sup>2</sup>	42.7 <sup>23</sup>	57 <sup>2</sup>	36 <sup>2</sup>	63 <sup>2</sup>	4370 <sup>12</sup>	4753 <sup>17</sup>
Pourcentage des dépenses globales de santé dans le PIB (%)	5.8% <sup>4</sup>	7.1% <sup>9</sup>	7.1 <sup>2</sup>	4.2 <sup>2</sup>	6.3 <sup>2</sup>	6.6 <sup>23</sup>	7.9 <sup>2</sup>	4 <sup>2</sup>	3.9 <sup>2</sup>	8.9 <sup>12</sup>	10 <sup>18</sup>
Pourcentage des paiements directs (%)	50.7 <sup>4</sup>	37.5 <sup>9</sup>	29.4 <sup>32</sup>	69.7 <sup>32</sup>	36.1 <sup>32</sup>	51.6 <sup>23</sup>	34.5 <sup>32</sup>	56.5 <sup>32</sup>	73.5 <sup>32</sup>	8.3% <sup>12</sup>	14.7% <sup>19</sup>
Indicateur	Maroc	Tunisie	Algérie	Egypte	Jordanie	Mali	Rwanda	Sénégal	Inde	France	Canada
<b>Indicateurs d'offre de soins</b>											

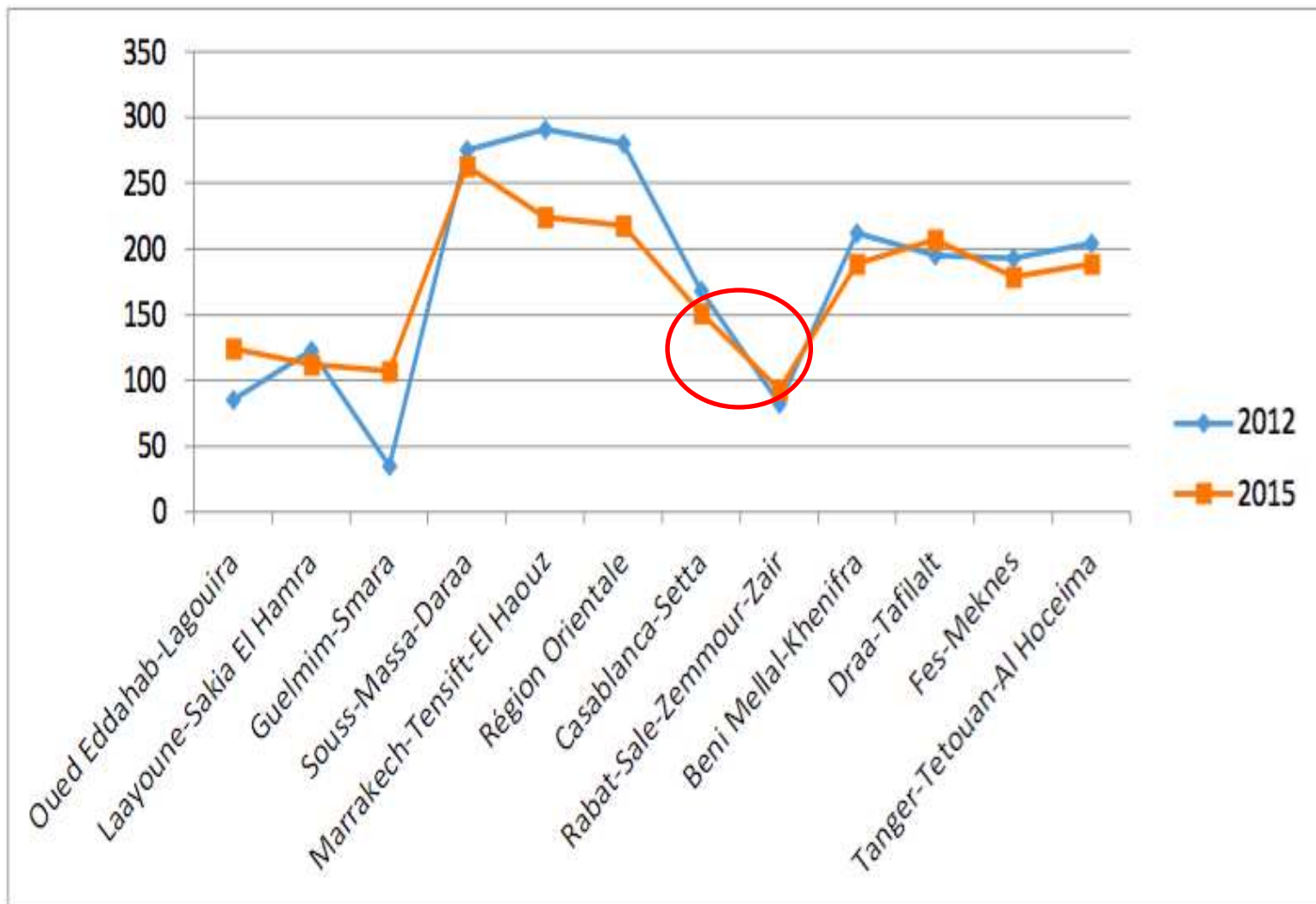


# LA PLACE DU SYSTEME DE SANTE MAROCAIN

- L'analyse par les nations unies de la **performance des systèmes de santé** montrait que le Maroc occupait un rang en rapport avec **l'état de santé de la population (110ème), ou le niveau d'équité (111ème)**
- Le groupe de recherche (GBD 2015, Lancet 2016) sur la performance des systèmes de santé a montré que le Maroc présentait des caractéristiques de financement et de niveau de santé peu optimaux et faibles avec un classement à la **109ème place mondiale** .



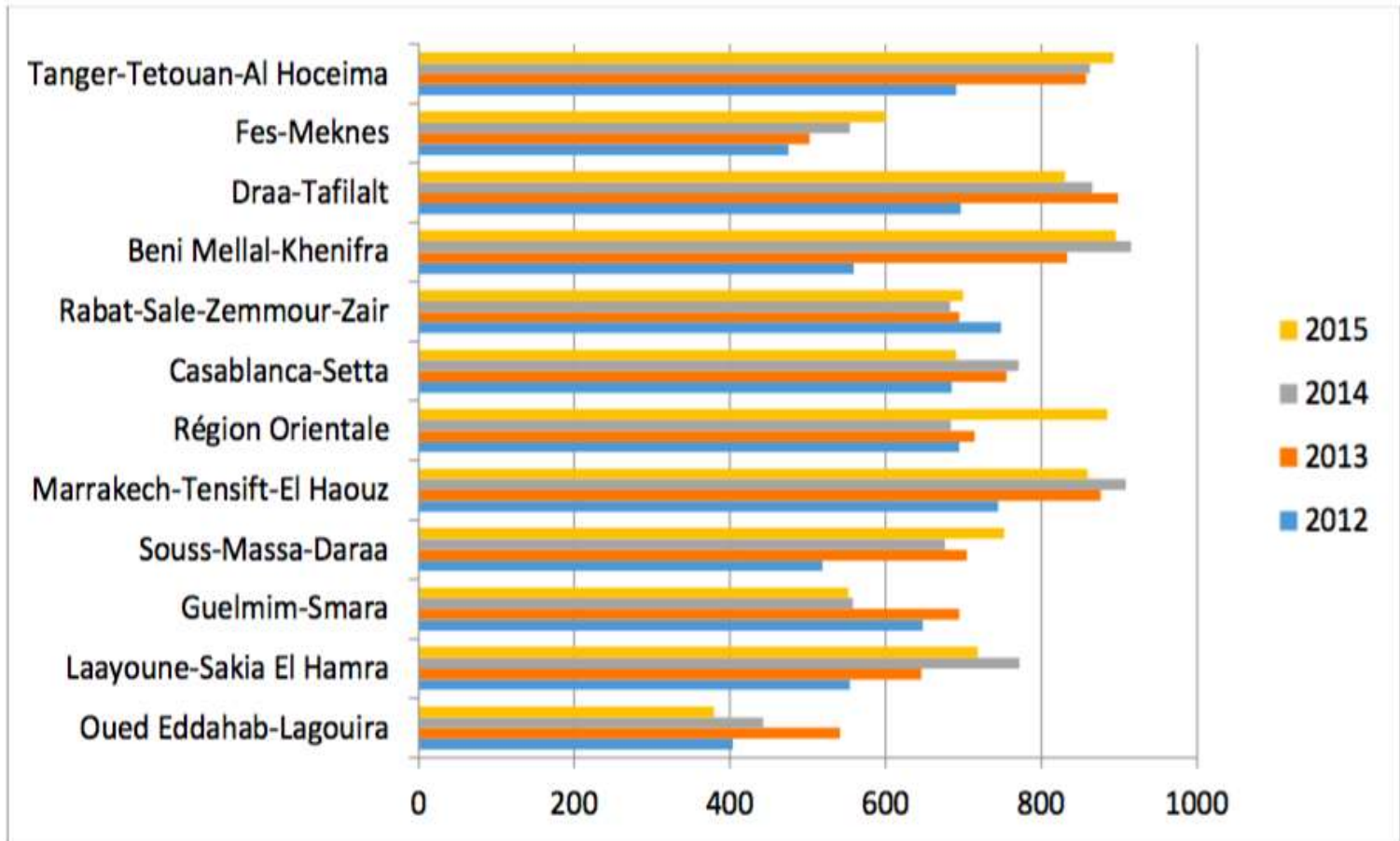
# Ratios actes chirurgie/chirurgien- hôpitaux publics (Mediane 165)



Source : Données Hôpitaux publics



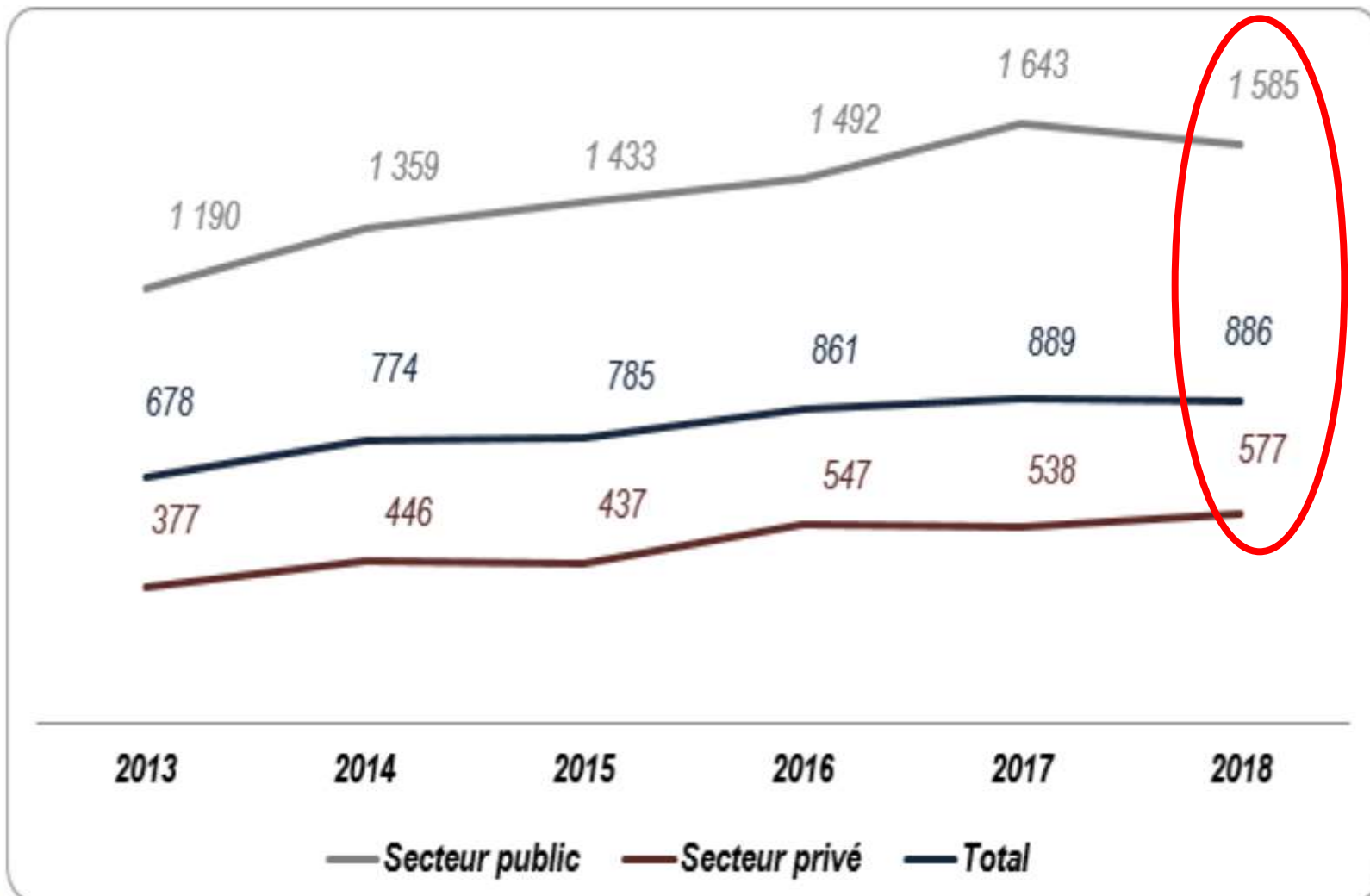
# Evolution des consultations médicales/médecin /an (Médiane 760/ OCDE 3000)



Source : Données Hôpitaux publics

# DEPENSES PAR BENEFICIAIRE DE L'AMO

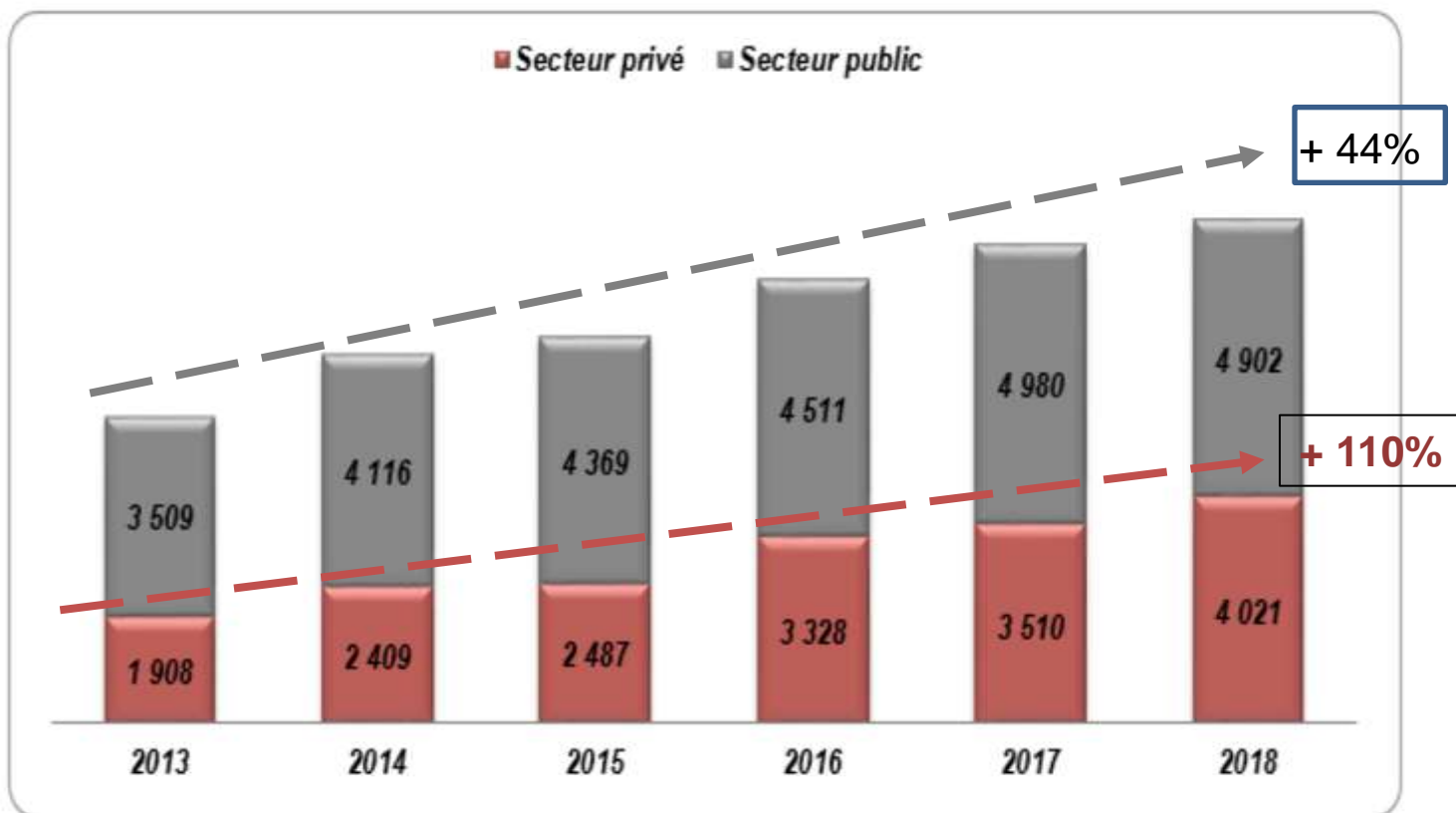
(source: ANAM, 2018)





# DEPENSES AMO (source: ANAM, 2018)

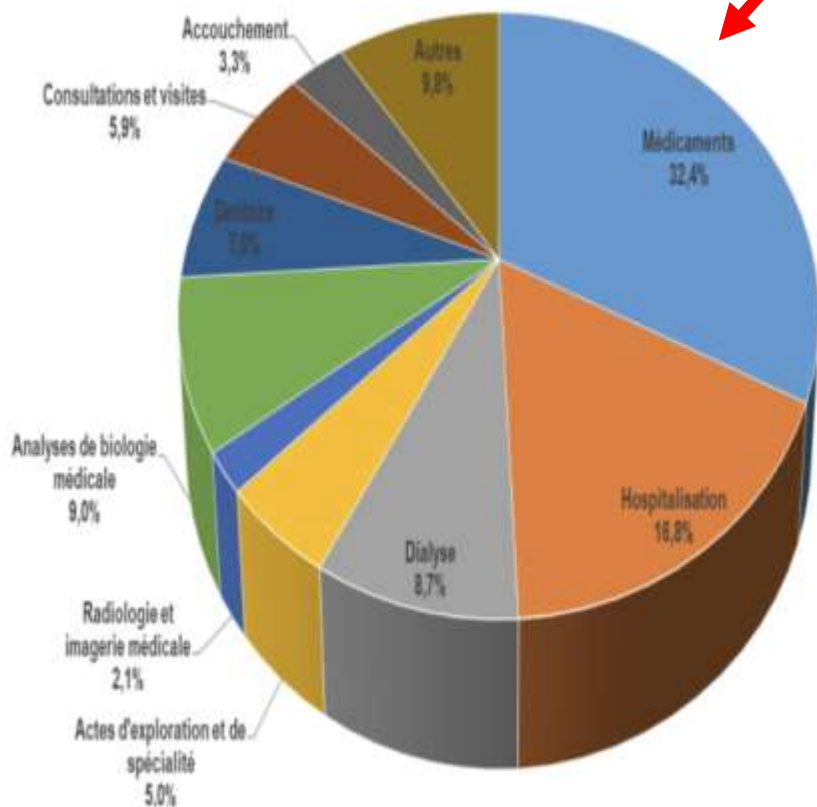
## Evolution des dépenses remboursées par secteur (en millions de DHS)



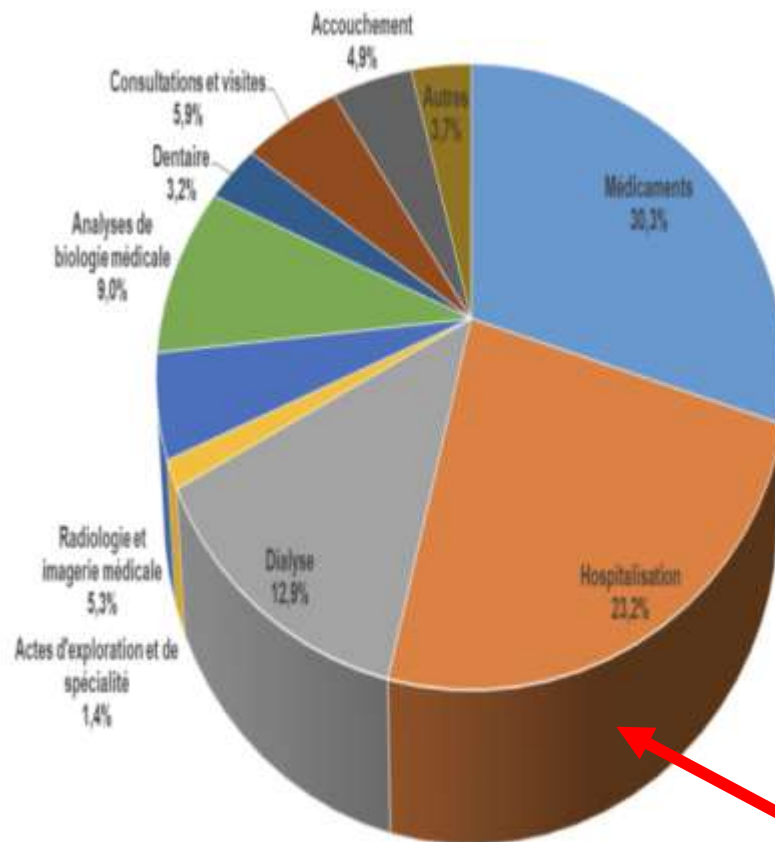


# DEPENSES SELON LES ACTES *(SOURCE ANAM, 2018)*

Répartition des dépenses par famille de soins -secteur public-



Répartition des dépenses par famille de soins -secteur privé-





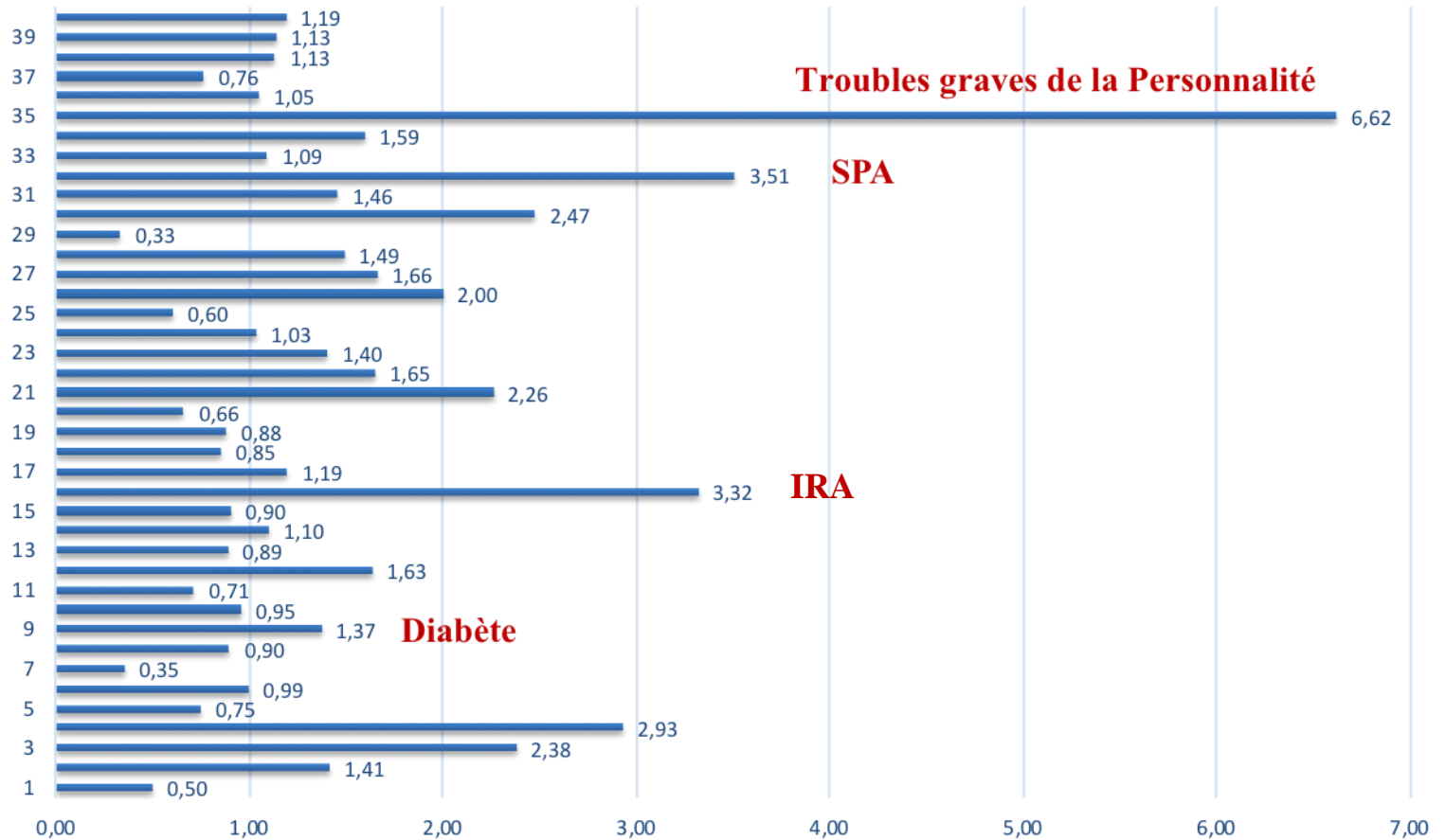
## COUT MOYEN DES PATHOLOGIES (SOURCE ANAM, 2018)

Type d'affection	Secteur privé			Secteur public		
	Montant engagé moyen	Montant remboursé moyen	Reste à charge moyen	Montant engagé moyen	Montant remboursé moyen	Reste à charge moyen
Affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique	60 305	47 274	13 031	70 905	64 092	6 813
Anémies hémolytiques chroniques sévères	16 073	13 125	2 948	25 190	23 201	1 989
Artériopathies chroniques	13 524	9 470	4 054	9 705	6 736	2 970
Cardiopathies congénitales	35 046	30 826	4 220	10 605	8 643	1 963
Diabète insulino-dépendant et diabète non insulino-dépendant	5 832	3 188	2 644	7 308	5 148	2 161
Etat de déficit mental	7 731	4 826	2 905	5 340	3 529	1 811
Insuffisance rénale aiguë	13 612	9 444	4 167	34 032	26 471	7 561
Insuffisance rénale chronique terminale	103 786	98 606	5 180	119 000	115 678	3 322
Lupus érythémateux aigu disséminé	9 927	6 931	2 996	9 578	5 846	3 732
Maladie coronaire	16 376	11 417	4 959	12 482	9 489	2 993
Maladie de Crohn évolutive	21 676	15 605	6 071	43 286	38 961	4 325
Maladie de Parkinson	8 362	4 951	3 411	10 649	8 309	2 341
Myélodysplasies sévères	38 008	30 649	7 359	56 926	51 157	5 769
Néphropathies graves	15 543	11 216	4 326	13 214	9 827	3 387
Psychoses	6 130	3 336	2 794	7 461	5 601	1 859
Rétinopathie diabétique	8 890	5 005	3 885	6 600	3 644	2 956
Sclérose en plaques	68 300	62 424	5 876	88 480	85 312	3 167
Spondylarthrite ankylosante grave	30 148	25 934	4 214	46 798	43 897	2 901
Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)	9 634	6 442	3 192	15 025	9 497	5 528
Troubles héréditaires de l'hémostase	61 511	57 466	4 045	249 347	226 623	22 724



# Ratio des coûts directs des ALD/ALC entre le secteur public et privé

Ratio Coût Patho Pub/Priv

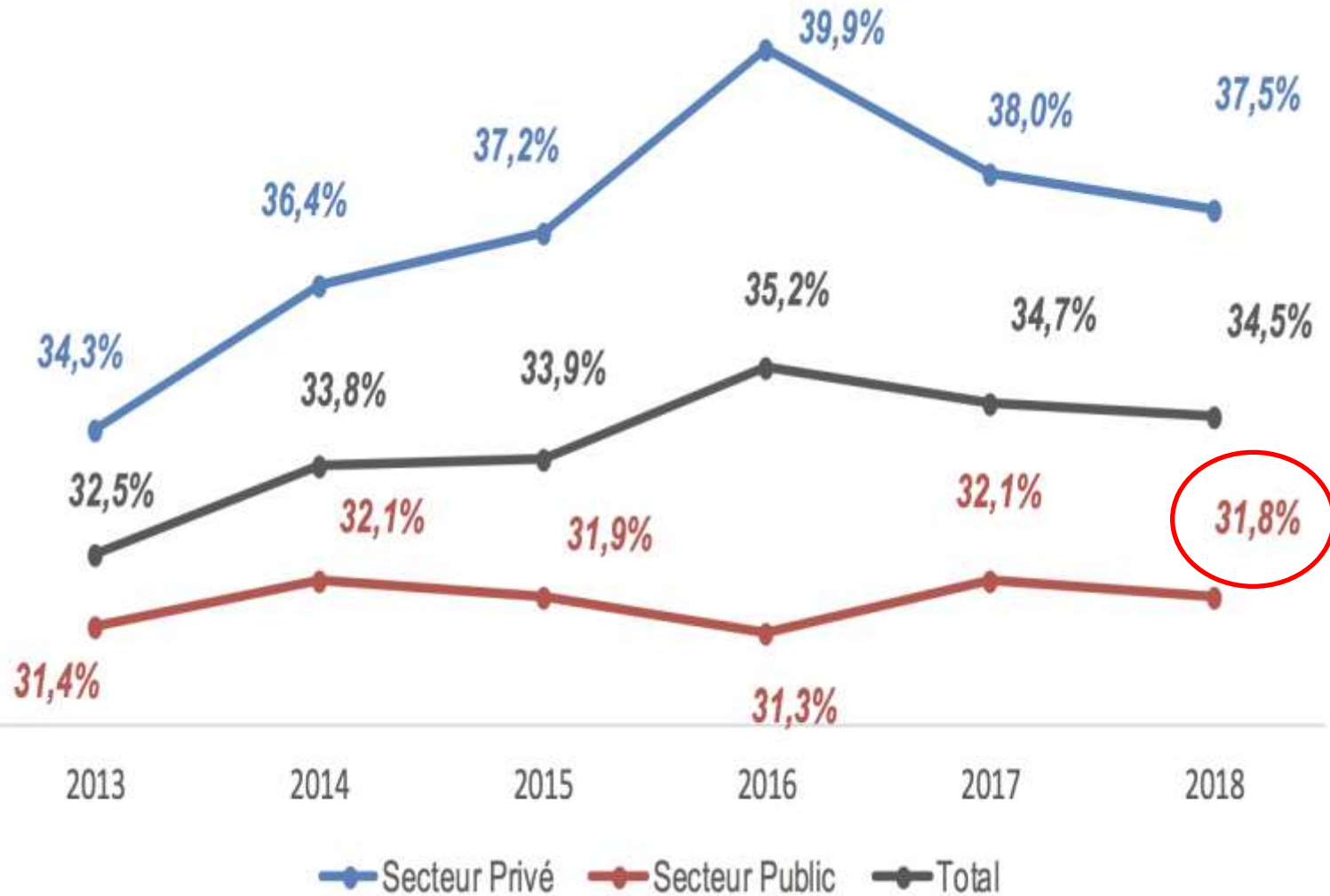


Nb :

Le seuil de 1 sur l'axe des abscisses signifie coût identique dans le public et le privé  
 Les chiffres de 1 à 41 sur l'axe des ordonnées correspondent aux codes des ALD/ALC



# RESTE A CHARGE BENEFICIAIRES AMO



# DIFFERENTIEL C/D



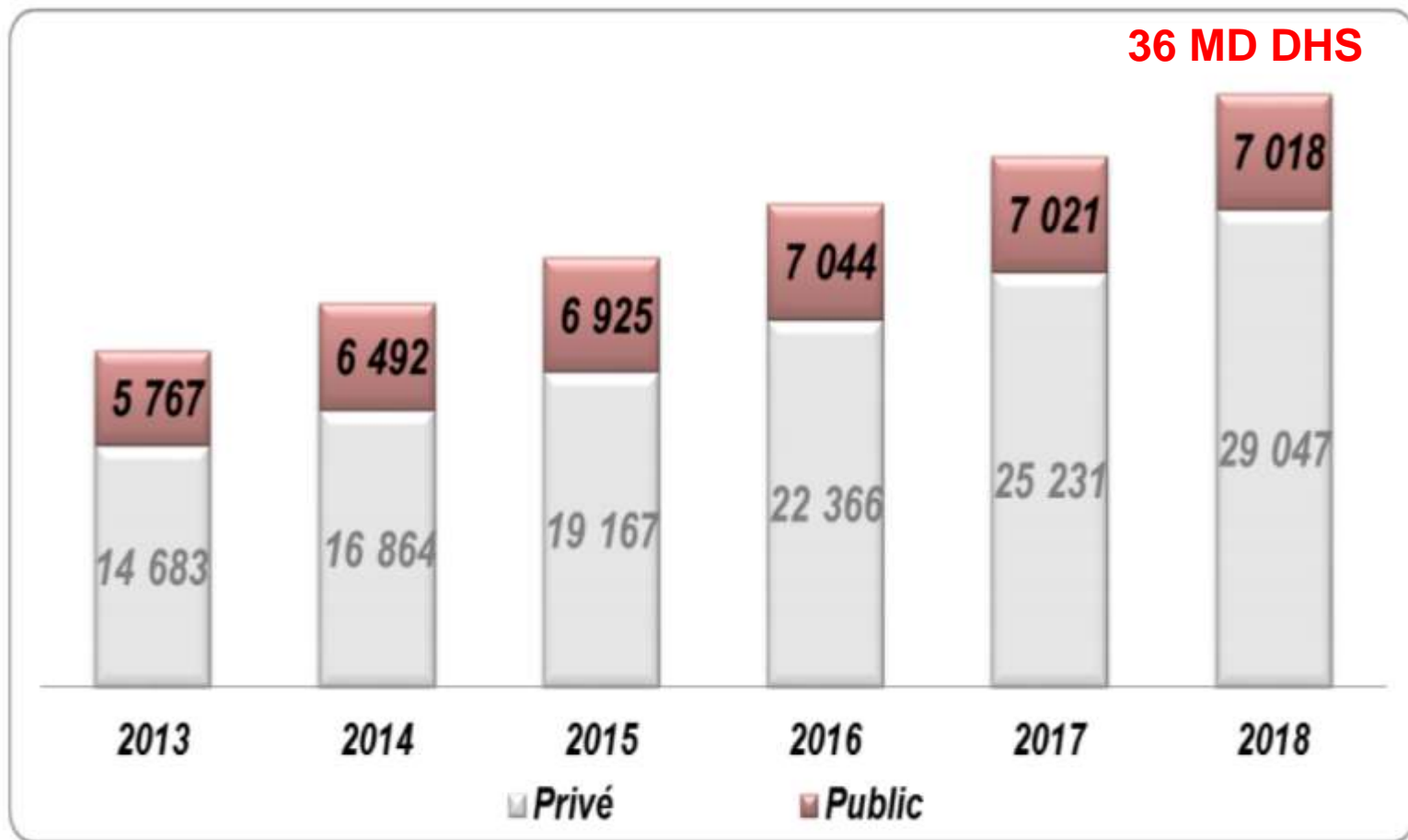
## SECTEUR PRIVE



## SECTEUR PUBLIC



# EXCEDENT D'EXPLOITATION CUMMULÉ (SOURCE ANAM, 2018)



Au titre de 2018, l'excédent d'exploitation annuel cumulé est de 36,1 milliards de Dirhams pour les régimes AMO de base dont 80,5% reviennent au secteur privé et 19,5% au secteur public.

# FINANCEMENT ACTUEL DE LA SANTÉ

Pays	PIB par habitant (dollar international)	Dépense de santé par habitant (dollar international)	Dépense de santé par rapport au PIB (%)	Paiements directs des ménages (%)
Turquie	28 545	1 171	4,1	17,5
Egypte	11 366	614	4,9	62,3
Maroc (*)	7 438	489	5,5	45,6
Iran	13 472	1 691	8,7	35,8
Liban	15 612	1 086	8,3	33,2
Algérie	11 642	963	6,2	32,6
Jordanie	10 023	738	7,8	33,2
Tunisie	11 764	912	7,3	38,9
France	45 561	5250	11,3	9,2
USA	61 498	10 624	16,9	10,8

Sources : OMS, Banque Mondiale.

(\*) : Les données sur les dépenses de santé au Maroc correspondent aux résultats des CNS-2018

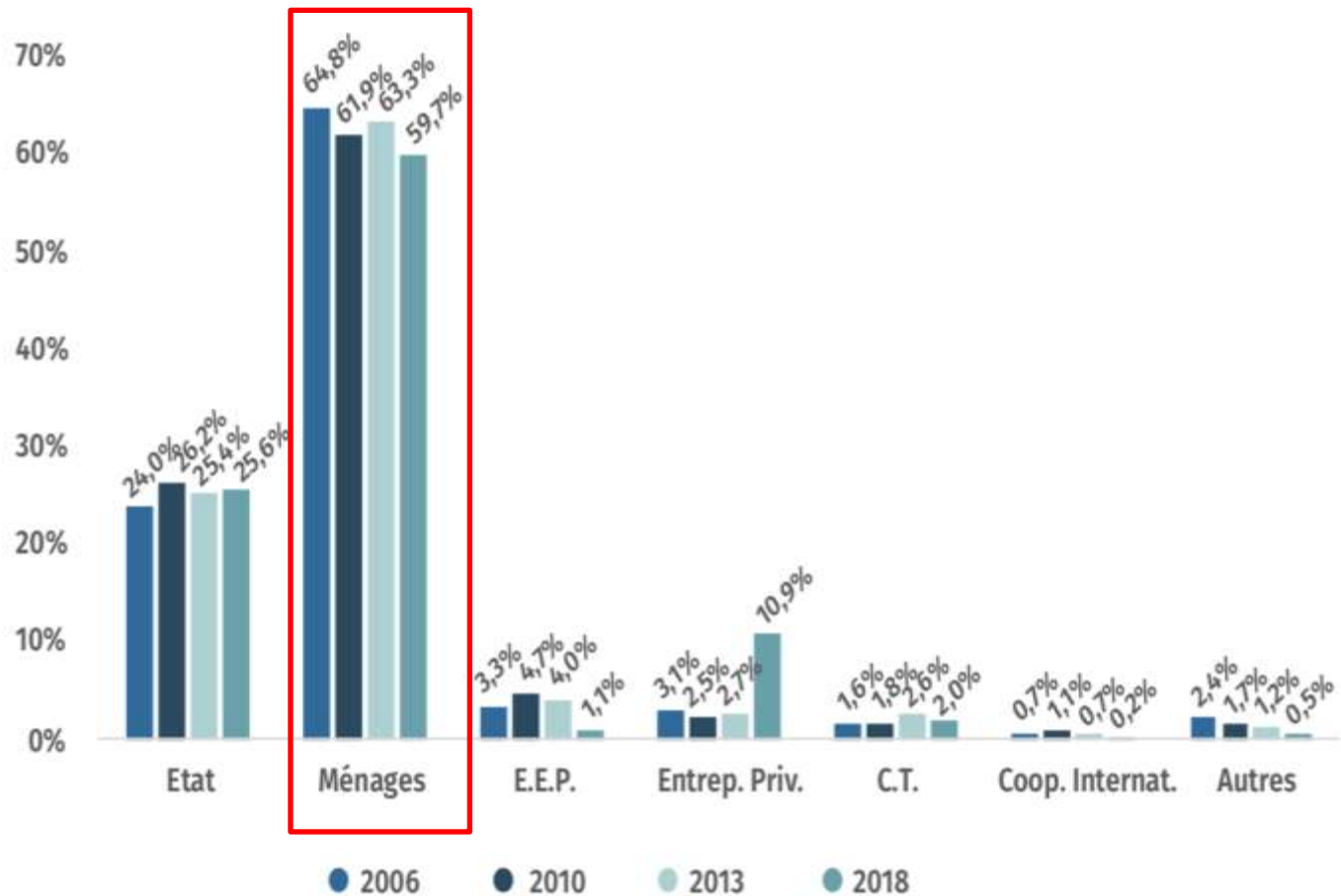


# FINANCEMENT ACTUEL DE LA SANTÉ

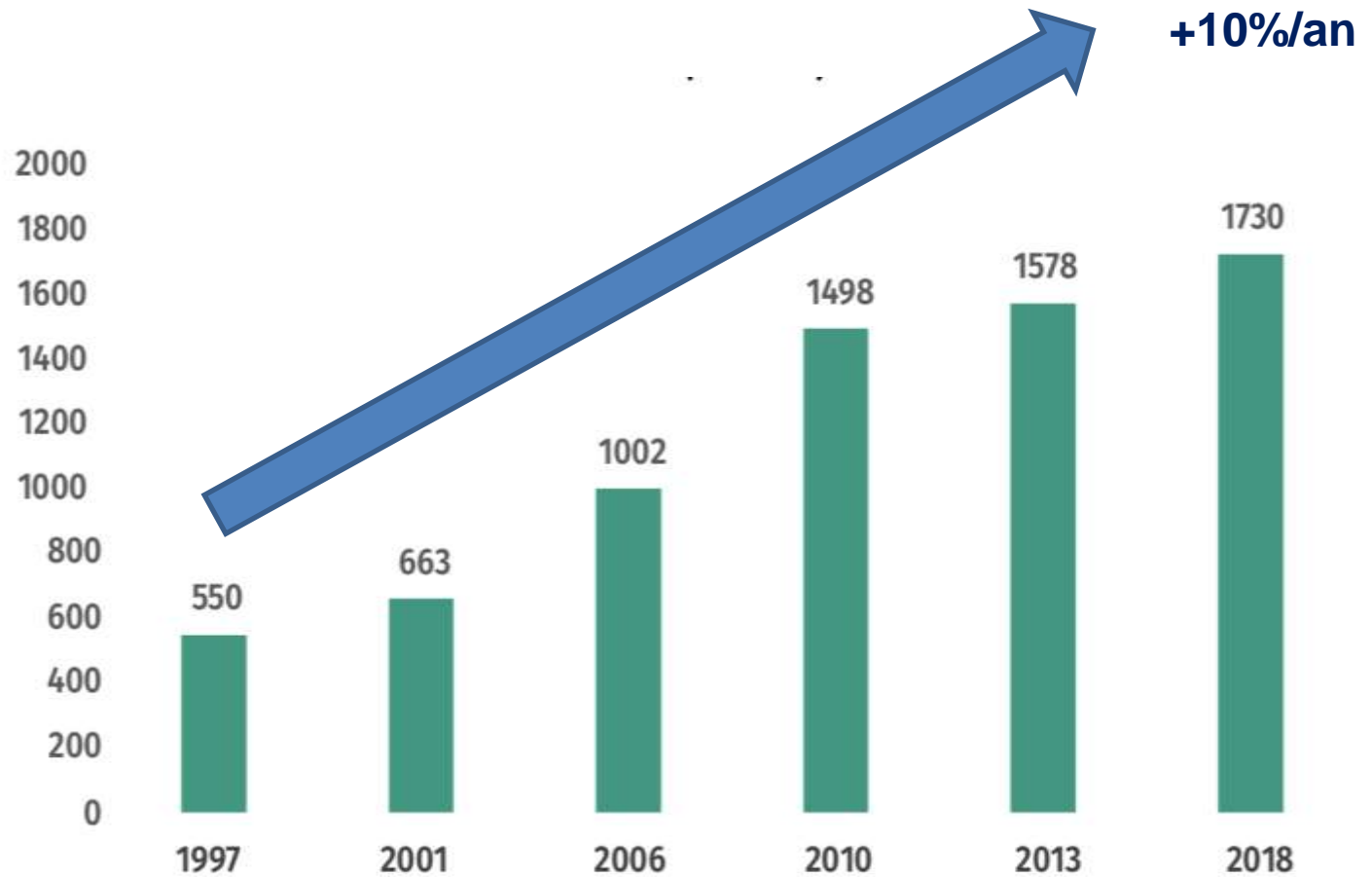
		Montant de la dépense	(%)
Contributions à l'AM	Etat	2 033 418	3,3%
	Ménages	8 617 315	14,1%
	Collectivités Territoriales	253 647	0,4%
	EEP	408 256	0,7%
	Entreprises privées	6 656 423	10,9%
	Sous-total	17 969 059	29,5%
	Contributions directes aux services de santé (hors AM)	Ressources fiscales (Budget)	13 560 072
Collectivités Territoriales		954 230	1,6%
Employeurs		236 926	0,4%
Coopération Internationale		131 559	0,2%
Ménages		27 771 334	45,6%
Autres (ONGs, ...)		304 347	0,5%
Sous-Total		42 958 468	70,5%
Total		60 927 527	100%



# EVOLUTION DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ (CNS,2018)

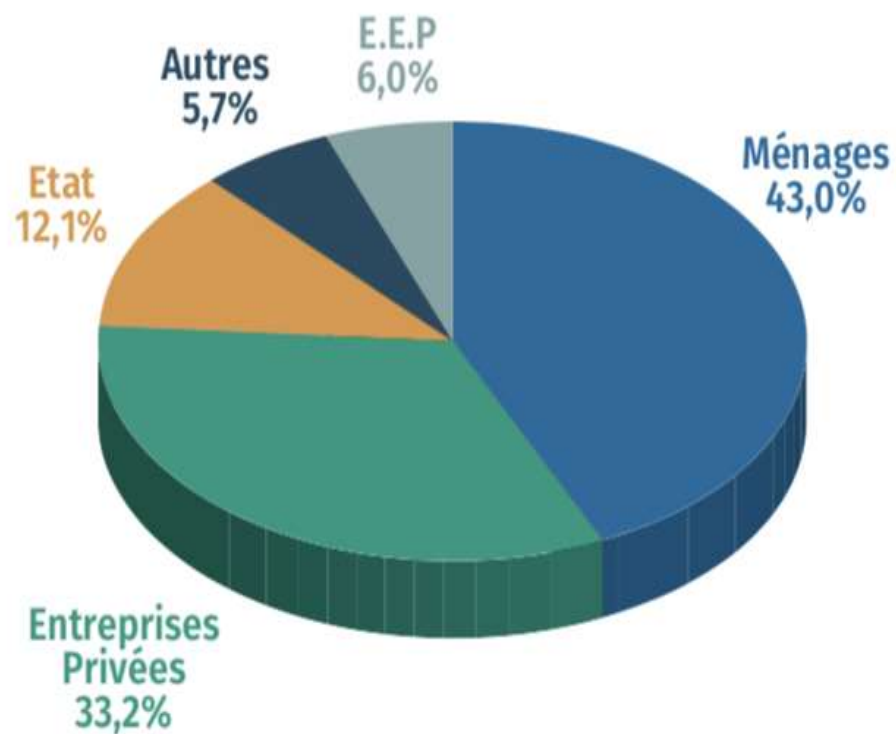


# DES/HAB



(CNS,2018)

# RESSOURCES DE L'AMO



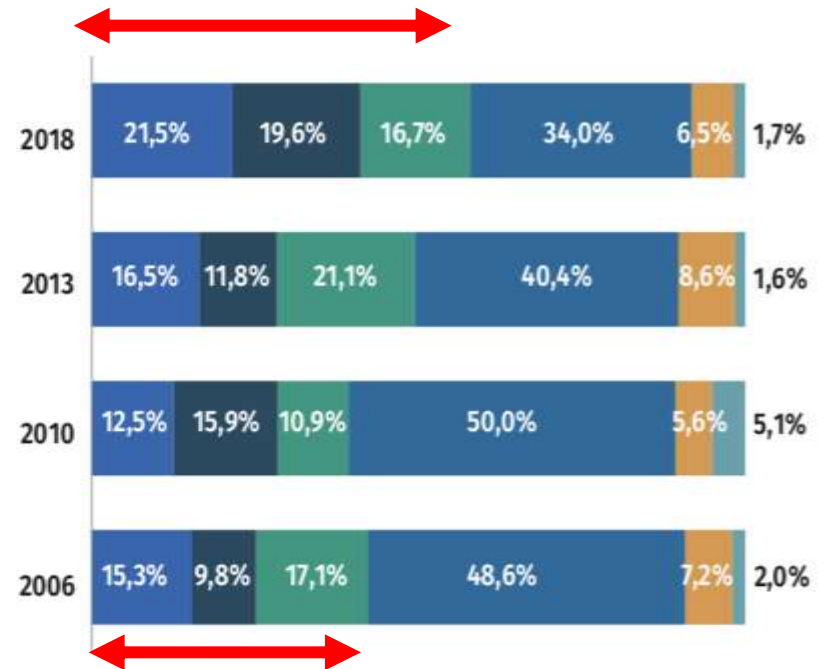
(CNS,2018)



# EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE PAR TYPE DE SOINS DES MENAGES

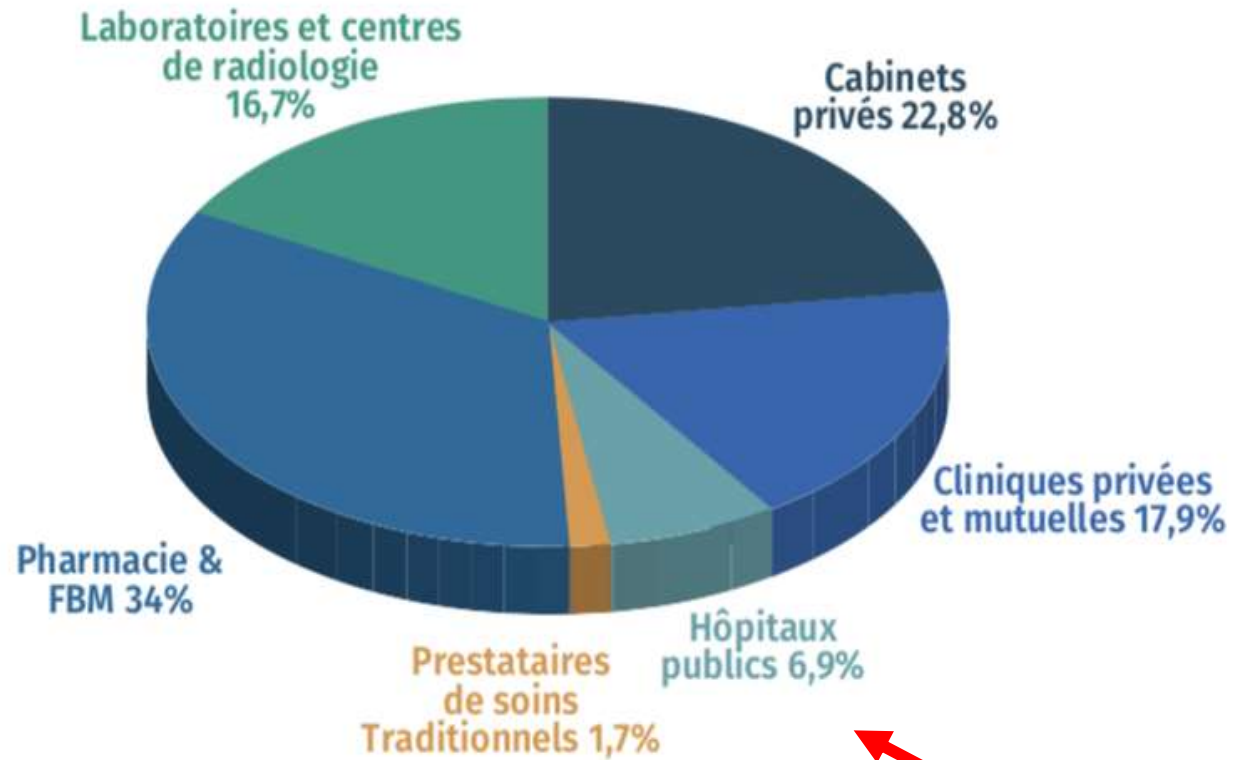


- Consultations médicales en ambulatoire
- Hospitalisations
- Analyses médicales et examens radiologiques
- Médicaments et biens médicaux
- Soins dentaires
- Médecine traditionnelle



(CNS,2018)

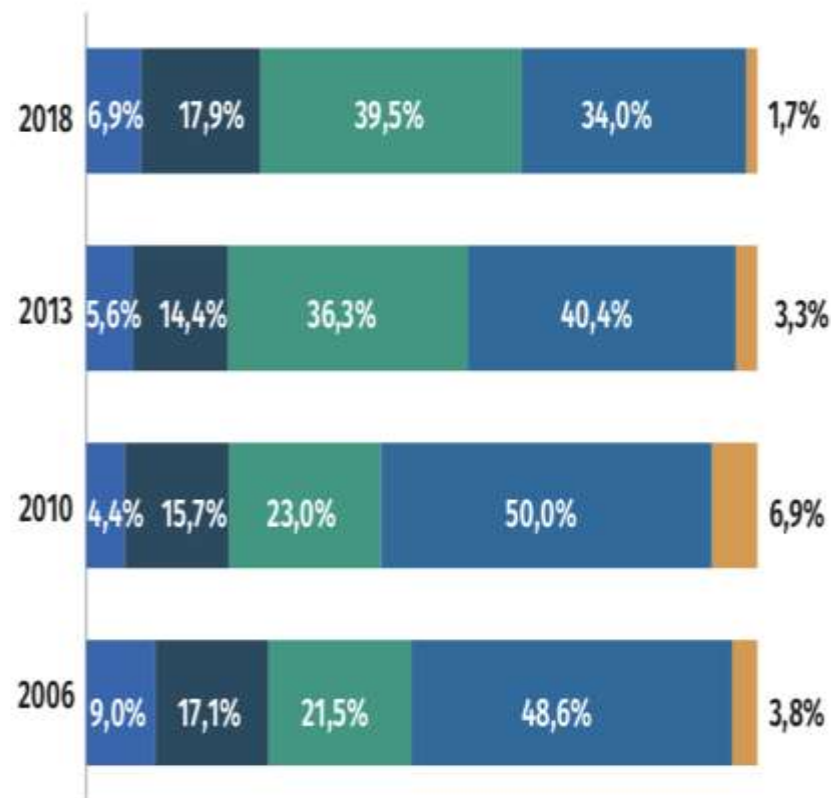
# SEGMENTATION DES DEPENSES DE SANTÉ PAR LES MENAGES (CNS,2018)



# EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE PAR TYPE DE SOINS DES MENAGES

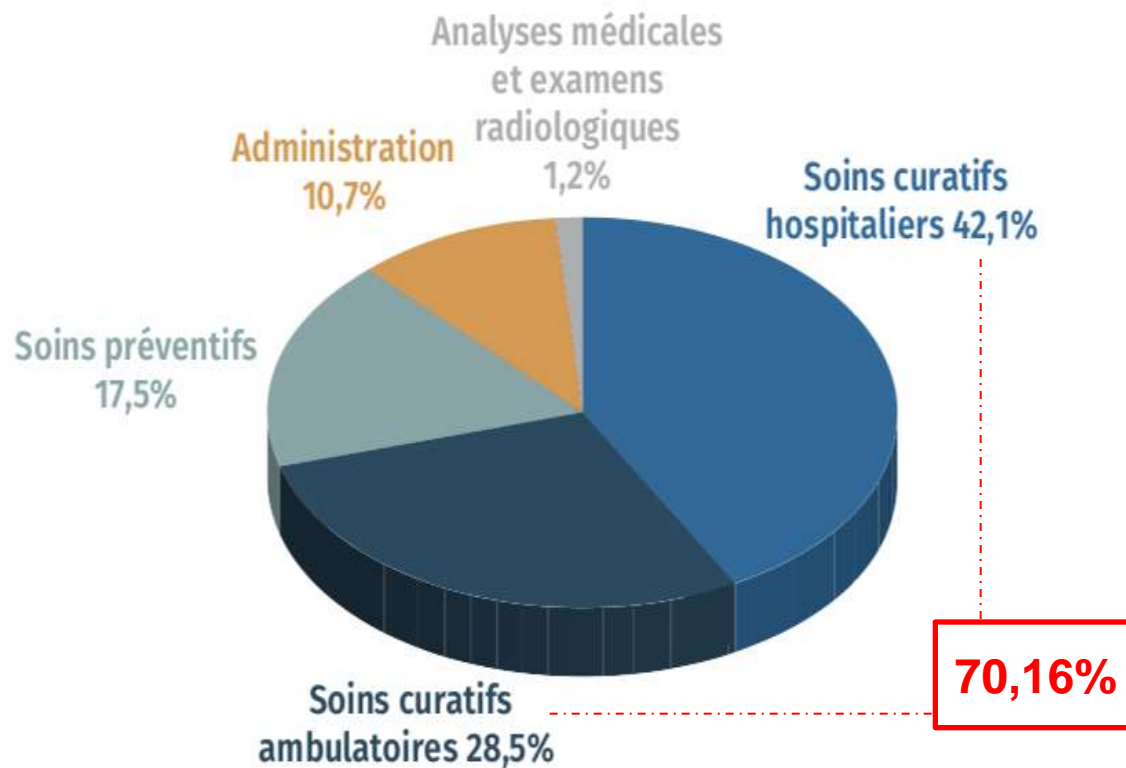


- Hôpitaux publics
- Cliniques privées et mutuelles
- Cabinets privés
- Pharmacie & FBM
- Autres



(CNS,2018)

# DEPENSES DE SANTE DE L'ETAT



(CNS,2018)



# INIQUITE REGIONALE DES DEPENSES DE SANTE

L'analyse des données a permis de montrer cinq tendances :

- **La transition épidémiologique** est bien présente et les maladies non transmissibles sont la principale morbidité des marocains (78% des décès) ;
- Il y a une **iniquité régionale et intrarégionale** des dépenses de santé chez les personnes bénéficiant de l'AMO
- Il y a une **disparité** claire entre les dépenses de l'AMO dans le secteur privé par rapport au secteur public et selon le type d'assuré ;
- Il existe une **incohérence** dans les dépenses par famille de soins aussi bien entre secteur privé et public qu'entre les régions ;
- Le **RAC reste élevé** même chez les bénéficiaires de l'AMO ce qui influence le parcours de soins et l'utilisation effective des services de santé.



# CONSTATS RELATIFS SUR LES DEPENSES DE SANTE

**Premier constat:** les dépenses de santé ont évolué de façon plus importante que la croissance économique au cours de la même période (10 fois plus pour certaines prestations de santé).

**Deuxième constat :** les dépenses de certaines pathologies prioritaires de santé publique étaient supérieures dans le secteur public comparativement au privé (le coût du personnel, de médicaments, de frais de soins ambulatoires et hospitaliers ou les charges d'exploitation devraient être inférieures) .

**Troisième constat :** le reste à charge pour les patients qui bien que supérieur dans le secteur privé demeure très élevé pour tous les bénéficiaires.



# INIQUITE REGIONALE DES DEPENSES DE SANTE

**Quatrième constat** : les différences des coûts des services de santé entre le secteur public et privé varient d'un facteur de 1 à 15 pour le même poste de dépense

**Cinquième constat** : les actifs bénéficiaires de « l'AMO fonctionnaires » dépensent plus que les bénéficiaires de « l'AMO privé ». Dans les deux cas les cotisations ont une croissance moindre que les dépenses ce qui est un signal d'alarme d'un déficit financier futur

Ces cinq « avatars » de la CSU au Maroc sont un indicateur de l'inégalité, de l'iniquité





**LES EFFETS PARADOXAUX  
RELATIFS AU SS NE SONT PAS DUS  
EN PREMIER AU MANQUE DE  
FINANCEMENT**



# LES MAROCAINS ET LEUR SYSTEME DE SANTÉ (N=1812)



		Impression globale par rapport SS		Total
		Plutôt négative	Plutôt positive	
Privé	Effectif	166	23	189
	% dans couverture	87,8%	12,2%	100,0%
	% dans Impression	12,1%	5,3%	10,4%
	% du total	9,2%	1,3%	10,4%
AMO	Effectif	410	79	489
	% dans couverture	83,8%	16,2%	100,0%
	% dans Impression	29,8%	18,2%	27,0%
	% du total	22,7%	4,4%	27,0%
RAMED	Effectif	337	145	482
	% dans couverture	69,9%	30,1%	100,0%
	% dans Impression	24,5%	33,3%	26,6%
	% du total	18,6%	8,0%	26,6%
Sans couverture	Effectif	461	188	649
	% dans couverture	71,0%	29,0%	100,0%
	% dans Impression	33,6%	43,2%	35,9%
	% du total	25,5%	10,4%	35,9%
Total	Effectif	1374	435	1809
	% dans couverture	76,0%	24,0%	100,0%
	% dans Impression	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	76,0%	24,0%	100,0%

khi-carré de Pearson 49,492 ; p value : .000

# LE SECTEUR PRIVE RECOURS IMPORTANT (N=1812)

		USS Privés	USS Publics	Total
Privé	Effectif	155	33	188
	% dans Prive versus Autres	82,4%	17,6%	100,0%
	% dans USS Prive Public	16,7%	4,0%	10,7%
	% du total	8,8%	1,9%	10,7%
AMO	Effectif	341	139	480
	% dans Prive versus Autres	71,0%	29,0%	100,0%
	% dans USS Prive Public	36,8%	16,6%	27,2%
	% du total	19,4%	7,9%	27,2%
RAMED	Effectif	127	346	473
	% dans Prive versus Autres	26,8%	73,2%	100,0%
	% dans USS Prive Public	13,7%	41,4%	26,8%
	% du total	7,2%	19,6%	26,8%
Sans couverture	Effectif	304	317	621
	% dans Prive versus Autres	49,0%	51,0%	100,0%
	% dans USS Prive Public	32,8%	38,0%	35,2%
	% du total	17,3%	18,0%	35,2%
	Effectif Total	927	835	1762
	% dans Prive versus Autres	52,6%	47,4%	100,0%
	% dans USS Prive Public	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	52,6%	47,4%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 261.758 : p-value .0000*

# DES ECARTS DE DEPENSES INEXPLIQUES ET UN RESTE A CHARGE PENIBLE !

Tableau 23 : Dépenses moyennes au cours du parcours de soins

Caractéristiques du Parcours de soins	Dépenses moyennes USS Hôpital (dhs)	Dépenses moyennes USS Clinique (dhs)
Accès aux Services	41,27	72,13
Consultations hôpital	66,69	214,09
Consultations cabinet	117,02	254,49
Séjour	526,39	8197,65
Analyses	487,68	626,31
Radiologie	176,47	544,67
Médicaments	206,19	3025,24
Consommables et matériel	36,33	0,00
Nourriture	40,80	0,00
Déplacement après sortie	37,85	92,89
Autres dépenses Hôpital	545,71	1676,31
Dépenses après la sortie liées à la maladie	505,36	779,91
<b>Total parcours (coûts directs)</b>	<b>2787,76</b>	<b>15483,69</b>





# DES RESULTATS QUALITATIFS ET QUANTITATIFS SUR LA CSU PROBLEMATIQUES



- ✓ 27% des ramédistes, 49% des sans couverture médicale et 90 % de l'AMO optent pour le privé
- ✓ 62% des vulnérables ne retirent pas leur carte RAMED
- ✓ Dépenses et reste à charge catastrophiques (10-25% limites selon OMS)

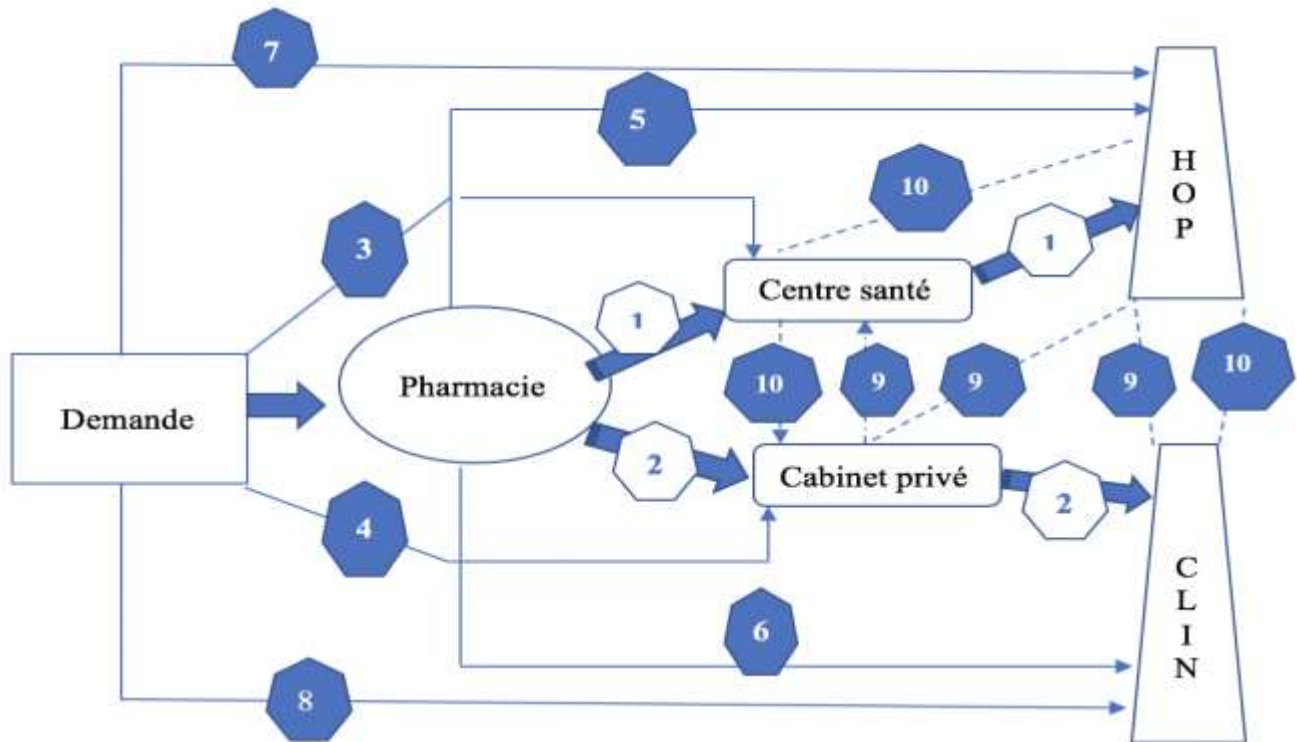


# CSU AU MAROC: *Les raisons d'un « paradoxe »*

- Ce n'est pas le financement qui est responsable des résultats « insuffisants » de la CSU comme ce que l'on observe dans de nombreux pays mais **l'inadaptation de l'offre de soins à des nouveaux besoins et demandes.**
- Les conséquences de cette inadaptation de l'offre:
  - L'accès aux services de santé est contingenté par les iniquités régionales et les moyens financiers des patients
  - Les hôpitaux se sont « paupérisés » au profit de l'offre privée
  - Les bénéficiaires de l'AMO et du RAMED ne sont pas satisfaits de l'apport de la CSU en terme de services de santé et adoptent un parcours de soins « stochastique »
  - Le système de santé demeure à plusieurs vitesses, « dérégulé », sans parcours de soins cohérent

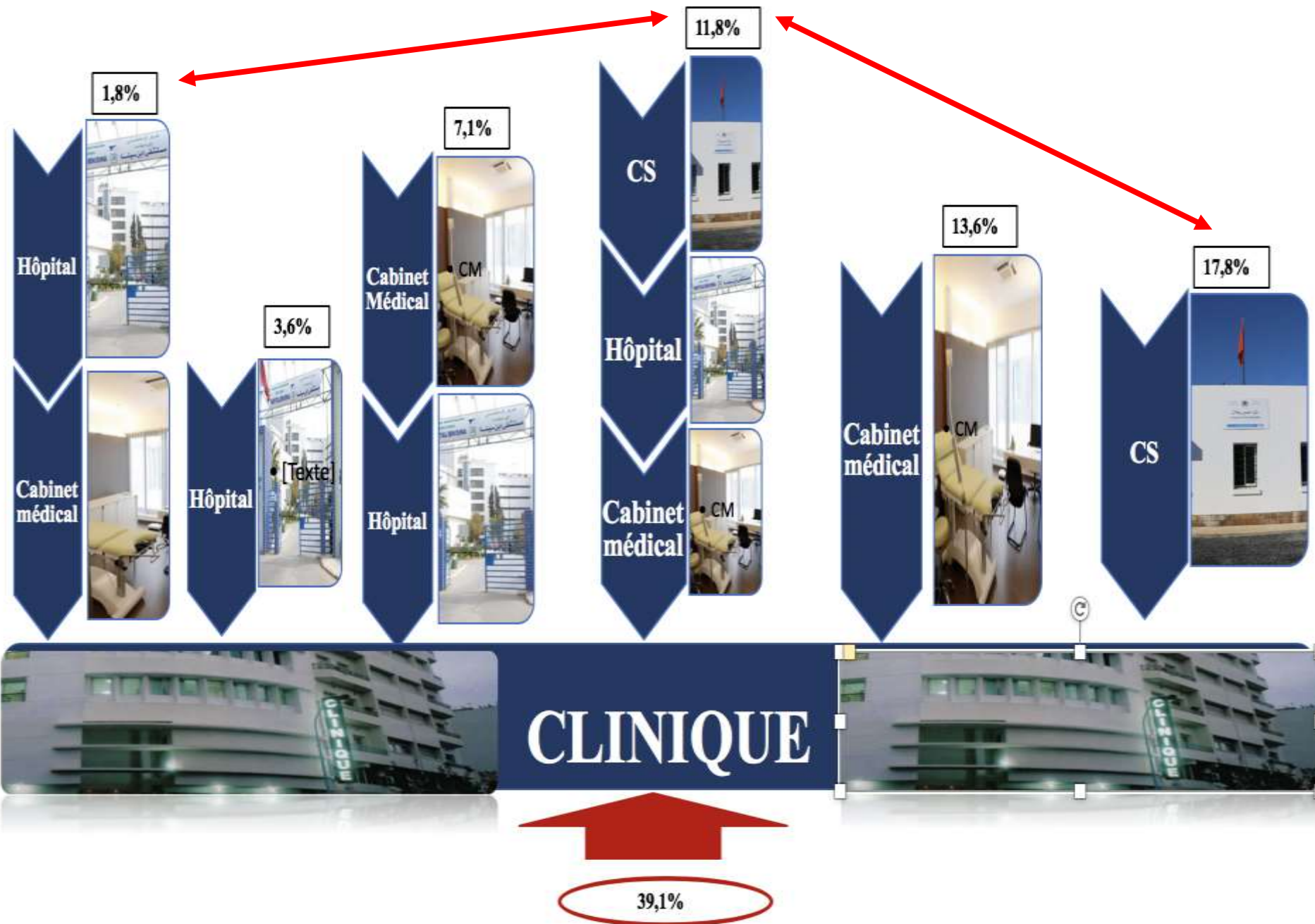


# LE PARCOURS DE SOINS « Stochastique »



- et Cheminement le plus classique
- Cheminement fréquent à
- et parcours possibles

PARCOURS DE SOINS LORSQUE LA CLINIQUE EST LA DERNIERE ETAPE (N=1467)





# PREREQUIS A LA »REFONDATION »

- Redéfinir le rôle et l'organigramme du ministère de la santé et de la protection sociale avec clarté et opérer une **véritable régionalisation du SS avec parcours de santé**
- Fixer **le budget de la santé à 8% minimum** du budget de l'état (7% du PIB minimum) avec réallocation de la majorité des ressources aux régions sanitaires autonomes
- Revoir les **termes des lois en vigueur** relatives à la santé : contrats, mobilité et performance des médecins dans les deux secteurs
- Opérer **une CA des actes de santé** et réviser en conséquence la TNR
- Mettre en place un **système d'information sanitaire intégré global**






# 10 TRAVAUX TITANESQUES


1. Penser +++ la CSU à la lumière d'un positionnement central de l'offre en priorité primaire en adéquation avec les besoins et demandes régionaux (nouveau paradigme)
2. Intégrer les déterminants épidémiologiques et socio-économiques dans la compréhension de l'utilisation des services de santé et du parcours de soins.
3. Structurer le parcours de soins et les données santé pour un registre médical unifié national
4. Intégrer le secteur privé dans la mission de service public sanitaire (Réseau Amb et Hosp)




# 10 PROPOSITIONS




5. Impliquer les collectivités locales comme partie prenante de la santé et de la protection sociale au niveau local et régional




6. UNIFIER progressivement les caisses d'assurance maladie pour plus de cohérence et d'efficience



7. Redéfinir le rôle de l'ANAM: expertise et régulateur indépendant (HCSAM)



# 10 PROPOSITIONS



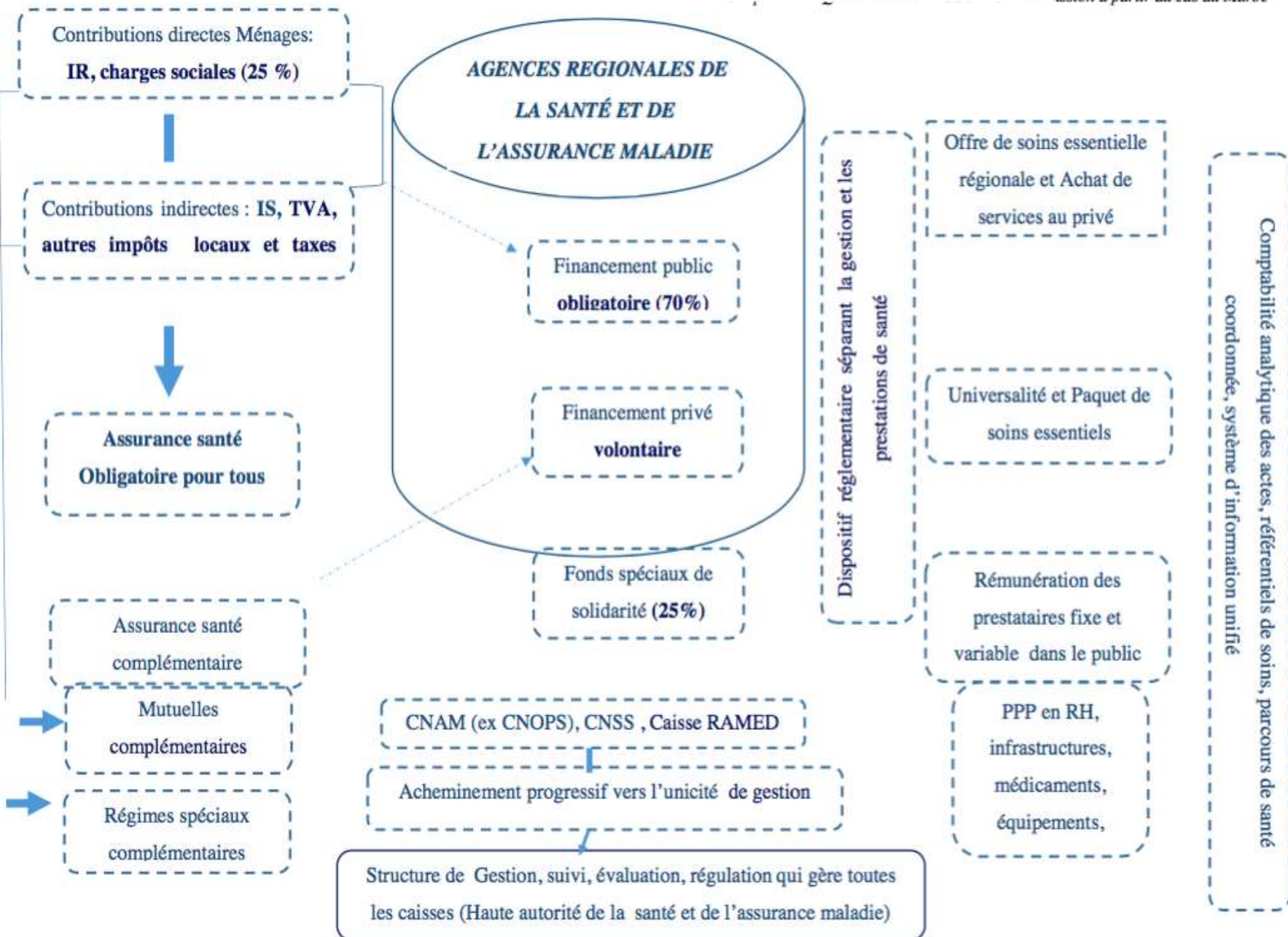
8. Revoir la formation et l'emploi des médecins et professionnels de santé dans une vision de valorisation, de productivité et d'évaluation de la performance selon les besoins régionaux

9. Définir les besoins, périmètres et conditions de PPP en rapport avec l'offre de soins et sa gouvernance

10. Créer les instances facilitatrices du nouveau paradigme de la politique de santé: IVECOM, AMAMED

**Figure14 : Proposition d'un cadre conceptuel de la CSU pour Maroc**

ession à partir du cas du Maroc





# CONCLUSIONS

- La généralisation de la CSU est une politique publique indispensable, justifiée et qui rendu service à une partie de la population vulnérable mais sa mise en œuvre a crée des effets « inattendus »:
  - Il n'y a pas eu d'accès total d'une partie non négligeable des démunis aux services de santé (accès partiel)
  - Il y a eu une paupérisation les structures de santé étatiques et « alimenté » les structures privées
  - Les dépenses catastrophiques de santé pour les ménages restent élevées



# CONCLUSIONS

- Il faudra du courage politique pour ce nouveau chantier « Maroco-marocain » et faire admettre certaines « insuffisances » en termes de politiques publiques de santé
- La refonte du système de santé dans toutes ses dimensions est un prérequis à l'efficacité de la CSU
- « La complémentarité institutionnelle » et le financement sont essentiels pour assurer les droits des patients à l'accès aux soins de qualité et à l'équité sanitaire dans ses multiples dimensions.



# CONCLUSIONS

- L'état devra assurer et assumer son rôle de régulateur , de concepteur et attribuer un rôle clair aux des collectivités locales (régions) en matière de santé
- Le financement innovant où l'état devient l'actionnaire majoritaire de la DS
- C'est surtout la reconnaissance de **devoir changer de paradigme** qui pourra être le garant d'une nouvelle voie pour la CSU marocaine et de l'efficiencce de notre système de santé .

