

وزارة الصحة

ⵜⴰⴷⵓⴷⴰ ⵜⴰⵎⴰⵔⵉⵜ | ⵜⴰⵎⴰⵔⵉⵜ

Ministère de la Santé



المملكة المغربية

ⵜⴰⴷⵓⴷⴰ ⵜⴰⵎⴰⵔⵉⵜ | ⵜⴰⵎⴰⵔⵉⵜ

ROYAUME DU MAROC

COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE - 2018



DIRECTION DE LA PLANIFICATION ET DES RESSOURCES FINANCIERES



Organisation
Mondiale de la Santé



وزارة الصحة
ⵜⴰⴷⵓⴷⴰ ⵜⴰⵎⴰⵔⵉⵜ | ⵜⴰⵎⴰⵔⵉⵜ
Ministère de la Santé

COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE - 2018



Organisation
Mondiale de la Santé



وزارة الصحة
+٩٦٦١١٨٣٥٤
Ministère de la Santé

TABLE DES MATIÈRES

04 Liste des tableaux

05 Liste des figures

07 Liste des annexes

08 Acronymes

11 Préface

13 Résumé

17 Abstract

20 ملخص

23 Introduction

27 Méthodologie

CHAPITRE 1 :

32 Aperçu sur le Système
National de Santé

34 Principaux indicateurs du système national
de santé

01 Principaux chantiers de réformes

CHAPITRE 4 :

62 Financement de la santé
par l'assurance maladie

64 Population couverte par l'assurance maladie

65 Ressources et dépenses des organismes de
l'assurance maladie

68 Dépenses de l'assurance maladie par type de
prestations

69 Paiement des prestataires de soins dans le cadre
du tiers payant

71 Dépenses de l'assurance maladie (remboursements
aux assurés) par type de prestations

95 Conclusion

98 Annexes

109 Remerciements



CHAPITRE 2 :

40 Financement de la santé au Maroc

42 Niveau de financement de la santé

44 Sources de financement

48 Dépenses courantes de santé par type de prestataires

49 Dépenses courantes de santé par type de prestations

50 Dépenses en capital

CHAPITRE 5 :

74 Financement de la santé par le Ministère de la Santé

76 Evolution du budget du Ministère de la Santé

77 Sources de financement des dépenses du Ministère de la Santé

78 Dépenses courantes du Ministère de la Santé par type de prestataires

79 Dépenses courantes du Ministère de la Santé par type de prestations

80 Dépenses du Ministère de la Santé en capital

81 Dépenses du Ministère de la Santé par région

82 Financement de la santé par le Régime d'Assistance Médicale (RAMED)

CHAPITRE 3 :

52 Financement de la santé par les ménages

54 Participation des ménages au financement de la santé

56 Dépenses des ménages par type de prestataires

57 Dépenses des ménages par type de prestations

CHAPITRE 6 :

86 Financement de la santé par les autres partenaires nationaux et par la coopération internationale

88 Contribution des autres Ministères au financement de la santé

89 Contribution des Collectivités Territoriales au financement de la santé

90 Contribution de l'INDH au financement de la santé

91 Contribution de la Fondation Lalla Salma de prévention et traitement des cancers au financement de la santé

92 Contribution de la Fondation Mohamed V pour la solidarité au financement de la santé

92 Contribution de la coopération internationale au financement de la santé

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 : Principaux indicateurs de santé du Maroc en comparaison avec des pays de Benchmark, 2018	36
Tableau 2. 1 : Niveau de la dépense de santé -comparaison	43
Tableau 2. 2 : Nature des sources de financement par rapport à la contribution à l'assurance maladie, 2018	47
Tableau 2. 3 : Dépenses en capital par sources de financement (en milliers de Dirhams), 2018	50
Tableau 4. 1 : Taux de couverture de la population par l'assurance maladie, 2018	64
Tableau 4. 2 : Dépenses de l'assurance maladie (en milliers de dirhams), 2018	67
Tableau 6. 1 : Répartition des dépenses de la coopération internationale par partenaire, 2018	93

LISTE DES FIGURES

Figure 2. 1 : Evolution de la dépense totale de santé, 1997-2018 (en Milliards de Dhs)	44
Figure 2. 2 : Evolution de la dépense totale de santé par habitant, 1997-2018 (en Dhs)	44
Figure 2. 3 : Sources de financement de la santé par nature de financement, 2018	45
Figure 2. 4 : Evolution des sources de financement par type d'institutions, 2006-2018	48
Figure 2. 5 : Répartition des dépenses courantes de santé par type de prestataires, 2018	49
Figure 2. 6 : Répartition des dépenses courantes de santé par type de prestations, 2018	50
Figure 3. 1 : Evolution de la composition des dépenses des ménages en santé, 2006-2018	55
Figure 3. 2 : Répartition des dépenses des ménages par type de prestataires, 2018	57
Figure 3. 3 : Répartition des dépenses des ménages par type de prestations, 2018	58
Figure 3. 4 : Evolution des dépenses des ménages par type de prestations, 2006-2018	60
Figure 3. 5 : Evolution des dépenses des ménages par type de prestataires 2006-2018	61
Figure 4. 1 : Répartition de la population couverte par organisme d'assurance maladie, 2018	65
Figure 4. 2 : Structure des ressources de l'assurance maladie, 2018	66
Figure 4. 3 : Dépenses de santé par organisme d'assurance maladie, 2018	68
Figure 4. 4 : Evolution des dépenses de l'assurance maladie (tiers payant et remboursements) par type de prestations 2001-2018	69
Figure 4. 5 : Répartition des paiements directs des prestataires de soins, 2018	69

Figure 4. 6 : Répartition des paiements directs par type de prestataires de soins, 2018	70
Figure 4. 7 : Evolution de la part des paiements directs des prestataires 2013-2018	70
Figure 4. 8 : Dépenses de l'assurance maladie (tiers payant) par type de prestations, 2018	71
Figure 4. 9 : Répartition des remboursements de l'assurance maladie par type de prestations, 2018	72
Figure 5. 1 : Evolution des Indices du Budget du Ministère de la Santé, du Budget Général de l'Etat et du PIB, 2006-2018	76
Figure 5. 2 : Evolution des différents chapitres du budget du Ministère de la Santé, 2013-2018	77
Figure 5. 3 : Evolution des sources de financement des activités du Ministère de la Santé, 2010-2018	78
Figure 5. 4 : Dépenses courantes du Ministère de la Santé par type de prestataires, 2018	79
Figure 5. 5 : Dépenses courantes du Ministère de la Santé par type de prestations, 2018	80
Figure 5. 6 : Dépenses du Ministère de la Santé en capital, 2018	81
Figure 5. 7 : Dépenses du Ministère de la Santé (hors dépenses des CHUs, ICLN et administration centrale) par région et par habitant (en DH), 2018	82
Figure 5. 8 : Répartition du nombre d'actes réalisés au niveau des hôpitaux publics (hors CHUs), 2018	83
Figure 5. 9 : Répartition des actes réalisés au niveau des CHUs par type de prestations, 2018	84
Figure 5. 10 : Structure du financement du RAMED-2018	84
Figure 6. 1 : Sources de financement de la santé des autres ministères (hors salaires des médecins enseignants), 2018	88
Figure 6. 2 : Classification fonctionnelle des dépenses de santé des autres Ministères, 2018	89
Figure 6. 3 : Répartition des dépenses de santé de l'INDH, 2018	90
Figure 6. 4 : Répartition des dépenses de la Fondation Lalla Salma par rubrique, 2018	91
Figure 6. 5 : Répartition de la contribution de la coopération internationale par partenaire, 2018	94

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Sources de financement de la santé par régimes de financement (en milliers de dirhams), 2018	100
Annexe 2 : Prestataires de soins par régimes de financement (en milliers de dirhams), 2018	101
Annexe 3 : Flux financiers entre les agents de financement et les prestataires de soins (en milliers de dirhams), 2018	102
Annexe 4 : Fonctions de soins par régime de financement de la santé (en milliers de dirhams), 2018	103
Annexe 5 : Fonctions de soins de santé par prestataire de soins (en milliers de dirhams), 2018	104
Annexe 6 : Régimes de financement par agents de financement de la santé (en milliers de dirhams), 2018	105
Annexe 7 : Dépenses en capital par prestataire (en milliers de dirhams), 2018	106
Annexe 8 : Liste des principaux indicateurs des Comptes Nationaux de la Santé- 2018	107

ACRONYMES

AFD	:	Agence Française de Développement
ALC	:	Affections Longues et Coûteuses
ALD	:	Affections Longues Durée
AMO	:	Assurance Maladie Obligatoire
ANAM	:	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
BGE	:	Budget Général de l'Etat
CAS	:	Compte d'Affectation Spéciale
CHP	:	Centre Hospitalier Préfectoral ou Provincial
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CNOPS	:	Caisse Nationale d'Organismes de Prévoyance Sociale
CNPAC	:	Comité national de prévention des accidents de la circulation
CNS	:	Comptes Nationaux de la Santé
CNSS	:	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CT	:	Collectivités Territoriales
DCS	:	Dépense Courante de Santé
DH	:	Dirham Marocain
DPRF	:	Direction de la Planification et des Ressources Financières
DRS	:	Direction Régionale de Santé
DTS	:	Dépense Totale en Santé
EEP	:	Entreprises et Etablissements Publics
ENSP	:	Ecole Nationale de Santé Publique
ESSP	:	Etablissements de Soins de Santé Primaires
FBM	:	Fournisseurs de Biens médicaux
FM	:	Fonds mondial
HCP	:	Haut-Commissariat au Plan
ICLN	:	Instituts, Centres et Laboratoires Nationaux
INDH	:	Initiative Nationale pour le Développement Humain

ISBLSM :	Institutions Sans But Lucratif au Service des Ménages
ISPITS :	Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé
MS :	Ministère de la Santé
OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisations Non Gouvernementales
OOP :	Dépenses Directes des Ménages (Out Of Pocket)
PF :	Planification Familiale
PIB :	Produit Intérieur Brut
PNI :	Programme National d'Immunisation
RAMED :	Régime d'Assistance Médicale
RSSP :	Réseaux de Soins de Santé Primaires
SEGMA :	Services de l'Etat Gérés de Manière Autonome
SMI :	Santé Maternelle et Infantile
SHA :	Système des comptes de santé (System Health Account)
UE :	Union Européenne
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance





Le système de santé marocain, a connu une série de réformes durant les dernières années notamment la mise en place de la Couverture Médicale de Base depuis 2002 qui vise l'amélioration de l'accès de la population aux services et soins de santé de qualité et efficaces sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers.

Cependant, assurer un financement pérenne et efficace du système de santé demeure une préoccupation majeure du Gouvernement. L'évaluation systématique des différentes politiques mises en place et l'analyse de leur l'impact sur la protection financière des citoyens offrent une opportunité pour dégager les limites du système de financement et identifier les champs d'actions pour améliorer sa performance. Ceci est d'autant plus important que notre pays, sur Hautes Orientations de Sa Majesté le Roi Mohamed VI, que Dieu l'Assiste, a fait du chantier de la généralisation de la couverture médicale l'une des grandes priorités pour renforcer la protection financière de la population et réduire davantage les paiements directs des ménages.

Dans ce cadre, les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) constituent un outil performant pour un diagnostic stratégique du système de santé sous le prisme du financement de la santé. C'est un outil puissant et pratique pour les décideurs qui aide à évaluer et renforcer le système de financement des soins de santé et à identifier et à développer les interventions financières permettant d'améliorer la santé de la population.

Dans ce contexte, le Ministère de la Santé a élaboré la sixième édition des CNS au titre de l'année 2018 pour mettre la lumière sur les avancées réalisées en matière du financement de la santé et donner une appréciation de l'impact des politiques mises en œuvre sur l'amélioration de ce financement.

Ce nouvel exercice des CNS est caractérisé par l'adoption d'une nouvelle méthodologie préconisée à l'échelle internationale (système des Comptes de la Santé-2011) et qui permet de situer notre pays par rapport aux différents pays ayant réalisé l'exercice notamment ceux ayant un développement économique

similaire. Ceci permettra également d'apprendre des bonnes pratiques internationales et d'adopter des stratégies plus efficaces en matière d'amélioration du financement de la santé.

La production des CNS d'une façon périodique reste un défi à relever pour éclairer le chemin vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) comme passage nécessaire vers l'atteinte des Objectifs du Développement Durable, notamment l'ODD3. Le renforcement des systèmes d'information du Ministère de la Santé et de ses partenaires reste une étape importante pour l'institutionnalisation des CNS.



Pr. Khalid AIT TALEB
Ministre de la Santé

Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) constituent la source de données la plus importante sur les dépenses de santé et leur utilisation. C'est un instrument pratique pour l'évaluation du système de financement de la santé et l'identification des interventions les plus efficaces pour améliorer la santé de la population. Ils serviront d'outil d'évaluation de l'impact des politiques de santé sur la protection financière des citoyens.

Dans ce cadre, le Ministère de la Santé a élaboré la 6^{ème} édition des CNS au titre de l'année 2018. Cet exercice est réalisé selon une nouvelle méthodologie préconisée par l'OMS (système de comptes de la santé 2011), dont l'objectif est de se conformer aux normes internationales en matière de production des indicateurs sur le financement de la santé et garantir la comparaison avec d'autres pays.

Ce rapport met en lumière dans un premier temps la méthodologie d'élaboration des CNS 2018 avant de donner un aperçu sur le système national de santé. Par la suite, les analyses ont porté sur le niveau de financement de la santé et ses sources tout en analysant l'évolution des indicateurs de 2018 par rapport à ceux des éditions précédentes. Un focus particulier a été mis sur les principaux financeurs de la santé au Maroc à savoir les ménages, l'assurance maladie et l'Etat. Le dernier chapitre traite la contribution des partenaires nationaux et internationaux dans le financement de la santé.

Les résultats montrent que la dépense totale de santé (DTS) au Maroc au titre de l'année 2018 a atteint environ 60,9 milliards de dirhams contre 52 milliards en 2013 soit un accroissement global de l'ordre de 17,1% et une augmentation annuelle moyenne d'environ 3,2%.

En outre, la dépense courante de santé (DCS) s'élève à 59,1 milliards de dirhams représentant ainsi 97% de la DTS contre environ 1,8 milliard de dirhams pour les dépenses liées à l'investissement soit 3% de la DTS (formation brute du capital).

Rapportée à la taille de la population, la dépense de santé par habitant s'élève à 1730 Dhs soit l'équivalent de 184 dollars américain au taux de change courant en 2018 et 489 dollars en termes de Parité du Pouvoir d'Achat (\$PPA). Elle a

enregistré un accroissement de 152 Dhs en l'espace de 5 ans représentant une variation relative de l'ordre de 9,6%. Ce taux d'accroissement indique une tendance positive de l'amélioration du financement de la santé à travers la contribution de l'ensemble des agents financeurs de la santé au Maroc.

Par ailleurs, entre 2013 et 2018, la DTS a évolué avec un rythme moins rapide que l'évolution du PIB. En effet, en 2018, la DTS représente 5,5% du PIB contre 5,8% en 2013, soit une diminution de 0,3 point durant la période 2013-2018.

Les ménages restent toujours le premier financeur de la santé au Maroc avec une part de 45,6% soit une baisse de 5,1 points par rapport à 2013. Cette importante baisse est expliquée d'une part, par l'extension de la couverture médicale, et d'autre part, par l'élargissement de la liste des médicaments remboursables, la promotion de la prescription des médicaments génériques et également la baisse des prix des médicaments opérée depuis l'année 2014 suite à la mise en application du décret relatif aux conditions et modalités de fixation des prix des médicaments. Cependant, malgré cette baisse des paiements directs des ménages, le niveau enregistré demeure encore élevé par rapport aux normes préconisées à l'international (moins de 25%).

Le deuxième financeur de la santé au Maroc est l'assurance maladie. Cette dernière, qui a couvert, en 2018, 40,6% de la population marocaine, a mobilisé environ 17,9 milliards de dirhams représentant ainsi 29,3% de la dépense totale de santé en 2018, soit une progression de 6,9 points par rapport à 2013.

Par ailleurs, des efforts indéniables ont été déployés ces dernières années par l'Etat pour accorder plus de ressources au secteur de la santé et l'ériger comme priorité nationale. Toutefois, la part de l'Etat dans le financement de la santé, à travers les ressources fiscales nationales et locales, est restée quasiment constante entre 2013 et 2018 pour enregistrer une proportion de l'ordre de 24% en 2018.

Il est à noter que le financement collectif et solidaire s'est amélioré de 6,5 points pour atteindre 53,3% en 2018 contre 46,8% en 2013 et constitue ainsi une

tendance positive vers une protection financière de la population et surtout les tranches les plus vulnérables.

Il importe de souligner par ailleurs, qu'en 2018, la contribution de la coopération internationale au financement de la santé ne représente que 0,2% enregistrant ainsi une baisse de 0,4 point par rapport à l'année 2013. En effet, l'appui des partenaires au titre de l'année 2018 a été beaucoup plus qualitatif que quantitatif et a concerné la mobilisation de l'expertise nécessaire et le renforcement des capacités. Aussi, l'année 2018 a coïncidé avec le lancement de certains projets hospitaliers dont les montants engagés ne seront visibles que lors des prochaines années.

De plus, les soins et services de santé produits par le système national de santé sont fournis par des prestataires de soins relevant des deux secteurs public et privé. Sur l'ensemble des dépenses courantes de santé (59,1 milliards de Dhs), ce sont les pharmacies et fournisseurs des biens médicaux qui en bénéficient en premier rang pour une part qui s'élève à 23,4%. Sont suivis par les établissements publics de santé qui regroupent essentiellement les CHUs, les hôpitaux relevant du Ministère de la Santé et les établissements de soins de santé primaires avec une proportion de 22%.

S'agissant des cliniques privées et cliniques mutualistes, elles bénéficient d'environ de 18,9% de la dépense courante de santé. Les prestataires de soins ambulatoires privés qui comportent, entre autres, les cabinets médicaux, les cabinets dentaires, les centres de dialyse et les autres centres offrant des prestations à titre ambulatoire, ne bénéficient que de 15,3%.

La part restante de la dépense courante de santé revient aux laboratoires et centres de radiologie, y compris les instituts et laboratoires nationaux publics, pour une part de 12%, et aux autres prestataires de soins avec une proportion de 8,3% (ONG, prestataires de soins traditionnels, ...).

Par ailleurs, les ressources mobilisées par le système national de santé durant l'année 2018 sont consacrées en premier lieu aux dépenses liées aux soins

hospitaliers avec presque 30% de la dépense courante de santé. Ce poste regroupe toutes les dépenses liées à l'hospitalisation complète et celle du jour (y compris les médicaments et biens médicaux, analyses, radiologie, etc. consommés durant le séjour hospitalier).

Aussi, les dépenses consacrées aux soins ambulatoires (curatifs et préventifs) et à l'achat des médicaments et biens médicaux représentent respectivement 28,7% (dont 5,3% pour les soins préventifs) et 23,4% de la dépense courante de santé, alors que les analyses et radiologie n'ont bénéficié que de 11,7% de cette dépense.

National Health Accounts (NHA) are the most important data source on health expenditure and its use in a health system. It's a practical tool for assessing the health financing system and identifying the most efficient interventions to improving population health. They will serve, as well, as a tool for evaluating the impact of health policies on the financial protection of citizens.

In this context, the Ministry of Health developed the 6th edition of 2018 NHA using the new methodology (SHA-11) recommended by the WHO. The objective is to align with the international standards to produce the health financing indicators and ensure comparison with other countries.

The first part of this report highlights the methodology used to conduct the NHA-2018 and gives an overview of Morocco's national health system. Then, the analysis focused on the level of health financing, its sources, and the indicators' trend, based on the previous editions of the NHA. Particularly, Morocco's main health financing agents are stressed, namely, households, health insurance, and the Government. The last chapter of the report addresses national and international partners' contributions to health financing in Morocco.

In 2018, the Total Health Expenditure (THE) in Morocco was about 60.9 billion dirhams. Compared to 2013 (52 billion in 2013), THE has increased globally by around 17.1%, representing an annual increase of about 3.2%. Besides, Current Health Expenditure (CHE) is estimated to 59,1 billion dirhams representing approximately 97% of THE, while the capital expenditure is only 1,8 billion dirhams (3% of THE).

Besides, THE per capita reached 1730 dirhams in 2018, i.e., the equivalent of 184 US dollars at the exchange rate of 2018 and 489 dollars in terms of purchasing power parity (PPP \$). It has increased by 152 dirhams in 5 years representing a relative variation of 9.6%. This increase indicates a positive trend in health financing improvement through all health financing agents in Morocco.

Furthermore, during 2013-2018, THE has progressed at a slower pace compared to the GDP. The 2018 THE represents 5.5% of the GDP against 5.8% in 2013, which indicates a decrease of 0.3 points during the same period.

Moreover, households remain the first source of healthcare financing with a share of 45.6%, i.e., a drop of 5.1 points compared to 2013. This significant decrease is explained by the extension of the health coverage, the enlargement of reimbursable drugs list and generic drugs promotion. This is also explained by the drop in drug prices since 2014 following the implementation of the decree relating to methods and procedures for setting drug prices. However, despite the important drop in out-of-pocket payments, they remain high compared to the international recommended threshold (less than 25%).

The second important healthcare financing source is health insurance, which covered in 2018 around 40.6% of the Moroccan population, spending around 17.9 billion dirhams. This amount represented 29.3% of THE in 2018, i.e., an increase of 6.9 points compared to 2013.

Besides, the Government has made undeniable efforts to allocate more resources by positioning the health sector higher in its priority. However, through national and local taxes, the Government share in healthcare financing remained almost constant during 2013-2018, representing 24% of THE. The collective and solidarity financing was improved by 6.5 points to 53.3% in 2018 against 46.8% in 2013, indicating a positive trend towards the population's financial protection, especially for the most vulnerable.

It is also important to highlight that international cooperation contributed to health financing by 0.2% of THE, which has decreased by 0.4 points compared to 2013. In fact, partner support for 2018 was much more qualitative than quantitative and concerned mobilization of expertise and capacity building. Also, during the year 2018, many hospital projects have been launched and the amounts of which will be captured in the coming years.

Healthcare services are produced in both public and private sectors. Pharmacies and medical goods suppliers grab up to 23.4% share of CHE. They are followed by public health facilities as university hospitals, public hospitals, and primary health care facilities belonging to MoH with a proportion of 22%.

Regarding private and mutual clinics, they benefit from around 18.9% of CHE. Private outpatient care providers, including mainly medical and dental offices, dialysis centers, and other outpatient services, receive only 15.3%. The remaining share goes to laboratories and radiology centers, including national public institutes and laboratories, for a share of 12%, and other healthcare providers with a proportion of 8.3% (NGOs, traditional healthcare providers, etc.).

Besides, health expenditures are devoted primarily to hospital care, with almost 30% of CHE. This item includes all expenses related to full and day hospitalization (including drugs and medical goods, analyzes, radiology, etc. consumed during the hospital stay).

Also, expenditures on outpatient care (curative and preventive) and the purchase of drugs and medical goods represent respectively 28.7% (including 5.3% for preventive care) and 23.4% of CHE, while analyzes and radiology benefited only from 11.7% of this expenditure.

تعتبر الحسابات الصحية الوطنية مصدرا رئيسيا لتوفير البيانات حول النفقات الصحية وكيفية استخدامها، إذ تعد أداة عملية لتقييم منظومة التمويل الصحي وتحديد الإجراءات الأكثر نجاعة لتحسين صحة الساكنة، كما تساهم كذلك في تقييم وقع السياسات الصحية على الحماية المالية للساكنة.

وفي هذا الإطار، تم إصدار التقرير السادس للحسابات الصحية الوطنية برسم سنة 2018 وفق المنهجية الجديدة التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية (نظام الحسابات الصحية 2011) بهدف الامتثال للمعايير المعتمدة دوليا لتقدير مؤشرات التمويل الصحي وضمان مقارنتها مع باقي الدول.

ويتطرق التقرير في البداية إلى المنهجية المعتمدة لإنجاز الحسابات الصحية الوطنية لسنة 2018 وتقديم لمحة عامة حول النظام الصحي الوطني. ويعرض التقرير بعد ذلك في فصوله المتتالية، تحليلا لمستوى التمويل الصحي ومصادره، وكذا تطور مؤشرات سنة 2018 مقارنة بالسنوات السابقة. حيث تم التركيز بشكل خاص على أهم ممولي قطاع الصحة في المغرب، كالأسر والتأمين الصحي وكذا الدولة. كما يتناول الفصل الأخير مساهمة الشركاء الوطنيين والدوليين في تمويل المنظومة الصحية.

هذا، وحسب نتائج التقرير، فقد بلغ حجم النفقات الاجمالية للصحة برسم سنة 2018 ما قدره 60,9 مليار درهم مقابل 52 مليار درهم سنة 2013، أي بزيادة إجمالية قدرها 17,1% خلال نفس الفترة، وبزيادة سنوية بنحو 3,2%. وقد بلغت النفقات الجارية للصحة سنة 2018 حوالي 59,1 مليار درهم، والتي تمثل 97% من إجمالي النفقات الصحية مقابل 1,8 مليار درهم للنفقات المتعلقة بالاستثمار أي 3% من مجموع النفقات.

أما متوسط الإنفاق الصحي للفرد، فقد بلغ ما قدره 1730 درهم، أي ما يعادل 184 دولارا أمريكيا بسعر الصرف الجاري لسنة 2018 و 489 دولارا من حيث تساوي القدرة الشرائية، إذ سجلت زيادة قدرها 152 درهماً خلال الخمس السنوات الماضية، وهو ما يمثل تطورا إيجابيا بنحو 9,6%. ويعتبر معدل الزيادة هذا، مؤشرا إيجابيا اتجه تحسن تمويل المنظومة الصحية من خلال مساهمة جميع وكلاء التمويل الصحي.

من جهة أخرى، تشير نتائج الدراسة الى أن حجم النفقات الاجمالية على الصحة قد عرف تطورا بوتيرة أبطأ بين سنتي 2013 و 2018 مقارنة مع تطور الناتج الداخلي الخام خلال نفس الفترة، حيث مثلت هذه النفقات حوالي 5,5% من الناتج الداخلي الخام سنة 2018 مقابل 5,8% سنة 2013 أي بانخفاض قدره 0,3 نقطة خلال نفس الفترة.

وتعتبر الأسر الممول الرئيسي للنفقات الصحية سنة 2018 بنسبة 45,6% من إجمالي النفقات الصحية، مقابل 50,7% سنة 2013، أي بنسبة انخفاض قدرها 5,1% مقارنة بسنة 2013. ويرجع هذا الانخفاض من جهة، إلى توسيع التغطية الصحية، ومن جهة أخرى، إلى توسيع قائمة الأدوية المقبولة إرجاع مصاريفها، وتشجيع استعمال الأدوية الجنيسة وكذلك إلى انخفاض أسعار الأدوية ابتداء من سنة 2014 طبقا لمقتضيات المرسوم المتعلق بشروط وكيفيات تحديد سعر بيع الأدوية المصنعة محليا أو المستوردة للعموم. وبالرغم من هذا الانخفاض المهم في نسبة الأداءات المباشرة للأسر، تبقى هذه النسبة مرتفعة مقارنة بما يوصى به دوليا (نسبة أقل من 25%).

ويعتبر التأمين الصحي ثاني أكبر ممول للنفقات الصحية بالمغرب حيث قام سنة 2018 بتغطية حوالي 40,6% من الساكنة وإنفاق 17,9 مليار درهم وهو ما يمثل 29,3% من إجمالي النفقات الصحية سنة 2018 أي بزيادة 6,9% مقارنة بسنة 2013.

ومن ناحية أخرى، تجدر الإشارة الى المجهودات المهمة التي بذلتها الدولة خلال السنوات الأخيرة لتخصيص مزيدا من الموارد المالية لقطاع الصحة وجعلها أولوية وطنية. ومع ذلك، فقد ظلت حصة الدولة في التمويل الصحي، من خلال الموارد الضريبية الوطنية والمحلية، شبه مستقرة بين سنتي 2013 و 2018، مسجلة نسبة حوالي 24% من تمويل النفقات الصحية لسنة 2018. كما سجلت نتائج الدراسة تحسنا ملحوظا في التمويل الجماعي والتضامني، حيث ارتفعت نسبته ب 6,5% ليصل إلى 53,3% من النفقات الصحية سنة 2018 مقابل 46,8% في سنة 2013، مؤكدا التوجه الإيجابي نحو تمكين الساكنة من الحماية المالية أثناء الولوج للعلاج وخاصة الفئات الأكثر هشاشة منها.

أما بخصوص مساهمة التعاون الدولي في تمويل المنظومة الصحية فهي لا تتجاوز نسبة 0,2% مسجلة انخفاضا قدره 0,4% مقارنة بسنة 2013. وهذا راجع الى كون دعم الشركاء خلال سنة 2018 كان نوعيا أكثر من كونه كميا والذي هم بالخصوص تعبئة الخبرات اللازمة وتعزيز القدرات. كما تزامن عام 2018 مع إطلاق بعض المشاريع الاستشفائية والتي سيتم تسجيل نفقات تشييدها خلال السنوات القادمة.

أما بخصوص توزيع النفقات الصحية الجارية (59,1 مليار درهم) حسب منتجي الخدمات الصحية بالقطاعين العام والخاص، فإن الصيدليات وموردي المستلزمات الطبية هم أول المستفيدين منها بنسبة تقدر بحوالي 23,4%، تليها المؤسسات الصحية العمومية والتي تضم أساسا المستشفيات الجامعية والمستشفيات التابعة لوزارة الصحة ومؤسسات الرعاية الصحية الأولية

بنسبة 22%، ثم تليها بعد ذلك العيادات الخاصة والعيادات التعاقدية بنسبة 18,9% . أما مقدمو العلاجات المتنقلة الخصوصية والتي تتضمن العيادات الطبية وعيادات طب الأسنان ومراكز تصفية الدم بالإضافة الى المراكز الأخرى للعلاجات المتنقلة، فهي تستفيد بنسبة 15,3% من النفقات الصحية الجارية. كما أن الحصة المتبقية فتعود إلى المختبرات الطبية ومراكز الأشعة، بما في ذلك المعاهد والمختبرات العمومية، بنسبة 12% ، وإلى مقدمي الخدمات الصحية الآخرين بنسبة 8,3% (المنظمات غير الحكومية، ومقدمي علاجات الطب التقليدي، إلخ).

أما بخصوص التصنيف الوظيفي للنفقات الصحية الجارية برسم سنة 2018، فإن الخدمات العلاجية الاستشفائية تمثل أكثر من 30% من هذه النفقات تليها العلاجات المتنقلة (العلاجية والوقائية) بنسبة 28,7% (بما في ذلك 5,3% للعلاجات الوقائية) ثم الأدوية والمستلزمات الطبية بنسبة 23,4% . أما نفقات التحاليل الطبية والأشعة فتتمثل حوالي 11,7% من النفقات الجارية لسنة 2018.

INTRODUCTION

La question de la santé de la population occupe une place centrale dans les politiques de développement des pays et devenue une préoccupation permanente des politiques publiques. C'est ainsi qu'on parle de la notion de « la santé dans toutes les politiques ».

Si la constitution du Maroc de 2011 a fait de l'accès aux soins de santé et à la protection sociale un droit à part entière, la collaboration intersectorielle et la prise en compte de la dimension « santé » dans les politiques publiques est devenue aujourd'hui une nécessité pour améliorer la santé de la population et réduire les iniquités en santé.

Par ailleurs, le Maroc a entamé de grands chantiers de réformes du système de santé soutenus par un engagement politique de très haut niveau du pays. En effet, depuis la première conférence nationale sur le système de santé en 1959 à la généralisation du RAMED en 2012 et la refonte du système de santé qui s'annonce, l'engagement Royal direct a toujours été le catalyseur de ses réformes. Le système de santé et sa réforme radicale ont occupé une importance capitale dans le Discours prononcé par Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu l'Assiste, à l'occasion de la Fête du Trône 2018, **« ... redresser les anomalies qui entachent l'exécution du Programme de couverture médicale « RAMED », et parallèlement, refondre en profondeur le système national de santé, qui se caractérise par des inégalités criantes et une faible gestion. »**.

Le financement de la santé est l'un des six piliers d'un système de santé et détermine l'efficacité de chaque composante de ce dernier. Le développement du système de financement de la santé reste tributaire des facteurs endogènes et exogènes. Dans ce sens, la situation économique du pays impacte directement la taille du financement à allouer à la santé.

Après une croissance rapide en 2017 causée principalement par l'accélération de la production mondiale et des échanges commerciaux internationaux, l'économie mondiale a connu un ralentissement en 2018 suite à la diminution

de confiance des investisseurs causée par l'application des droits de douane de certains pays développés et les mesures prises en représailles par les autres pays.

Le Maroc n'a pas échappé à cette tendance. En effet, le taux de croissance économique est passé de 4% en 2017 à 3% en 2018. La dépendance aux aléas climatiques constitue la principale cause du repli de la valeur ajoutée agricole passant de 15,1% en 2017 à 2,7% en 2018. Les activités non agricoles ont enregistré une légère reprise du rythme de croissance avec 2,8% en 2018 contre 2,5% en 2017.

Ainsi, l'amélioration du financement de la santé requiert un plaidoyer fondé sur l'évidence pour positionner la santé dans les priorités déterminant la logique des allocations dans le budget de l'Etat. Pour une démarche structurée, ce plaidoyer sur le financement de la santé devrait se focaliser sur trois aspects. Premièrement, analyser la situation sur le processus de mobilisation des ressources pour la santé en se comparant aux efforts investis par la communauté internationale et en ayant en face la concrétisation de l'objectif de la santé comme droit humain. Deuxièmement, analyser les mécanismes de mise en commun des ressources et évaluer le degré de la mutualisation des risques du financement. Et finalement le plaidoyer doit prendre comme point de départ la mise en exergue des efforts du pays pour améliorer l'efficacité globale du système de financement de la santé.

Tous ces trois fronts d'analyse, qui constituent le socle d'un plaidoyer solide pour un financement résilient de santé, exigent des études économiques qui visent à éclairer le processus de décision avec des données probantes sur le financement de la santé. A travers ces études, il faut répondre à de nombreuses questions d'une portée stratégique pour le système de santé à savoir : Est-ce que les politiques de santé mises en place ont un impact de protection financière de la population en réduisant les dépenses catastrophiques en santé ? Est-ce que la volonté d'améliorer la santé est traduite par une augmentation du financement solidaire ? Est-ce que le système national de santé est efficient ou non comparé à ceux des autres pays ? et bien d'autres questions.

Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) offrent la possibilité de faire cette analyse critique des politiques de santé et juger leur impact sur la protection financière mais aussi pour donner une image sur la viabilité du financement en général. La consistance et la pérennité du financement de la santé déterminent la continuité de l'offre de soins et leur qualité à toute la population et conditionnent ainsi le résultat en état de santé. Par ailleurs, les CNS offrent également la possibilité de se comparer avec les pays pionniers dans l'atteinte de la Couverture Universelle en Santé pour identifier les gaps sur lesquels une stratégie de financement doit se focaliser.

Les CNS de 2018 adopte la nouvelle approche qui est presque généralisée sur l'ensemble des pays de la Région EMRO. Cette nouvelle méthode a l'avantage de fournir au Maroc une base de données riche offrant l'opportunité d'effectuer des Benchmarks détaillés sur toutes les dimensions du financement de la santé. Ce Benchmark avec l'international est d'une importance capitale pour informer les décideurs du système de santé marocain sur les meilleures politiques qui ont de l'impact sur le terrain. C'est ainsi que le pays peut se lancer dans un processus d'amélioration continue des capacités de design des politiques de financement de la santé mais aussi d'intégrer les bonnes pratiques en matière de mise en œuvre de ces dernières.



1. Adoption de la classification du système des comptes de la santé-2011

Le Ministère de la Santé a élaboré la présente sixième édition des CNS au titre de l'année 2018 suivant une méthodologie standardisée, en l'occurrence le Système des Comptes de la Santé développé par l'OMS, l'Eurostat et l'OCDE en 2011 (SCS-11). C'est dans l'objectif de se conformer aux normes internationales en matière de production des résultats et des indicateurs comparables avec les autres pays du monde. Ce système définit une nouvelle nomenclature et décline la norme de classification des dépenses de santé selon les trois axes à savoir la consommation, la fourniture et le financement.

Si les anciennes classifications permettent de produire la dépense totale de santé comme agrégat couvrant toutes les dépenses de santé du pays au cours d'une année donnée, le SCS-11 produit deux types de dépenses. Il s'agit des dépenses de consommation finale des biens et services de santé lors de la période comptable appelées dépenses courantes de santé (DCS)¹, et les dépenses relatives aux investissements dont leur utilisation s'étale sur plus d'une année pour produire des biens et services de santé, appelée formation brute du capital (HK)². La somme des deux agrégats donne la dépense totale de santé.

2. Processus d'élaboration des CNS-2018

Le processus d'élaboration des CNS-2018 a commencé par l'organisation d'un atelier de lancement en mars 2019 auquel ont pris part des représentants et des points focaux des différents partenaires et organismes nationaux et internationaux impliqués dans la réalisation des CNS. Les objectifs assignés à cet atelier étaient de sensibiliser les différents intervenants sur l'importance des CNS, de les informer sur les changements en matière de méthodologie, de présenter le calendrier de réalisation et de partager les outils de collecte des données.

1. La dépense courante de santé représente la valeur monétaire de la dépense de consommation finale de tous les biens et services de santé par la population d'un pays durant une période donnée.

2. La formation brute du capital est la valeur des actifs que les prestataires de soins de santé ont acquis au cours de l'exercice fiscal et qui sont utilisés fréquemment ou continuellement pendant plus d'une année pour la production des services de santé.

2.1. Formation sur les nouveaux outils

L'élaboration des CNS-2018 a suivi une méthodologie différente de celle adoptée pour les exercices précédents basée sur une nouvelle classification des dépenses de santé (Régimes de financement, prestataires, prestations, ...) et utilise un outil informatique spécifique pour le traitement des données et la production des matrices de résultats.

Etant donné qu'il s'agit du premier exercice adoptant cette nouvelle méthodologie et dans l'objectif de définir la classification adaptée au Maroc et se familiariser avec les nouveaux outils, une formation sur le SCS-2011 et l'application informatique HAPT (Health Account Production Tool) a été organisée pour l'équipe en charge de cet exercice. Cette formation, encadrée par des experts de l'OMS, a connu la participation en plus de l'équipe du MS en charge de la réalisation des CNS, des représentants d'autres institutions notamment la CNOPS, la CNSS et l'ANAM.

2.2. Collecte des données :

La collecte des données a porté sur l'année 2018 et a commencé directement après le lancement officiel de l'exercice. Cette opération a été réalisée à travers des questionnaires spécifiques adaptés aux différents intervenants dans le financement de la santé à savoir :

- Ministère de la Santé (y compris les CHUs)
- Autres départements ministériels
- Collectivités Territoriales
- CNOPS
- CNSS
- Mutuelles et assurances privées
- Caisses Internes des Offices Nationaux
- Partenaires de la coopération internationale
- ONG

La collecte des données par les services déconcentrés du MS et des CHUs a été précédée par un atelier de validation des outils de collecte et de formation des points focaux régionaux et des CHUs sur les questionnaires et les modalités de leur remplissage. Ceci a été suivi par des réunions et des ateliers à l'échelle de chaque région impliquant les différentes structures concernées à savoir les services des délégations médicales de santé et les hôpitaux.

Il importe de signaler que des réunions et des missions d'accompagnement ont été effectuées auprès des différentes institutions concernées pour, d'une part, les sensibiliser de l'importance de l'exercice et d'autre part, pour trouver des solutions aux différentes difficultés et contraintes liées à la collecte des données et au renseignement du questionnaire. Il y a lieu de noter que certaines institutions privées ont exprimé une réticence pour fournir les données demandées jugées comme étant des données confidentielles.

En ce qui concerne les dépenses directes des ménages, elles ont été estimées sur la base des données de l'enquête Panel de 2017 réalisée par l'ONDH ainsi que les données de l'enquête nationale sur la consommation et dépenses des ménages, réalisée par le HCP en 2014. Ces données ont été exploitées tout en prenant en considération la part des remboursements dans les frais engagés collectées auprès des organismes d'assurance maladie.

Par ailleurs, les dépenses de la coopération internationale ont été quantifiées en exploitant les données du rapport sur la coopération en santé élaboré par le Ministère de la Santé/DPRF au titre de l'année 2018.

2.3. Vérification des données

Les données reçues ont été vérifiées au fur et à mesure de la réception des questionnaires. D'autres sources de données ont été utilisées pour s'assurer de la validité des données reçues, compléter certaines données manquantes et estimer des clés de répartition de certaines rubriques de dépenses. Il s'agit en particulier des rapports et documents officiels notamment les morasses budgétaires, bilans d'exécution du budget, rapports d'activités, sites web officiels des institutions concernées ainsi que des rapports d'études et de recherches nationales ou internationales sur le financement de la santé.

2.4. Traitement des données, production des matrices et validation des résultats

Le traitement des données consiste en la vérification de la cohérence des données préalablement collectées, vérifiées et agrégées, la préparation des fichiers de codification conformément à la nomenclature du SCS-11 et l'importation des données dans l'outil informatique. Ce travail minutieux a été effectué avec l'appui d'un consultant afin de veiller sur la fiabilité des opérations et de garantir l'assurance qualité des résultats obtenus.

L'output de l'application informatique est un ensemble de tableaux croisés (matrices) décrivant les liens entre les différentes dimensions du financement des dépenses de santé dont notamment.

- Régimes de Financement x Revenus des régimes de financement (HF x FS);
- Agents de financement x Revenus des régimes de financement (FA x FS) ;
- Prestataires x Régimes de Financement (HP x HF) ;
- Fonctions x Régimes de financement (HC x HF) ;
- Fonctions x Prestataires (HC x HP) ;
- Régimes de Financement x Agents de financement (HF x FA) ;
- Formation de capital x Prestataires (HK x HP) ;

Ces différentes matrices produites ont été discutées en détail lors de réunions avec des experts nationaux et du bureau régional de l'OMS. L'objectif de ce travail était de passer en revue les résultats obtenus directement de l'outil et de valider les différents indicateurs calculés.

En raison des limites que connaissent les systèmes d'information du Ministère de la santé et de ses partenaires, il n'a pas été possible de produire les différentes classifications prévues à savoir les dépenses par âge, sexe, maladie... les investissements en cours en matière du renforcement des systèmes d'information afin de collecter des données fiables et plus détaillées devraient remédier à cette contrainte lors de la réalisation des prochains exercices des CNS.

Aussi, et afin d'analyser l'évolution des indicateurs, ce document présentera des indicateurs comparables avec ceux produits par les anciennes éditions des CNS. Les détails portant sur les résultats selon la nouvelle classification seront présentés en annexes.



CHAPITRE 01

APERÇU SUR LE SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ





Le Système National de Santé (SNS) est composé de l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources relevant des secteurs public et privé, dont le but est d'améliorer la santé de la population. Le Ministère de la Santé est chargé d'élaborer et de mettre en œuvre la politique du Gouvernement en matière de la santé de la population qui comporte la politique nationale en matière de médicaments et de produits pharmaceutiques sur les plans techniques et réglementaires.

Historiquement, le SNS a connu plusieurs phases de développement, partant de la mise en place et le développement du système national de santé en infrastructure, au développement de l'offre et des programmes sanitaires, et à la mise en œuvre de plusieurs réformes telles que la régionalisation, la réforme hospitalière et budgétaire, la mise en place de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale, la loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins, la loi 131-13 relative à l'exercice de la Médecine,....

Accompagnés par des politiques et stratégies ainsi que des plans d'actions de mise en œuvre, ces chantiers constituent des avancées importantes vers le renforcement et la protection du droit constitutionnel lié à l'accès aux soins. Ils permettent aussi une amélioration de la performance du système de santé dans sa globalité, tout en garantissant un meilleur état de santé à la population.

1. Principaux indicateurs du système national de santé

Au cours des dernières années, l'état de santé de la population marocaine a connu une importante évolution. Ceci revient notamment à l'amélioration des conditions de vie, au développement de l'offre de soins et à l'amélioration de l'accès aux soins et services de santé. Ces progrès sont confirmés par les différents indicateurs démographiques et épidémiologiques.

a. Données démographiques et épidémiologiques :

La population du Maroc en 2018 s'élève à 35,2 Millions d'habitants, dont les personnes de moins de 15 ans représentent environ 26,6% en notant une tendance baissière du niveau de la fécondité qui a passé de 7 enfants par femme en 1962 à environ 2,4 enfants en 2018. Aussi enregistre-t-on un allongement de l'espérance de vie passant de 47 ans en 1962 à 76 ans en 2018 et

un vieillissement rapide et progressif de la population qui est en soi un défi majeur pour le système de santé (la proportion de la population âgée de 60 ans et plus représente 11% de la population totale).

Les indicateurs de mortalité ont connu aussi une évolution très positive. En effet, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a connu une baisse importante durant la période 2004-2018 en passant de 47 à 22 décès pour 1000 naissances vivantes. Le ratio de la mortalité maternelle a connu également une réduction considérable passant de 227 à 72,6 décès pour 100.000 naissances vivantes entre 2004 et 2018. Avec ce rythme de réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, le Maroc est en bonne voie pour l'atteinte des deux premières cibles du troisième Objectif du Développement Durable (ODD3).

Par ailleurs, le Maroc connaît une urbanisation accélérée qui a atteint aujourd'hui 60,3%. Ceci représente un défi majeur pour le système de santé pour assurer un accès aux services et soins de santé tout en maintenant un équilibre entre les deux milieux rural et urbain.

Aussi, le Maroc vit aujourd'hui une transition épidémiologique et démographique qui se traduit par une augmentation de la charge de morbidité et de la mortalité liées aux maladies non transmissibles. Toutefois, le contrôle des maladies transmissibles s'est poursuivi ces dernières années en inversant le cours de l'action, auparavant focalisé sur le VIH et l'élimination de certaines maladies tropicales. Ainsi, trois catégories d'affections caractérisent le profil épidémiologique de la santé au Maroc : Les maladies non transmissibles représentent 75% ; les maladies transmissibles, maternelles et périnatales représentent 19% et les traumatismes intentionnels et non intentionnels représentent 6%.

b. Offre de soins :

L'organisation de l'offre de soins au Maroc est régie par les dispositions de la loi cadre n° 34.09 du 2 Juillet 2011 relative au système de santé et à l'offre de soins au Maroc, et au décret d'application n° 2-14-562 du 24 juillet 2015 relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins. Ces deux textes juridiques régissent l'organisation de soins

au Maroc et définissent les types d'établissements de santé et les niveaux de recours.

Depuis l'indépendance, des avancées importantes ont été enregistrées par notre système de santé en matière du développement de l'offre de soins. Ces avancées concernent notamment l'extension du réseau hospitalier, des établissements de soins de santé primaires, des cliniques et des cabinets privés. En effet, le Maroc compte en 2019, 159 hôpitaux avec une capacité litière de 25385 et 2888 établissements de soins de santé primaires urbains et ruraux. Aussi, l'offre de soins privée se développe avec un rythme accéléré. On compte un total de 359 cliniques, 9671 cabinets de consultation médicale, 3614 cabinets de chirurgie dentaire et 8997 officines de pharmacie.

Quant au personnel médical, le Maroc dispose en 2019, dans les structures publiques de santé, de 12034 médecins toutes spécialités confondues dont 160 pharmaciens et 458 chirurgiens-dentistes exerçant hors CHUs et un effectif de 31657 personnels paramédicaux, contre un effectif de 13545 médecins exerçant dans le secteur privé dont 8355 spécialistes.

c. Comparaison avec d'autres pays :

Des progrès indéniables ont été enregistrés dans l'amélioration de l'état de santé de la population. Les indicateurs ci-après permettent de situer le Maroc par rapport aux autres pays.

Tableau 1.1 : Principaux indicateurs de santé du Maroc en comparaison avec des pays de Benchmark, 2018

Indicateur	Maroc	Algérie	Tunisie	Iran	Jordanie	Liban	France	Egypte
Espérance de vie à la naissance	76.0	76.4	76.0	76.9	76.0	77.7	82.9	70.5
Espérance de vie en bonne santé	65.3	65.5	66.3	65.4	66.4	66.1	73.4	61.1
Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	72	140	62	25	58	15	8	33

Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (%)	86.6	97	74	99	100	-	97	92
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	22.2	25.2	13.6	15.1	17.6	8.1	3.9	22.8
Densité de médecins (pour 1000 habitants)	0.9	1.2	1.3	1.5	3.4	2.4	3.2	0.8
Densité du personnel infirmier (pour 1000 habitants)	0.7	1.9	2.6	1.6	3.1	2.6	10.6	1.4
Indice de couverture des services (CSU)	65	76	65	65	70	68	≥80	68

2. Principaux chantiers de réformes

Le programme du Gouvernement pour la période 2017-2021 a fait du secteur de la santé l'un des secteurs sociaux les plus prioritaires visant à améliorer et généraliser l'accès aux services de santé. Pour atteindre cet objectif, le Ministère de la Santé a développé un plan stratégique ambitieux à l'horizon 2025 visant à organiser et développer l'offre de soins. Ce plan vise à améliorer l'accès aux services de santé, renforcer les programmes nationaux de santé et de lutte contre les maladies, renforcer la gouvernance et optimiser l'allocation et l'utilisation des ressources. Dans ce sens, plusieurs chantiers ont été lancés dont certains peuvent avoir un impact plus que d'autres sur le financement de la santé. On cite à titre d'exemple l'extension de la couverture médicale de base et la mise en œuvre de la politique nationale pharmaceutique qui ont eu certainement un impact direct ces dernières années sur l'évolution du financement de la santé.

Extension de la couverture médicale de base

Depuis l'entrée en vigueur de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base en 2005, des progrès substantiels ont été réalisés en matière de la

généralisation de la couverture médicale à toute la population marocaine. En effet, le taux de couverture médicale est passé de 16% en 2005 à 64% en 2018. Ceci est le résultat de la mise en œuvre de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour les fonctionnaires du secteur public et les employés du secteur privé, la généralisation du RAMED en Mars 2012 et la mise en œuvre de l'AMO au profit des étudiants à partir de 2016.

Cette couverture médicale a été renforcée par la publication en juillet 2017 de la loi 98-15 et ses décrets d'application portant sur la couverture médicale des travailleurs non-salariés. Sa généralisation progressive à la population cible devrait augmenter davantage le taux de couverture médicale de la population assurant par conséquent un niveau optimal de protection financière de la population ce qui constitue un parcours d'importance vers la Couverture Sanitaire Universelle.

Politique nationale pharmaceutique

Le Maroc a mis en place une politique pharmaceutique nationale afin d'améliorer l'accès aux médicaments et produits de santé et réglementer le secteur. Cette politique a favorisé l'installation progressive d'une industrie pharmaceutique nationale qui a renforcé la production nationale avec un réseau de distribution structuré couvrant tout le territoire national.

Il y a lieu de signaler l'effort important déployé par le Ministère de la Santé pour renforcer la disponibilité des médicaments au niveau des établissements de santé. En effet, le budget dédié par le Ministère de la Santé à l'achat des médicaments et autres produits pharmaceutiques a atteint environ 2 milliards de dirhams en 2018. Il a connu une nette évolution d'année en année puisqu'il ne dépassait pas 650 millions de dirhams en 2002.

Cependant, les différentes études réalisées ont montré que les prix des médicaments restent élevés par rapport au pouvoir d'achat des marocains et que ces médicaments sont plus chers comparativement au pays à développement économique similaire. Dans ce cadre, le Ministère de la Santé a publié en 2013 un décret n°2-13-852 relatif aux conditions et modalités de fixation des prix publics de vente des médicaments. La mise en œuvre des dispositions de ce

décret à partir de 2014 a permis de réduire le prix de plus de 1500 médicaments qui couvrent quasiment toutes les classes thérapeutiques. Les opérations de baisses ont touché près de 60% des médicaments princeps et 40% des génériques.

Par ailleurs, une nette amélioration du taux de pénétration des médicaments génériques dans le marché du médicament a été enregistrée. En valeur, le générique représente à fin 2018 près de 40% du marché du médicament, alors qu'en 2013 elle n'était que 34%.

En outre, et en vue de renforcer l'accès aux médicaments notamment au profit des assurés dans le cadre de l'AMO, la liste des médicaments admis au remboursement a été élargie progressivement par l'intégration de nouveaux médicaments dans le guide des médicaments remboursables en passant de 3235 médicaments remboursables en 2013 à 4236 médicaments en 2018 soit environ 1000 médicaments de plus.

CHAPITRE 02

FINANCEMENT DE LA SANTÉ AU MAROC





La taille du financement de la santé dans un pays reflète l'importance stratégique qu'occupe le secteur de la santé dans les priorités générales de l'Etat. La comparaison entre les pays en matière de l'effort de financement consacré à la santé permet à un pays de se situer par rapport à la dynamique mondiale en matière d'amélioration de la protection financière de la population à travers un financement pérenne et résilient.

1. Niveau de financement de la santé

La dépense totale de santé (DTS) au titre de l'année 2018 a atteint environ 60,9 milliards de Dhs, contre 52 Milliards en 2013 avec un taux d'accroissement de 17,1%, soit une évolution annuelle moyenne de 3,2% entre 2013 et 2018 contre 2,9% entre 2010 et 2013. Ce taux d'accroissement indique une tendance positive d'amélioration du financement de la santé à travers la contribution de l'ensemble des agents financeurs de la santé au Maroc.

En tant qu'agrégat principal des comptes de santé, la dépense courante de la santé (DCS) de l'année 2018, est estimée à 59,1 milliards de Dhs (soit 97% des DTS), alors que, la dépense liée à l'investissement (Formation du Capital fixe) a atteint 1,8 milliard de DH (soit 3% de la DTS). Le pourcentage des dépenses en capital enregistré pour le Maroc reste dans l'ordre de grandeur recommandé par l'OMS.

Par ailleurs, on enregistre que la dépense totale de santé per capita en 2018, est de 1730 DH, avec une augmentation de 9,6% par rapport à l'année 2013. La dépense totale per capita est un indicateur qui permet une comparaison plus objective entre les pays car il indique l'effort en financement par habitant ce qui reste un indicateur stratégique à utiliser dans la comparaison entre les pays ayant réalisé le même exercice. Par ailleurs, la part du PIB consacrée à la santé a diminué passant de 5,8% en 2013 à 5,5% seulement en 2018. Cette part reste très faible par rapport aux normes internationales. Il est aussi important de noter que le pourcentage de la DTS par rapport au PIB donne une image sur l'effort du pays dans la priorisation de la santé dans les priorités générales du pays. Dans ce sens, il n'y a pas de seuil à considérer comme repère surtout que certains pays ont réussi à améliorer l'état de santé de la population avec un pourcentage inférieur à la moyenne mondiale (ex : 4,1% pour la Turquie).

Le tableau 2.1 suivant permet de situer le Maroc par rapport à un ensemble de pays ce qui renforce le plaidoyer politique en faveur d'une amélioration des mécanismes du financement de la santé dans le pays. La comparaison peut également aider à identifier les pays les plus performants en matière de stratégies de financement de la santé pour éventuellement développer un échange d'expériences dans ce sens.

Tableau 2. 1 : Niveau de la dépense de santé -comparaison avec quelques pays, 2018

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

La dépense totale en santé per capita positionne le Maroc avec un faible chiffre (489 \$ international), alors que des pays comme la Turquie et le Liban dépensent presque le double de ce que dépense le Maroc pour chaque habitant. La France dépense presque 8 fois plus que le Maroc et les USA dépense 16 fois plus.

Les graphiques 2.1 et 2.2 ci-après donnent respectivement l'évolution de la DTS et de la DTS par habitant au Maroc entre 1997 et 2018.

**Figure 2. 1 : Evolution de la dépense totale de santé, 1997-2018
(en Milliards de Dhs)**

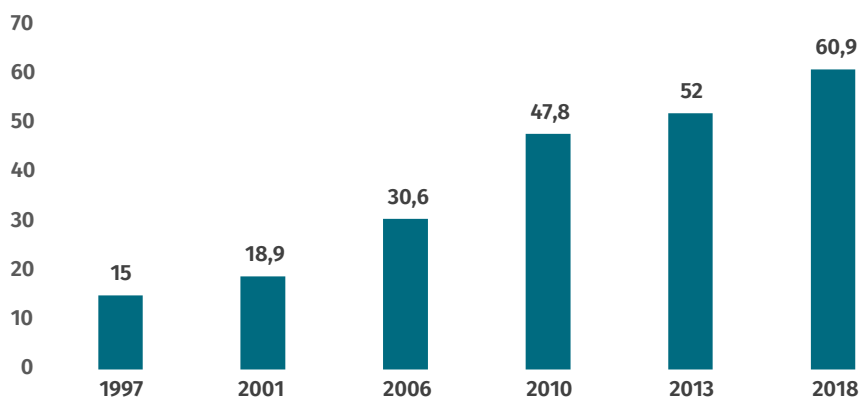
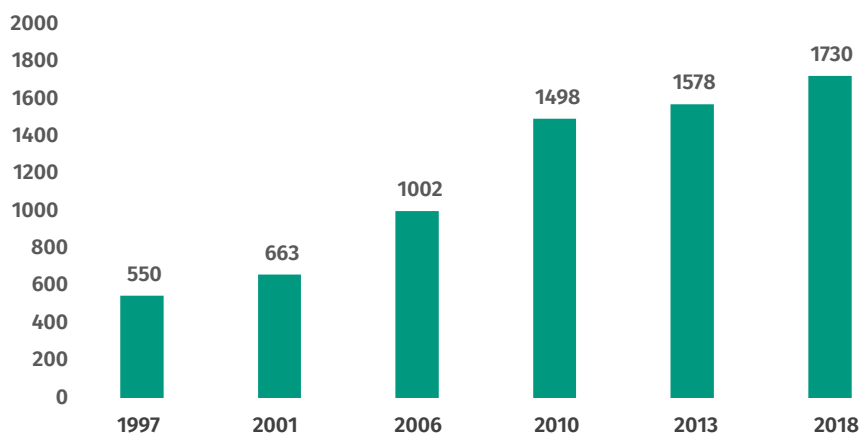


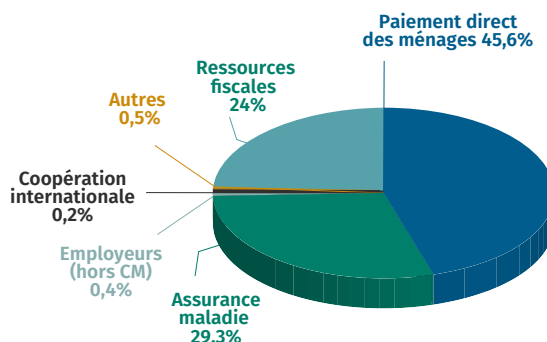
Figure 2. 2 : Evolution de la dépense totale de santé par habitant, 1997-2018 (en Dhs)



2. Sources de financement

Le financement de la santé au Maroc se caractérise par une multiplicité d'acteurs financeurs. Il s'agit des sources publiques à travers les recettes fiscales de l'Etat, de la contribution de l'assurance maladie (y compris les diverses formes d'assurances privées) et des sources privées à travers les paiements directs des ménages.

Figure 2.3 : Sources de financement de la santé par nature de financement, 2018



La dépense directe des ménages par rapport à la DTS indique le niveau de la protection financière qu'un pays assure à sa population. L'un des objectifs de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) consiste à réduire ce pourcentage à moins de 25% pour s'assurer que le financement collectif de santé est basé sur la solidarité nationale afin de garantir une mutualisation maximisée des risques de santé.

En 2018, la contribution directe des ménages constitue 45,6% du total des dépenses totales de santé contre 50,7% en 2013. Ainsi, la baisse d'environ 5% de cette contribution constitue un élément positif pour le système du financement de la santé au Maroc.

La généralisation du RAMED a permis de structurer et d'améliorer le financement de la santé qui a renforcé davantage le dispositif d'accès aux soins de santé pour la population pauvre et vulnérable. Ainsi avec la généralisation du RAMED, la dotation des médicaments dédiée aux hôpitaux publics s'est nettement améliorée à partir des ressources supplémentaires provenant du fonds de cohésion sociale. D'autres actions ont également visé l'amélioration du financement des soins destinés aux tranches les plus vulnérables comme les patients cancéreux et ceux souffrant de l'insuffisance rénale chronique terminale. Dans ce sens, le fardeau économique lourd qui était assumé par les malades et leurs familles s'est allégé comme conséquence de ces diverses stratégies.

Les produits pharmaceutiques constituent un déterminant important de la taille de la contribution des ménages soit à travers l'automédication ou à

travers les prescriptions faites par les professionnels de santé au niveau des structures de soins. C'est dans ce sens, que les actions relatives à la politique pharmaceutique qui ont été adoptées au cours des dernières années expliquent également la baisse de la dépense directe des ménages. En effet, la politique visant à favoriser le médicament générique dans les prescriptions médicales a sûrement joué un rôle important dans la réduction de la contribution des ménages. Par ailleurs, la politique de la baisse des prix des médicaments qui a été adoptée en 2014 a permis de réduire les prix de plusieurs médicaments.

Aussi l'élargissement de la couverture médicale a-t-il permis d'alléger la contribution des ménages à travers le financement de l'assurance maladie. La couverture s'est améliorée par l'intégration des étudiants et les employés de quelques EEP dans le régime géré par la CNOPS et plus de 2 millions de nouveaux bénéficiaires pour la CNSS.

Cependant malgré cette baisse, cette part demeure encore plus élevée par rapport à celle des autres pays développés, comme la Turquie (17,5%) et la France (9,2%). Des efforts importants doivent être déployés pour réduire davantage cette contribution pour s'aligner avec les recommandations internationales dans ce sens.

Par ailleurs, la contribution de l'Etat dans le financement de la santé reste quasiment inchangée par rapport à celle de 2013 avec une part de 24%. La part de l'assurance maladie dans le financement des dépenses de la santé est de 29,3% enregistrant ainsi une augmentation de 6,9 points par rapport à celle de 2013. Les parts respectives des E.E.P. et de la coopération internationale sont de 0,4% et 0,2%.

Il est à noter que le financement collectif et solidaire a atteint 53,3% en 2018 contre 46,8% en 2013. L'amélioration du financement solidaire constitue une tendance positive vers une protection financière de la population et surtout les tranches les plus vulnérables.

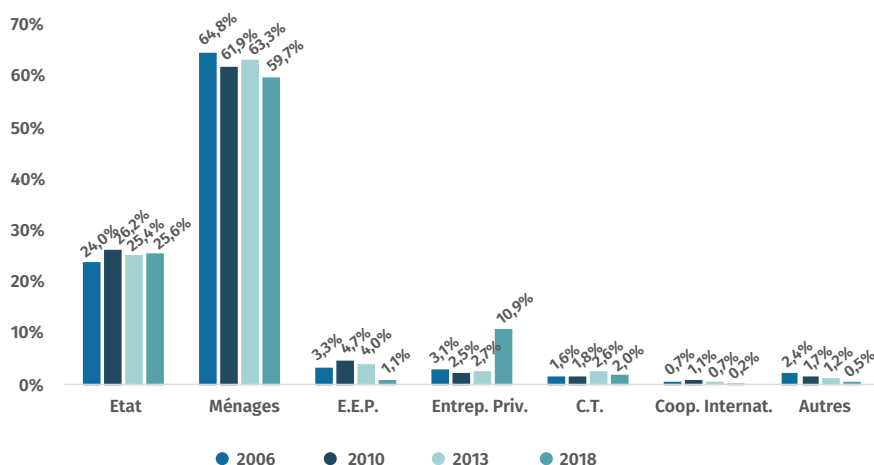
L'évolution du financement de la santé devrait en principe tendre vers une augmentation de la part de l'assurance maladie pour plus de solidarité et de mutualisation des risques. Le tableau suivant donne un portrait sur l'apport de la contribution relative à l'assurance maladie par type de financeur.

Tableau 2. 2 : Nature des sources de financement par rapport à la contribution à l'assurance maladie, 2018

		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	22,3%
	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%

L'analyse de la nature de financement montre que les ménages demeurent les principaux financeurs de la santé avec environ 27,8 milliards de dirhams comme paiement directs (OOP) et 8,6 milliards sous forme de contributions à l'assurance maladie.

Figure 2. 4 : Evolution des sources de financement par type d'institutions, 2006-2018



La part de l'Etat dans le financement de la santé a stagné dans les environs de 25%, tandis que celle des ménages a baissé en passant de 63,1% en 2013 à 59,7% en 2018. La part des E.E.P. est de 1,1% enregistrant une baisse de 3% par rapport à celle de 2013. En effet cette explication est étayée par l'évolution de la part de l'assurance maladie qui a évolué pour atteindre en 29,3 % de la DTS en 2018.

3. Dépenses courantes de santé par type de prestataires

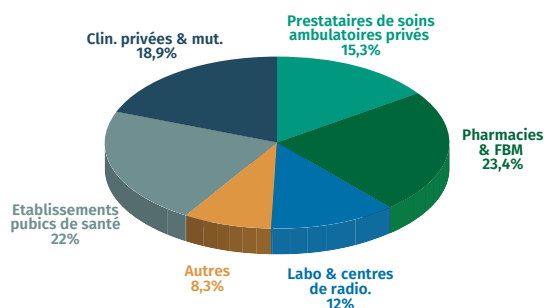
Sur le total des dépenses courantes de santé, mobilisées en 2018, qui s'élève à 59,1 milliards de Dirhams, les pharmacies et les fournisseurs de biens médicaux bénéficient toujours de la part la plus importante, soit 23,4% de l'ensemble des dépenses de santé. Les cliniques privées et les cliniques mutualistes reçoivent plus de 11 milliards de DH, ce qui représente environ 18,9% des dépenses de santé.

Les dépenses des établissements publics de santé (hôpitaux relevant du MS, CHUs et ESSP) représentent 22% du total des dépenses. Cette part est répartie comme suit : 61,7% au profit des hôpitaux, 27,6% au profit du réseau établissements de soins de santé primaire, 8,7% pour l'Administration Centrale et Locale et seulement 1,9% pour les Instituts, Centres et Laboratoires Nationaux (ICLN). L'expérience internationale montre qu'il est possible de produire des

soins de qualité en se basant sur un système de soins axé essentiellement sur les SSP. Ainsi, il serait recommandable d'orienter le financement du système de santé vers plus de renforcement des SSP en réduisant les références inutiles vers les niveaux supérieurs.

La part des cabinets privés dans les dépenses de la santé a atteint 15,3% du total des dépenses courantes de santé durant l'année 2018.

Figure 2. 5 : Répartition des dépenses courantes de santé par type de prestataires, 2018

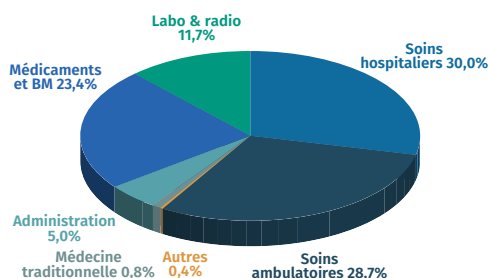


4. Dépenses courantes de santé par type de prestations

La répartition de la dépense courante de la santé par fonction en 2018 montre que les soins hospitaliers occupent la première place avec un pourcentage de 30%, suivi des soins ambulatoires (y compris les soins préventifs) qui consomment une part de 28,7% des dépenses. La part des médicaments et des biens médicaux est de 23,4%. Les analyses biologiques et examens radiologiques représentent 11,7% de la dépense courante de la santé.

La part relative aux médicaments et biens médicaux qui est de 23,4% indique l'importance de ce poste de dépense et oriente les décideurs sur les gains en efficience que le système peut avoir en adoptant des stratégies pharmaceutiques efficaces. C'est dans ce sens que l'actualisation et l'évaluation de la stratégie pharmaceutique doit fixer des objectifs qui visent à maximiser l'usage des ressources rares dont dispose le système de santé. Du coup, le renforcement de la stratégie des génériques gagnerait en efficience à travers l'incitation des prescripteurs des deux secteurs public et privé à y adhérer complètement.

Figure 2. 6 : Répartition des dépenses courantes de santé par type de prestations, 2018



1. 5. Dépenses en capital

Le fait de savoir combien un système de santé investit dans les infrastructures et les équipements constitue un élément très important pour l'élaboration de politiques et leur analyse. En effet, les dépenses en capital constituent un indicateur d'amélioration des conditions de prise en charge à travers le renforcement de l'offre de soins et la mise à niveau des structures déjà existantes. Le Ministère de la Santé a investi dans de gros projets de constructions et d'équipement des hôpitaux et chaque année une série de projets sont inscrits dans le programme d'investissement.

En 2018, le total des dépenses en capital (secteur public) s'élève à 1,8 milliard de dirhams. Les dépenses du MS sont de 1,4 milliard soit 77,6% du total des dépenses en capital.

Tableau 2. 3 : Dépenses en capital par sources de financement (en milliers de Dirhams), 2018

Sources de financement	Dépenses en capital	%
Ministère de la Santé	1 413 850,65	77,6%
Autres ministères	89 403,02	4,9%
Collectivités Territoriales	101 314,10	5,6%
Assurances maladie	8 136,08	0,4%
Coopération Internationale	24 458,32	1,3%
Autres (ONG...)	183 902,85	10,1%
Total	1 821 065,01	100%



CHAPITRE

03

FINANCEMENT DE LA SANTÉ PAR LES MÉNAGES





L'une des trois dimensions de la Couverture Sanitaire Universelle consiste à assurer une protection financière pour toute la population au moment d'accès aux services de santé. Elle vise donc à développer des stratégies de financement de la santé avec un objectif d'alléger le fardeau économique lourd assumé par les ménages. L'objectif est donc de réduire le risque d'appauvrissement de la population en renforçant le financement solidaire. En effet, le financement solidaire a pour finalité de partager le risque financier lié aux problèmes de santé entre riches et pauvres pour plus d'équité. La réduction de la contribution des ménages s'insère également dans la quête continue de renforcer le droit à la santé.

En général, les dépenses des ménages en santé font référence aux paiements effectués par ces derniers quand ils utilisent et consomment les services de santé. En somme, ces dépenses regroupent les frais de consultations des médecins, les frais de médicaments et les factures des prestataires de soins. Il est également important de noter que les paiements directs n'incluent aucun remboursement d'assurance. De même, il est à rappeler que la fonction d'achat des services est essentiellement drainée vers les biens et services de santé nécessaires à la consommation finale dans le cadre des dépenses courantes de la santé. Et comme, dans tous les marchés, la fonction d'achat des biens et services de santé s'associe à l'offre et la demande exprimée par les ménages, et varie selon le niveau de leurs revenus.

Les systèmes de santé dans le monde sont jugés par leur capacité à protéger financièrement leur population en réduisant les dépenses directes à des taux relativement faibles. Pour évaluer le progrès vers la CSU la communauté internationale à travers de nombreuses organisations comme l'OMS et la Banque Mondiale ont fixé des taux cibles comme 25% de la DTS. Les plans stratégiques nationaux que le Maroc a développé durant les dernières années fixent le même taux de 25% de la DTS comme cible et indicateur d'évaluation de la protection financière et résultante des stratégies de santé.

1. Participation des ménages au financement de la santé

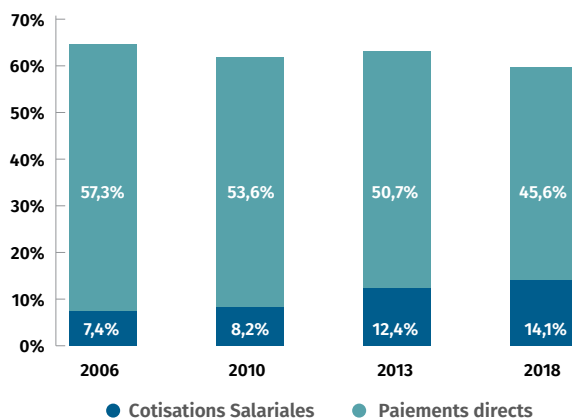
En 2018, la participation des ménages dans les dépenses de santé est estimée à 27,8 milliards de Dhs sous forme des dépenses directes, soit 45,6% comme

part des dépenses totales en santé. Lorsqu'on ajoute à la contribution directe des ménages les cotisations à l'assurance maladie, que ces derniers effectuent sur une base annuelle, ce pourcentage passe à 59,7% de la DTS.

Selon, la figure 3.1 ci-après, on note que la part des dépenses des ménages (Cotisations + dépenses directes) dans les dépenses totales de santé est passée de 64,7% en 2006 à 59,7% en 2018. Cette diminution est due principalement à la baisse de la part des paiements directs des ménages, de l'ordre de 11,7% entre 2006 et 2018 (de 57,3% à 45,6%). Ces chiffres montrent l'impact positif des stratégies de santé qui ont été mises en œuvre durant les dernières années.

Cependant, la part des cotisations salariales a presque doublé sous l'effet de l'augmentation du nombre des adhérents à l'assurance maladie en passant de 7,4% en 2006 à 14,1% en 2018. L'évolution des cotisations à l'assurance maladie traduit l'extension continue de la couverture médicale pour plus d'inclusion et élargissement de l'assiette de cotisations solidaires. Il est à noter à ce niveau que les taux de cotisations appliqués par les organismes de la couverture médicale n'ont pratiquement pas changé durant cette période.

Figure 3. 1 : Evolution de la composition des dépenses des ménages en santé, 2006-2018



En valeur, les dépenses directes des ménages sont passées de 17,5 Milliards de Dirhams en 2006 à 27,8 Milliards de Dirhams en 2018. Rapportées à la population, les dépenses directes des ménages par habitant ont connu une légère baisse

entre 2010 et 2018 (802 dh/habitant en 2010 contre 789 Dhs/habitant en 2018), sachant que cette part était de 574 Dhs/habitant en 2006. Par ailleurs, on note que la protection financière apportée par la couverture médicale (AMO, RAMED, Caisses internes et mutuelles et entreprises d'assurance privées) réduit substantiellement les paiements directs des ménages.

La gestion des médicaments au sein des structures de soins avec la maîtrise du processus d'identification des besoins sont également des éléments qui impactent fortement le reste à charge. Plusieurs patients sont amenés à compléter la prise en charge en achetant des produits pharmaceutiques du secteur privé. Ainsi, la réduction enregistrée au niveau de la contribution directe des ménages peut être améliorée dans le futur si des stratégies rationnelles et efficaces sont mises en œuvre à différents niveaux du système.

2. Dépenses des ménages par type de prestataires

L'analyse des dépenses directes des ménages selon les types des prestataires permettrait de développer des stratégies de réduction de l'apport des ménages en ciblant entre autres les prestataires.

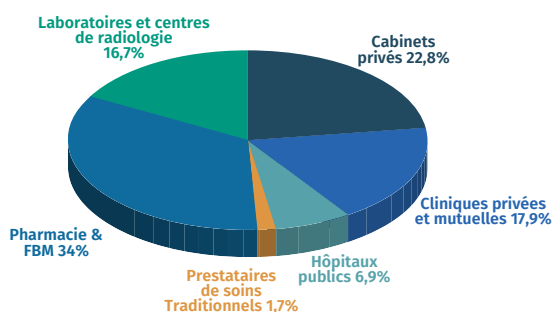
La figure 3.2 ci-après, fait apparaître la répartition des dépenses directes des ménages par types de prestataires. Il en résulte que les officines et les fournisseurs des biens médicaux occupent le premier poste pour une part de 34%. C'est en effet un poste de dépense dont le poids peut être expliqué par plusieurs facteurs et doit faire l'objet d'une analyse détaillée pour questionner les marges de rationalisation qui peuvent exister. Les cabinets privés, les cliniques privées et laboratoires / centres de radiologies ont respectivement des parts de 22,8%, 17,9% et 16,7% des dépenses directes des ménages en santé.

Par ailleurs, on observe que les structures de soins publiques n'ont recouvré en 2018 que 6,9 % des dépenses directes des ménages contre 5,6% en 2013, tandis que les prestataires de soins traditionnels en ont bénéficié de 1,7%. Etant donné que les hôpitaux ont la capacité litière la plus importante, il devient crucial de questionner le mode de gestion de ces derniers pour offrir une prestation complète ne nécessitant pas un recours à une contribution importante des ménages. Cette évaluation concernera la capacité des plateaux techniques

hospitaliers à fournir les moyens de diagnostic nécessaires pour l'ensemble des patients. Cela peut intégrer les orientations stratégiques au niveau des projets d'établissements pour permettre le développement des stratégies locales qui visent à réduire la contribution des ménages. La réduction de la contribution des ménages peut aussi intégrer les indicateurs de contractualisation entre le niveau régional et le niveau national pour assoir un engagement actionnable sur la protection financière de la population.

Enfin, on peut conclure que la lecture de ces chiffres démontre que les paiements directs des ménages sont drainés toujours vers le secteur privé pour une part estimée à plus de 90% de ces dépenses, au détriment du secteur public qui ne profite que de 6,9% seulement. Du coup, il serait difficile d'imaginer un résultat consistant en matière de réduction de l'apport des ménages sans aborder les mécanismes de remboursement et les politiques de rationalisation qui visent le secteur privé et sa relation avec le citoyen. Cette relation peut être mieux cadrée avec la généralisation de l'assurance maladie qui va positionner la rationalisation des prestations de santé dans le cadre des contrats sur les mécanismes de remboursement.

Figure 3. 2 : Répartition des dépenses des ménages par type de prestataires, 2018

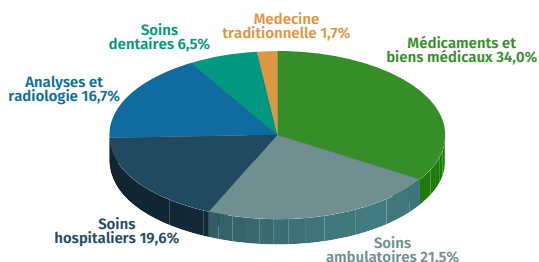


3. Dépenses des ménages par type de prestations

Cette partie traite la répartition des dépenses de santé des ménages par fonction de soins. Il ressort de l'analyse (voir figure 3.3) que les médicaments et biens médicaux et les soins ambulatoires représentent les deux principales prestations consommées par les ménages en affichant respectivement 34% et 21,5%. Ces deux prestations sont suivies par les services des soins curatifs

hospitaliers pour une part de 19,6%, devant les services de laboratoire et de radiologie pour 16,7% et les soins dentaires avec 6,5%. Quant à la médecine traditionnelle, cette dernière a atteint 1,7% des dépenses directes des ménages en santé.

Figure 3.3 : Répartition des dépenses des ménages par type de prestations, 2018



Evolution des dépenses des ménages par type de prestations, 2006-2018

Depuis 2006, la part des dépenses en médicaments et biens médicaux n'a pas cessé de diminuer, mais continue toujours à occuper la première position dans les dépenses directes des ménages. Cette proportion représente la part consacrée à l'acquisition de médicaments auprès des pharmacies et d'autres biens médicaux (appareils d'optique, prothèses etc.). A ce niveau, on note que la part de la consommation des ménages en médicaments et des biens médicaux a connu une diminution importante de 14,6 points entre 2006 et 2018. Cela peut être expliqué principalement par l'influence de plusieurs facteurs. L'un des facteurs est essentiellement lié à l'extension de l'AMO qui ne cesse de s'améliorer depuis 2006 en intégrant d'autres catégories, cette extension va sûrement continuer à s'améliorer après l'adoption de la loi sur la couverture médicale des travailleurs non-salariés en 2017. La protection financière des pauvres et des vulnérables s'est traduite par l'opérationnalisation du RAMED qui a dépassé la cible fixée pour la population initialement prévue. Il est vrai que de nombreux défis restent pour garantir une prestation de qualité aux bénéficiaires du RAMED mais cela ne remet pas en question l'apport de ce régime dans l'amélioration de la protection financière. Par ailleurs, depuis 2014 une politique pharmaceutique a été adoptée et avait pour objectif de rendre les médicaments accessibles à toute la population en agissant sur leur prix. En effet depuis 2014 à 2018, plus de 1500 médicaments se rapportant quasiment à

toutes les classes thérapeutiques et profiteront ainsi à tous les citoyens ont vu leurs prix réduits. A titre indicatif, cette baisse a concerné les médicaments destinés au traitement des maladies cardiovasculaires, métaboliques... et certains antibiotiques (avec une baisse de prix allant de 50% à 78% du prix initial). Par ailleurs, le Maroc continue dans sa politique de l'adoption progressive de médicaments génériques ce qui rend de plus en plus le médicament accessible à la population.

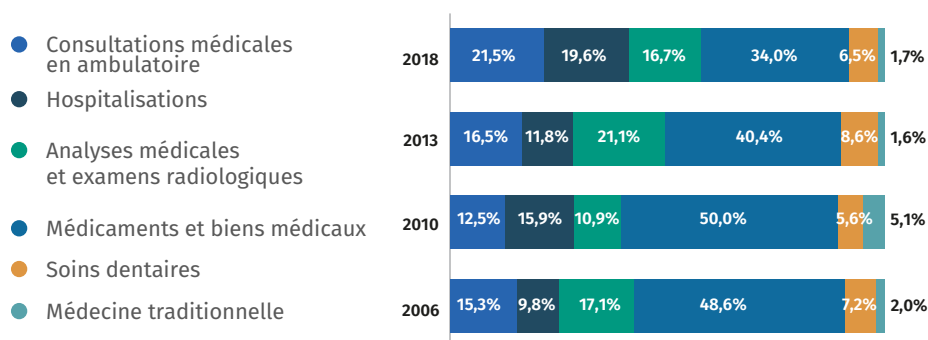
Concernant, les dépenses liées aux hospitalisations, leur part a connu une nette amélioration passant ainsi de 9,8% en 2006 pour atteindre 19,6% en 2018 soit 10 points de plus entre les deux périodes. Ce constat, peut-être dû, principalement à la transition épidémiologique et démographique de la population et à l'élargissement de l'offre de soins.

Quant aux consultations médicales en ambulatoire, leur part en termes de dépenses n'a pas connu un grand changement pour enregistrer 15,3% en 2006 contre 21,5% en 2018, alors que la consommation des services de laboratoire et de radiologie a connu une baisse de 4,4 points soit 21,1% des dépenses directes des ménages en 2013 contre seulement 16,7% en 2018. Le développement des SSP pour plus d'attractivité est un moyen fortement recommandé pour les pays en voie de développement et dont les ressources de santé sont rares. Le regain de la confiance de la part de la population en SSP va permettre d'éviter le recours à des soins hospitaliers inutiles et qui généralement coûtent chers pour le système. L'une des stratégies pour réduire les dépenses directes des ménages serait de réorganiser le schéma de référence et de contre référence pour positionner les centres de santé comme gatekeeper. Le développement du financement des SSP en intégrant des mécanismes de contractualisation axés sur la performance peut renforcer l'efficacité de la gestion des ressources allouées aux soins.

Par ailleurs, la part des dépenses des soins dentaires, a connu de légères fluctuations, passant ainsi de 7,2% en 2006 à 5,6% en 2010 et de 8,6 % en 2013 à 6,5% en 2018.

Pour ce qui est de la médecine traditionnelle, sa part a enregistré 2% en 2013 contre 1,7% des dépenses directes des ménages en 2018.

Figure 3. 4 : Evolution des dépenses des ménages par type de prestations, 2006-2018

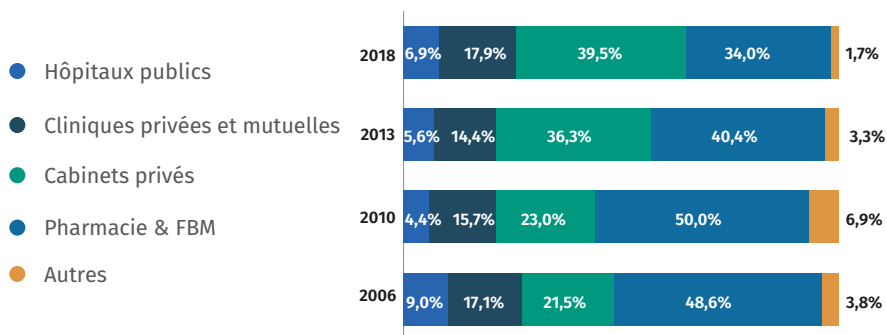


Evolution des dépenses des ménages par type de prestataires, 2006-2018

L'analyse des dépenses directes des ménages destinées aux différentes prestations fournies durant la période 2006-2018, montre que ces dépenses sont toujours orientées vers les prestataires du secteur privé avec plus de 90% en 2018. En effet, une augmentation importante a été notée pour la part des cabinets privés qui est passée de 21,5% en 2006 à 39,5% en 2018. Cependant celle des officines et fournisseurs des biens médicaux a baissé de 48,6% à 34% durant la même période.

A travers ces résultats, le secteur privé accapare la grande partie des dépenses des ménages. La gouvernance du secteur privé à travers une maîtrise de l'information sur l'activité constitue un premier niveau de rationalisation. La politique de régulation des prix pratiquée dans ce secteur doit également intégrer tous les mécanismes contractuels entre l'Etat et les prestataires de soins dans le secteur privé. Les mécanismes de remboursement doivent être accompagnés par une adhésion effective des praticiens prescripteurs. En effet, si le praticien ne s'aligne pas avec la politique des génériques et continue à prescrire les molécules mère la différence serait assumée par les ménages comme elle n'est pas remboursable.

**Figure 3.5 : Evolution des dépenses des ménages par type de prestataires
2006-2018**



CHAPITRE

04

**FINANCEMENT DE LA SANTÉ
PAR L'ASSURANCE MALADIE**





La Couverture Médicale de Base (CMB) au Maroc a fait un chemin satisfaisant vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) depuis l'adoption en 2002 de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base et sa mise en vigueur à partir de 2005.

Ainsi, le taux de couverture médicale de la population est passé de 16% en 2005 à 64% en 2018 suite à l'entrée en vigueur de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) en 2005 pour les fonctionnaires du secteur public et les employés du secteur privé, à la généralisation du RAMED à partir du 13 Mars 2012 et à la mise en œuvre de l'AMO au profit des étudiants à partir de 2016.

Il est à noter que la mise en œuvre de loi 98-15 relative à la couverture médicale des travailleurs non-salariés publiée au Bulletin officiel en juillet 2017 devra contribuer à l'amélioration du taux de couverture de la population comme passage nécessaire vers la CSU.

1. Population couverte par l'assurance maladie

En 2018, la population couverte par l'assurance maladie représente 40,6% de la population totale (estimée à 35,2 millions habitants), soit 14,3 millions de bénéficiaires contre 13,1 millions en 2013. Cette progression sera maintenue avec l'entrée en vigueur de l'AMO des travailleurs non-salariés.

L'effectif des adhérents à la CNOPS, CNSS, Caisses internes et mutuelles et entreprises d'assurance privé est de l'ordre de 6,02 millions de personnes, soit 51% de la population active occupée âgée de plus de 15 ans.

Tableau 4. 1 : Taux de couverture de la population par l'assurance maladie, 2018

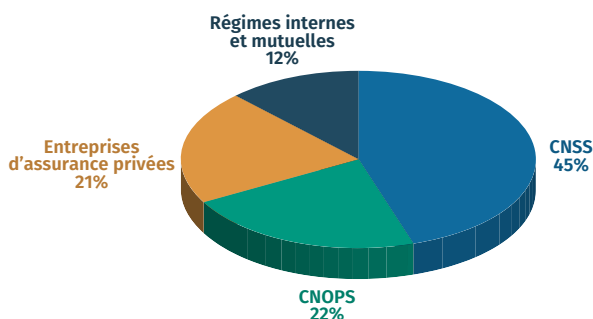
Institution	Adhérents	Ayant Droits	Bénéficiaires	Bénéficiaires/ Adhérents	% de la population
CNOPS	1 350 526	1 835 576	3 186 102	2,4	9%
CNSS	2 79 5643	3 582 673	6 378 316	2,3	18,1%
Mutuelles et Régimes Internes	652 985	1 077 008	1 729 993	2,6	4,9%
Assurances Privées	1 229 632	1 768 387	2 998 019	2,4	8,5%
Total	6 028 786	8 263 644	14 292 430	2,4	40,6%

Le nombre de bénéficiaires affiché dans le tableau 4.1 ci-dessus montre que la CNSS reste le premier assureur avec 18,1% de la population contre 13,7% en 2013. Cette hausse est le résultat des efforts déployés depuis la promulgation de la loi 65-00, visant à intégrer les salariés du secteur privé au sein de la CNSS et le basculement volontaire de la population bénéficiant des amendements de l'article 114. Cependant, la part des bénéficiaires de la CNOPS est restée dans les environs de 9% de la population totale du Maroc.

Par ailleurs, les sociétés d'assurances privées couvrent presque 3 millions des bénéficiaires en 2018 soit 8,5% de la population contre 12,1% en 2013.

La figure 4.1 ci-dessous montre que la CNSS et la CNOPS couvrent ensemble plus de deux tiers des bénéficiaires de l'AMO. En effet, la CNSS couvre seule 45% des bénéficiaires suivie par la CNOPS avec une proportion de 22%.

Figure 4. 1 : Répartition de la population couverte par organisme d'assurance maladie, 2018



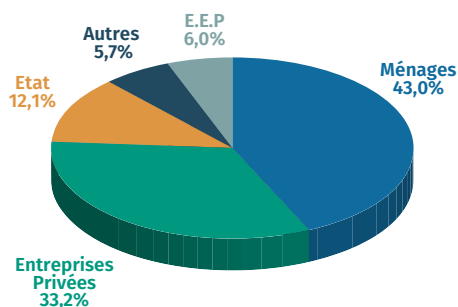
2. Ressources et dépenses des organismes de l'assurance maladie

Ressources de l'assurance maladie

Les ressources de l'assurance maladie proviennent principalement des cotisations ou des primes payés par les adhérents (Cotisations salariales) et des cotisations payées par les employeurs (Cotisations patronales). Ainsi, les ressources de l'assurance maladie en 2018 s'élèvent à environ 19,8 Milliards de Dhs contre 14 Milliards de Dhs en 2013 soit une progression annuelle moyenne de 7,2%.

La figure ci-après affiche que les ménages constituent la première source des contributions avec une part qui s'élève à 43% contre 56,1% en 2013 suivis par les entreprises privées avec une part de 33,2% puis l'Etat (y compris les CT) comme employeur avec 12,1%.

Figure 4. 2 : Structure des ressources de l'assurance maladie, 2018



Par ailleurs, il y a lieu de souligner la fragmentation du système de l'assurance maladie au Maroc caractérisé par une multitude de régimes et d'acteurs. Ceci engendre entre autres la dispersion des ressources, augmente les frais de gestion des différents régimes et constitue une source d'inefficience et de déficits financiers. Cette fragmentation va à l'encontre des principes fondamentaux de l'assurance maladie, basée particulièrement sur la solidarité et la mutualisation des risques constituant un enjeu pour l'atteinte de la CSU.

Dépenses de l'assurance maladie

En plus des charges administratives destinées à la gestion des régimes de l'assurance maladie, les dépenses des organismes de l'assurance maladie comportent deux composantes essentielles à savoir les remboursements aux prestataires de soins dans le cadre du tiers payant et les remboursements des assurées.

En 2018, la dépense totale au titre de l'assurance maladie s'élève à 17,9 Milliards de dirhams contre 11,5 Milliards de dirhams en 2013 ; elle représente 29,3% de la dépense totale de santé contre 22,4% en 2013.

Tableau 4. 2 : Dépenses de l'assurance maladie (en milliers de dirhams), 2018

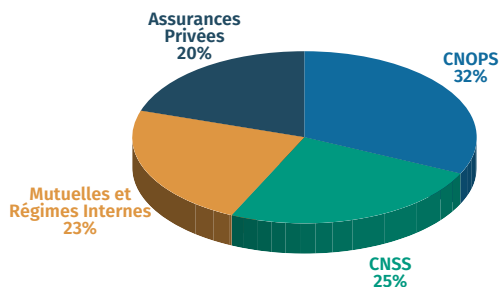
Organismes	Dépenses					Prestations/ Bénéfici- aires	Dépenses/ Bénéfici- aires
	Prestations			Adminis- tration	Total		
	Tiers payant	Rembourse- ment	Total				
CNOPS	2 184 361	3 031 361	5 215 721	1 106 111	6 321 832	1 637	1 984
CNSS	2 013 747	1 996 675	4 010 422	423 682	4 434 104	629	695
Mutuelles et Régimes Internes	1 942 863	1 671 705	3 614 568	8 051	3 622 619	2 089	2 094
Assurances Privées	1 039 191	2 243 097	3 282 287	211 248	3 493 535	1 095	1 165
Total	7 180 162	8 942 837	16 122 998	1 749 092	17 872 090	1 128	1 250

En comparaison à l'année 2013, les dépenses de la CNOPS et de la CNSS ont connu une augmentation importante en passant respectivement de 3,8 et 2,2 Milliards de DH en 2013 à 6,3 et 4,4 Milliards de DH en 2018. Cet accroissement des dépenses est le corolaire d'une part, de l'extension de la l'assurance maladie à d'autres bénéficiaires notamment les étudiants à partir de 2016 et les nouveaux adhérents de certaines entreprises et établissements publics qui ont intégré le régime géré par la CNOPS ainsi que l'adhésion de 2 millions nouveaux assurés au niveau de la CNSS et d'autre part, de l'extension des prestations admises aux remboursements (panier de soins).

Pour les mutuelles et les caisses internes et assurances privées, leurs dépenses ont connu aussi une augmentation mais de manière moins significative passant respectivement de 2,7 et 2,6 Milliards de DH en 2013 à 3,6 et 3,5 Milliards de DH en 2018.

L'analyse des dépenses des prestations par bénéficiaire et par type de régime montre que les mutuelles et régimes internes ont dépensé en 2018 environ 2089 Dhs par bénéficiaire soit 452 Dhs de plus par rapport à la dépense de la CNOPS (1637 Dhs par bénéficiaire). Cependant, les assurances privées ont dépensé en moyenne et pour chaque bénéficiaire 1095 Dhs contre uniquement 629 Dhs pour les bénéficiaires de la CNSS.

Figure 4. 3 : Dépenses de santé par organisme d'assurance maladie, 2018



En 2018, la CNOPS occupe la première position en termes de dépenses avec une part qui s'élève à 32% contre 34% en 2013. Elle est suivie par la CNSS par une proportion de 25% enregistrant ainsi une forte augmentation par rapport à 2013 (18,8%). Il est attendu que la dépense de la CNSS continue à augmenter avec un rythme plus rapide suite à la mise en œuvre de l'AMO pour les travailleurs non-salariés.

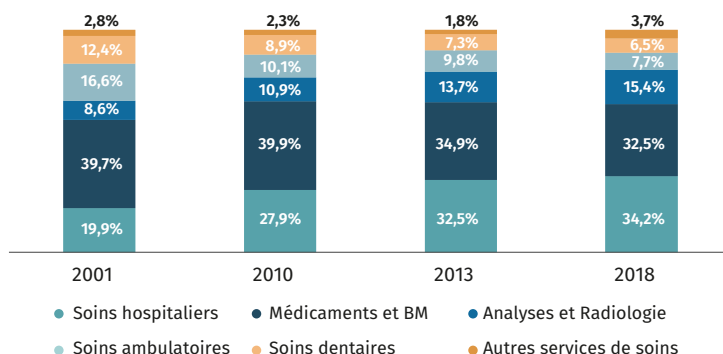
Les mutuelles et caisses internes et les assurances privées ont enregistré une baisse de 2% de leurs parts dans la dépense totale de l'assurance maladie passant respectivement de 25% et 22% en 2013 à 23% et 20% en 2018.

3. Dépenses de l'assurance maladie par type de prestations

La ventilation des dépenses (hors dépenses de gestion) a montré que le premier poste de dépense est toujours celui des soins hospitaliers avec une part de 34,2% enregistrant une augmentation de l'ordre de 1,7 point par rapport à 2013. Il est suivi par le poste des médicaments et bien médicaux qui continue à diminuer pour enregistrer une proportion de 32,5% en 2018 contre 34,9% en 2013 et 39,9% en 2010.

En outre, les poids des soins ambulatoires et des soins dentaires ont connu une légère diminution par rapport à l'année 2013 pour s'établir respectivement à 7,7% et 6,5%, tandis que, la part des analyses biologiques et examens radiologiques a gagné 1,7 point durant la période 2013-2018 pour s'établir à 15,4%. (Figure 4.4).

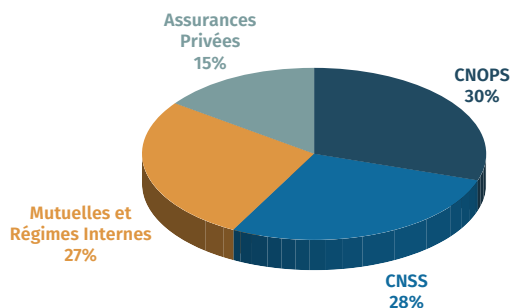
Figure 4. 4 : Evolution des dépenses de l'assurance maladie (tiers payant et remboursements) par type de prestations 2001-2018



4. Paiement des prestataires de soins dans le cadre du tiers payant

Les paiements directs effectués par les organismes d'assurance maladie aux prestataires de soins, dans le cadre du tiers payant, s'élèvent à environ 7,2 milliards de Dhs en 2018 contre 4,3 milliards de Dhs en 2013 soit une augmentation de 68,3%. La répartition de ces dépenses (figure 4.5) affiche des parts presque égales entre la CNOPS, la CNSS et les mutuelles et régimes internes qui avoisinent 30% chacune. Tandis que la part des sociétés d'assurances privées ne dépasse pas 15%.

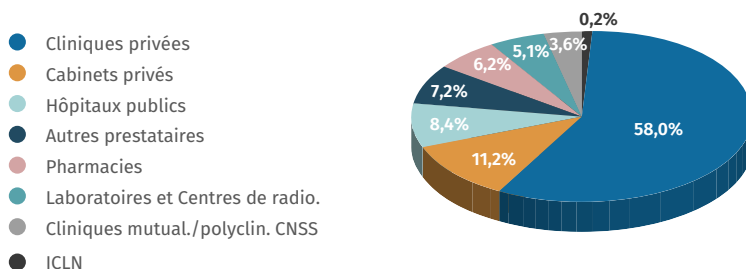
Figure 4. 5 : Répartition des paiements directs des prestataires de soins, 2018



La répartition des paiements effectués dans le cadre du tiers payant (figure 4.6) laisse apparaître que ce sont toujours les cliniques privées qui ont accaparé l'essentiel de ces paiements avec une part qui s'établit à 58%, soit 2,4 points de plus par rapport à 2013. Aussi, les cabinets privés (y compris les centres de

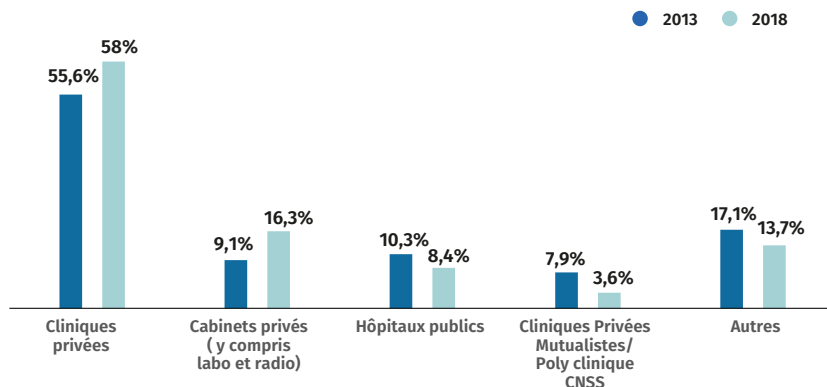
dialyse) ont pu recouvrer plus de 802 millions de Dhs (11,2%) au titre des paiements directs engagés par les organismes d'assurance maladie. Ainsi, les cliniques et cabinets privés ont bénéficié ensemble de plus de deux tiers de ces paiements directs (69,2%).

Figure 4. 6 : Répartition des paiements directs par type de prestataires de soins, 2018



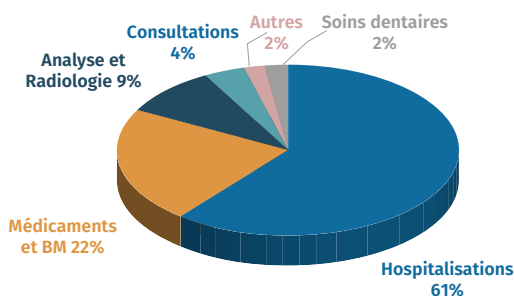
Cependant, les hôpitaux publics (CHUs et hôpitaux relevant du Ministère de la Santé) qui représentent plus de 70% de la capacité litière au niveau national, n'ont bénéficié que de 8,4% dépenses en tiers payant, soit une régression de 1,9 points par rapport à 2013 (en valeur, ces paiements ont connu une augmentation de l'ordre de 37% entre 2013 et 2018). Ceci met en avant encore une fois la question de l'attractivité des hôpitaux publics et leur capacité à drainer plus de ressources de l'assurance maladie tout en améliorant le recouvrement des frais engagés auprès des caisses de l'assurance maladie.

Figure 4. 7 : Evolution de la part des paiements directs des prestataires 2013-2018



La structure des dépenses par type de prestations effectuées par l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant affiche une prédominance des dépenses pour l'hospitalisation avec une part qui s'élève à 61% suivies par les dépenses en médicaments et biens médicaux avec une proportion de 22%. Cependant, la part des analyses biologiques et examens radiologiques représente à peine 9% du total des paiements effectués dans le cadre du tiers payant.

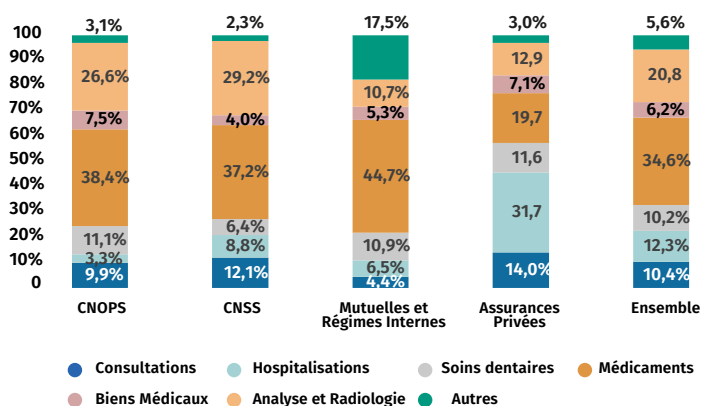
Figure 4. 8 : Dépenses de l'assurance maladie (tiers payant) par type de prestations, 2018



5. Dépenses de l'assurance maladie (remboursements aux assurés) par type de prestations

En 2018, les médicaments continuent à représenter le premier poste de dépenses de l'assurance maladie en termes de remboursements aux assurés avec une part qui s'élève à 34,6% enregistrant une baisse importante (-6,7 points) par rapport à l'année 2013 (41,3%). Ceci est expliqué notamment par la baisse des prix des médicaments opérée depuis l'année 2014 et l'utilisation de plus en plus des médicaments génériques.

Figure 4. 9 : Répartition des remboursements de l'assurance maladie par type de prestations, 2018



La part des analyses et examens radiologiques a connu une augmentation de 4,3 points par rapport à 2013 pour s'établir à 20,8% du total des remboursements. En revanche, la part des consultations a diminué en passant de 15,6% en 2013 à 10,4% en 2018. (Figure 4.9).



CHAPITRE

05

**FINANCEMENT DE LA SANTÉ
PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ**





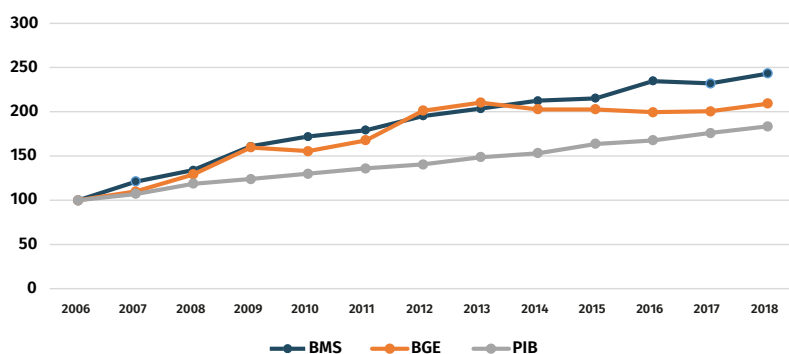
En 2018, et à l'instar des années antérieures, le Ministère de la Santé s'est confirmé en tant que troisième financeur de la santé au Maroc après les ménages et l'assurance maladie, avec un poids de 21,4%, soit une augmentation de 1,4 point par rapport à l'année 2013. Cet accroissement est expliqué particulièrement par l'augmentation du budget du MS qui traduit la volonté de l'Etat à promouvoir et renforcer l'investissement dans le secteur de la santé qui reste le premier prestataire de soins au Maroc avec environ 70% de la capacité litière nationale.

1. Evolution du budget du Ministère de la Santé

Durant la dernière décennie, le budget du MS a connu une importante évolution passant de 6,1 milliards de dirhams en 2006 à 14,8 milliards de dirhams en 2018, soit un accroissement de l'ordre de 143%. Ce budget est équivalent à 420 dirhams par habitant et représentant 5,8% du budget général de l'Etat.

L'analyse de l'évolution des indices du budget du MS, du Budget Général de l'Etat et du PIB montre d'une part que le budget de l'Etat évolue plus rapidement que la croissance du PIB, et d'autre part, depuis 2015, le budget consacré au secteur de la santé évolue avec un rythme plus rapide que celui du budget de l'Etat. Ceci témoigne de l'intérêt accordé par l'Etat au secteur de la santé en lui consacrant progressivement plus de ressources en vue de renforcer les investissements dans le secteur.

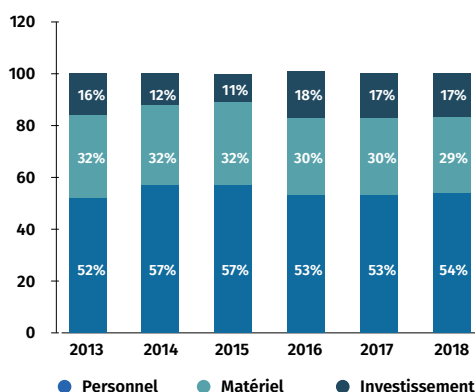
Figure 5. 1 : Evolution des Indices du Budget du Ministère de la Santé, du Budget Général de l'Etat et du PIB, 2006-2018



Par ailleurs, la répartition du budget du MS par chapitre montre que ce budget reste caractérisé par la prédominance des dépenses du personnel qui représentent en 2018, environ 54% du budget mobilisé, suivies par le chapitre matériel et dépenses diverses par 29,1% puis le budget d'investissement par 17,2%.

Cependant, bien que le budget ait doublé durant la période 2006-2018, il reste marqué par le poids important des charges du personnel (plus de 50%) et demeure insuffisant à l'égard des normes internationales (15% du budget général de l'Etat selon la déclaration d'Abuja et 12% selon l'OMS).

Figure 5. 2 : Evolution des différents chapitres du budget du Ministère de la Santé, 2013-2018



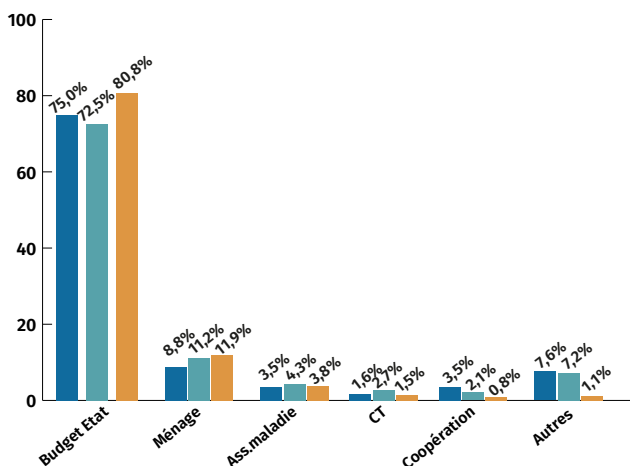
2. Sources de financement des dépenses du Ministère de la Santé

En 2018 et à l'instar des années précédentes, le budget de l'Etat reste la principale source de financement des activités du Ministère de la Santé. Ce budget, ayant connu un accroissement de l'ordre de 19,5% entre 2013 et 2018, finance les dépenses du MS à hauteur de 80,8% soit 7,8 points de plus par rapport à 2013 (72,5%).

Par ailleurs, les paiements effectués par les ménages pour bénéficier des soins au niveau des établissements publics de santé constituent la deuxième source de financement des dépenses du Ministère de la Santé. En effet, en 2018, les ménages ont contribué au financement de ces dépenses à hauteur de 11,9%

(contre 11,3% en 2013), suivis par les paiements directs effectués par les organismes d'assurance maladie au profit des hôpitaux publics avec une part qui ne dépasse guère 3,8%.

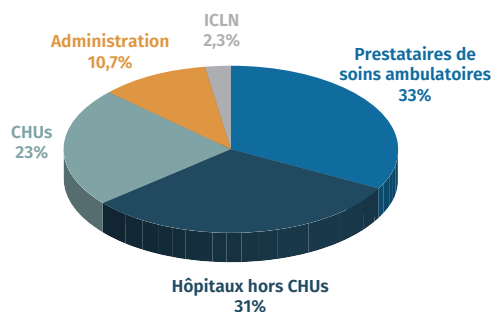
Figure 5. 3 : Evolution des sources de financement des activités du Ministère de la Santé, 2010-2018



3. Dépenses courantes du Ministère de la Santé par type de prestataires

Le graphique ci-après met en exergue la répartition des dépenses courantes du MS de l'année 2018 entre les différents prestataires de soins. Cette répartition n'a pas affiché une forte variation par rapport aux résultats des CNS de l'année 2013. En effet, plus de la moitié des ressources (54%) sont destinées aux hôpitaux à raison de 23% pour les CHUs (contre 21,3% en 2013) et 31% aux autres catégories d'hôpitaux (contre 31,8%). Les prestataires de soins ambulatoires qui concernent entre autres les établissements relevant du RESSP occupent le deuxième rang avec une part qui s'élève à 33%. S'agissant de l'administration de santé au niveau central, régional et préfectoral/ provincial, se voit attribuer 10,7% des dépenses courantes du MS. Cependant, les Instituts, Centres et Laboratoires Nationaux n'ont bénéficié que de 2,3% de la dépense courante du MS.

Figure 5. 4 : Dépenses courantes du Ministère de la Santé par type de prestataires, 2018



4. Dépenses courantes du Ministère de la Santé par type de prestations

En 2018, les dépenses courantes de santé représentent environ 89,6% des dépenses totales engagées par le MS. L'analyse des dépenses courantes par fonction est effectuée suivant la classification des fonctions du SCS-11 qui se distingue de celle adoptée pour les exercices précédents. De ce fait, la comparaison des résultats et l'analyse de l'évolution des indicateurs devraient se faire en prêtant une attention particulière aux définitions considérées.

Ainsi, la répartition des dépenses courantes par fonction montre qu'une grande partie de ces dépenses est orientée vers les soins curatifs hospitaliers avec une proportion de 42,1%. Au sens de la classification adoptée, les soins hospitaliers comportent tous les soins et services, y compris les produits pharmaceutiques et bien médicaux, les analyses biologiques et radiologiques, prodigués aux patients lors de l'hospitalisation (de jour ou complète) qui nécessite une admission formelle au niveau de la structure hospitalière.

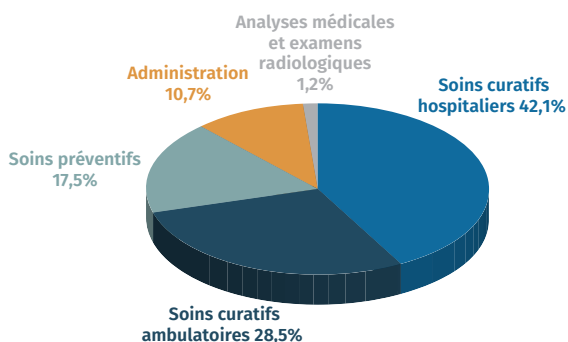
En termes d'importance, les soins curatifs ambulatoires viennent en deuxième rang avec un pourcentage qui s'élève à 28,5%. A noter que les soins ambulatoires comportent tous les services et soins dispensés aux patients en mode ambulatoire dans les locaux des prestataires de soins, y compris les consultations externes effectuées en milieu hospitalier.

En ce qui concerne les dépenses en soins préventifs, qui représentent environ 17,5% de la dépense du MS, elles couvrent entre autres les dépenses des programmes de prévention sanitaire, activités de détection précoce de

maladies, la surveillance épidémiologique... ainsi que les coûts administratifs de fonctionnement des programmes concernés. Il y a lieu de souligner la difficulté liée à la disponibilité des données suffisamment détaillées pour la délimitation du contour des soins préventifs à l'image de la classification des comptes de la santé qui y inclue aussi bien la prévention primaire que secondaire.

Par ailleurs, les dépenses relatives aux services administratifs du MS ont atteint environ 10,7% des dépenses courantes du MS. Ces dépenses comportent celles de l'administration centrale, des directions régionales et des délégations médicales de santé... Les dépenses administratives des prestataires de soins n'y sont pas incluses et sont considérées dans les composantes des dépenses de soins.

Figure 5. 5 : Dépenses courantes du Ministère de la Santé par type de prestations, 2018

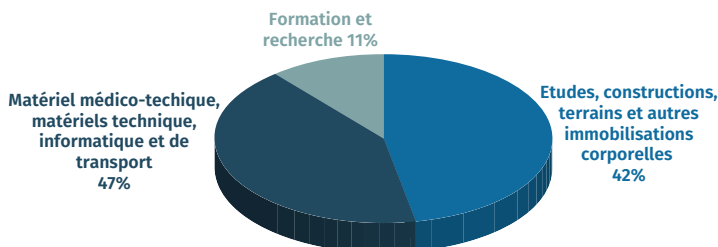


5. Dépenses du Ministère de la Santé en capital

Conformément à la nouvelle classification, le MS a dépensé en 2018, environ 1,4 milliard de dirhams en termes d'investissement (dépenses en capital), soit 10,6% des dépenses totales du Ministère de la Santé. Ces dépenses concernent essentiellement les investissements réalisés au profit des structures du Ministère de la Santé et sont relatives à l'achat des équipements médico-techniques, matériels technique, informatiques et de transport qui représentent environ 47% des dépenses d'investissement. Elles sont suivies par celles relatives à la réalisation des études, les constructions, les aménagements et

l'acquisition des terrains... avec une proportion de 42% du total des dépenses d'investissement. Cependant, la formation et la recherche ne représentent que 11%.

Figure 5. 6 : Dépenses du Ministère de la Santé en capital, 2018



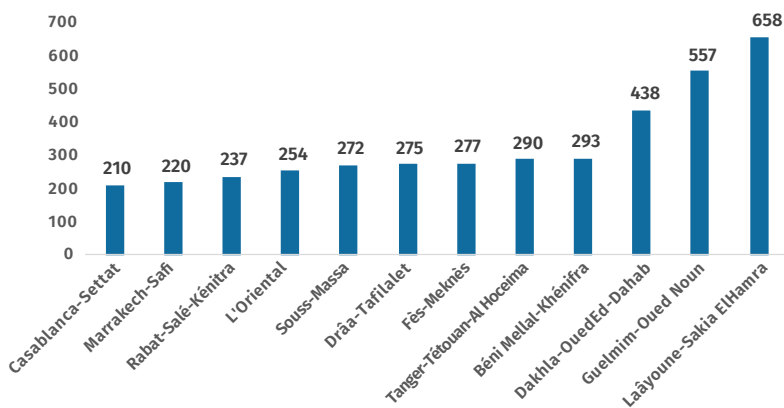
6. Dépenses du Ministère de la Santé par région

Le Ministère de la Santé procède au titre de chaque exercice budgétaire à la délégation des crédits de fonctionnement et d'investissement aux différents sous ordonnateurs à l'échelle des directions régionales et délégations médicales de santé qui sont chargées de l'exécution des enveloppes budgétaires qui leur sont déléguées. Pour certains projets d'investissement et d'opérations spécifiques notamment les achats groupés des médicaments, ce sont les services de l'administration centrale qui sont responsables d'exécuter l'opération de la dépense au profit des services déconcentrés du Ministre de la santé.

Le graphique ci-après donne une image de la répartition des dépenses du MS au titre de l'année de 2018 par région et par habitant. Ces dépenses ne tiennent pas compte des dépenses effectuées par les CHUs, les ICLN et l'administration centrale qui sont à vocation nationale ou implantées uniquement dans certaines régions. Ces dépenses ont atteint au niveau national 259 DH par habitant contre 232 DH en 2013 enregistrant une progression de l'ordre de 12% durant la même période.

Il ressort de ce graphique que la répartition des dépenses du MS en 2018 par région et par habitant est plus au moins équitable tout en enregistrant une amélioration par rapport à l'année 2013 (indice de Gini = 8,7% en 2018 contre 16,3% en 2013).

Figure 5.7 : Dépenses du Ministère de la Santé (hors dépenses des CHUs, ICLN et administration centrale) par région et par habitant (en DH), 2018



7. Financement de la santé par le Régime d'Assistance Médicale (RAMED)

Le régime d'assistance médicale (RAMED) constitue la deuxième composante de la couverture médicale de base. Il bénéficie aux personnes économiquement démunies qui ne sont assujetties à aucun régime d'assurance maladie obligatoire de base. C'est un régime public, un droit pour les éligibles et une obligation pour l'État. Il est fondé sur le principe de la solidarité nationale.

Six années après sa généralisation par Sa Majesté le Roi Mohamed VI, que Dieu l'Assiste en 13 mars 2012, le RAMED a réalisé des avancées importantes aussi bien en termes d'amélioration de la couverture de la population cible et la réponse à la demande accrue aux prestations de soins, qu'au niveau de la mobilisation de fonds additionnels à travers le fonds d'appui à la cohésion sociale.

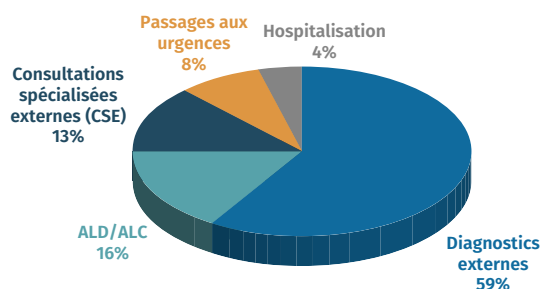
A fin 2018, le nombre de bénéficiaires du RAMED a atteint environ 12,8 millions de personnes dont 8,07 millions ayant une carte RAMED active. 91% des bénéficiaires font partie de la catégorie des vulnérables, 49% appartenant au milieu rural et 53% sont des femmes.

7.1. Prestations de soins réalisées au profit des Ramedistes

7.1.1. Prestations offertes par les hôpitaux publics (hors CHUs) :

En 2018, les hôpitaux du Ministère de la Santé ont prodigué environ 6,9 millions actes de soins au profit des bénéficiaires du RAMED dont 59% (plus de 4 millions d'actes) ont été fournis sous forme de diagnostic externe. Ce type de prestations a connu une augmentation de 51% en 2018 par rapport à l'année 2017 (Figure 5.8).

Figure 5. 8 : Répartition du nombre d'actes réalisés au niveau des hôpitaux publics (hors CHUs), 2018

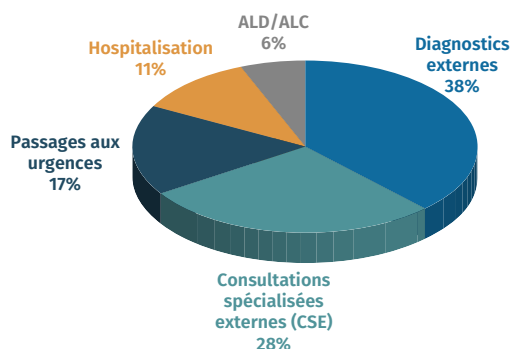


Le nombre de prestations en ALD/ALC représente 16% de l'ensemble des prestations offertes aux bénéficiaires du RAMED. Le nombre d'actes a évolué de 50% entre 2017 et 2018 traduisant l'effort important fourni dans ce sens pour améliorer l'accès aux soins de la population couverte par le RAMED et réduire par conséquent le fardeau financier lié aux maladies lourdes et coûteuses.

7.1.2. Prestations offertes par les CHUs :

Au niveau des CHUs, les Ramedistes ont bénéficié de 1,57 million de prestations durant l'année 2018. Il s'agit des diagnostics externes et consultations spécialisées externes qui représentent deux tiers de l'ensemble des prestations qui leurs sont offertes, suivis par les passages en urgence avec une part de 17%, des hospitalisations par 11% et par la prise en charge des ALD/ALC avec une part de 6%.

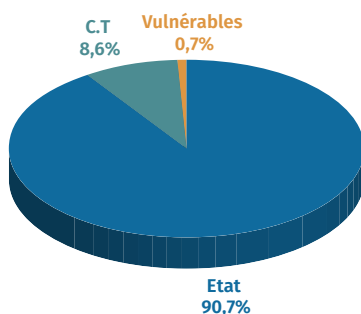
Figure 5. 9 : Répartition des actes réalisés au niveau des CHUs par type de prestations, 2018



7.2. Dépenses du RAMED au titre de l'année 2018

L'architecture initiale du financement du RAMED a connu un changement important en renforçant davantage le poids de l'Etat dans le financement du régime. En effet, au titre de l'année 2018, l'Etat a mobilisé dans le cadre du Fonds d'Appui à la Cohésion Sociale une enveloppe budgétaire de l'ordre de 1,54 milliards de Dhs contribuant ainsi au financement du RAMED à hauteur de 90,7%, suivi par les Collectivités Territoriales (CT) avec une proportion de 8,6% (146,7 millions de Dhs) alors que la contribution des vulnérables ne représente que 0,7% (13,2 millions de Dhs).

Figure 5. 10 : Structure du financement du RAMED-2018



Ainsi, après six années depuis la généralisation du RAMED et malgré les efforts consentis par l'Etat pour mobiliser des fonds additionnels, la montée en charge de l'effectif des bénéficiaires et de prestations de soins qui leur sont offertes

n'ont pas été accompagnés par la mobilisation de financements substantiels pour faire face aux dépenses induites par la demande exponentielle de soins.

Le budget du Ministère de la Santé reste la source principale du financement des prestations desservies aux bénéficiaires du RAMED. A cet effet, il devenu nécessaire et urgent de clarifier le schéma du financement du RAMED et de revoir sa gouvernance avec une séparation des fonctions de financement et de production des soins et services.

Aussi, la question d'assurer un financement pérenne du RAMED est-elle à intégrer comme dimension importante de la refonte du système de santé et de l'amélioration de la gestion du RAMED, comme l'a annoncé SM le Roi Mohammed VI Que Dieu l'assiste dans son discours à l'occasion de la fête du trône de 2018.



CHAPITRE

06

**FINANCEMENT DE LA SANTÉ
PAR LES AUTRES PARTENAIRES
NATIONAUX ET PAR
LA COOPÉRATION
INTERNATIONALE**





1. Contribution des autres Ministères au financement de la santé

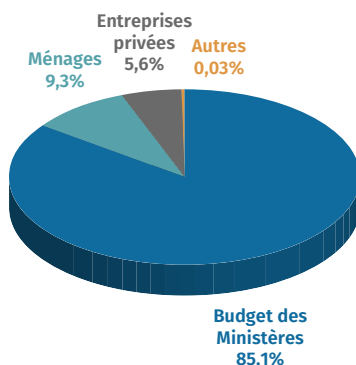
A l'instar des années précédentes, les autres départements ministériels (hors Ministère de la Santé) (Ministère de l'Education Nationale, de la Formation Professionnelle, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, Ministère de l'équipement du transport de la logistique et de l'eau, Délégation générale à l'administration pénitentiaire et à la réinsertion, ...) participent également au financement de la santé au Maroc.

En effet, en 2018, ces Ministères ont contribué au financement de la santé par un montant qui s'élève à environ 598 millions de Dhs, soit environ 1% de la dépense totale en santé. Ces institutions interviennent dans le financement de la santé à travers la mise en œuvre de prestations de santé préventives, curatives et promotionnelles particulièrement les services de santé prodigués par les unités de santé scolaire et universitaire, les actions de prévention sanitaire collective et les services et soins de santé offerts aux détenus.

1.1. Sources de financement des autres Ministères

Le budget des Ministères demeure la principale source de financement des activités sanitaires pour une part de 85,1%, suivi par les ménages à raison de 9,3%, et des entreprises privées (sous formes des contributions dans le cadre de la lutte contre les accidents de la circulation) pour une part de 5,6%.

Figure 6. 1: Sources de financement de la santé des autres ministères (hors salaires des médecins enseignants), 2018



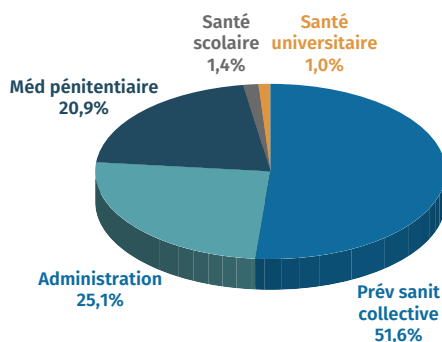
1.2. Classification fonctionnelle des dépenses de santé des autres Ministères

La figure ci-dessous (figure 6.2) donne la répartition des dépenses de santé des autres Ministères selon les différentes fonctions sanitaires.

En 2018, la prévention sanitaire collective (activités de prévention sanitaire, IEC...) constitue la dépense principale de santé des autres Ministères avec une part de 51,6%. Le deuxième poste de dépense est relatif aux charges de l'administration avec une part de 25,1%, suivi par les dépenses de la médecine pénitentiaire qui représente 20,9% du total des dépenses des autres ministères.

Par ailleurs, les dépenses pour la médecine scolaire et universitaire ne représentent respectivement que 1,4% et 1% de la dépense totale de santé des autres ministères.

Figure 6. 2 : Classification fonctionnelle des dépenses de santé des autres Ministères, 2018



2. Contribution des Collectivités Territoriales au financement de la santé

Les collectivités territoriales (CT) jouent un rôle de plus en plus important dans le renforcement de l'accès aux soins de santé et dans le développement des services de santé de proximité. En effet, elles contribuent aux différentes actions de renforcement de l'offre de soins à travers la participation au financement de projets de construction et de mise à niveau de l'infrastructure sanitaire et à l'acquisition de l'équipement biomédical pour les différentes structures. Elles contribuent également aux actions de prévention et de promotion de la santé notamment à travers les bureaux communaux d'hygiène.

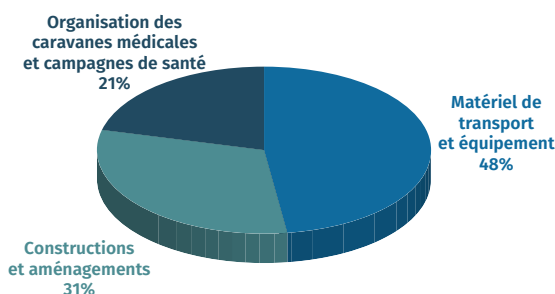
Aussi, les CT contribuent-elles au financement du RAMED en versant annuellement, et pour chaque personne éligible de catégorie « pauvre absolu », un montant de 40 dirhams au Compte d'Affectation Spécial de la Pharmacie Centrale destiné à l'achat des médicaments. En effet, au cours de l'exercice budgétaire de 2018, le montant total versé par les communes dans ce compte s'élève à 146,5 millions Dhs.

Ainsi, en 2018, les CT ont contribué au financement du système de santé par un montant qui s'élève à 954,2 millions de Dhs (dont 852,9 Millions de Dhs sous forme de dépenses courantes), soit environ 1,6 % de la dépense totale en santé.

3. Contribution de l'INDH au financement de la santé

L'initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) joue un rôle important dans la promotion de la santé en intervenant par des actions de proximité dans le cadre d'une collaboration intersectorielle en appui aux objectifs du Ministère de la Santé. En effet, en 2018, l'INDH a mobilisé une enveloppe de 29,5 millions de Dhs pour des projets de renforcement et de mise à niveau de l'infrastructure sanitaire hospitalière et de soins de santé primaires, d'acquisition d'équipements médicaux et de renforcement de la santé mobile.

Figure 6. 3 : Répartition des dépenses de santé de l'INDH, 2018



On note que 48% des dépenses sont destinées à l'acquisition du matériel de transport et équipement, contre 31,3% pour les projets de constructions et d'aménagements. Le reste des dépenses a été consacrée aux actions de santé mobile à travers l'organisation des caravanes médicales et campagnes de santé avec une part de 20,7 %.

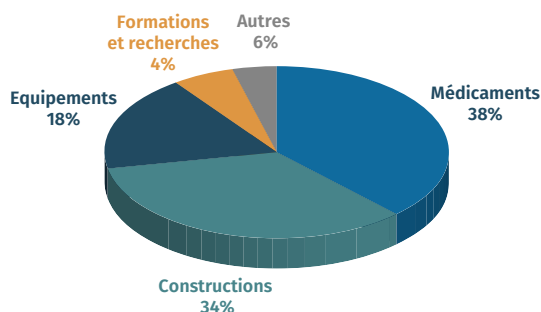
4. Contribution de la Fondation Lalla Salma de prévention et traitement des cancers au financement de la santé

Dans le cadre des actions visant à améliorer l'offre de soins de prise en charge et traitement du cancer et assurer un accès équitable aux soins de santé de qualité aux malades cancéreux, la Fondation Lalla Salma de prévention et de traitement des Cancers (FLS), en collaboration avec le Ministère de la santé, a mis en place le plan national de prévention et de contrôle du cancer 2010-2019.

Ainsi, la FLS a mobilisé au titre de l'année 2018 une enveloppe budgétaire de l'ordre de 250 Millions de Dhs pour la réalisation d'importantes actions se rapportant essentiellement à l'achat des médicaments anticancéreux, aux travaux d'aménagement et de constructions des centres et services d'oncologie, l'acquisition d'équipement et la consolidation des programmes et actions.

En effet, la répartition des dépenses (figure 6.4) affiche que les médicaments constituent le premier poste de dépenses avec une proportion de 38% suivi par les constructions par 34% puis l'acquisition d'équipement par 18%. Les actions de formation et de recherche ne représentent que 4% du total des dépenses de 2018.

Figure 6. 4 : Répartition des dépenses de la Fondation Lalla Salma par rubrique, 2018



5. Contribution de la Fondation Mohammed V pour la solidarité au financement de la santé

A l'instar des années précédentes, la Fondation Mohammed V pour la solidarité continue à appuyer le secteur de la santé à travers des projets de renforcement de l'offre de soins. En effet, en 2018, la Fondation Mohammed V et en partenariat avec le Ministère de la Santé, a procédé à l'ouverture de trois centres d'addictologie au niveau des villes de Casablanca, Tanger et Benslimane avec un coût global de 18,5 millions de Dhs, en plus d'un centre médico-psycho social à Tit-Mellil d'un coût de 8 millions de Dhs qui dispose d'une capacité d'accueil de 1300 patients par an.

Aussi, l'année 2018 a connu le lancement de deux nouveaux projets. Il s'agit d'un centre d'addictologie et un centre médical de proximité à Ain Chock pour desservir une population de plus de 70 000 habitants issus des milieux défavorisés.

Par ailleurs, la Fondation Mohammed V a aussi organisé 67 campagnes médicales (trois campagnes ont été directement menées par la fondation et 64 en soutien des associations partenaires) qui ont couvert 45 provinces. Il y a lieu de signaler que 895 campagnes médicales ont été organisées durant la période 2003-2018.

6. Contribution de la coopération internationale au financement de la santé

Le renforcement de la coopération internationale occupe une place importante dans le plan stratégique du Ministère de la santé à l'horizon 2025. Dans ce sens, les partenaires techniques et financiers (PTF) jouent un rôle capital dans l'accompagnement du MS dans ses différents chantiers prioritaires particulièrement dans la mise en œuvre des objectifs de développement durables liés à la santé.

A cet égard, l'appui des PTF se fait à travers deux principaux instruments à savoir : « l'appui direct » où les fonds sont octroyés directement au MS et « l'appui budgétaire » dont les fonds sont versés au budget de l'Etat. Les appuis présentés dans ce rapport concernent uniquement les appuis directs mobilisés essentiellement dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale. Ainsi, le montant total mobilisé au titre de l'année 2018 s'élève à environ 131,5

millions de dirhams représentant 0,2% de la dépense totale de santé contre 0,6% en 2013 (Tableau 6.1). Il est à noter que l'appui des PTF, plus qualitatif que quantitatif, a concerné essentiellement l'apport de l'expertise et le renforcement des capacités et a coïncidé en 2018 avec le lancement de certains chantiers pour l'amélioration de l'infrastructure hospitalière, dont la mise en œuvre sera comptabilisée les années à venir, ce qui explique la diminution de la part de la contribution de la coopération internationale au financement de la santé.

Tableau 6. 1 : Répartition des dépenses de la coopération internationale par partenaire, 2018

Partenaire	Montant (en milliers de Dhs)	%
Coopération Multilatérale	67 974	51,70%
FM	33 319	25,30%
UE	17 249	13,10%
OMS	8 469	6,40%
UNICEF	4 550	3,50%
ONU SIDA	2 898	2,20%
UNFPA	1 489	1,10%
Coopération Bilatérale	58 233	44,30%
Chine	37 492	28,50%
AFD	9 000	6,80%
Fond Qatari	8 124	6,20%
Coopération Espagnole	3 618	2,70%
Autres Partenaires	5 351	4,10%
Total	131 559	100%

Coopération multilatérale :

La coopération multilatérale concerne certains programmes dont l'appui est étalé sur plusieurs années. A l'instar de l'année 2013, le Fonds Mondial reste le premier contribuable avec une part de 25,3% du montant total mobilisé dans le cadre des appuis directs. Il est suivi par l'UE avec une part de 13,1% puis l'OMS et l'UNICEF avec des parts qui s'établissent respectivement à 6,4% et 3,5%.

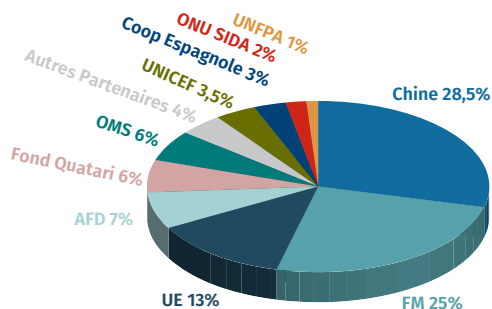
Coopération Bilatérale :

En 2018, la Chine s'est affichée comme étant le premier partenaire international ayant contribué au financement de la santé au Maroc avec une part de 28,5%. Son appui était sous forme de don de médicaments de 4 Millions de dirhams en faveur de 8 régions et l'envoi de 77 Médecins chinois au Maroc pour contribuer à faire face au déficit en ressources humaines.

L'Agence Française pour le développement (AFD) arrive en deuxième position avec une part de 7%. Son appui consiste en l'assistance technique pour l'élaboration d'une stratégie numérique et pour l'évaluation du partenariat public-privé en matière de dialyse.

Cependant, la part du Fond Qatari dans l'appui direct accordé au MS ne dépasse pas 6% vu que l'année 2018 coïncide avec le lancement de la reconstruction du CHU de Rabat et la construction des 2 CHUs de Tanger et d'Agadir, dont le montant débloqué de l'ordre de 8 millions de dirhams a concerné principalement la prise en charge des maîtrises d'ouvrage pour les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU Tanger et Agadir) ainsi que le lancement des études pour le CHU Ibn Sina de Rabat. La contribution effective de la partie Qatari, sera valorisée lors de la mise en œuvre de ces projets les prochaines années.

Figure 6. 5 : Répartition de la contribution de la coopération internationale par partenaire, 2018



CONCLUSION

Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) est un outil qui permet d'évaluer l'impact des politiques publiques de santé sur la protection financière de la population. Ils se positionnent également comme document de diagnostic stratégique du système de santé sous le prisme du financement. Le Ministère de la Santé a accumulé une longue expérience dans l'élaboration des CNS malgré les difficultés liées à la complexité de la collecte des données et les limites du système d'information sanitaire. Il reste toutefois un enjeu d'institutionnalisation de ces CNS tout en instaurant une périodicité fixe dans le temps.

Après plusieurs exercices des CNS, ce dernier, en particulier, revêt une importance particulière pour plusieurs raisons. Il arrive dans un moment où plusieurs politiques de santé sont mises en place et dont l'impact devrait être évalué pour mesurer leur effet sur la protection financière des citoyens. A titre d'exemple, entre 2013 et 2018, le Ministère de la Santé a mis en place une politique de réduction des prix des médicaments, l'extension de la couverture médicale notamment pour les étudiants et autres catégories. Ces politiques devraient avoir un impact positif sur l'amélioration du financement de la santé et la protection financière de la population au moment d'accès aux soins.

Les détails fournis par le présent rapport abordent les flux des ressources financières du système national de santé. Le contenu des bases de données relatives aux CNS servira aussi de point de départ pour réaliser des analyses spécifiques répondant à un objectif stratégique et ponctuel d'une politique ou d'une activité de santé.

Le Maroc a suivi l'évolution dans la méthodologie tel que recommandé par l'OMS. En effet, la classification du système des comptes de la santé-2011 (SCS11) a été adoptée pour le présent exercice des comptes nationaux. La mise en place de cette nouvelle approche a été accompagnée par le renforcement des capacités qui a été appuyée par l'OMS. L'avantage d'adopter le SCS11 comme cadre d'élaboration des CNS réside dans la possibilité que cette méthodologie offre, pour permettre des comparaisons avec les autres pays. Ces comparaisons

faciliteront un apprentissage stratégique transnational pour adopter les stratégies les plus efficaces dans le domaine du financement de la santé.

Les CNS de 2018 ont mis au clair la baisse de la contribution directe des ménages qui est passée de 50,7% en 2013 à 45,6% en 2018. Cette réduction montre l'impact positif des politiques de santé sur l'allègement du fardeau économique lourd assumé par les ménages. Ce résultat indique également une tendance positive dans l'amélioration du financement de la santé dans sa composante liée au financement solidaire. Il était clair que le financement par l'assurance maladie est en augmentation continue dans le temps (de 22,4% en 2013 à 29,3% en 2018). Cette tendance montre que le financement de la santé se développe de façon encourageante pour garantir une progression rapide vers la CSU. L'impact de la politique pharmaceutique a également été visible dans les résultats des CNS bien que le rythme d'amélioration reste lent.

Les nouveaux CNS -2018 mettent en exergue les limites du système de financement et ont constitué ainsi un outil de diagnostic stratégique du système de santé. Ce diagnostic serait la base pour développer une stratégie intégrée du financement de la santé centrée sur l'amélioration de la protection financière et l'intégration des objectifs stratégiques pour un financement de la santé résilient.

Ce rapport vient à un moment où des réflexions sont en cours sur la refonte du système de santé et qui auront besoin de données probantes pour fixer les objectifs des prochaines réformes. Les détails sur le financement de la santé qui sont fournis par ces comptes nationaux permettent d'identifier les zones d'action pour questionner la performance avec laquelle les politiques sont mises en œuvre. Par ailleurs, le secteur privé continue à accaparer une grande part des dépenses de santé notamment celles provenant des ménages. Les résultats de 2018 confirment la nécessité de mettre en place un mécanisme de gouvernance du secteur privé pour cadrer les relations complexes impliquant ses entités. En effet, le renforcement du système d'information sur les activités du secteur privé va sans nul doute permettre de développer des analyses poussées pour informer la gouvernance globale du système de santé. Par ailleurs, un système intégré d'accréditation des prestataires de services de

santé (public et privé) est d'une nécessité stratégique pour lier le financement de la santé à l'amélioration de la qualité. Il s'agit en effet, d'utiliser l'accréditation comme élément intégrant l'achat stratégique combien important pour l'efficience globale du financement de la santé.

La comparaison du système de financement de la santé marocain avec les autres pays similaires, ou modèles, dévoile les limites de ce dernier, et ce, malgré les résultats notables en matière d'amélioration de la santé de la population. Dans ce sens, l'amélioration du financement solidaire à travers la généralisation de l'assurance maladie va permettre une mutualisation des risques et assurer en conséquence une protection financière optimale. Le RAMED à l'heure actuelle continue à être géré selon un système assistanciel qui se caractérise par une fonction d'achat passif. La recommandation internationale indique qu'on ne peut pas améliorer la performance dans le financement de la santé sans une séparation des fonctions entre la production des soins et le financement. Dans ce sens, il devient nécessaire d'assurer une transition du régime actuel du RAMED vers un système assurantiel. Ainsi, il serait possible de mettre en place des stratégies qui visent une amélioration de la qualité de soins pour les bénéficiaires du RAMED. L'amélioration de la qualité des soins pour les pauvres et les vulnérables s'insère dans la quête d'instaurer une équité dans le système de santé qui est un objectif central de la CSU.

Le financement du RAMED se caractérise par la stagnation de la part provenant du budget de l'Etat ce qui nécessite une clarification sur le mécanisme du financement et sur sa pérennité. Transformer le régime du RAMED en un système assurantiel imposera la détermination des besoins en financement pour assurer des soins de qualité à tous les bénéficiaires. Ces besoins en financement seront dictés par l'ambition en matière de contenu du panier de soins à offrir à la population. La maîtrise de la taille du financement va également permettre une mobilisation d'autres sources de financement incluant le financement innovant pour améliorer la prise en charge.

ANNEXES





Annexe 1 : Sources de financement de la santé par régimes de financement (en milliers de dirhams), 2018

Sources de financement		Transferts issus des revenus l'administration publique (Etat) (FS.1)	Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique (Coopération Internationale) (FS.2)	Cotisations d'assurance sociale (FS.3)	Prépaiement obligatoire (FS.4) (autres que FS.3)		Prépaiement volontaire (FS.5) (AMC)		Autres revenus nationaux (FS.6)			Total
Régimes de financement									Paie ment Directes (FS.6.1)	Autres revenus venant des entreprises (FS.6.2)	Autres revenus venant des ONG (FS.6.3) (n.c.a)	
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé (HF.1)	Régimes de l'administration publique (HF.1.1)											
	Régimes de l'administration publique (HF.1.1.1)											
	Collectivités territoriales (HF.1.1.2)	8529 16,14										
	Régimes d'assurance maladie sociale (HF.1.2.1)	24 732,59		5 248 643,37	5 572 534,47							
	Régimes AMO (HF.1.2)											
Régimes de l'assurance maladie facultative (HF.2.1)	Régimes d'assurance maladie complémentaire (HF.2.1.2)											
	Régimes de financement des ISBLSM (y compris les agences de développement) (HF.2.2)											
	Régimes de financement des entreprises (HF.2.3)											
	Régimes de financement des entreprises (HF.2.3.1)											
	Régimes de financement des entreprises (HF.2.3.1)											
Paie ment direct des ménages (HF.3)	Paie ment direct sans partage de coûts (HF.3.1)											
Total		12 934 465,31	107 100,87	5 248 643,37	5 572 534,47	3 023 611,11	3 217 334,43	345 060,52	367 096,99	398 836,64	120 444,27	59 106 462,51

Annexe 2 : Prestataires de soins par régimes de financement (en milliers de dirhams), 2018

Régimes de financement		Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé (HF.1)				Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé (HF.2)			Paieement direct des ménages (HF.3)		Total
		Régimes de l'administration publique (HF.1.1)		Régimes AMO (HF.1.2)		Régimes d'assurance maladie facultative (HF.2.1.2)	ONG (HF.2.2.1)	EEP (HF.2.3.1)	Paieement direct sans partage de coûts (HF.3.1)		
Prestataires	Hôpitaux publics	Régimes de l'administration centrale (HF.1.1.1)	Collectivités territoriales (HF.1.1.2)	Régimes d'assurance maladie sociale (HF.1.2.1)	Régimes d'assurances maladie privée obligatoire (HF.1.2.2)						
		6 341 126,95	13 422,76	344 621,34	349 548,88	0	0	0	1 921 839,04		
	Hôpitaux (HP.1)	Cliniques Privées			2 546 335,57		314 715,63	95 444,27		4 910 939,88	
		Cliniques									
		Mutualistes			54 209,74		6 700,08			53 326,30	
	Prestataires de soins de santé ambulatoire (HP.3)	Cabinets médicaux			671 473,34	461 353,81	57 021,26			4 540 160,89	
		Cabinet dentaire			457 290,07	476 182,61	58 854,03			1 799 255,94	
		Centres de dialyse			545 069,23						
	Laboratoire et centres de Radiologie (HP.4)	ESSP	3 868 321,11	143 858,32							
			266 277,94		1 382 467,87	753 428,93	92 348,23			4 640 536,91	
Pharmacies et FBM (HP.5)	Pharmacies			2 346 605,70	1 226 313,56	151 566,84			9 159 585,40		
	Fournisseurs de biens médicaux			329 748,38	309 856,90	38 296,92			274 919,19		
Prestataires de soins préventifs (HP.6)			663 595,57								
Prestataires de services administratifs (HP.7)		1 268 134,24	11 242,73	1 529 792,73	129 448,53						
	Autres Ministères, EEP	508 888,91									
Reste de l'économie (HP.8)			20 796,77								
	ONG			24 953,18							
Soins à l'Etranger (HP.9)											
Médecine Traditionnelle (HP.11)									470 770,97		
Total		12 252 749,15	852 916,15	10 845 910,46	6 306 678,53	719 502,99	120 444,27	236 926,44	27 771 334,52	59 106 462,51	

Annexe 3 : Flux financiers entre les agents de financement et les prestataires de soins (en milliers de dirhams), 2018

Agents de financement		Administrations publiques FA.1						Sociétés d'assurance (FA.2)	Entreprises (FA.3)	ONG (FA.4)	Ménages (FA.5)	Total
Prestataires		Ministère de la santé (FA.1.1.1)	Autres ministères (FA.1.1.2)	Collectivités Territoriales (FA.1.2)	Agence de sécurité sociale (FA.1.3)							
Hôpitaux (HP.1)	Hôpitaux publics	6 341 126,95		13 422,76	344 621,34	2 753 876,69	349 548,88	2 861 051,20		95 444,27	1 921 839,04	8 970 558,97
	Cliniques Privées					460 011,93	60 909,82				53 326,30	10 621 312,04
	Cliniques Mutualistes					671 473,34	518 375,06				4 540 160,89	574 248,05
Prestataires de soins de santé ambulatoire (HP.3)	Cabinets médicaux					457 290,07	535 036,64				1 799 255,94	5 730 009,29
	Cabinet dentaire											2 791 582,65
	Centres de dialyse					545 069,23						545 069,23
Prestataires de services auxiliaires (Laboratoire et Radiologie) (HP.4)	ESSP	3 868 321,11		143 858,32								4 012 179,43
		266 277,94			1 382 467,87		845 777,17				4 640 536,91	7 135 059,89
	Pharmacies				2 346 605,70		1 377 880,40				9 159 585,40	12 884 071,50
Pharmacies et FBM (HP.5)	Détaillants et autres fournisseurs de biens médicaux durables et d'appareils médicaux				329 748,38		348 153,82				274 919,19	952 821,39
Prestataires de soins préventifs (HP.6)				663 595,57								663 595,57
	Agences étatiques de l'administration de la santé	1 250 062,58		11 242,73								1 261 305,31
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé (HP.7)	Administration de l'assurance maladie sociale	18 071,66			1 529 792,73							1 547 864,39
	Administration de l'assurance maladie privée						129 448,53					129 448,53
Reste de l'économie (HP.8)	Autres Ministères, EEP		508 888,91						236 926,44			745 815,35
	ONG			20 796,77						25 000,00		45 796,77
Soins à l'Etranger (HP.9)					24 953,18							24 953,18
Médecine Traditionnelle (HP.11)											470 770,97	470 770,97
Total		11 743 860,24	508 888,91	852 916,15	10 845 910,46		7 026 181,52		236 926,44	120 444,27	27 771 334,52	59 106 462,51

Annexe 4 : Fonctions de soins par régime de financement de la santé (en milliers de dirhams), 2018

Régimes de financement	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé (HF.1)			Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé (HF.2)				Paie ment direct des ménages (HF.3)	Total
	Régimes de l'administration publique (HF.1.1)		Régimes AMO (HF.1.2)		Régimes d'assurance maladie facultative (HF.2.2.1)	ONG (HF.2.2.1)	EEP (HF.2.3.1)		
Fonctions des soins de santé	Régimes de l'administration centrale (HF.1.1.1)	Collectivités territoriales (HF.1.1.2)	Régimes d'assurance maladie sociale (HF.1.2.1)	Régimes d'assurances maladie privée obligatoire (HF.1.2.2)	Régimes d'assurance maladie facultative (HF.2.2.1)	ONG (HF.2.2.1)	EEP (HF.2.3.1)		
Soins curatifs hospitaliers (HC.1.1)	4 995 991,34	10 474,67	2 977 455,23	2 886 213,12	321 176,58			5 447 460,81	16 638 771,75
Soins curatifs en hospitalisation de jour (HC.1.2)			981 898,37			95 444,27			1 077 342,64
Soins curatifs ambulatoires (HC.1.3)	3 430 032,20	96 140,02	1 256 424,52	1 001 417,49	116 114,42		105 926,44	7 771 112,43	13 777 167,52
Analyses médicales et radiologie (HC.4)	144 554,21		1 420 729,25	750 051,75	92 348,23			4 645 086,57	7 052 770,01
Biens médicaux (HC.5)			2 678 965,01	1 536 170,46	189 863,76			9 434 504,59	13 839 503,82
Soins préventifs (HC.6)	2 264 543,45	735 058,71	645,33	3377,19		25000,00	131000,00	2399,16	3 162 023,84
Gouvernance, administration du système de santé et des financements (HC.7)	1 268 134,24	11 242,73	1 529 792,73	129 448,53					2 938 618,23
Autres Prestations (HC.9)	149 493,70								149 493,70
Médecine Traditionnelle (HC.10)								470 770,97	470 770,97
Total	12 252 749,14	852 916,13	10 845 910,44	6 306 678,54	719 502,99	120 444,27	236 926,44	27 771 334,53	59 106 462,48

Annexe 5 : Fonctions de soins de santé par prestataire de soins (en milliers de dirhams), 2018

Prestataires de soins de santé	Fonctions des soins de santé	Hôpitaux (HP.1)	Prestataires de soins de santé ambulatoire (HP.3)				Laboratoire et centres de Radiologie (HP.4)		Pharmacie et FBM (HP.5)		Prestataires de soins préventifs (HP.6)	Prestataires de services administratifs (HP.7)	Reste de l'économie (HP.8)		Prestataires Etrangers (HP.9)	Médecine Traditionnelle (HP.11)	Total
			Cabinets médicaux	Cabinet dentaire	Centres de analyse	ESSP			Pharmacies	Fournisseu rs de biens médicaux			Autres Ministères et E.E.P	ONG			
Fonctions des soins de santé	Soins curatifs hospitaliers (HC.1.1)	16 565 250,87											48 567,70		24 953,18		16 638 771,75
	Soins curatifs en hospitalisation de jour (HC.1.2)	532 273,41			545 069,22												
	Soins curatifs ambulatoires (HC.1.3)	3 020 128,30	5 730 009,29	2 791 582,65		2 019 086,68							195 563,83	20 796,77			1 077 342,63
Analyses médicales et radiologies (HC.4)		45 855,52						7 006 914,47									13 777 167,52
	Biens médicaux (HC.5)	2 610,93							12 884 071,49	952 821,39							7 052 769,99
Soins préventifs (HC.6)						1 993 092,75	128 145,41				663 595,57		352 190,12	25 000,00			3 162 023,85
Gouvernance, administration du système de santé et des financements (HC.7)												2 938 618,23					2 938 618,23
Autres Prestations (HC.9)													149 493,70				149 493,70
Médecine Traditionnelle (HC.10)																470 770,97	470 770,97
Total		20 166 119,03	5 730 009,29	2 791 582,65	545 069,22	4 012 179,43	7 135 059,88		12 884 071,49	952 821,39	663 595,57	2 938 618,23	745 815,35	45 796,77	24 953,18	470 770,97	59 106 462,45

Annexe 6 : Régimes de financement par agents de financement de la santé (en milliers de dirhams), 2018

Régimes de financement		Agents de financement							Total	
		Administrations publiques (F.A.1)				Sociétés d'assurance (F.A.2)	Entreprises (F.A.3)	ONG (F.A.4)		Ménages (F.A.5)
		Ministère de la santé (F.A.1.1.1)	Autres ministères (F.A.1.1.2)	Collectivités Territoriales (F.A.1.2)	Agence de sécurité sociale (F.A.1.3)					
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé (HF.1)	Régimes de l'administration publique (HF.1.1)	11 743 860,25	508 888,91						12 252 749,16	
	Régimes de l'administration centrale (HF.1.1.1)									
	Collectivités territoriales (HF.1.1.2)			852916,14					852 916,14	
	Régimes d'assurance maladie sociale (HF.1.2.1)				10 845 910,44				10 845 910,44	
	Régimes AMO (HF.1.2)						6 306 678,52		6 306 678,52	
Régimes d'assurance maladie facultative (HF.2.1)	Régimes d'assurance maladie complémentaire/ supplémentaire (HF.2.1.2)						719 502,99		719 502,99	
	Systèmes de financement des ISBL/SM (y compris les agences de développement) (HF.2.2)							120 444,27	120 444,27	
	Régimes de financement des entreprises (HF.2.3)						236 926,44		236 926,44	
Paiement direct des ménages (HF.3)	Paiement direct sans partage de coûts (HF.3.1)								27 771 334,53	27 771 334,53
	Total	11 743 860,25	508 888,91	852 916,14	10 845 910,44	7 026 181,51	236 926,44	120 444,27	27 771 334,53	59 106 462,49

Annexe 7 : Dépenses en capital par prestataire (en milliers de dirhams), 2018

Prestataires de soins de santé		Hôpitaux (HP.1)	ESSP (HP.3)	Prestataires de services auxiliaires (HP.4)	Prestataires de soins préventifs (HP.6)	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé (HP.7)	Reste de l'économie (HP.8)	Total	
Comptes de capital									
Formation brute de capital (HK.1)	Formation brute de capital fixe (HK.1.1)	Infrastructure (HK.1.1.1)	279 575,51	310 154,72	14 201,06	227,19	187 879,24	69 800,00	861 837,72
		Machines et équipements (HK.1.1.2)	459 923,26	88 803,53	18 098,33	12 500,56	208 338,37	22 714,59	810 378,64
Formation brute de capital non spécifiée (n.c.a.) (HK.nec)							148 848,65		148 848,65
Total			739 498,77	398 958,25	32 299,39	12 727,75	545 066,26	92 514,59	1 821 065,01

Annexe 8 : Liste des principaux indicateurs des Comptes Nationaux de la Santé- 2018

	Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Valeur indicateur
CHE%GDP	Dépenses courantes de la santé en % du PIB	HF.1+HF.2+HF.3 (MDH)	PIB (MDH)	5,3%
CHE_PC_USD	Dépenses courantes de la santé par habitant en US dollars	(HF.1+HF.2+HF.3)*\$	Population	175,6
CHE_PC_PPP	Dépenses courantes de la santé par habitant en PPA dollars	(HF.1+HF.2+HF.3)/PPA	Population	637,7
HK%GDP	Dépenses en capital-santé (HK) en% du produit intérieur brut (PIB)	HK (MDH)	PIB (MDH)	0,16%
LE%GDP	Dépenses totales de santé (DTS) en% du produit intérieur brut (PIB)	HF.1+HF.2+HF.3+HK (MDH)	PIB (MDH)	5,5%
GGHE%GDP	Dépenses publiques générales de la santé en % du PIB	FS.1+FS.2+FS.3 (MDH)	PIB (MDH)	2,16%
DOM%CHE	Dépenses intérieures de santé en % DCS	FS.1+FS.3+FS.4+FS.5+FS.6 +FS.nec (MDH)	DCS (MDH)	99,8%
GGHED%GDP	Dépenses intérieures de santé des administrations publiques en % PIB	FS.1+FS.3 (MDH)	PIB (MDH)	2,15%
GGHED_PC_USD	Dépenses intérieures de santé des administrations publiques par habitant en US dollars	(FS.1+FS.3)*\$	Population	70,6
GGHED_PC_PPP	Dépenses intérieures de santé des administrations publiques par habitant en PPA dollars	(FS.1+FS.3)*PPA	Population	256,3
PVTD%CHE	Dépenses intérieures de santé privées en % des DCS	FS.4+FS.5+FS.6+FS.nec (MDH)	DCS (MDH)	59,6%
PVTD_PC_USD	Dépenses intérieures de santé privées par habitant en US dollars	(FS.4+FS.5+FS.6+FS.nec)*\$	Population	104,7
PVTD_PC_PPP	Dépenses intérieures de santé privées par habitant en PPA dollars	(FS.4+FS.5+FS.6+FS.nec)*PPA	Population	380,3
VHI%CHE	Prépaiements de l'assurance maladie volontaire en % DCS	FS.5 (MDH)	DCS (MDH)	1,2%
OOP%CHE	Dépenses des ménages en % DCS	HF.3 (MDH)	DCS (MDH)	47%
OOP_PC_USD	Dépenses des ménages/hab en US dollars	HF.3*\$	Population	82,5
OOP_PC_PPP	Dépenses des ménages/hab en PPA dollars	HF.3/PPA	Population	299,6
EXT%CHE	Dépenses de santé de sources externes en % DCS	FS.2+FS.7 (MDH)	DCS (MDH)	0,2%
EXT_PC_USD	Dépenses de santé de sources externes par habitant en US dollars	(FS.2+FS.7)*\$	Population	0,3
EXT_PC_PPP	Dépenses de santé de sources externes par habitant en PPA dollars	(FS.2+FS.7)/PPA	Population	1,2
CFA%CHE	Financement obligatoire en % DCS	HF.1 (MDH)	DCS (MDH)	51,2%
GFA%CHE	Financement du gouvernement en % DCS	HF.1.1 (MDH)	DCS (MDH)	22,2%
CHI%CHE	Assurance maladie obligatoire en % DCS	HF.1.2 (MDH)	DCS (MDH)	29%
SHI%CHE	Assurance maladie sociale en % DCS	HF.1.2.1 (MDH)	DCS (MDH)	18,4%
CHI_PVT%CHE	Assurance maladie privée obligatoire en % DCS	HF.1.2.2 (MDH)	DCS (MDH)	10,7%



REMERCIEMENTS

La Direction de la Planification et des Ressources Financières du Ministère de la Santé tient à présenter ses vifs remerciements à l'ensemble des partenaires et intervenants ayant contribué à la réalisation de cette étude. Sans leurs efforts, leur collaboration et leur engagement ce rapport n'aurait pu être produit.

Ces remerciements sont adressés particulièrement :

- A l'OMS pour son appui technique et financier pour la réalisation de cet exercice ;
- Aux directions centrales, régionales, délégations du Ministère de la Santé, hôpitaux, CHUs et toutes les structures relevant du Ministère de la Santé pour leur engagement ;
- Aux différents intervenants dans le financement de la santé à savoir : les organismes gestionnaires de l'assurance maladie (CNOPS, CNSS), l'ANAM, les assurances privées, les mutuelles, les offices, les différents départements ministériels, les collectivités territoriales, les ONG... pour leur aide précieuse durant l'opération de la collecte des données ;
- A l'équipe du Service de l'Economie de la Santé qui avait la responsabilité de la réalisation de cette étude ;
- Aux membres des comités de rédaction et de lecture ;
- A toute personne qui a contribué de près ou de loin à la réalisation de cette étude.



Equipe de pilotage :

- M. A. BELMADANI, Directeur de la Planification et Ressources Financières
- M. A. EL MARNISSI, Chef de la Division de la Planification et des Etudes
- M. H. HACHRI, Chargé du Système et des Programmes de Santé au Bureau de l'OMS au Maroc
- M. E. AKHNIF, Chargé de programme OMS

Equipe technique :

- M. A. EL MARNISSI, Chef de la Division de la Planification et des Etudes
- Mme. N. JELLAB Chef de service de l'Économie Sanitaire
- M. A. BOUGRINE (SES/DPE/DPRF/MS)
- M. A. ACHOUR (SES/DPE/DPRF/MS)
- Mme I. ERRAI (SES/DPE/DPRF/MS)

Comité de rédaction :

- M. A. EL MARNISSI, Chef de la Division de la Planification et des Etudes
- M. E. AKHNIF, Chargé de programme OMS
- M. A. RIHANI, Chef de la Division de Suivi de la Mise en œuvre du RAMED
- Mme. N. JELLAB (SES/DPE/DPRF/MS)
- M. A. BOUGRINE (SES/DPE/DPRF/MS)
- Mme I. ERRAI (SES/DPE/DPRF/MS)

Comité de lecture :

- M. A. BELMADANI, Directeur de la Planification et Ressources Financières
- Mme. S. CHERQAOU, Chef de la Division de la Coopération
- M. H. HACHRI, Chargé du Système et des Programmes de Santé au Bureau de l'OMS au Maroc



وزارة الصحة
ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⵎⵓⵔⵜ
Ministère de la Santé

MINISTERE DE LA SANTE

🏠 335, Avenue Mohammed V - Rabat

☎ +(212) 5 37 76 16 75

📠 +(212) 5 37 76 94 80

