

# COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE



Rapport 2015





## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Niveau de la dépense en santé : comparaison avec quelques pays, 2013	22
Tableau 2 : Sources de financement de la santé par type d'institutions, en milliers de Dirhams	24
Tableau 3 : Sources par nature du financement, 2013	25
Tableau 4 : Flux financiers entre les institutions intermédiaires de financement et les prestataires, en milliers de Dirhams, 2013	27
Tableau 5 : Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires du système de santé, en milliers de Dirhams, 2013	29
Tableau 6 (suite) : Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires du système de santé, en milliers de Dirhams, 2013	29
Tableau 7 : Répartitions des dépenses des activités de SMI, 2013	44
Tableau 8 : Comparaison des poids des dépenses de maternité et de pédiatrie dans les dépenses totales des hôpitaux, 2010 et 2013	45
Tableau 9 : Taux de couverture de la population et sa répartition par organismes d'assurance maladie, 2013	46
Tableau 10 : Rapport des ressources et dépenses des organismes d'assurance maladie, en milliers de Dirhams, 2013	48
Tableau 11 : Ressources des organismes d'assurance maladie par types de cotisants, en milliers de Dirhams, 2013	48
Tableau 12 : Dépenses des organismes d'assurance maladie, 2013	49
Tableau 13 : Prestations (remboursements aux adhérents et assurés) des organismes d'assurance maladie, en milliers de Dirhams, 2013	52
Tableau 14 : Prestations (tiers payant et remboursements) des organismes d'assurance maladie, en milliers de Dirhams, 2013	53
Tableau 15 : Sources de financement des autres Ministères (hors paiements des salaires des médecins enseignants), 2013	55
Tableau 16 : Classification économique des dépenses des autres Ministères (hors paiements des salaires des médecins enseignants), 2013	56
Tableau 17 : Classification fonctionnelle des dépenses des autres Ministères (hors paiements des salaires des médecins enseignants), 2013	57
Tableau 18 : Répartition de la contribution de la coopération internationale par partenaire, 2013	60



## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Sources de financement par type d'institution, 2013	23
Figure 2 : Evolution des sources de financement par type d'institution, 1997/98-2013	23
Figure 3: Evolution des sources par nature de financement, 1997/98- 2013	26
Figure 4 :Evolution des flux Financiers vers les prestataires, 1997/98-2013	26
Figure 5: Classification fonctionnelle des dépenses de santé, 2013	28
Figure 6 : Évolution de la structure des dépenses par type de prestations, 1997/98-2013	28
Figure 7: Evolution de la composition des dépenses des ménages en santé, 1997/98-2013	31
Figure 8 : Structure des dépenses des ménages par prestataire, 2013	32
Figure 9 : Répartition des dépenses des ménages par type de prestation, 2013	33
Figure 10 : Evolution des dépenses des ménages par type de prestation, 1997/98-2013	33
Figure 11 : Dépenses directes des ménages selon les différentes prestations fournies chez les divers prestataires, 2013	34
Figure 12 : Répartition de la population et des dépenses directes des ménages par type de couverture médicale, 2013	34
Figure 13: Répartition des dépenses directes des RAMED <sup>istes</sup> par prestation, 2013	35
Figure 14 : Répartition des dépenses directes des RAMED <sup>istes</sup> par prestataire, 2013	36
Figure 15 : Répartition des dépenses directes des ménages en médicaments et Biens médicaux par type de couverture médicale, 2013	36
Figure 16 : Evolution des Indices du budget du Ministère de la Santé, du budget général de l'Etat et du PIB, 1997/98-2013	38
Figure 17 : Evolution des indices des différents chapitres du budget du Ministère de la Santé, 1997/98-2013	38
Figure 18 : Evolution des parts des différents chapitres du budget du Ministère de la Santé, 1997/98-2013	39
Figure 19 : Evolution des sources de financement des activités du Ministère de la Santé, 1997/98-2013	39
Figure 20 : Evolution de la structure des dépenses du Ministère de la Santé par niveau	40
Figure 21 : Evolution de la classification économique des dépenses du Ministère de la Santé, 1997/98-2013	41
Figure 22 : Evolution de la classification fonctionnelle des dépenses du Ministère de la Santé, 1997/98-2013	42
Figure 23 : Dépenses du Ministère de la Santé, hors CHU, ICLN et administration centrale par région et par habitant, en Dirhams, 2001-2013	43
Figure 24 : Concentration régionale des dépenses du Ministère de la Santé, 2013	44
Figure 25 : Poids des dépenses des services de maternité et de pédiatrie dans les dépenses totales des hôpitaux, 2013	45
Figure 26 : Répartition de la population couverte par organismes d'assurance maladie, 2013	47
Figure 27 : Structure des ressources des organismes d'assurance maladie, 2013	49
Figure 28 : Répartition des dépenses en prestations par organisme d'assurance maladie, 2013	50

Figure 29 : Paiement des prestataires de soins dans le cadre du tiers payant, 2013	50
Figure 30 : Répartition des paiements dans le cadre du tiers payant par types de prestataires de soins, 2013	51
Figure 31 : Evolution de la part des paiements des prestataires de soins dans le cadre du tiers payant (1997/98-2013)	51
Figure 32 : Paiements des prestataires de soins dans le cadre du tiers payant, 2013	52
Figure 33 : Evolution des prestations des organismes d'assurance maladie (remboursements et tiers payant), 1997/98-2013	53
Figure 34 : Evolution des encaissements des polycliniques de la CNSS et de la subvention CNSS à ces dernières en Dirhams, 1997/98-2013	54
Figure 35 : Sources de financement des autres Ministères, 2013	55
Figure 36 : Classification économique des dépenses de santé des autres Ministères, 2013	56
Figure 37 : Classification fonctionnelle des dépenses de santé des autres Ministères, 2013	57
Figure 38 : Répartition de la contribution de la coopération internationale par partenaire, 2013	61





## ABRÉVIATIONS

AACID	Agence Andalouse de Coopération Internationale pour le développement
AECID	Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le développement
AFD	Agence Française de Développement
AIEA	Agence Internationale d'Energie Atomique
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
BEI	Banque Européenne d'Investissement
BGE	Budget Général de l'Etat
BM	Biens médicaux
BMS	Budget du Ministère de la Santé
C.T	Collectivités Territoriales
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CM	Couverture Médicale
CNOPS	Caisse Nationale d'Organismes de Prévoyance Sociale
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
DTS	Dépense Totale de Santé
E.E.P	Entreprises et Etablissements Publics
F/R/E	Formation, Recherche et Enseignement
FBM	Fournisseurs des Biens Médicaux
FM	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
HCP	Haut-Commissariat au Plan
ICLN	Instituts, Centres et Laboratoires Nationaux
IMT	Institut de Médecine Tropicale
ISPITS	Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé
MMA	MedicusMundi Andalucia
MMM	MedicusMundi Madrid
MS	Ministère de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations Non Gouvernementales
PIB	Produit Intérieur Brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSC	Prévention Sanitaire Collective
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RAMEDistes	Population couverte par le RAMED
RESSP	Réseau des Etablissements de Soins de Santé Primaires
SMI	Santé Maternelle et Infantile
UE	Union Européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USA	United States of America



L'amélioration du niveau de santé constitue une des composantes essentielles et prioritaires de la politique de développement social adoptée par le Royaume du Maroc et qui repose fondamentalement sur la solidarité et la cohésion sociale. Cette politique vise à garantir le droit à la santé qui est désormais consacré par la Constitution Marocaine, et la protection financière contre les dépenses de santé catastrophiques.

Le Royaume du Maroc a entamé la réforme du financement de la santé par l'adoption, en 2002, de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base dont l'objectif est de permettre de consolider et de faire converger toutes les actions vers l'objectif commun d'une Couverture Sanitaire Universelle permettant ainsi d'assurer, à toute la population, l'égalité et l'équité dans l'accès aux soins sans que cela n'entraîne des difficultés financières pour les usagers.

S'il est actuellement admis que l'efficience dans le financement des soins de santé est une des préoccupations majeures de tout système de santé, nous sommes conscients, qu'afin d'améliorer sa performance dans un environnement en évolution permanente, il est nécessaire d'analyser non seulement le financement de la santé par le secteur public et ses flux, mais également le financement à travers le secteur privé et les produits de la coopération.

Aussi, les réformes de santé doivent être appuyées par des informations détaillées et fiables sur les sources et les usages des fonds destinés à la santé afin d'améliorer la performance de son système, d'où l'importance que revêtent les Comptes Nationaux de la Santé (CNS).

En effet, ceux-ci fournissent une description exhaustive des flux financiers au sein du système de santé, ils indiquent l'origine des ressources et la façon dont elles sont utilisées et permettent également d'évaluer l'efficacité des politiques publiques en faveur de la santé et leur impact dans le temps.

Les CNS permettent par ailleurs d'effectuer un suivi systématique, exhaustif et cohérent des flux financiers dans le système de santé, ce qui en fait un outil pratique d'aide à la décision permettant aux décideurs d'évaluer et de restructurer le système de financement de la santé dans le pays et d'identifier les interventions à même d'améliorer l'état de santé de sa population.

La production régulière des CNS nécessite la mobilisation et l'implication de toutes les structures administratives du Ministère de la Santé et exige une sensibilisation forte auprès des partenaires du Département notamment, les collectivités territoriales, les organismes gestionnaires de l'Assurance Maladie, l'ANAM, les assurances privées, les Organisations Internationales....

Enfin, il est essentiel de préciser que, depuis 1997, et après l'élaboration de cinq exercices des CNS, il est devenu indispensable que le Ministère de la Santé institutionnalise la réalisation de cette importante étude afin de rendre sa publication périodique.



Le Ministre de la Santé  
El Houssaine LOUARDI



## RESUME

En 2013, la dépense totale de santé (DTS) a atteint 52 Milliards de Dirhams, soit 1 578 Dirhams par habitant (188 dollars américains au taux de change courant en 2013). Elle représente 5,8% du PIB contre 6,2% en 2010.

La part des dépenses allouées à la consommation médicale représente 88% de la DTS, soit l'équivalent de 1 394 Dirhams par habitant.

La dépense totale de santé a enregistré une évolution annuelle moyenne de 2,9% entre 2010 et 2013 contre 11,8% entre 2006 et 2010.

Depuis 1997/98, plusieurs efforts ont été déployés pour améliorer le financement de la santé au Maroc. Cependant, la structure du financement n'a connu qu'un léger changement. En effet, la dépense totale de santé en 2013 est financée par :

- Le paiement direct des ménages : 50,7%
- Les ressources fiscales : 24,4%
- La couverture médicale : 22,4%
- Les employeurs : 1,2%
- La coopération internationale : 0,6%
- Les autres sources : 0,7%.

Suivant la classification fonctionnelle des dépenses de santé, la part des dépenses en médicaments et biens médicaux en tant que bien de consommation finale par le patient s'élève à 26,2% en 2013. Les soins ambulatoires représentent 38% des dépenses du système national de santé, suivi des soins hospitaliers auxquels le système de santé consacre 23,2% de ses dépenses. La prévention sanitaire collective (Contrôle de la qualité de l'eau potable, Information, éducation et communication, ...) ne bénéficie que de 2,2% de l'ensemble des fonds injectés dans le système de santé. Le reste est réparti entre la formation, la recherche et l'enseignement, l'administration et autres prestations.

En termes de dépenses par prestataire, le Ministère de la Santé (MS), qui constitue le premier prestataire de soins, puisqu'il dispose de 77% de la capacité litière du pays, ne bénéficie que d'environ 27,3% du financement du système national de santé. Les hôpitaux y compris les CHUs bénéficient de 53% de ces fonds contre 33% au réseau des établissements de soins de santé de primaire (RESSP), quant aux Instituts et Laboratoires Nationaux, dont les activités se penchent principalement sur le soutien au RESSP et à la formation, ne bénéficient que de 3% de ces allocations, tandis que 10% est consacrée à l'administration centrale, régionale et locale.

L'analyse des paiements en tiers payant des organismes d'assurance maladie, permet de constater que les hôpitaux publics n'ont bénéficié que de 10,3% de l'ensemble des paiements directs des organismes gestionnaires des divers régimes d'assurance maladie contre 7,1% en 2010 et 9,8% en 2006. Cependant, la part des cabinets et cliniques privées reste assez importante et représente 65% contre 59% en 2010 et 62% en 2006.

Les cliniques et cabinets mutualistes et les polycliniques de la CNSS bénéficient quant à elles de 8% des paiements en tiers payant des organismes gestionnaires des divers régimes d'assurance maladie contre 22% en 2010 et 21% en 2006.

Depuis 2006, la part des paiements directs des ménages (nette des remboursements des assurances et mutuelles) a continué à baisser en passant de 57,3% en 2006 à 53,6% en 2010 puis à 50,7% en 2013. Cependant, cette part demeure encore élevée puisque, depuis 1997/98, les ménages financent plus de la moitié de la dépense totale de santé, et ce malgré la mise en œuvre à partir de 2005 de la couverture médicale obligatoire.

Le financement collectif (fiscal et contributif), quant à lui, est passé de 44% en 2010 à 47% en 2013 ; ceci étant dû essentiellement à l'augmentation importante des dépenses des organismes gestionnaires des divers régimes d'assurance maladie.



قامت وزارة الصحة عبر مديرية التغطية والموارد المالية بإنجاز النسخة الخامسة من الحسابات الصحية الوطنية لسنة 2013. ويسعى هذا العمل إلى رسم صورة شاملة للموارد المالية التي تضخ في القطاع الصحي وكذا تمويل الأنشطة ذات الصلة بالصحة من طرف جميع القطاعات والمساهمين (القطاعات الوزارية، الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، التعاضديات والصناديق الداخلية، شركات التأمين وإعادة التأمين، والمنظمات الدولية...).

وتوفر الحسابات الصحية الوطنية الإطار المناسب لفهم التدفقات المالية في القطاع الصحي ومعرفة الجهات التي تمول المنظومة الصحية الوطنية؟ من الذي يدبر هذه الأموال؟ وكيف يتم صرفها؟ وحيث أن منهجية الحسابات الصحية الوطنية مبنية على تصنيف موحد معتمد دوليًّا، فإنها تمكِن كذلك من المقارنة مع مختلف الدول.

وتبيَّن نتائج هذه الدراسة برسم سنة 2013 أن حجم الإنفاق الإجمالي على الصحة بالمغرب بلغ ما قدره 52 مليار درهم، مقابل 47,8 مليار درهم سنة 2010. وقد تم تمويل 93% من هذا الإنفاق من طرف ثلاثة موارد رئيسية وهي: الأسر (50,7%), والتأمين الصحي (22,4%) وزارة الصحة (19,9%). وتجدر الإشارة إلى أن متوسط الإنفاق الصحي للفرد الواحد بلغ 1578 درهم مقابل 1498 درهم سنة 2010. وتمثل هذه النفقات الإجمالية للصحة حوالي 5,8% من الناتج الداخلي الخام مقابل 6,2% سنة 2010.

وبالمقارنة مع الدول ذات المستوى الاقتصادي المماثل، نلاحظ أن النفقات الصحية في المغرب لا تزال منخفضة. فعلى سبيل المثال، في سنة 2013، بلغ مستوى النفقات الإجمالية على الصحة 7,3% من الناتج الداخلي الخام في تونس، 9,7% في الأردن و 6,6% في لبنان و 6,5% في إيران.

ويتوزع تمويل النفقات الإجمالية للصحة لسنة 2013 بالمغرب على النحو التالي:

- الأداءات المباشرة للأسر: 50,7%
- الموارد الضريبية: 24,4%
- التغطية الصحية: 22,4%
- المشغلون وأرباب العمل: 1,2%
- التعاون الدولي: 0,6%
- باقي المصادر: 0,7%

وبعد للتصنيف الوظيفي للنفقات الصحية برسم سنة 2013، فإن العلاجات المتنقلة (خارج العلاجات بالمراكز الاستشفائية) استهلكت الجزء الهام من الموارد المعبأة من قبل المنظومة الصحية الوطنية. حيث مثلت حصة الإنفاق على العلاجات المتنقلة نسبة 38% من إجمالي النفقات الصحية، مقابل 29,4% سنة 2010، تليها الأدوية والمستلزمات الطبية بنسبة 26,2% مقابل 31,7% سنة 2010.

و مثلت الخدمات الاستشفائية نسبة 23,2% من إجمالي النفقات، مقابل 25,4% سنة 2010. أما الخدمات الصحية الوقائية الجماعية (مراقبة جودة مياه الشرب، التعليم والإعلام والاتصالات، ...) فقد استفادت فقط بنسبة 2,2% من مجموع النفقات مقابل 2,1% سنة 2010.

أما بخصوص تدفق الأموال إلى مقدمي الخدمات الصحية، فإن وزارة الصحة، التي تعتبر أول مقدم للعلاجات على الصعيد الوطني، لا تستفيد سوى من 27,3% من مجموع نفقات المنظومة الصحية الوطنية مقابل 27,9% في سنة 2010. و تستفيد المستشفيات العمومية بما فيها المستشفيات الجامعية من 53,1% من هذه الأموال مقابل 33% بالنسبة لشبكة العلاجات الأساسية، فيما لا تحصل المختبرات والمعاهد الوطنية (والتي تعتبر أنشطتها داعما أساسيا لشبكة العلاجات الأولية والتكوين) إلا على 2,8% من هذه المخصصات، أي أقل بكثير من تلك المخصصة لنفقات الإدارة المركزية والمحلية للصحة التي تخصص لها نسبة 10,2%.

وفيما يتعلق بنفقات التأمين الصحي في إطار نظام الثالث المؤدي، فإن المستشفيات العمومية استفادت خلال سنة 2013 بما نسبته 10,3% من هذه النفقات (مقابل 7,1% سنة 2010) فيما تبقى العيادات والمصحات الخاصة المستفيد الأكبر و ذلك بنسبة 64,7% (مقابل 59% سنة 2010).

ويلاحظ استمرار تراجع حصة الإنفاق المباشر للأسر من الإنفاق الإجمالي على الصحة (دون احتساب النفقات التي تسدها أو تعوضها مؤسسات التأمين عن المرض للأسر). حيث انتقلت هذه الحصة من 57,3% سنة 2006 إلى 53,6% سنة 2010 لتصل، خلال سنة 2013 إلى نسبة 50,7%. كما انتقل التمويل الجماعي (الضريبي والتغطية الصحية) من 44% سنة 2010 إلى 47% سنة 2013، ويرجع السبب في هذا التطور، بالأساس، إلى الارتفاع المهم لنفقات التأمين الصحي.

## ABSTRACT

The total health expenditure reached in 2013 about 52 billion Dirhams. This amounts to nearly 1578 Dirhams per capita, or 188 US\$ at the 2013 exchange rate. This total health expenditure barely represents 5.8 % of the GDP compared to 6.2% in 2010. About 88% of this expenditure is devoted to medical consumption, that is to say 1394 Dirhams per capita.

The total health expenditure increased annually by 2.9 % between 2010 and 2013 while it was 11.8% between 2006 and 2010.

Since 1997/1998, several efforts have been made to improve health financing in Morocco; however, the architecture of the health financing system didn't change a lot.

In 2013, the total health expenditure is funded by:

- Households-out-of-pocket expenditures: 50.7 %
- Tax-based financing : 24.4 %
- Health Insurance: 22.4 %
- Employers: 1.2 %
- Foreign- donors: 0.6%
- Others: 0.7%.

An important share of the resources collected by the national health system is devoted to pharmaceutical expenditure. Actually, the share of expenditure dedicated by the national health system to purchase drugs and medical goods (as patient's final consumption) reaches 26.2% in 2013.

The share of out-patient care represents 38% of the total health expenditure followed by the in-patient care to which the national health system consecrates 23.2% of its expenditure. The rather weak share of the out-patient care is to be linked to the indigence of the share of collective health prevention (Control of the quality of drinking water, Information, Education and Communication...) which hardly reaches 2.2% of the total health expenditure.

Furthermore, the Ministry of Health, which is the first care provider in the country, with about 77% of the bed capacity, receives only 27.3% of the total health expenditure. This share is distributed as follows: Hospitals including university hospitals benefit from 53%, the Primary Health Care Facilities benefit from 33%, the National Institutes and Laboratories (whose activities are mainly targeted to supporting Primary Health Care Network and training) receive only 3% and the central and local administration get 10% of this expenditure.

In addition, the share of household out-of-pocket expenditures decreased through years, from 57.3 in 2006 to 53.6% in 2010 and 50.7 in 2013. However, this share remains high because, since 1997/98, households finance more than half of total health expenditure, despite the implementation from 2005 of compulsory medical coverage.

In the meantime, collective financing (fiscal and contributive) changed from 40% in 2006 to 44% in 2010 then to 47% in 2013, which is mainly due to the increase in the budget allocated to the Ministry of Health and the significant growth in the expenditure of the various health insurance schemes.



## INTRODUCTION

En 2013, l'économie nationale a enregistré une croissance de 4,4%<sup>1</sup>, contre 2,7% en 2012. Cette croissance, est due principalement à une progression importante de la valeur ajoutée agricole qui a augmenté de 19,0%<sup>1</sup> en 2013, contre une baisse de 8,9% en 2012. Cependant, le dynamisme des activités non agricoles a connu un ralentissement (2%<sup>1</sup> en 2013 contre 4,3% en 2012).

Aussi, cette croissance s'est inscrite dans le cadre de l'exécution de la loi de finances de l'année 2013, incluant, en particulier, la réduction de l'investissement public de 15 Milliards de dirhams opérée en début de l'année.

La population active occupée est passée de 11,5<sup>2</sup> à 11,7 Millions entre 2012 et 2013, soit une augmentation de 1,4%. Elle est répartie à des proportions quasi égales entre les milieux urbain et rural. Quant au taux de chômage, ce dernier a enregistré une légère augmentation de l'ordre de 0,2 point pour atteindre 9,2% en 2013 contre 9% en 2012. Ce taux a atteint 14% en milieu urbain et 3,8% en milieu rural.

Par ailleurs, l'indice des prix à la consommation (Base 100 : 2006) a atteint 112,9 en 2013 contre 110,8 en 2012, marquant ainsi une augmentation de 1,9%. Quant à l'indice des prix de «Santé», ce dernier a connu une hausse de 0,9%<sup>3</sup>, soit 104,7 en 2013 contre 103,8 en 2012.

Dans ce contexte économique, le Maroc connaît une augmentation constante des besoins de santé de sa population, et par conséquent des besoins de financement qui en découlent. Les évolutions démographiques, l'augmentation de l'espérance de vie, les nouvelles demandes des citoyens en matière de bien-être et de santé, la mise place de l'AMO et du RAMED conduisent à une augmentation continue des dépenses de santé.

De même, l'année 2013 a été marquée par l'organisation de la deuxième conférence nationale de la santé, dont l'objectif général est d'engager un débat national sur la santé dans le contexte de la nouvelle constitution qui consacre le droit d'accès aux soins et le droit à la participation comme des droits fondamentaux, et d'accompagner les évolutions politiques, économiques, sociales et sanitaires que vit le Maroc et anticiper la réponse aux nouveaux défis mondiaux liés à la santé. Aussi, cette conférence a été l'occasion de formuler les failles et les priorités du système de santé au Maroc.

De plus, l'amélioration de la santé de la population, nécessite entre autres, un financement équitable et ciblé vers les domaines qui génèrent le plus d'utilité pour la santé de l'individu et de toucher d'autres secteurs liés à la santé, à savoir l'enseignement, l'hygiène, la prévention sanitaire collective et la recherche.

<sup>1</sup> Rapport des comptes nationaux provisoires 2013, HCP.  
[http://www.hcp.ma/Les-Comptes-nationaux-provisoires-de-2013\\_a1406.html](http://www.hcp.ma/Les-Comptes-nationaux-provisoires-de-2013_a1406.html)

<sup>2</sup> Situation du marché du travail en 2013, HCP.  
[http://www.hcp.ma/La-Situation-du-marche-du-travail-en-2013\\_a1331.html](http://www.hcp.ma/La-Situation-du-marche-du-travail-en-2013_a1331.html)

<sup>3</sup> IPC : indice des prix à la consommation 2013.  
[http://www.hcp.ma/downloads/IPC-Indice-des-prix-a-la-consommation\\_t12173.html](http://www.hcp.ma/downloads/IPC-Indice-des-prix-a-la-consommation_t12173.html)

L'objectif des CNS consiste à fournir aux analystes économiques et aux responsables du secteur de la Santé des informations complètes sur l'état de financement d'un système de santé à une période donnée, et à répondre à plusieurs questions liées au financement de la santé et de retracer les flux de ce financement depuis leur source initiale jusqu'aux activités auxquelles ils sont affectés.

Le présent rapport des CNS analyse l'envergure du financement de la santé, les flux financiers entre les différentes institutions impliquées dans ce financement et donne un aperçu sur les dépenses des ménages bénéficiaires du RAMED réparties par prestations et prestataires.

Une analyse plus approfondie est effectuée auprès des plus importants financeurs du système de santé marocain qui sont les ménages (Chapitre 2), le Ministère de la Santé (Chapitre 3) et L'assurance maladie (Chapitre 4).

Le Financement de la santé par les autres partenaires nationaux est détaillé dans le chapitre 5 et une attention particulière est accordée au financement de la santé par la coopération internationale au niveau du Chapitre 6.

## METHODOLOGIE DE TRAVAIL

A l'instar des précédents comptes nationaux de la santé, la méthodologie utilisée est celle du Système des Comptes de la Santé qui est basée sur les travaux d'Abel-Smith B., sur le modèle élaboré par l'Université d'Harvard et les définitions des CNS français qui sont adaptées au contexte marocain.

L'opération de collecte des données a commencé en 2014, après la clôture de l'exercice de l'année 2013, et s'est étalée jusqu'au milieu de l'année 2015. La collecte des données a été effectuée en utilisant un questionnaire spécifique administré aux différents intervenants dans le financement de la santé tout en procédant à la validation directe des données avec les points focaux désignés par les structures concernées.

Le processus d'élaboration de cette édition des CNS est passé par les étapes suivantes :

- Production des tableaux et envoi des questionnaires correspondants aux différents partenaires;
- Collecte et contrôle de la véracité des données reçues ;
- Saisie et validation des données ;
- Analyse des données et estimation des données manquantes ;
- Production des tableaux préliminaires ;
- Rédaction du rapport provisoire et discussion des améliorations dans le cadre d'un comité de lecture ;
- Production du rapport final.

Cet exercice a nécessité la mobilisation et l'implication de toutes les structures administratives au sein du MS et a exigé une forte sensibilisation et information des départements partenaires à l'importance des CNS. Cependant, en matière de collecte des données, des difficultés dans le remplissage des questionnaires ont été enregistrées, notamment au niveau de certains hôpitaux concernant l'imputation de certaines charges et dépenses en raison d'absence d'une comptabilité analytique. Aussi, une réticence de certaines institutions relevant du secteur privé a été enregistrée notamment pour fournir les données jugées dans la plupart du temps comme étant des données confidentielles.

Pour pallier au problème de réticence, plusieurs efforts ont été déployés à travers :

- L'organisation des ateliers de sensibilisation et de formation ;
- L'organisation des visites auprès des différents partenaires (les compagnies d'assurances privées, les caisses internes et mutuelles) ;
- Des rappels écrits et téléphoniques pour sensibiliser davantage les personnes responsables sur l'importance des CNS et les résultats qui en découlent.

D'autres sources d'informations ont été utilisées, soit pour compléter les informations manquantes, soit pour s'assurer de la validité de celles qui nous ont été remises par les différentes structures du Ministère de la Santé. Il s'agit des documents officiels (morasses budgétaires, rapports d'activités

des CHUs et des instituts, centres et laboratoires nationaux, bilan d'exécution du budget, fichiers sur le personnel de l'administration centrale, sites web des différentes institutions, divers rapports centraux...) ainsi que les diverses études et recherches sur le financement de la santé au Maroc et ailleurs.

L'estimation de la dépense totale de santé pour l'année 2013, comme principal agrégat, a été effectuée de la manière suivante :

- Pour les dépenses du MS : la collecte a été réalisée auprès des services déconcentrés du MS. La répartition des dépenses par services et prestations ainsi que certaines charges communes a été effectuée via des clés de répartition basées principalement sur le volume des activités des services. En outre, des ajustements ont été effectués sur la base de l'exécution du budget du MS de l'année budgétaire 2013.
- Pour les autres Ministères et départements publics : une collecte des données primaires auprès de ces départements a été réalisée. Cependant, les dépenses des Collectivités Territoriales en matière de santé ont été estimées sur la base de la part de leur budget dédiée à la santé.
- Pour les ménages, qui constituent le premier financeur de la santé, leurs dépenses ont été estimées sur la base de l'Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages -2014 réalisée par le Haut-Commissariat au Plan, d'une part et sur la base des parts des remboursements sur les frais engagés collectées auprès des gestionnaires de l'assurance maladie d'autre part.

Concernant la coopération internationale, ces dépenses ont été quantifiées sur la base des données reçues des partenaires de la coopération internationale et sur base de l'exploitation des rapports élaborés par la Division de la Coopération relevant du MS.

La connexion de toutes les informations disponibles au travers des tableaux intermédiaires a permis de remplir l'ensemble des matrices (chapitre 1) et d'opérer des analyses sectorielles relatives à diverses institutions impliquées dans le financement du système national de santé (chapitres 2, 3, 4,5 et 6). Par ailleurs, il est à signaler que toutes les données utilisées dans ce rapport sont exprimées en Dirham courant.

## CHAPITRE 1 : ENVERGURE DU FINANCEMENT DE LA SANTE ET FLUX FINANCIERS ENTRE INSTITUTIONS

### 1. Niveau de la dépense de santé

Au Maroc, la dépense totale de Santé est passée de 47,8 Milliards de Dirhams à 52 Milliards de dirhams entre 2010 et 2013, soit une augmentation de 4,2 Milliards de DH durant cette période. Rapportée à la taille de la population marocaine, la dépense de santé moyenne, en 2013, s'élève à 1 578 Dirhams par habitant contre 1 498 Dirhams en 2010 et 1002 Dirhams en 2006.

Ainsi, la dépense totale de santé a connu une évolution annuelle de 3% entre 2010 et 2013 contre 12% entre 2006 et 2010 et 10% entre 2001 et 2006. La dépense en santé par personne a enregistré également une faible évolution avec 2% entre 2010 et 2013 contre 11% entre 2006 et 2013 et 9% entre 2001 et 2006.

La part de la dépense totale de santé dans le produit intérieur brut permet de comparer la dynamique des dépenses de santé à l'accroissement du PIB, l'indicateur traditionnel de la richesse nationale en plus de permettre des comparaisons internationales.

Pour la Maroc, la part des dépenses totales en santé dans le PIB a enregistré une baisse en passant de 6,2% en 2010 à 5,8% en 2013.

Cette baisse de la DTS par rapport au PIB est due à une évolution de ce dernier plus importante que celle de la DTS entre 2010 et 2013. A l'instar du Maroc, d'autres pays ont connu la même tendance baissière de la part des dépenses totales de la santé par rapport au PIB. On peut citer à titre d'exemple, la Jordanie qui est passée de 8,4% à 7,2% entre 2010 et 2013, le Liban a connu également une baisse de ce taux avec 6,6% en 2013 contre 7,2% en 2010.

Cette part représente un niveau inférieur à celui de la moyenne des 194 pays membres de l'OMS qui est de 6,5% et reste dans un niveau bien au-dessous de la moyenne des pays de l'OCDE (8,9%).

Il est à noter qu'il ne suffit pas seulement d'augmenter les dépenses mais aussi augmenter l'efficience du processus par lequel les ressources sont gérées. Ainsi la baisse du taux de la dépense totale de santé par rapport au PIB ne reflète pas le manque de volonté ou d'engagement de l'Etat vis-à-vis de la santé, puisqu'il y a des pays qui produisent un bon résultat de santé avec seulement 6% du PIB comme la Finlande et la Turquie à 5%. Il y a des pays aussi qui produisent un bon résultat de santé mais dépense moins que les US per capita. Le minimum recommandé par l'OMS est de 60\$<sup>4</sup> per capita.

<sup>4</sup> [http://www.who.int/whr/2000/media\\_centre/press\\_release/fr/](http://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/)

**Tableau 1 : Niveau de la dépense en santé : comparaison avec quelques pays, 2013**

Pays	PIB par habitant (dollar international) <sup>5</sup>	Dépense totale de santé par personne (dollar international) <sup>6</sup>	Dépense totale de santé par rapport au PIB <sup>7</sup> (%)	Dépense directe des ménages par rapport à la dépense totale de santé <sup>8</sup> (%)
Turquie	18 701	1 007	5,4	16,8
Egypte	10 383	567	5,5	56,2
Maroc CNS	7 575	436	5,8	50,7
Maroc OMS	7 224	429	5,9	59,2
Iran	16 095	1 045	6,5	47,1
Liban	15 573	1 033	6,6	37,5
Algérie	12 055	859	7,1	26,4
Jordanie	10 550	763	7,2	22,5
Tunisie	10 978	797	7,3	36,4
France	37 801	4 370	11,6	6,4
USA	53 190	8 988	16,9	11,5

Source : OMS, Banque Mondiale, CNS élaborés par le Maroc.

En comparant cette dépense totale par habitant et par an au Maroc avec celle d'autres pays, il apparaît que le montant dépensé pour la santé reste faible, et bien en-deçà de la moyenne mondiale qui est de 1 222 dollars internationaux<sup>9</sup>. Des efforts plus importants devraient être consentis à ce niveau pour augmenter les fonds alloués au secteur de la santé.

## 2. Sources de financement de la santé

### 2.1. Sources de financement par type d'institutions

Sur les 52 Milliards de Dirhams dépensés en santé, en 2013, la contribution des ménages reste la plus importante puisque ces derniers financent globalement 63,3%, dont 50,7% sous forme de paiements directs des ménages dans la dépense totale de santé (net des remboursements de l'assurance maladie) et 12,6% sous forme de cotisation salariale à l'assurance maladie. Cette part a diminué de 3 points entre 2010 et 2013 (50,7% contre 53,6% en 2010).

Depuis des décennies, plusieurs efforts ont été déployés pour accorder plus d'importance au secteur de la santé. Cependant, la contribution de l'Etat, à travers le budget alloué, au financement de la santé reste en deçà des attentes et a enregistré, en 2013, une part 25,4% contre 26,2% en 2010.

<sup>5</sup><http://donnees.banquemonde.org/indicateur/NY.GDP.MKTP.PP.KD?end=2013&start=2010&view=chart>

<sup>6</sup><http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPACYEM?lang=en>

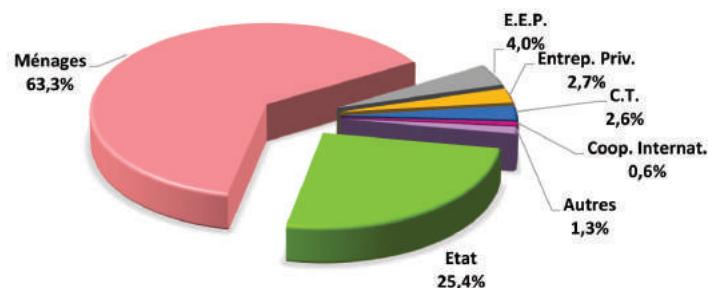
<sup>7</sup><http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIOYEM?lang=en>

<sup>8</sup><http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIOYEM?lang=en>

<sup>9</sup><http://donnees.banquemonde.org/indicateur/SH.XPD.PCAP.PP.KD>

Les parts respectives des entreprises privées et des E.E.P. sont de 2,7% et 4% contre 2,5% et 4,7% en 2010, et celle des Collectivités Territoriales a enregistré à peine 2,6% de la dépense totale de santé. La coopération internationale qui comprend la coopération multilatérale et bilatérale contribue au financement de la DTS à concurrence de 0,6%.

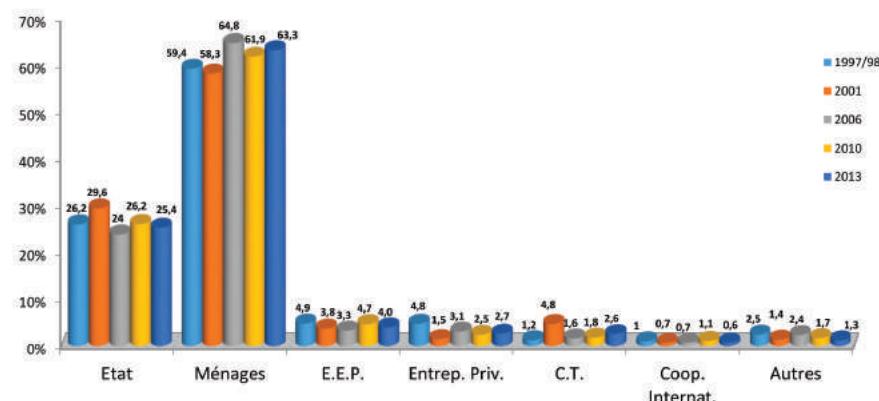
**Figure 1 : Sources de financement par type d'institution, 2013**



En analysant la répartition par source de la dépense totale de santé en 2013, on remarque, et à l'instar des autres CNS, que les ménages constituent la première source de financement. Toutefois, la part des ménages dans le financement des dépenses de santé a connu une diminution, sur la période 2010-2013, en termes de paiement direct net des remboursements de l'assurance maladie, en passant de 53,6% en 2010 à 50,7% en 2013.

Ceci dit, si on comptabilise les cotisations des ménages à l'assurance maladie, leur part a, légèrement, évolué de 61,9% en 2010 à 63,3% en 2013. Cette hausse peut être expliquée par l'augmentation de la population ayant une couverture médicale qui devient de plus en plus importante ; elle est passée de 34% en 2010 à 40% en 2013.

**Figure 2 : Evolution des sources de financement par type d'institution, 1997/98-2013**



50,7% du financement des dépenses de santé sont sous forme de paiements directs des ménages au moment de la prestation de soins.

En incluant les contributions des ménages à l'assurance maladie, le système de santé est financé à hauteur de 63,3 % par les ménages.

**Tableau 2 : Sources de financement de la santé par type d'institutions, en milliers de Dirhams, 2013<sup>10</sup>**

Institutions intermédiaires	Sources de financement							TOTAL
	Etat	Ménages	Collectivités Territoriales	Entrep. & Etab. Pub.	Entrep. Priv.	Coopération internat.	Autres	
Ministère de la Santé	10 366 048		53 989					10 420 037
Autres Ministères	1 143 891	52 860			31 586		147	1 228 483
Collectivités Territoriales			1 107 048					1 107 048
Entrep. & Etab. Pub.				350 384				350 384
Ménages		26 385 729						26 385 729
Assurances & Mutuelles	1 652 401	6 449 567	188 771	1 744 530	1 126 244		334 828	11 496 340
CNSS					242 366			242 366
Coopération internationale						323 482		323 482
Autres		21 583					365 639	448 854
	61 632							
<b>TOTAL</b>	<b>13 223 971</b>	<b>32 909 738</b>	<b>1 349 809</b>	<b>2 094 914</b>	<b>1 400 195</b>	<b>323 482</b>	<b>700 614</b>	<b>52 002 723</b>

<sup>10</sup>Les données du tableau représentent l'interaction d'un ensemble de données relatives à chaque institution. Exp : Autres Ministères-Etat englobe les fonds qui proviennent du Budget des autres ministères et qui sont dédiés aux activités de santé.

## 2.2. Sources par nature du financement

A travers l'analyse de la nature des sources de financement, il en ressort que les paiements directs des ménages constituent le principal mécanisme de financement de la santé. La mobilisation des dépenses dans ce mode de financement s'élève à 26,4 Milliards de Dirhams. Leur implication dans ce financement est cependant décroissante au fil des années, avec une participation de 50,7% en 2013 contre 53,6% en 2010. En deuxième position, viennent les ressources fiscales nationales et locales qui représentent 24,4% des dépenses totales en santé en 2013 contre 25,2% en 2010.

L'assurance maladie, qui couvre 40% de la population marocaine (contre 34% en 2010, 25% en 2006 et 16% en 2001), a mobilisé 11,7 Milliards de Dirhams, ce qui correspond à 22,4% de ces mêmes dépenses (contre 18,8% en 2010, 17% en 2006 et 16,2% en 2001).

Par conséquent, on remarque que le financement collectif de la santé à travers des mécanismes solidaires (au sens large) a connu une légère amélioration de 3 points entre 2010 et 2013, soit 47% de la DTS en 2013 contre 44% en 2010, 40% en 2006 et 44% en 2001.

**Tableau 3 : Sources par nature du financement, 2013**

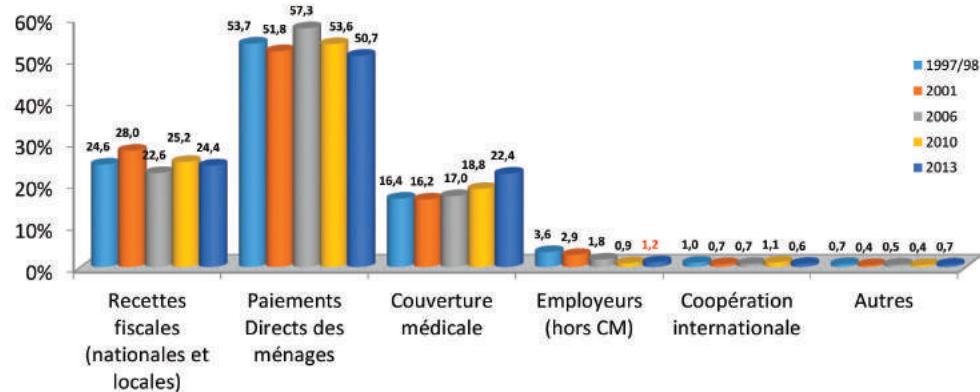
		En milliers de Dirhams	En %
Contributions à l'AMO	Etat	1 736 846	3,3
	Ménages	6 471 150	12,4
	Collectivités Locales	242 760	0,5
	Entreprises et établissements publics	1 744 530	3,4
	Entreprises privées	1 126 244	2,2
	Autres	334 828	0,6
	<b>Sous-total</b>	<b>11 656 358</b>	<b>22,4</b>
Contributions directes aux services de santé (hors AMO)	Ressources fiscales (Budget)	11 571 570	22,3
	Collectivités Territoriales	1 107 048	2,1
	Employeurs	592 750	1,2
	Coopération Internationale	323 482	0,6
	Ménages	26 385 729	50,7
	Autres	365 786	0,7
	<b>Sous-Total</b>	<b>40 346 365</b>	<b>77,6</b>
<b>Total</b>		<b>52 002 723</b>	<b>100,0</b>

Les employeurs (hors contributions à la couverture médicale) et la coopération internationale financent respectivement 1,2% et 0,6% de la DTS en 2013. Les autres sources apportent 0,7% du financement du système de santé.

Il est à noter que les réserves techniques et les réserves de sécurité ainsi que les excédents des organismes gestionnaires de l'assurance maladie ne sont pas prises en compte dans le calcul de la dépense totale de santé.

Aussi, dans le cadre de la CMB, le financement du RAMED est inconnu mais il est inclus dans les ressources fiscales à travers le budget du MS.

**Figure 3: Evolution des sources par nature de financement, 1997/98- 2013**

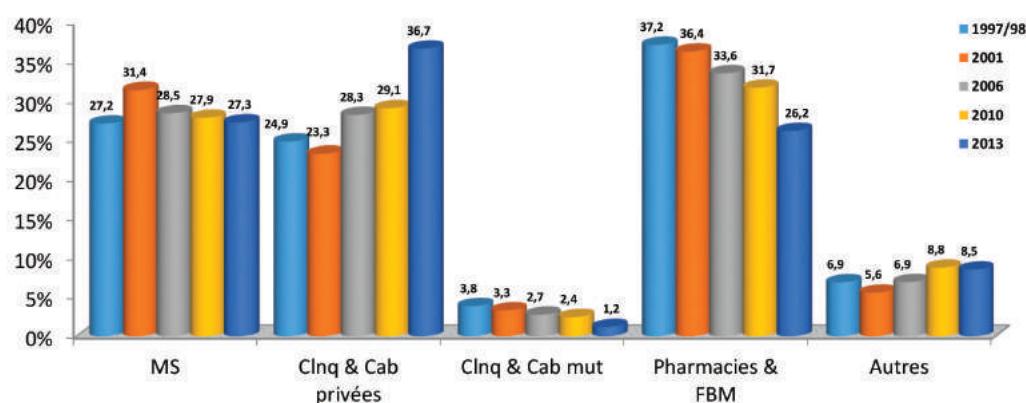


### 3. Répartition des ressources financières entre les prestataires du système national de santé

L'analyse des données montre que les ressources financières mobilisées par le système national de santé en 2013 (52 Milliards de Dirhams) sont essentiellement dirigées vers les Cliniques et Cabinets privés avec 36,7% en 2013 contre 29,1% en 2010 : 23,2% (16,6% en 2010) pour les cabinets privés (y compris les laboratoires d'analyses et les cabinets de radiologie) et 13,5% (12,5% en 2010) pour les cliniques privées..

En revanche, le MS ne bénéficie que de 27,3% du financement du système national de santé malgré le fait qu'il offre plus des trois quarts de la capacité litière du pays.

**Figure 4 :Evolution des flux Financiers vers les prestataires, 1997/98-2013**



Les cliniques et cabinets mutualistes (y compris les polycliniques de la CNSS) bénéficient de 1,2% de la DTS.

Jusqu'en 2010, les pharmacies et les fournisseurs de biens médicaux bénéficiaient de la plus importante part de la DTS ; celle-ci s'élevait au tiers de cette dépense. En 2013, ces prestataires occupaient la troisième position avec une proportion de 26,2% de la DTS contre 31,7% en 2010 ; soit une diminution annuelle de 3,5% entre 2010 et 2013 contre une augmentation de 8,3% et 10,2% respectivement entre les périodes 2001-2006 et 2006-2010.

Il est à noter que les dépenses en pharmacies et les fournisseurs de biens médicaux, mentionnée ici, ne concerne que la consommation privée de médicaments au Maroc. Par conséquent, les autres dépenses en médicaments qui sont utilisés dans les soins hospitaliers et ambulatoires au niveau des infrastructures sanitaires ne sont pas comptabilisées dans ce poste de dépense.

**Tableau 4 : Flux financiers entre les institutions intermédiaires de financement et les prestataires, en milliers de Dirhams, 2013**

Prestataires	Institutions intermédiaires									
	Ministère de la Santé	Autres Ministères	Collectivités Locales	Entrep. & Etab. Pub.	Ménages	Assurances & Mutuelles	CNSS	Coopération Internationale	Autres	TOTAL
Ministère de la Santé	10 330 509	643 126	330 936	0	1 598 848	608 255	0	306 952	391 118	14 209 744
Hôpitaux (y compris CHU)	5 534 269	635 935	25 504		1 482 236	553 513	136 685	209 667		8 577 807
ILN	295 373	5 697			78 843	50 981	5 335	131 728		567 957
ESSP	3 438 890	1 494	292 835		37 770	3 761	158 234	46 466		3 979 449
Administration Centrale et provinciale	1 061 977	0	12 598				6 699	3 257		1 084 530
Autres Ministères	1 585	567 305	0	0	0	0	0	0		568 891
Prestataires	1 585	351 430					0			353 016
Administration		215 875								215 875
Adm. des Assurances & Mutuelles					1 048 960		0	57 736		1 106 695
Collectivités Locales	50 751	18 052	733 805				0			802 609
Offices & Etab. Pub.			350 384							350 384
Cliniques privées				3 798 516	3 221 809					7 020 325
Cliniques & cabinets mutualistes (y compris CNSS)				29 025	345 522	242 366				616 913
Cabinets privés (y compris Lab et Radio)				9 569 777	2 512 132		0			12 081 909
Pharmacies et fournisseurs de biens médicaux				10 669 260	2 962 621					13 631 881
Agents de la médecine traditionnelle				436 841						436 841
ONG	31 855	32 062				16 435	0			80 352
Autres prestataires	5 336	10 246	283 462	797 040		95	0			1 096 178
<b>TOTAL</b>	<b>10 420 037</b>	<b>1 298 483</b>	<b>1 107 048</b>	<b>350 384</b>	<b>26 385 729</b>	<b>11 496 340</b>	<b>242 366</b>	<b>323 482</b>	<b>448 854</b>	<b>52 002 723</b>

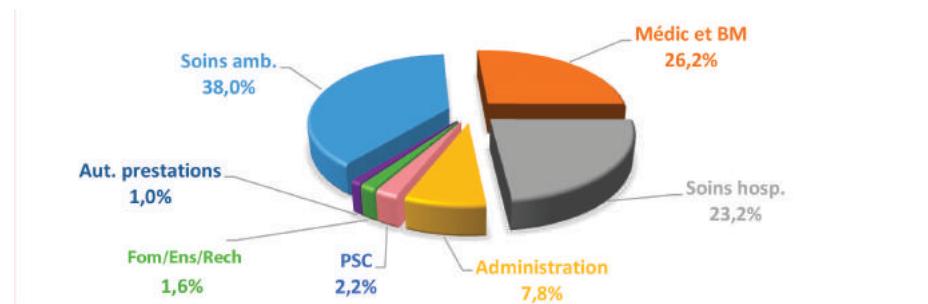
#### 4. Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires

Les fonctions sont les types de biens et services fournis et les activités réalisées dans le champ délimité des comptes de santé.

La classification fonctionnelle laisse apparaître une prépondérance de l'orientation des dépenses vers les soins ambulatoires pour lesquels le système national de santé consacre 38% de ces dépenses en 2013, contre 29,4% en 2010.

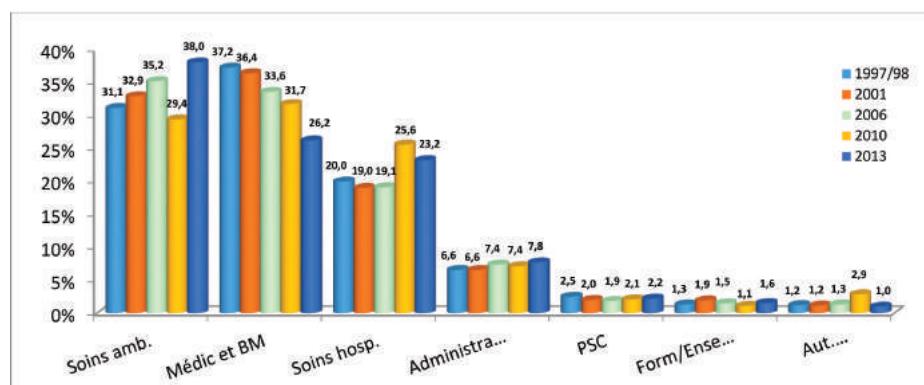
Les médicaments et biens médicaux bénéficient à hauteur de 26,2% des dépenses du système national de santé, contre 31,7% en 2010. Les soins hospitaliers accaparent 23,2%, contre 25,4% en 2010. La part des dépenses allouées à la prévention sanitaire collective (Contrôle de la qualité de l'eau potable, Information, éducation et communication, etc.) reste quasiment inchangée et atteint à peine 2,2% de la dépense totale de santé contre 2,1% en 2010.

**Figure 5: Classification fonctionnelle des dépenses de santé, 2013**



A travers le graphique, on constate que le poids de l'administration du système de santé est de 7,8% en 2013, contre 7,4% en 2010, cette part est resté quasiment stable entre 2010 et 2013. On peut tirer le même constat également pour la part de la formation, la recherche et l'enseignement qui n'a pas changé depuis 1997/98 ; et reste en dessous de 2%. En 2013, elle est de 1,6% de la DTS contre 1,1% en 2010.

**Figure 6 : Évolution de la structure des dépenses par type de prestations, 1997/98-2013**



**Tableau 5 : Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires du système de santé, en milliers de Dirhams, 2013**

	Prestataires									
	Ministère de la Santé					Autres Ministères				Adm. des Assurances & Mutuelles
	Hôpitaux (y compris CHU)	ICLN	ESSP	Administra- tion Centrale et provin- ciale	Total	Prestataires	Administra- tion	Total		
Consomma- tion médicale (y compris investisse- ments)	<b>6 867 821</b>	<b>209 403</b>	<b>3 620 819</b>	<b>0</b>	<b>10 698 044</b>	<b>107 332</b>	<b>0</b>	<b>107 332</b>	<b>0</b>	
Soins hospi- taliers	5 488 325			0	5 488 325			0		
Soins ambu- latoires	1 379 496	209 403	3 620 819		5 209 719	107 332		107 332		
Pharmacie					0			0		
Biens médi- caux					0			0		
Médecine traditionnelle					0			0		
Prévention sanitaire collective	0	138 227	291 914		430 141	245 419		245 419		
Formation / Recherche / Enseignement	573 661	100 041	44 003		805 617	0		0		
Administration	1 048 253	120 286	8 364	1 084 530	2 261 434	265	215 875	216 140	1 106 695	
Autres presta- tions	160		14 348		14 509			0		
<b>Sous Total</b>	<b>8 577 807</b>	<b>567 957</b>	<b>3 979 449</b>	<b>1 084 530</b>	<b>14 209 744</b>	<b>353 016</b>	<b>215 875</b>	<b>568 891</b>	<b>1 106 695</b>	

**Tableau 5 (suite) : Classification fonctionnelle des dépenses des prestataires du système de santé, en milliers de Dirhams, 2013**

	Prestataires										
	Collectivités Locales	Offices & Etab. Pub.	Cliniques privées	Cliniques & cabinets mutuallistes (y compris CNSS)	Cabinets privés (y compris Lab et Radio)	Pharmacies et fournisseurs de biens médicaux	Agents de la médecine traditionnelle	ONG	Autres prestataires	Ensemble	
Consommation médicale (y compris investissements)	<b>82 048</b>	<b>219 384</b>	<b>7 020 325</b>	<b>616 913</b>	<b>12 081 909</b>	<b>13 631 881</b>	<b>436 841</b>	<b>088 1</b>	<b>1 007 790</b>	<b>45 903 555</b>	
Soins hospitaliers	0	59 492	5 258 086	571 421	0			0	702 935	12 079 489	
Soins ambulatoires	82 048	159 962	1 762 239	45 492	12 081 909			088 1	305 555	19 755 343	
Pharmacie						12 904 410				12 904 410	
Biens médicaux						727 471				727 471	
Médecine traditionnelle						436 841				436 841	
Prévention sanitaire collective	268 891	131 000				909 66		8 480	1 150 841		
Formation / Recherche / Enseignement	321 2	0			0			0		807 938	
Administration	449 348	0				12 356		1 765	4 047 738		
Autres prestations						0		78 142	92 651		
<b>TOTAL</b>	<b>802 609</b>	<b>350 384</b>	<b>7 020 325</b>	<b>616 913</b>	<b>12 081 909</b>	<b>13 631 881</b>	<b>436 841</b>	<b>80 352</b>	<b>1 096 178</b>	<b>52 002 723</b>	

## CHAPITRE 2 : FINANCEMENT DE LA SANTE PAR LES MENAGES

Dans la région de la Méditerranée orientale et d'après l'organisation mondiale de la santé, la part des paiements directs des ménages pour la santé reste à un niveau inacceptable, pouvant atteindre 80%<sup>11</sup> dans certains pays. De ce fait, plus de 150 Millions de personnes dans le monde sont confrontés chaque année à des dépenses catastrophiques suite à des problèmes de santé, et près de la moitié sont poussés vers la pauvreté, en raison des paiements directs dont ils doivent s'acquitter pour les services de santé.

Selon les résultats de l'Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages 2013/2014, la structure de la dépense a connu des changements significatifs dans les tendances du mode de vie et de consommation des ménages. Ainsi, l'hygiène et soins médicaux» est le troisième poste de dépense qui a connu une augmentation significative au cours de la période (2007-2014). En effet, les dépenses consacrées à ce poste ont évolué de 71,3% au cours de la même période, en passant de 809 DH à 1 386 DH/personne/an. Le poids de ce poste dans le budget global du ménage est passé de 7,2% à 8,7%.

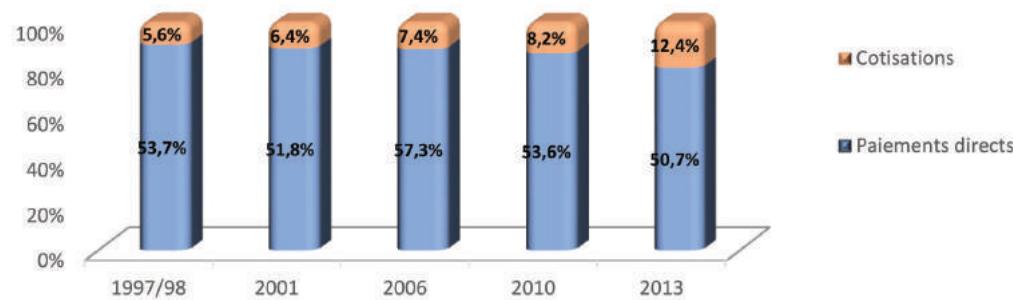
Dans le but d'estimer la dépense directe des ménages en santé au courant de l'année 2013 et pour mieux apprécier la part de cette dépense dans la dépense totale de santé on s'est basé, cette fois, sur les données de l'Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages 2013/2014, réalisée par le Haut-commissariat au plan.

### 1. Participation des ménages au financement du système de santé

La part des dépenses des ménages dans les dépenses totales de santé est passée de 61,9% en 2010 à 63,3% en 2013. Cette augmentation est due à l'évolution de la part des cotisations versées aux organismes gestionnaires de l'assurance maladie de l'ordre de 4,2 points entre 2010 et 2013, en passant de 8,2% à 12,4% durant cette période.

En revanche, la part des dépenses directes des ménages dans la DTS s'est légèrement améliorée. Cette dernière a enregistré un taux 50,7% en 2013 contre 53,6% en 2010. En valeur, les dépenses directes des ménages ont augmenté annuellement de 3% durant la période 2010-2013 contre 9,9% entre 2006 et 2010.

**Figure 7: Evolution de la composition des dépenses des ménages en santé, 1997/98-2013**



<sup>11</sup> OMS, Discussion technique : vers une couverture universelle 2011-2015.

En valeur, les dépenses directes des ménages en 2013 représentent 3,3 fois les dépenses en 1997/98. Elles sont passées respectivement de 8 Milliards de Dirhams en 1997/98 à 26,4 Milliards de Dirhams en 2013 soit approximativement une augmentation annuelle moyenne de l'ordre de 8%. Les mêmes dépenses ont augmenté tout en passant de 25,6 Milliards de Dirhams à 26,4 Milliards de Dirhams entre 2010 et 2013.

Aussi, la dépense directe des ménages par habitant n'a pas changé entre 2010 et 2013 (soit 801 dh/habitant en 2013 contre 802 dh/habitant en 2010).

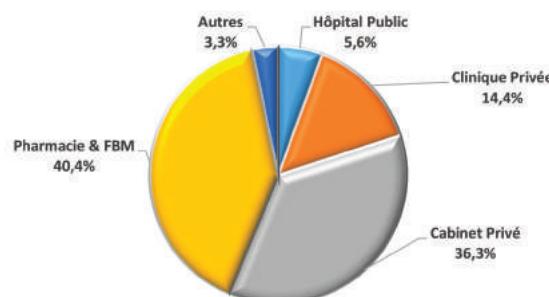
## 2. Structure des dépenses des ménages par prestataire

La structure des dépenses directes des ménages par prestataire pour l'année 2013 est similaire à celle enregistrée lors des CNS 1997/98, 2001, 2006 et 2010. Cependant, en 2013, la part destinée à l'achat des médicaments et des biens médicaux a significativement baissé, elle a atteint 40,4% contre 50% en 2010. Ces dépenses sont effectuées auprès des pharmacies et des fournisseurs de biens médicaux ; en outre, les médicaments administrés en cours d'hospitalisations médicales et chirurgicales sont dilués dans ces prestations.

Les dépenses relatives aux cabinets privés viennent en deuxième position. Les cabinets privés avec 36,3%, suivis des cliniques privées avec 14,4%.

Les structures de soins publiques attirent 5,6 % des dépenses directes des ménages en 2013 contre 4,4 % en 2010. Ceci montre une certaine réconciliation des citoyens avec les hôpitaux publics.

**Figure 8 : Structure des dépenses des ménages par prestataire, 2013**



## 3. Classification des dépenses des ménages par type de prestation

L'analyse des dépenses directes des ménages par type de prestation, en 2013, montre que les dépenses en médicaments et biens médicaux accaparent la majorité de ces dépenses, soit 40,4%. Ce constat peut s'expliquer par le recours de plus en plus important de la population à l'automédication, qui se manifeste entre autres par la consultation auprès des professionnels des officines.

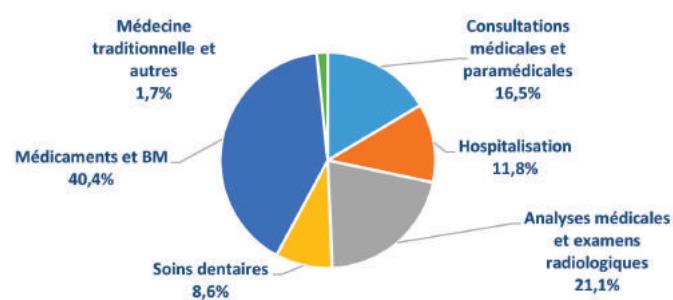
La diminution significative de la part des médicaments et des biens médicaux dans les DDM peut être expliquée par l'extension de la population ayant une couverture médicale qui a atteint 40% en 2013 contre 33,7 % en 2010 ; et aussi à la généralisation du RAMED en mars 2012. Ceci, a amélioré l'accès aux médicaments avec des coûts moindres, soit en recevant un remboursement auprès

des gestionnaires de l'assurance maladie ou en les recevant gratuitement au niveau des structures publiques pour les RAMED<sup>istes</sup>.

S'agissant des dépenses directes des ménages pour l'hospitalisation, elles ont enregistré une diminution en passant de 15,9 % en 2010 à 11,8% en 2013.

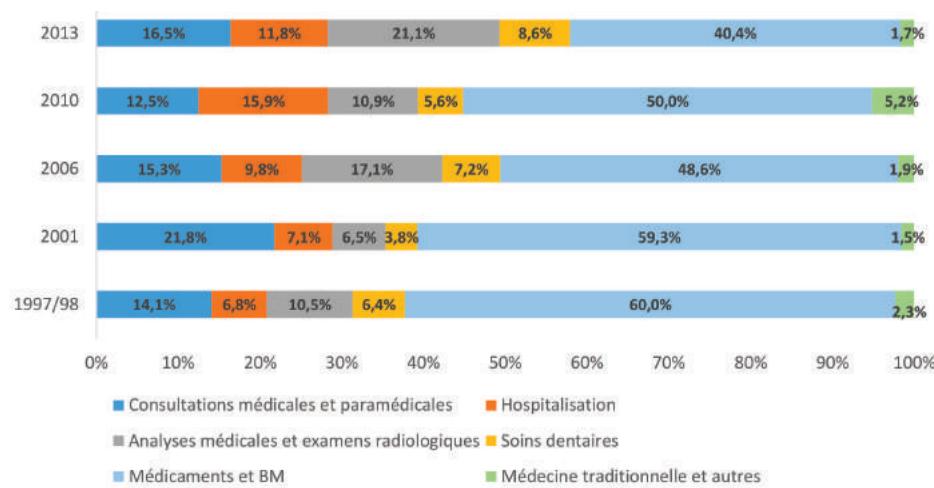
Toutefois, le recours des ménages aux consultations médicales et paramédicales a connu une augmentation d'environ 4 points en passant de 12,5 % en 2010 à 16,5% en 2013. Cette augmentation pourrait s'expliquer essentiellement par la transition épidémiologique et par la tendance de la population vers le vieillissement et ses influences sur la santé.

**Figure 9 : Répartition des dépenses des ménages par type de prestation, 2013**



Les dépenses liées aux soins dentaires représentent 8,6% des dépenses directes des ménages en 2013, alors qu'elles étaient de l'ordre de 5,6% en 2010. Quant aux dépenses relatives aux analyses médicales et examens radiologiques, elles sont de l'ordre de 21,1 % en 2013 enregistrant une augmentation remarquable par rapport à l'année 2010 où elles étaient à 10,9%. En ce qui concerne les dépenses pour la médecine traditionnelle, leur part a chuté à 1,7 % en 2013 contre 5,2 % en 2010.

**Figure 10 : Evolution des dépenses des ménages par type de prestation, 1997/98-2013**

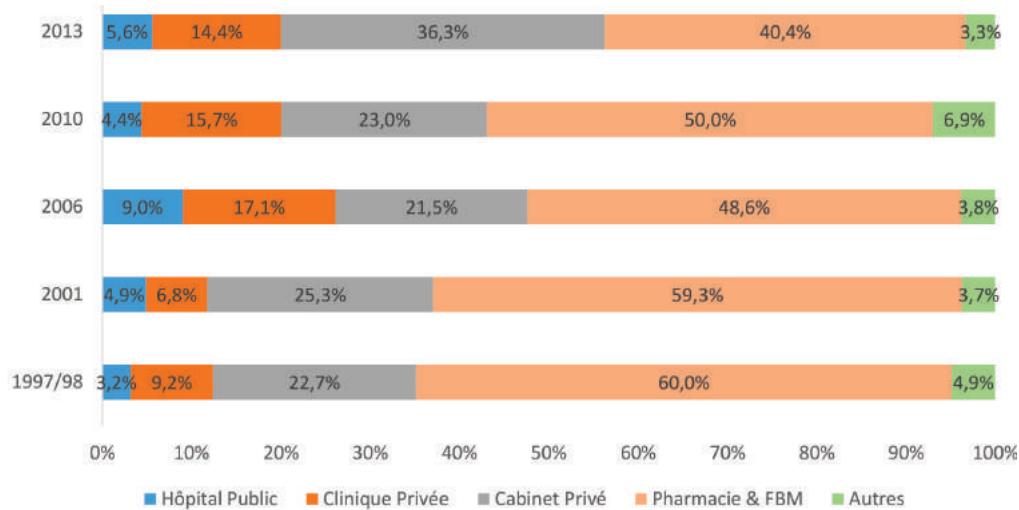


Durant la période 1997/98-2013, la part des dépenses en médicaments et biens médicaux n'a pas cessé de se rétrécir, mais continue toujours à occuper la première position dans les dépenses directes des ménages.

Le deuxième type de prestations dont la part a fortement augmenté concerne les analyses biologiques et les examens radiologiques ; ce type de prestations occupe la deuxième position suivi par les consultations médicales et paramédicales. Cette situation s'explique par l'accès de la population de plus en plus aux soins ambulatoires suite à l'extension progressive de l'assurance maladie et l'amélioration de la disponibilité des infrastructures sanitaires, d'une part, et à l'intérêt que porte les individus à l'amélioration de leur état de santé, d'autre part.

La part des soins dentaires a connu un rythme évolutif depuis 2001 en passant de 3,8 % à 8,6 % en 2013, et ce grâce à l'AMO et l'amélioration des taux de remboursement des gestionnaires de l'assurance maladie pour ce type de soins.

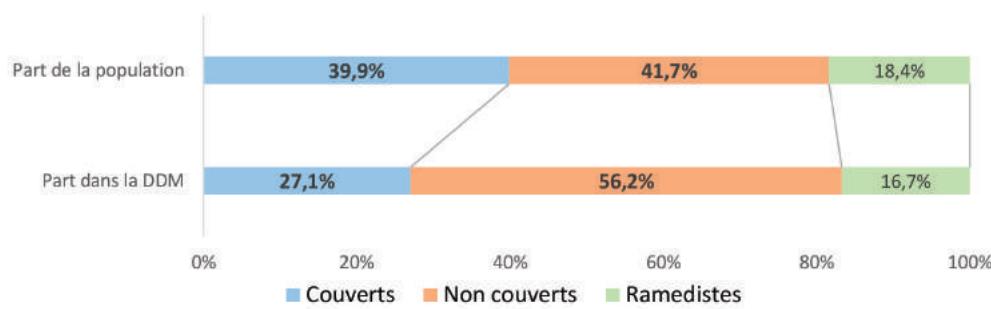
**Figure 11 : Dépenses directes des ménages selon les différentes prestations fournies chez les divers prestataires, 2013**



#### 4. Participation des RAMED<sup>istes</sup> au financement de la santé

En 2013, les dépenses directes en santé des RAMED<sup>istes</sup> s'élèvent à 4,58 Milliards de Dirhams, soit une dépense moyenne de 757 Dirhams par personne (contre 543 Dirhams par personne ayant une assurance maladie et 1066 Dirhams par personne ne disposant d'aucune couverture médicale). Cette dépense représente 16,7% de la dépense directe des ménages.

**Figure 12 : Répartition de la population et des dépenses directes des ménages par type de couverture médicale, 2013**

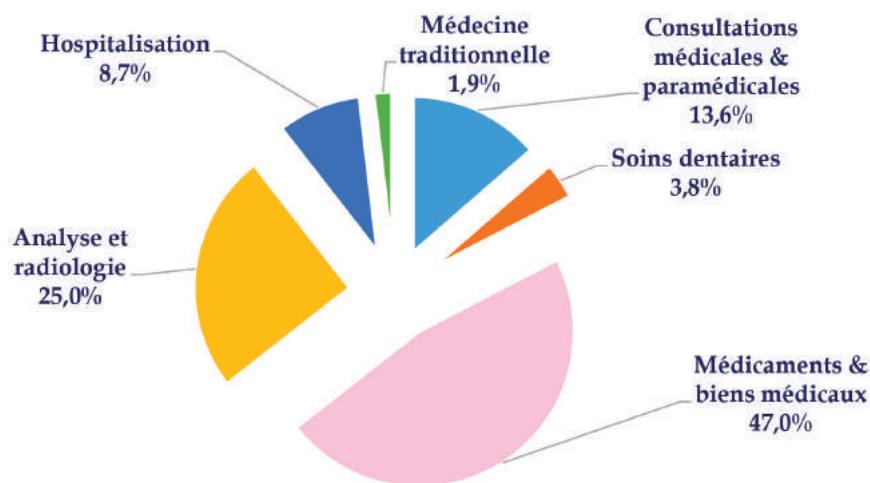


A noter que cette dépense inclut uniquement les paiements des prestations de soins auprès des différents prestataires, elle n'englobe pas les contributions des RAMED<sup>istes</sup> vulnérables.

#### 4.1. Répartition des dépenses directes des RAMED<sup>istes</sup> par prestation

Les dépenses des RAMED<sup>istes</sup> sont réparties à raison de 47% pour les médicaments et biens médicaux, suivi du poste analyses et radiologies et celui des consultations médicales et paramédicales qui représentent respectivement 25% et 13,6% de la dépense directe des RAMED<sup>istes</sup>. Le reste de la dépense est partagé entre les hospitalisations ( 8,7%), les soins dentaires (3,8%) et la médecine traditionnelle (1,9%).

**Figure 13: Répartition des dépenses directes des RAMED<sup>istes</sup> par prestation, 2013**



L'analyse du graphique ci-dessus, fait ressortir que la population des RAMED<sup>istes</sup>, dépensent plus dans le poste médicaments et biens médicaux (47%), et ce malgré la gratuité des médicaments offerts dans les centres de santé et hôpitaux publics.

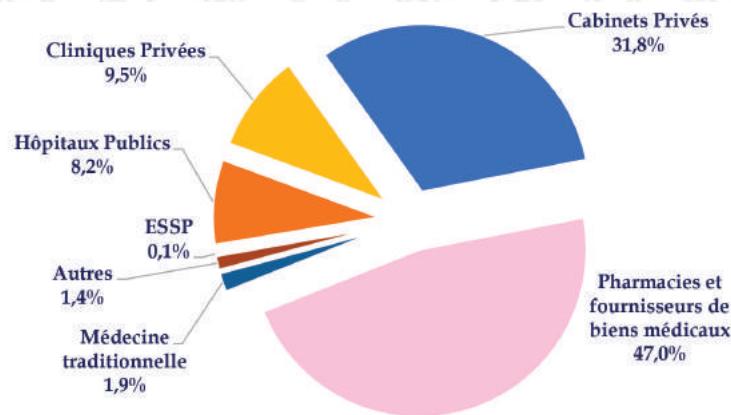
Le deuxième poste de consommation revient aux analyses et radiologies pour une part de 25%. Ce chiffre est expliqué encore par le recours de cette population aux structures privées, pour se procurer des soins.

#### 4.2. Répartition des dépenses directes des RAMED<sup>istes</sup> par prestataire

Les dépenses directes des RAMED<sup>istes</sup> sont essentiellement opérées dans les pharmacies et auprès des fournisseurs des biens médicaux qui représentent 47% des versements directs et dans les cabinets et cliniques privées pour une part de 41,3% de ces dépenses.

Par ailleurs, 8,3% des dépenses des RAMED<sup>istes</sup> se font au niveau des hôpitaux publics, suivi des fournisseurs de la médecine traditionnelle avec une part de 1,9%.

**Figure 14 : Répartition des dépenses directes des RAMED<sup>istes</sup> par prestataire, 2013**



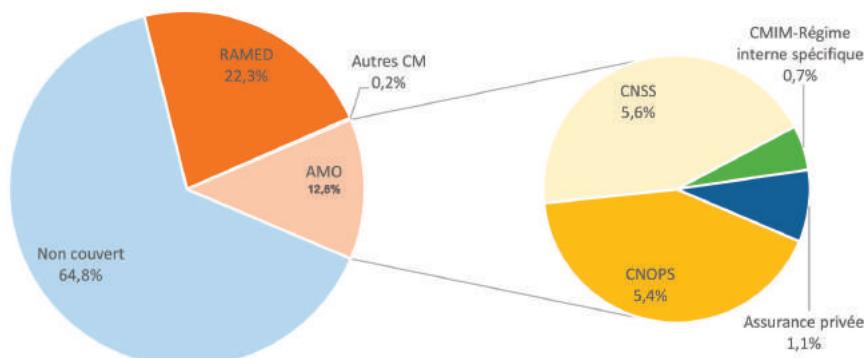
D'après le graphique, ci-dessus, on constate que la dépense directe en santé de la population bénéficiaire du Ramed, est drainée pour une grande partie vers le secteur privé (88,3%).

La part la plus importante profite aux médicaments et biens médicaux, ceci peut être expliqué par l'insuffisance des médicaments pour répondre aux besoins de la population au sein des hôpitaux du secteur public. Les cabinets privés profitent de 31,8% notamment pour les prestations relatives aux analyses et radiologies à cause de la pression accrue observée quant aux services auxiliaires (analyses et radiologies) au niveau des hôpitaux publics, après la généralisation du Ramed, mais aussi aux rendez vous assez lointain. D'où la nécessité de doter davantage les hôpitaux publics en produits pharmaceutiques, matériel technique (analyse et radiologie), et ressources humaines nécessaires au bon fonctionnement de ces unités.

#### 4.3. Répartition des dépenses directes des Ménages en médicaments et biens médicaux par type de couverture médicale

En 2013, la part des dépenses directes des RAMED<sup>istes</sup> en médicaments et biens médicaux, représente 22,3% du total des dépenses directes des ménages dans ce poste, classé en deuxième rang après la population qui ne bénéficie d'aucun type de couverture médicale avec une part de 64,8%.

**Figure 15 : Répartition des dépenses directes des ménages en médicaments et Biens médicaux par type de couverture médicale, 2013**



La part des dépenses directes en médicaments et BM effectuées par la population de l'ensemble des régimes de l'assurance maladie obligatoire (AMO) représente 12,8%.

Ce constat, interpelle à nouveau le gouvernement à approvisionner davantage le secteur public en médicaments et biens médicaux et de développer le partenariat public/privé en cette matière, et ce pour permettre à la population des ramedistes de se procurer de cette prestation et de diminuer ainsi, leur dépense en santé, sachant qu'il s'agit d'une population très fragile et qui risque le basculement dans l'appauprissement.

En conclusion, on peut noter, que les dépenses directes en santé des RAMED<sup>istes</sup>, telles qu'elles sont décrites en haut, ne mettent pas en cause les efforts déployés par le MS en matière d'accès de cette population aux soins. Ainsi, les RAMED<sup>istes</sup> bénéficient gratuitement d'un panier élargi des prestations, notamment leur prise en charge dans les cas des affections de longue durée et celles lourdes et couteuses. Donc, la prise en charge de cette population dans le secteur public minimise le risque d'effectuer des dépenses catastrophiques en santé et de s'appauprir encore.

### **CHAPITRE 3 : FINANCEMENT DE LA SANTE PAR LE MINISTERE DE LA SANTE**

En 2013, la contribution du MS au financement de la santé s'élève à 20% contre 21% en 2010. Cependant, malgré les ressources supplémentaires injectées dans le secteur, le budget du MS reste toujours insuffisant. Par ailleurs, l'année 2013 a été caractérisée par le gel de l'utilisation de 33% du budget d'investissement soit environ 645 Millions de Dirhams, et ce, suite à des mesures de restriction adoptées par le gouvernement en milieu d'exercice.

En tant que prestataire, le MS est le producteur principal des soins de santé. En effet, en 2013, le MS compte 76,7% de la capacité litière hospitalière nationale, 48% des médecins, l'écrasante majorité des paramédicaux, 11% des chirurgiens-dentistes et 3 % des pharmaciens.

#### **1. Budget du Ministère de la Santé**

##### **1.1. Niveau du budget du Ministère de la Santé**

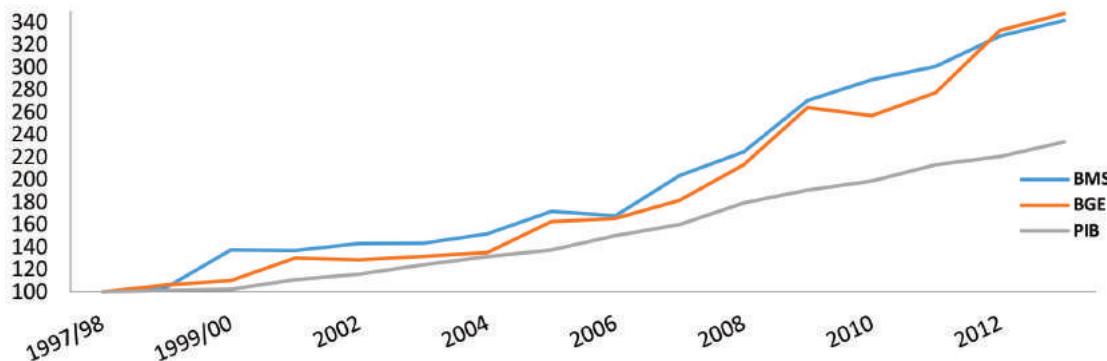
La préparation du budget du MS au titre de l'année 2013, s'est effectuée dans le cadre des priorités fixées dans le plan d'action 2012-2016 d'une part, et selon les orientations et engagements du gouvernement pour le développement du secteur de la santé d'autre part.

Le budget ouvert par la Loi de finances de l'année 2013 au profit du MS a atteint 12,4 Milliards de Dirhams (avant d'appliquer les mesures restrictives), soit 375 Dirhams par habitant. Cette enveloppe représente 4,8% du budget général de l'Etat et 1,4% du PIB. Ce budget, est répartit à raison de 10,4 Milliards de Dirhams au titre du budget de fonctionnement (62% pour le chapitre du personnel et 38% pour le chapitre du matériel et dépenses diverses), et de 2 Milliards de Dirhams au titre du budget d'investissement. Ainsi, le budget de fonctionnement s'accapare la part la plus importante du budget du MS, soit 84%.

## 1.2. Evolution du budget du Ministère de la Santé

D'après le graphique, ci-après, on constate que l'évolution de l'indice du budget du Ministère de la Santé a dépassé celle des indices du budget de l'Etat et du PIB entre les années 1997 et 2010, contre une inversion de tendance en 2012 et 2013 où l'indice du budget de l'Etat a dépassé celui du budget du MS.

**Figure 16 : Evolution des Indices du budget du Ministère de la Santé, du budget général de l'Etat et du PIB, 1997/98-2013**



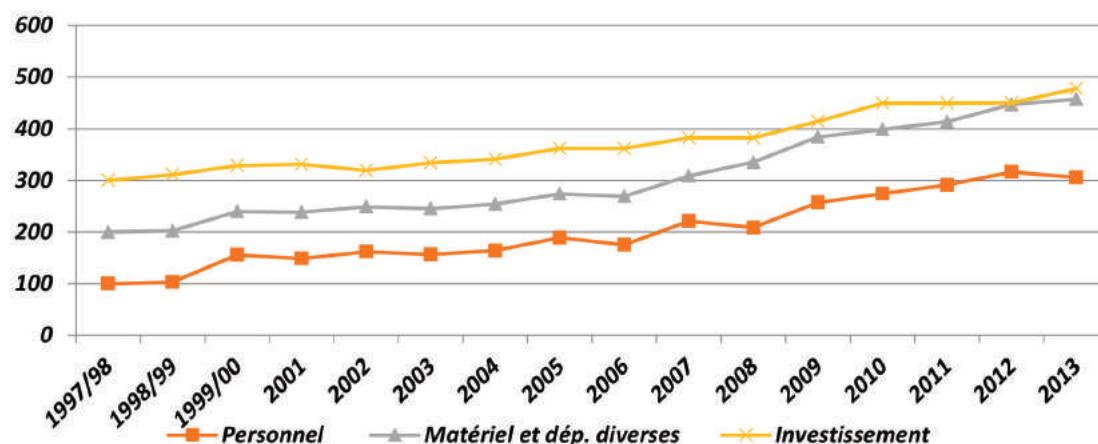
Source : HCP, Bulletin officiel.

Aussi, le budget du MS par habitant est passé de 199 Dirhams en 2006, 328 Dirhams en 2010 pour atteindre 375 Dirhams en 2013, soit une augmentation annuelle moyenne de 5% sur la période 2010-2013 contre une augmentation annuelle moyenne de 13% sur la période 2006-2010.

Ainsi, on constate qu'au titre de l'année 2013, le budget du Ministère de la Santé a connu une augmentation de 18% par rapport à celui de l'année 2010, soit une augmentation moyenne annuelle de 6%.

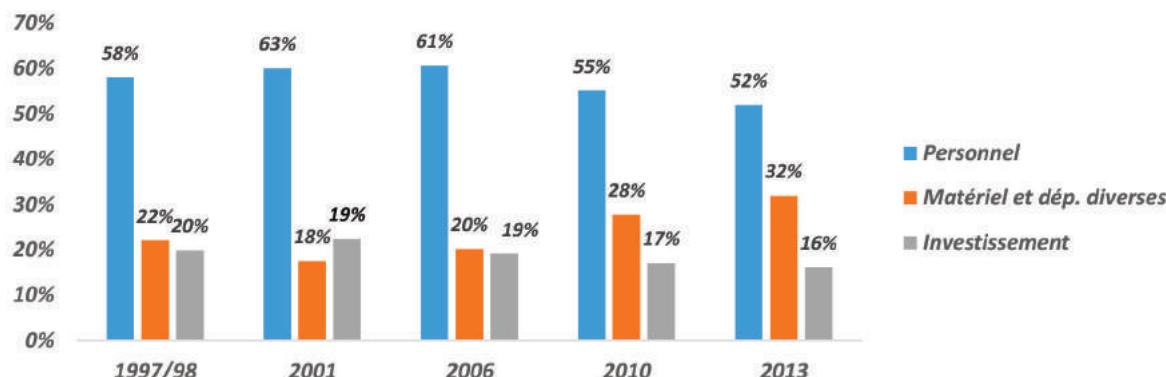
Depuis 1997/98, les indices des budgets dédiés aux personnel, matériel et dépenses diverses et investissement ont évolué respectivement de 11%, 36% et de 11% entre 2010 et 2013.

**Figure 17 : Evolution des indices des différents chapitres du budget du Ministère de la Santé, 1997/98-2013**



L'analyse du graphique, ci-après, montre que la part du budget réservée au chapitre « Matériel et Dépenses Diverses » est passée de 28% en 2010 à 32% en 2013 du total du budget du MS au détriment du chapitre « Investissement » et « Personnel » qui ont connu des baisses respectives de 1 point et de 3 points par rapport à 2010.

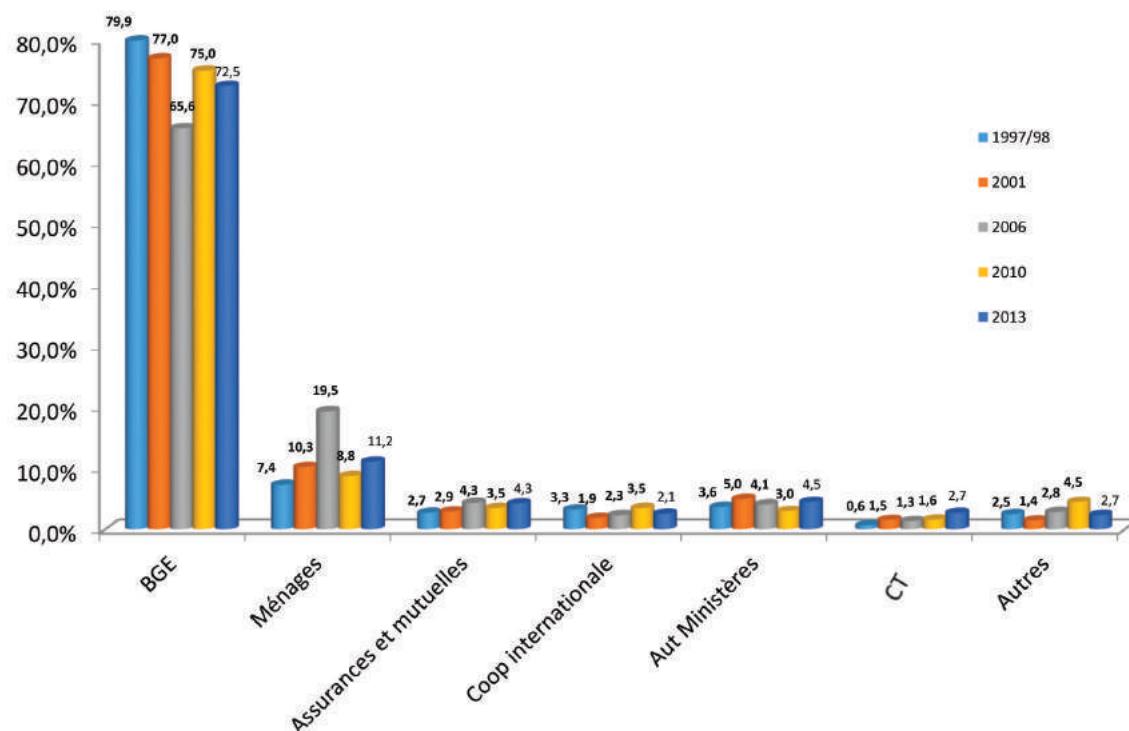
**Figure 18 : Evolution des parts des différents chapitres du budget du Ministère de la Santé, 1997/98-2013**



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

Le budget de l'Etat est considéré comme la source principale de financement des activités du MS. En effet, au titre de l'année 2013, ce budget représente 72,5% de l'ensemble des ressources de ce département, contre 75% en 2010. La deuxième source de financement en termes d'importance revient aux ménages qui financent à raison de 11,2% (soit 49 Dirhams/habitant), alors que cette part était de 8,8% en 2010.

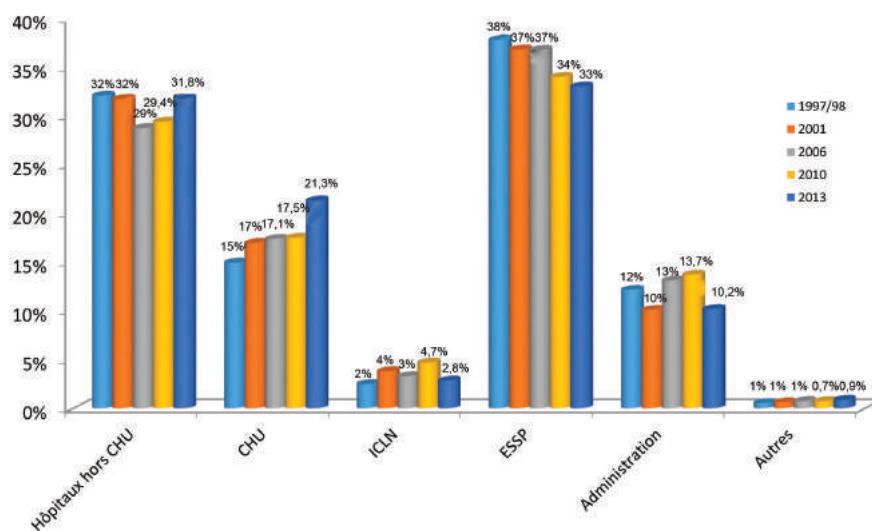
**Figure 19 : Evolution des sources de financement des activités du Ministère de la Santé, 1997/98-2013**



### 3. Structure des dépenses du Ministère de la Santé par niveau

Comme le montre le graphique ci-dessous, les dépenses de MS en 2013, sont ventilées comme suit : 53,1% alloués aux hôpitaux (21,3% aux CHU et 31,8% au reste des hôpitaux) contre 33% au réseau des établissements de soins de santé primaires (RESSP). Les Instituts, Centres et Laboratoires Nationaux, qui représentent essentiellement des activités de soutien aux programmes et à la formation, bénéficient de 3% seulement de ces allocations. L'administration centrale et locale, quant à elle, accapare 10% des dépenses du MS, contre 14% en 2010.

**Figure 20 : Evolution de la structure des dépenses du Ministère de la Santé par niveau**



L'analyse du graphique, montre que les crédits budgétaires dépensés par le MS en 2013 par structure comparés à l'année 2010, sont comme suit :

- Les parts des dépenses du MS au niveau des hôpitaux publics et CHU, ont connu une évolution positive, soit respectivement une augmentation de 2,4% et 3,8% entre 2010 et 2013.
- Les dépenses du MS pour le réseau de soins de santé primaire, des Instituts Centres et Laboratoires Nationaux et de l'Administration ont connu entre 2010 et 2013 une légère baisse en termes de représentativité du budget du MS, soit respectivement une baisse de 1 point, 1,9 et 3,5 points pour la même période.

### 4. Classification des dépenses du Ministère de la Santé

#### 4.1. Classification économique

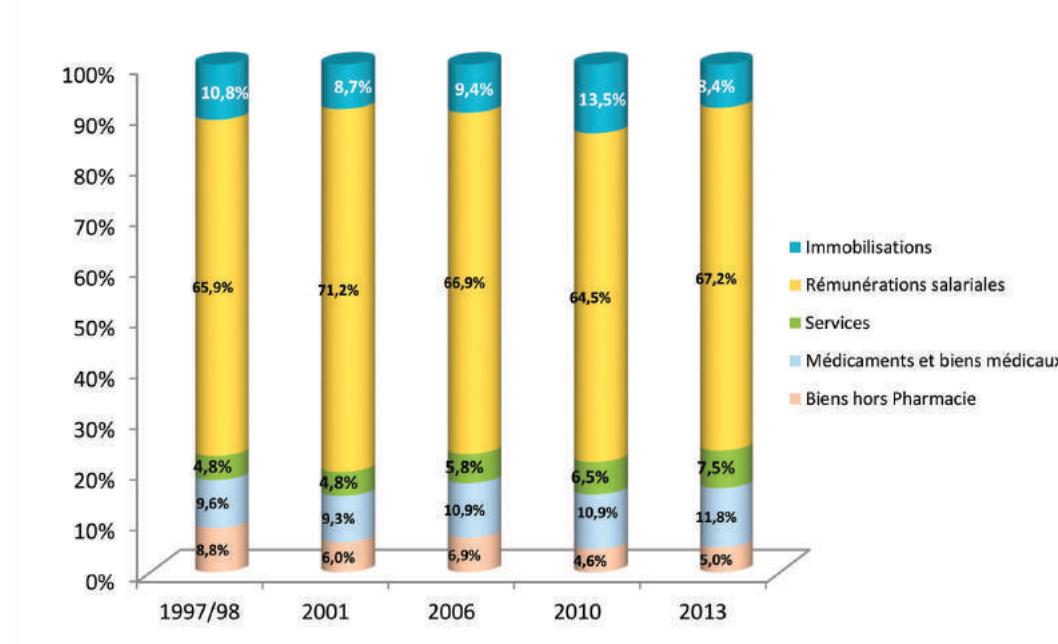
La classification économique de l'ensemble des dépenses du MS en 2013, par catégorie des dépenses, fait ressortir les résultats suivants :

- Le poids des rémunérations salariales demeure très élevé et représente 67,2% contre 64,5% en 2010. En valeur, les dépenses en personnel ont connu une évolution de 11% entre 2010 et 2013.
- Le MS a mobilisé près de 8,4% de ses dépenses à l'acquisition d'immobilisations diverses (terrains, constructions, véhicules, équipements...). Comparé à l'année 2010, la part de ce

poste a connu une baisse de 5,1 points. Il est à noter qu'en valeur, ce poste a enregistré aussi une régression de 33% entre 2010 et 2013.

- Le reste des dépenses, qui est de 23,3% des dépenses du MS, représente les biens et services que le département s'est procuré durant l'année 2013. Ainsi, on enregistre que les médicaments et autres biens médicaux représentent ensemble 11,8% et les services 7,5%. Les biens hors médicaments et biens médicaux ne représentent que 5% des dépenses du MS et concernent essentiellement les biens d'alimentation, les produits énergétiques et les gaz médicaux.

**Figure 21 : Evolution de la classification économique des dépenses du Ministère de la Santé, 1997/98-2013**

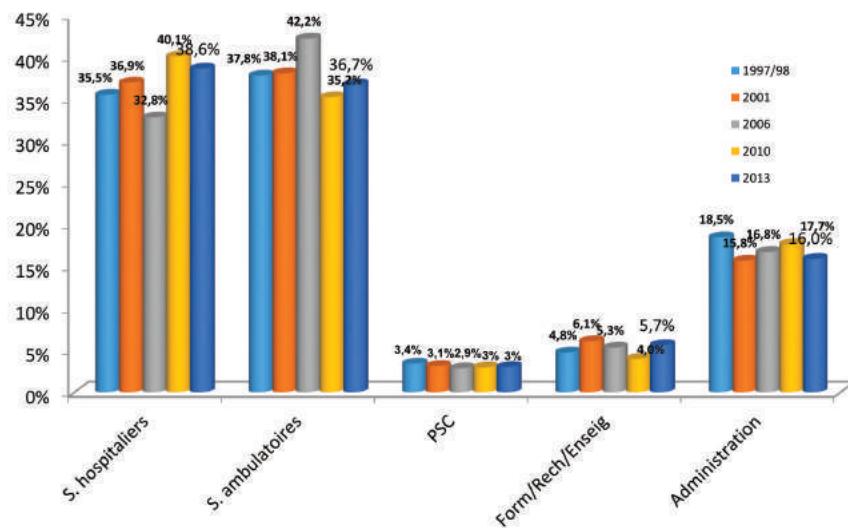


#### 4.2. Classification fonctionnelle

L'analyse fonctionnelle des dépenses du MS, comme indiqué dans le graphique ci-dessous, fait ressortir les constats suivants :

- L'Administration du MS, dans laquelle on intègre les administrations des prestataires tels que les hôpitaux et les Instituts, Centres et Laboratoires Nationaux, accapare 16% de l'ensemble des dépenses du Ministère.
- Les dépenses en soins hospitaliers représentent 38,6% de l'ensemble des dépenses du Ministère de la Santé contre 40,1% en 2010. Il est à noter que ces soins hospitaliers ne concernent que l'activité hospitalière pure et complète (in patient), c'est-à-dire des soins hospitaliers, stricto sensu qu'on ne retrouve que dans les hôpitaux ou assimilés. Ceux qui sont liés à l'hospitalisation partielle (urgence principalement) et aux consultations externes qu'on peut appeler « soins ambulatoires à l'hôpital » (out patient) ne sont pas retenus dans les soins hospitaliers mais dans les soins ambulatoires.
- Les soins ambulatoires qui viennent en deuxième position après les soins hospitaliers, ont constitué 36,7% des dépenses contre 35,2% en 2010.

**Figure 22 : Evolution de la classification fonctionnelle des dépenses du Ministère de la Santé, 1997/98-2013**



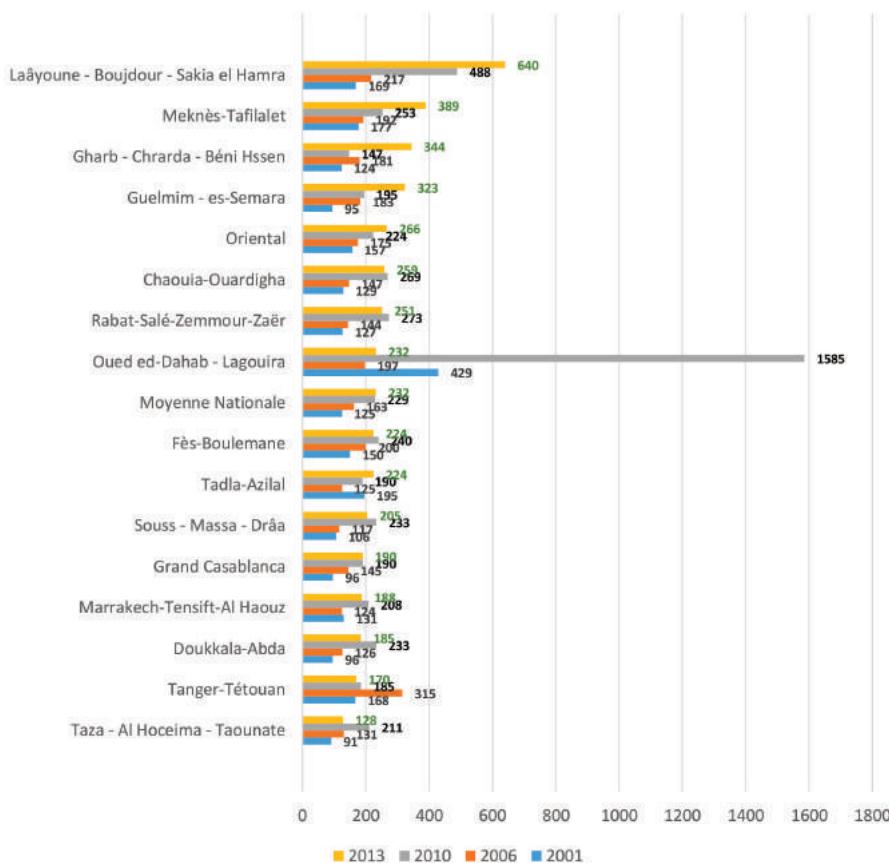
Les activités relatives à la formation, recherche et enseignement (F/R/E) bénéficient de 5,7% des ressources mobilisées par le MS contre 4% en 2010. Il s'agit surtout des salaires des enseignants et formateurs dans les ISPITS et dans les CHUs.

## 5. Répartition des dépenses du Ministère de la Santé par région et par habitant

L'analyse de la répartition des dépenses du MS (hors CHU, ICLN et administration centrale<sup>14</sup>) par région et par habitant, comme illustré dans le graphique ci-après, montre que la dépense moyenne du Ministère de la Santé par région et par habitant est restée quasiment inchangée, soit 232 Dirhams par habitant en 2013 contre 229 Dirhams en 2010. Ceci, est expliqué par la légère augmentation du budget alloué aux différentes régions.

<sup>14</sup>Ces structures sont localisées dans quatre régions et sont destinées à la prise en charge médicale de toute la population marocaine. Leur prise en compte dans la répartition géographique des dépenses du Ministère de la Santé tendrait vers la hausse des dépenses de ces régions et biaiserait toute tentative d'analyse.

**Figure 23 : Dépenses du Ministère de la Santé, hors CHU, ICLN et administration centrale par région et par habitant, en Dirhams, 2001-2013**



Aussi, on note que les régions Laayoune-Boujdour-Sakia El Hamra, Meknés Tafilalt, Gharb-Cherarda-Beni Hsan, Guelmim Smara ont enregistré une augmentation des dépenses de santé par habitant par rapport à 2010 soit respectivement 640 Dirhams, 389 Dirhams, 344 Dirhams et 323 Dirhams.

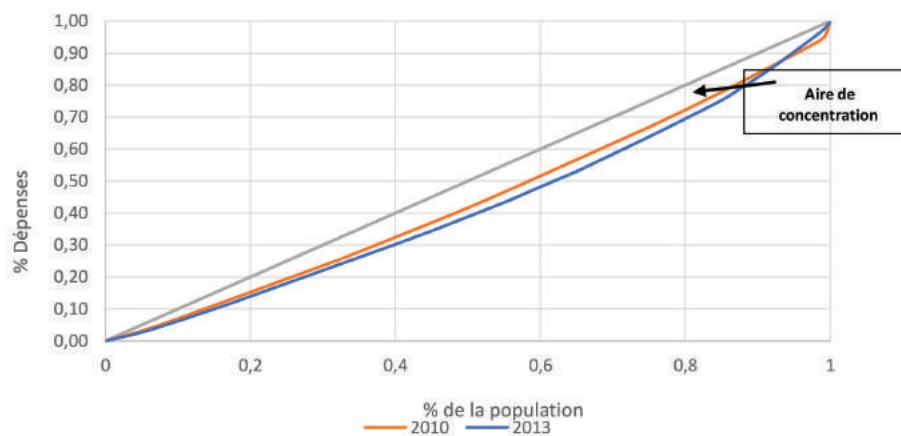
On enregistre par ailleurs, que l'allocation budgétaire du MS à la région d'Oued Eddahab reste équivalente à la moyenne nationale, et ce malgré, qu'elle a connu une baisse considérable qui est passée de 1 585 Dirhams 2010 à 232Dirhams par habitant en 2013. Cependant, pour la région Taza-El Hoceima-Taounate les fonds alloués par le MS ne sont que de 128 Dirhams enregistrant ainsi la plus faible dépense du MS par habitant parmi toutes les régions du Royaume.

Les différences contactées en termes d'allocation des ressources entre régions ou au sein de la même région peuvent être expliquées par l'importance de l'investissement qui diffère selon l'espace et le temps.

L'indice de Gini<sup>15</sup> a connu une augmentation de 3,7 points en passant de 12,6 % en 2010 à 16,3% en 2013.Ce qui dénote d'une augmentation des inégalités concernant l'affectation des ressources au niveau régional. Toutefois, le niveau des inégalités n'est pas flagrant puisque cet indice demeure proche de 0.

<sup>15</sup>Selon l'INSEE, l'indice (ou coefficient) de Gini est un indicateur synthétique d'inégalités de salaires (de revenus, de niveaux de vie...). Il varie entre 0 et 1. Il est égal à 0 dans une situation d'égalité parfaite où tous les salaires, les revenus, les niveaux de vie... seraient égaux. A l'autre extrême, il est égal à 1 dans une situation la plus inégalitaire possible, celle où tous les salaires (les revenus, les niveaux de vie...) sauf un seraient nuls. Entre 0 et 1, l'inégalité est d'autant plus forte que l'indice de Gini est élevé.

**Figure 24 : Concentration régionale des dépenses du Ministère de la Santé, 2013**



## 6. Financement de la santé de la mère et de l'enfant par le Ministère de la Santé

En 2013, les dépenses consacrées aux activités liées à la santé de la mère et de l'enfant ont gardées le même niveau que celui de 2010 et s'élèvent à près de 1,7 Milliards de Dirhams.

La grande partie de ces dépenses est drainée vers les programmes de santé, avec une proportion de 40 % en 2013. La part des CHUs représente 26 % des dépenses totales dédiées à la SMI contre 34% pour les hôpitaux publics.

**Tableau 7 : Répartitions des dépenses des activités de SMI, 2013**

Type de dépenses	Montants en milliers de Dirhams	Part en %
Programmes	665 080	40%
Hôpitaux public	567 189	34%
Maternité	405 294	24%
Pédiatrie	161 895	10%
CHU	423 360	26%
Maternité	167 145	10%
Pédiatrie	256 215	15%
Total	1 655 628	100%

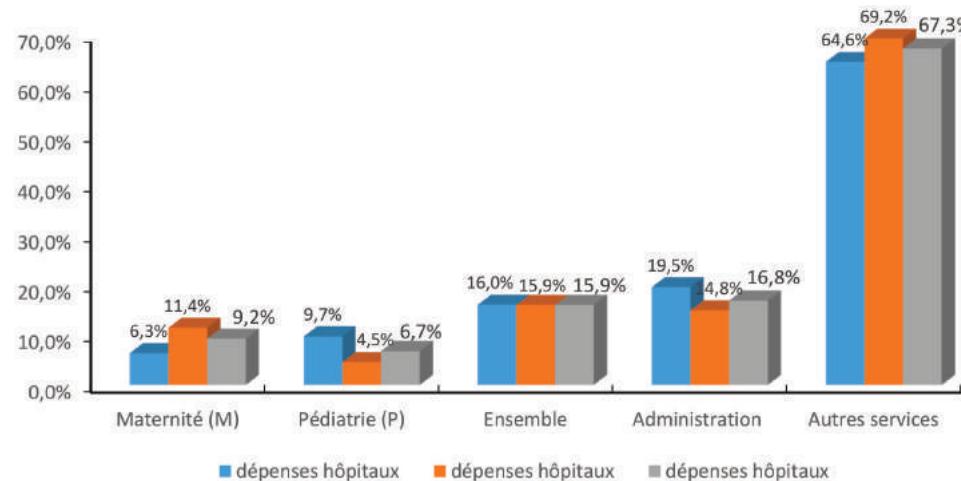
En analysant les données du tableau, ci-dessous, l'analyse du poids de chaque composante par rapport au total des dépenses, montre que les dépenses engagées par les deux services (la maternité et la pédiatrie) représentent 15,9% en 2013 de l'ensemble des dépenses des hôpitaux y compris les CHUs contre 15,3% en 2010. Ce pourcentage est à 16 % pour ces deux services des CHUs contre 15,9 % pour les services des hôpitaux publics relevant du MS.

**Tableau 8 : Comparaison des poids des dépenses de maternité et de pédiatrie dans les dépenses totales des hôpitaux, 2010 et 2013**

	Dépenses des hôpitaux (en milliers de dirhams)								
	CHU			Hors CHU			Ensemble		
	Montants	%	%	Montants	%	%	Montants	%	%
Maternité (M)	167 145	6,3	5,9	405 294	11,4	10,6	572 438	9,2	8,7
Pédiatrie (P)	256 215	9,7	9,8	161 895	4,5	4,6	418 110	6,7	6,6
Ensemble	423 360	16,0	15,62	567 189	15,9	15,2	990 548	15,9	15,3
Fonctions support et Soutien	516 102	19,5	15,2	528 441	14,8	12,9	1 044 544	16,8	13,8
Autres services	1 712 229	64,6	69,1	2 467 142	69,2	72,0	4 179 371	67,3	70,9
Total	2 651 691	100,0	100,0	3 562 772	100,0	100,0	6 214 463	100,0	100,0

La part des dépenses des deux services (la maternité avec 9,2 % et la pédiatrie avec 6,7 %) est relativement faible comparée aux dépenses des autres services et aux charges administratives des hôpitaux qui représentent respectivement un pourcentage de 16,8 % et 67,3 %.

**Figure 25 : Poids des dépenses des services de maternité et de pédiatrie dans les dépenses totales des hôpitaux, 2013**



## CHAPITRE 4 : FINANCEMENT DE LA SANTE PAR L'ASSURANCE MALADIE

### 1. Population couverte

En 2013, l'effectif des adhérents à la CNOPS, CNSS, Caisses internes et mutuelles et entreprises d'assurance et de réassurance est de 5 445 636, soit 51% de la population active occupée âgée de plus de 15 ans (contre 45% en 2010, 28% en 2006 et 13% en 2001<sup>16</sup> ).

Ainsi, la population couverte par une assurance maladie est de 13,1 Millions bénéficiaires contre 10,7 Millions en 2010, soit 40% de la population totale en 2013 contre 34% en 2010 et 25% en 2006 (Population marocaine en 2013 estimée à 32,95 Millions d'habitants).

**Tableau 9 : Taux de couverture de la population et sa répartition par organismes d'assurance maladie, 2013**

Institutions	Effectif en milliers			Bénéficiaires par adhérentadhérent	Part de la population En %
	Adhérents	Ayants droit	Bénéfi-ciaires		
CNOPS	1 138	1 844	2 982	2,6	9,1
CNSS	2 002	2 522	4 525	2,3	13,7
Caisses internes et mu-tuelles	572	1 074	1 647	2,9	5,0
Entreprises d'assurance et de réassurance	1 733	2 258	3 992	2,3	12,1
<b>Total</b>	<b>5 446</b>	<b>7 700 923</b>	<b>13 146</b>	<b>2,4</b>	<b>39,9</b>

L'analyse de la répartition de la population couverte montre que la CNSS est le premier assureur en termes de bénéficiaires avec 13,7% de la population marocaine alors que cette part était de 9% en 2010.

L'ensemble des entreprises d'assurance et de réassurance assurent une couverture pour presque 4 Millions de bénéficiaires, soit 12,1% de la population en 2013 contre 11,2% en 2010.

La part de la CNOPS a légèrement augmenté avec une couverture de 9,1% en 2013 contre 8,3% en 2010. Et le reste (5%) est relatif aux bénéficiaires des mutuelles et caisses internes avec une quasi-stagnation du nombre des bénéficiaires entre 2010 et 2013.

A travers ce qui précède, et en comparant ces données avec celles de 2010, on constate une stagnation et une légère évolution des bénéficiaires des différentes institutions, à l'exception de la CNSS, qui a connu une évolution importante des personnes couvertes auprès de cet organisme, en passant de 2,866 Millions à 4,525 Millions de bénéficiaires.

<sup>16</sup>La population active occupée âgée de plus de 15 ans est de 10,6 ; 10,3 ; 9,9 et 8,8 Millions de personnes respectivement en 2013, 2010, 2006 et 2001.

Cette hausse s'inscrit dans les 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. Cette augmentation du poids des assurés du secteur privé peut être imputée à l'extension à la couverture sociale pour la population du secteur privé et qui pourrait être attribuée à la multiplication des contrôles de la CNSS, la politique de proximité permise par l'ouverture de nombreuses agences et kiosques ainsi qu'à l'usage des nouvelles technologies de l'information.

A partir de septembre 2011, il a été décidé le maintien de droit à l'AMO pour les veufs (ves) et ayants droit suite au décès de l'assuré principal. Puis, en 2012, la CNSS a procédé à l'extension de l'AMO aux marins pêcheurs artisans et l'élargissement progressive de la couverture médicale au niveau de 17 sites de la pêche artisanale parmi un total de 48 sites.

**Figure 26 : Répartition de la population couverte par organismes d'assurance maladie, 2013**



## 2. Ressources et charges des organismes gestionnaires de l'assurance maladie

On constate une certaine hétérogénéité du rapport global des charges par rapport aux ressources, puisqu'il diffère selon l'organisme de gestion de l'assurance maladie. Il représente en moyenne 82,1%. Ce rapport s'élève à 79,8% pour la CNOPS contre 88,4% en 2010. Les Caisses internes et mutuelles dépensent 91,7% de ces ressources en 2013 contre 92,4% en 2010. La CNSS vient en dernière position avec un rapport de 54,4% contre 44,3% en 2010 ; ce qui signifie qu'elle ne dépense que 54,4% de ses ressources pour la prise en charge de ses adhérents, contrairement aux entreprises d'assurance et de réassurance où les charges pour la branche maladie dépassent les ressources de 27,7%.

**Tableau 10 : Rapport des ressources et dépenses des organismes d'assurance maladie, en milliers de Dirhams, 2013**

Organismes	Ressources	Charges	Excédent ou déficit	Charges / Ressources (en %)	Part de la population En %
CNOPS	4 771 285	3 806 645	964 640	79,8	9,1
CNSS	4 115 208	2 940 427	1 874 781	54,4	13,7
Caisses internes et mutuelles	3 015 618	2 764 995	250 623	91,7	5,0
Entreprises d'assurance et de réassurance	2 101 815	2 684 274	-582 459	127,7	12,1
<b>Total</b>	<b>14 003 926</b>	<b>11 496 340</b>	<b>2 507 586</b>	<b>82,1</b>	<b>39,9</b>

### 3. Ressources des organismes gestionnaires de l'assurance maladie

Les ressources des régimes d'assurance maladie proviennent principalement des paiements, sous forme de cotisations ou des primes, reçues de l'assuré ou d'autres unités institutionnelles au nom de l'assuré qui garantissent le droit aux allocations des régimes d'assurance maladie. Ces ressources s'élèvent à 14 Milliards de Dirhams en 2013 contre 11,3 Milliards de Dirhams en 2010, soit une augmentation de 24%.

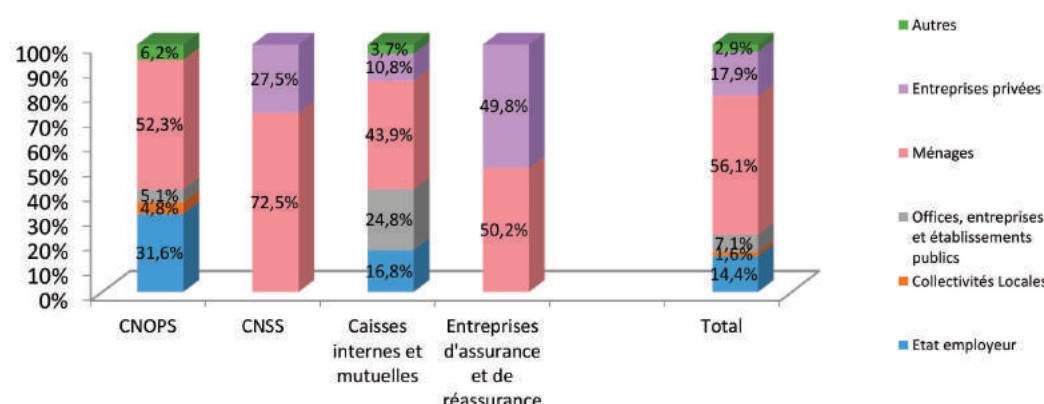
**Tableau 11 : Ressources des organismes d'assurance maladie par types de cotisants, en milliers de Dirhams, 2013**

Organismes	CNOPS	CNSS	Caisses internes et mutuelles*	Entreprises d'assurance et de réassurance	Total
Etat employeur	1 505 409		507 414		2 012 823
Collectivités Locales	229 946				229 946
Offices, entreprises et établissements publics	245 263		746 468		991 731
Ménages	2 495 477	2 981 891	1 324 190	1 054 791	7 856 348
Entreprises privées		1 133 317	324 876	1 047 024	2 505 217
Autres	295 190		112 671		407 861
<b>Total</b>	<b>4 771 285</b>	<b>4 115 208</b>	<b>3 015 618</b>	<b>2 101 815</b>	<b>14 003 926</b>

\* y.c la mutuelle des FAR.

La CNOPS profite de la grande partie des ressources des organismes d'assurance maladie avec 34% en 2013 contre 35% en 2010, suivi par la CNSS avec 29% contre 27% en 2010. Les Caisses internes et mutuelles et les Entreprises d'assurance et de réassurance viennent en derniers rangs avec respectivement 22% et 15% en 2013 contre 20% et 17% en 2010.

**Figure 27 : Structure des ressources des organismes d'assurance maladie, 2013**



#### 4. Dépenses des organismes gestionnaires de l'assurance maladie

Les dépenses des organismes d'assurance maladie regroupent l'ensemble des remboursements qui s'inscrivent dans le cadre des prestations servies aux adhérents, aux assurés et à leurs ayants droit, ainsi que les frais de gestion de la caisse.

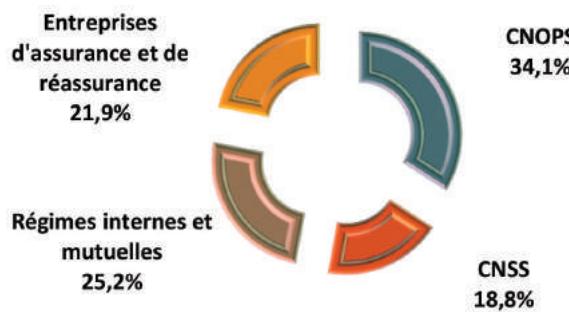
En 2013, le financement du système de la santé par l'assurance maladie s'élève à 11,5 Milliards de Dirhams contre 8,9 Milliards de Dirhams en 2010, en croissance de 30% par rapport à 2010.

**Tableau 12 : Dépenses des organismes d'assurance maladie, 2013**

Organismes	Dépenses (en milliers de Dirhams)			Prestations par Bénéficiaire (DH)	Dépenses par Bénéficiaire (DH)
	Prestations	Gestion	Total		
CNOPS	3 562 696	243 949	3 806 645	1 195	1 276
CNSS	1 965 925	275 202	2 240 427	434	495
Régimes internes et mutuelles	2 628 105	136 889	2 764 995	1 596	1 679
Entreprises d'assurance et de réassurance	2 291 354	392 920	2 684 274	574	672
<b>Total</b>	<b>10 447 380</b>	<b>1 048 960</b>	<b>11 496 340</b>	<b>795</b>	<b>875</b>

L'augmentation de la dépense de l'assurance maladie est due essentiellement à l'évolution des dépenses de la CNSS en passant de 1,3 Milliards de Dirhams en 2010 à 2,2 Milliards de Dirhams en 2013. Ceci, s'explique par l'intégration des remboursements des soins ambulatoires en 2010, l'entrée en vigueur de la mesure relative à la prise en charge des médicaments coûteux en mode tiers payant en avril 2013 et l'exonération du ticket modérateur relatif à 53 nouvelles maladies correspondant à 20 affections de longue durée en mai 2013. Aussi, l'extension de l'AMO à d'autres catégories de la population. Cependant, la dépense en prestations par bénéficiaire est restée quasiment inchangée, soit 434 dh en 2013 contre 436 dh en 2010.

**Figure 28 : Répartition des dépenses en prestations par organisme d'assurance maladie, 2013**



La CNOPS participe à hauteur de 34% dans les dépenses engagées contre 40% en 2010. Tandis qu'en valeur, les dépenses ont augmenté de 7% entre 2010 et 2013. Aussi, la dépense en prestations par bénéficiaire a baissé en passant de 1 249 dh en 2010 à 1 195 dh en 2013.

Les caisses internes et mutuelles ont gardé, en 2013, la même position avec la même part que celle constatée en 2010, soit 25% de l'ensemble des dépenses.

Ensuite, les entreprises d'assurance et de réassurance financent 22% des dépenses de l'assurance maladie contre 19% en 2010. Une augmentation de la contribution qui s'accompagne de l'amélioration de la dépense en prestations par bénéficiaire qui est de 574 dh contre 431 dh en 2010.

#### 4.1. Paiements directs des prestataires de soins

En 2013, la CNOPS supporte 36,1% de l'ensemble des paiements des prestataires de soins, en mode tiers payant, contre 41,4% en 2010. En second lieu viennent les caisses internes et mutuelles avec 32,3% contre 33,4% en 2010. 23,2% est supporté par la CNSS contre 15,3% en 2010 et seulement 8,5% par les entreprises d'assurances et de réassurance contre 7,8% en 2010.

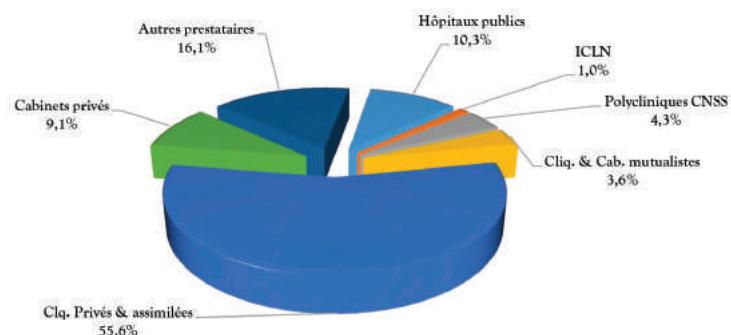
A ce niveau également, on constate l'augmentation de la part de la CNSS dans les paiements des prestataires. Cette évolution s'explique essentiellement par l'augmentation du nombre des bénéficiaires et ce, pour les différentes branches de prestations, ainsi que l'entrée en vigueur de la mesure relative à la prise en charge du médicament coûteux en mode tiers payant, appliquée en avril 2013 et qui a pour objet de dispenser les bénéficiaires de l'assurance maladie de l'avance des frais des médicaments coûteux, et l'exonération du ticket modérateur relatif à 53 nouvelles maladies correspondant à 20 affections de longue durée.

**Figure 29 : Paiement des prestataires de soins dans le cadre du tiers payant, 2013**



Le secteur de soins privé profite de plus des deux tiers (68,3%) des paiements des prestataires de soins dans le cadre du tiers payant. De ce fait, les cliniques profitent de la majorité des prises en charge accordées par l'assurance maladie. Ainsi, elles s'accaparent 55,6% des prises en charge accordées, suivies par les cabinets privés avec 9,1% et seulement 3,6% pour les cliniques et cabinets mutualistes.

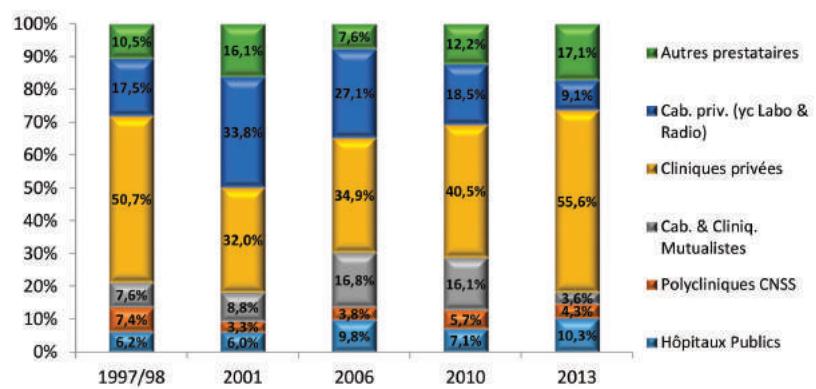
**Figure 30 : Répartition des paiements dans le cadre du tiers payant par types de prestataires de soins, 2013**



En revanche, et même si les hôpitaux publics représentent plus de 77% de la capacité litière nationale, leur part dans les paiements versés par les organismes d'assurance maladie dans le cadre du tiers payant ne dépasse pas 10,3% du total. Cependant, Cette part a connu une amélioration par rapport à 2010 puisqu'elle était de 7,1%.

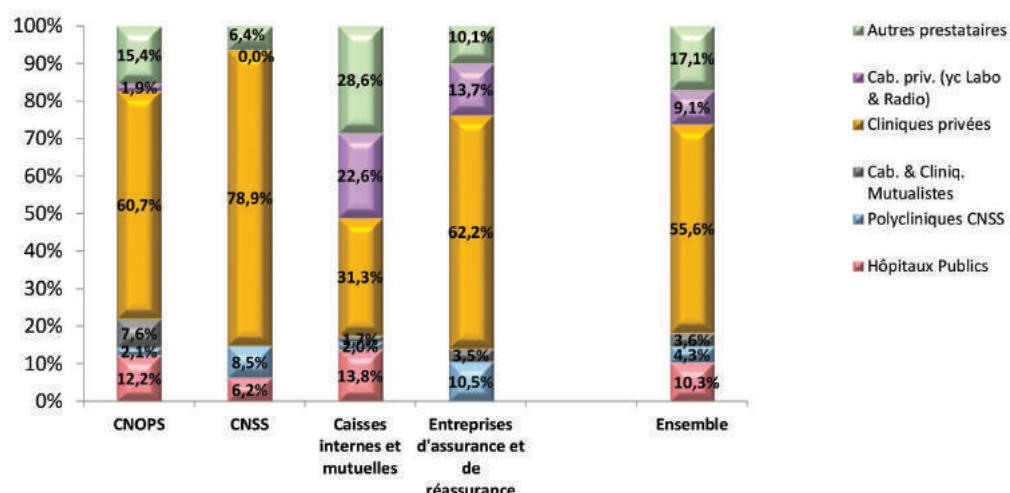
La part des cabinets et cliniques mutualistes a connu une forte diminution passant de 16,1% en 2010 à 3,6% en 2013. Le même constat pour les cabinets privés qui ont vu leur part divisé presque de moitié, allant de 18,5% en 2010 à 9,1% en 2013.

**Figure 31 : Evolution de la part des paiements des prestataires de soins dans le cadre du tiers payant (1997/98-2013)**



A travers ce tableau on remarque que la nomenclature des paiements par prestataire n'a quasiment pas changé depuis 1997/98, les cliniques s'accaparent la majorité des remboursements, alors que les cabinets privés se sont vu leurs parts diminuées au fil des années, en passant de 33,8% en 2001 à seulement 9,1% en 2013, également les cabinets et cliniques mutualistes sont passés de 8,8% en 2001, 16,8% en 2006, 16,1% en 2010 à 3,6% en 2013.

**Figure 32 : Paiements des prestataires de soins dans le cadre du tiers payant, 2013**



#### 4.2. Dépenses des organismes d'assurance maladie par type de prestation

Les dépenses de l'assurance maladie sont principalement orientées vers les paiements des médicaments et biens médicaux. Toutefois, ce poste de dépense a connu une régression et représente, en 2013, 47,7% des remboursements des organismes d'assurance maladie effectués aux adhérents et assurés contre 54,3% en 2010 et 63,6% en 2006. Cette baisse est due à l'adoption par la CNOPS des prix des génériques aussi bien pour le remboursement des dossiers de médicament en ambulatoire à ses assurés que pour l'approvisionnement de sa pharmacie.

Ce poste de dépenses est suivi par les analyses et les examens de radiologie et les consultations avec des poids respectives de 16,5% et 15,6% contre 13,1% et 13,4% en 2010.

**Tableau 13 : Prestations (remboursements aux adhérents et assurés) des organismes d'assurance maladie, en milliers de Dirhams, 2013**

Prestations	Organismes d'assurance maladie				Total	
	CNOPS	CNSS	Caisses internes et mutuelles	Entreprises d'Assurances et de réassurance	Montant	%
Consultations	232 650	158 514	197 560	377 402	966 127	15,6
Hospitalisations	73 443	99 575	140 281	298 590	541 889	8,7
Soins dentaires	229 340	1 594	91 008	317 795	639 736	10,3
Médicaments	909 761	453 206	642 908	561 291	2 567 166	41,3
Biens médicaux	186 675	33 889	33 392	141 499	395 455	6,4
Analyses et radiologie	390 298	230 718	126 036	275 596	1 022 649	16,5
Autres	12 720	3 792	30 344	31 174	78 030	1,3
<b>Total</b>	<b>2 034 887</b>	<b>981 288</b>	<b>1 261 531</b>	<b>1 933 347</b>	<b>6 211 052</b>	<b>100,0</b>

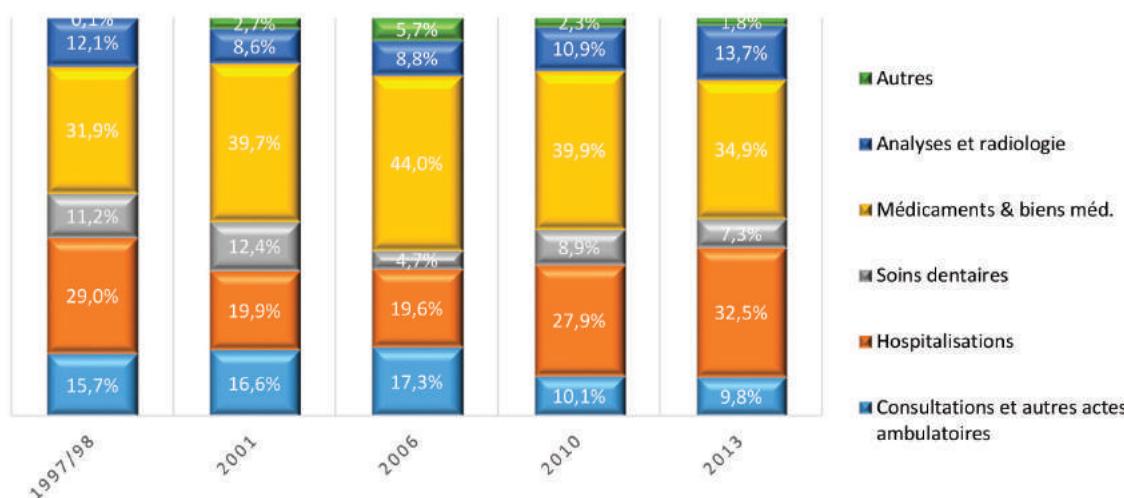
Pour les remboursements des frais d'hospitalisation et de chirurgie, ils ont connu une légère augmentation en passant de 7,8% en 2010 à 8,7% en 2013. Alors que les remboursements au titre des soins dentaires ont pratiquement stagné avec 10,3% en 2013 contre 10,1% en 2010.

**Tableau 14 : Prestations (tiers payant et remboursements) des organismes d'assurance maladie, en milliers de Dirhams, 2013**

Prestations	Organismes d'assurance maladie				Total	
	CNOPS	CNSS	Caisse internes et mutuelles	Entreprises d'Assurances et de réassurance	Montant	%
Consultations et autres actes ambulatoires	232 765	163 626	247 333	383 406	1 027 130	9,8
Hospitalisations	1 139 410	866 565	888 154	496 251	3 390 381	32,5
Soins dentaires	314 811	1 594	114 875	329 734	761 014	7,3
Médicaments	1 038 982	632 843	970 046	588 217	3 230 088	30,9
Biens médicaux	189 902	44 356	38 821	145 372	418 452	4,0
Analyses et radiologie	622 347	249 884	275 532	283 304	1 431 067	13,7
Autres	24 478	6 357	93 343	65 070	189 248	1,8
<b>Total</b>	<b>3 562 696</b>	<b>1 965 225</b>	<b>2 628 105</b>	<b>2 291 354</b>	<b>10 447 380</b>	<b>100,0</b>

La quasi-totalité des prestations par nature a connu une régression en terme de remboursement par rapport à 2010, à l'exception du poste « analyses et radiologie » qui a connu une légère évolution avec 13,7% en 2013 contre 10,9% en 2010 et les hospitalisations qui représente 32,5% des prestations servies par l'ensemble des organismes d'assurance maladie contre 27,9% en 2010.

**Figure 33 : Evolution des prestations des organismes d'assurance maladie (remboursements et tiers payant), 1997/98-2013**



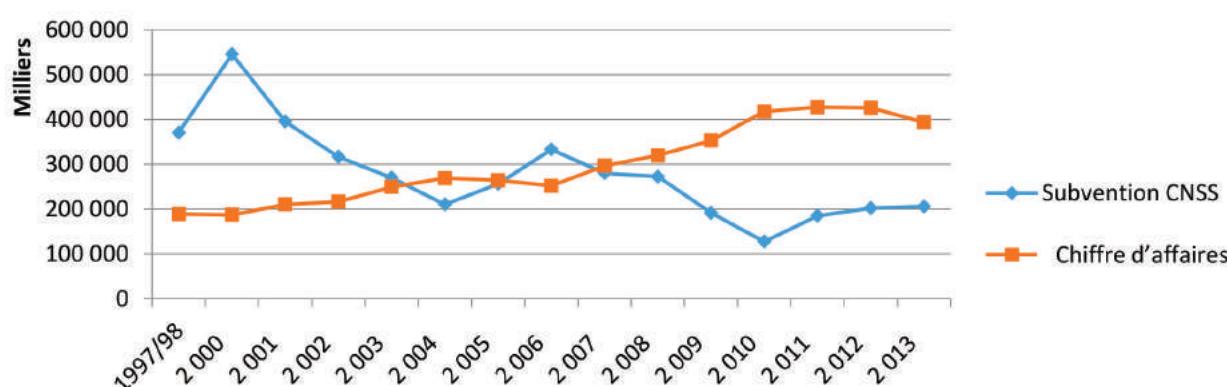
Ainsi pour les médicaments et biens médicaux qui représentaient 40% en 2010, ils n'ont enregistré que 35% en 2013, les consultations ont légèrement régressé avec 9,8% contre 10,1% en 2010 et les soins dentaires qui sont passé de 8,9% en 2010 à 7,3% en 2013.

## 5. Financement des polycliniques de la CNSS

En 2013, la CNSS compte 13 polycliniques réparties entre 9 villes (Casablanca, Agadir, El Jadida, Kénitra, Marrakech, Mohammedia, Oujda, Settat et Tanger). La capacité litière est restée la même que celle de 2010 (1000 lits). Le nombre d'admission a connu une baisse de 658 milles en 2010 à 599 milles en 2013 soit une diminution annuelle moyenne de 3%. Le nombre de patients hospitalisés en 2013 est de 48 500 contre 52 800 en 2012 en régression de 8%, le taux d'occupation est de 43% en 2013 en baisse de 5 points par rapport à 2010 (48%).

Par ailleurs, les polycliniques de la CNSS ont réalisés 10 052 accouchements en 2013, soit une évolution annuelle moyenne de 1% par rapport à 2010.

**Figure 34 : Evolution des encaissements des polycliniques de la CNSS et de la subvention CNSS à ces dernières en Dirhams, 1997/98-2013**



L'analyse du graphique montre une évolution contrastée entre les deux courbes ; en effet, l'évolution entre 1997 et 2003 est caractérisée par une subvention de la CNSS supérieur au chiffre d'affaires, ensuite les deux courbes se stabilisent autour de 250 Millions de Dirhams entre 2003 et 2007.

Après 2007, le chiffre d'affaires a augmenté significativement contre une baisse de subvention de la CNSS. Toutefois, les deux courbes ont tendance à se stabiliser entre 2010 et 2013 ; en effet, le chiffre d'affaires des polycliniques est d'environ 400 Millions de Dirhams et la subvention de la CNSS s'élève à presque 200 Millions de Dirhams.

## CHAPITRE 4 : FINANCEMENT DE LA SANTE PAR LES AUTRES PARTENAIRES NATIONAUX

### 1. Contribution des autres ministères au financement de la santé

Plusieurs départements ministériels (Ministère de l'Education Nationale, de la Formation Professionnelle, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, Ministère de la Justice, Ministère de l'Agriculture, de la pêche maritime, du développement rural et des eaux et forêts, ...), participent dans le financement de la santé.

En 2013, la contribution de ces départements ministériels (hors Ministère de la Santé) dans le financement du système de santé marocain, comme dépense en santé, hors paiement des salaires des médecins enseignants par le budget général de l'Etat via le département de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique, a atteint environ 483 Millions de dirhams contre 581 Millions de dirhams en 2010, soit une baisse annuelle moyenne de 6% durant la période 2010-2013.

#### 1.1. Sources de financement des autres départements ministériels

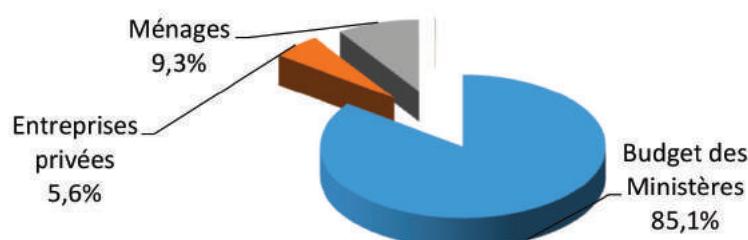
A l'instar des éditions précédentes des CNS (1997-98, 2001, 2006, 2010), c'est l'Etat qui finance la grande part des activités sanitaires des départements ministériels. Cette part de l'Etat représente 85% des ressources de ces départements destinées à la santé, suivie de la part des ménages (9,3%) puis celle des participations des entreprises privées (5,6%).

**Tableau 15 : Sources de financement des autres Ministères (hors paiements des salaires des médecins enseignants), 2013**

Sources	Montants en milliers de DH	Parts en %
Budget des Ministères	482 713	85,1
Ménages	52 860	9,3
Entreprises privées	31 586	5,6
Autres	147	0,0
<b>Total</b>	<b>567 305</b>	<b>100,0</b>

Concernant le Comité National de Prévention des Accidents de la Circulation (CNPAC), ses ressources sont diversifiées, pour financer la prévention routière. Ainsi, la majorité de ressources du CNPAC provienne des participations des entreprises privées de transport et d'assurance, et des contraventions payées par les ménages.

**Figure 35 : Sources de financement des autres Ministères, 2013**



## 1.2. Classification économique des dépenses des autres Ministères

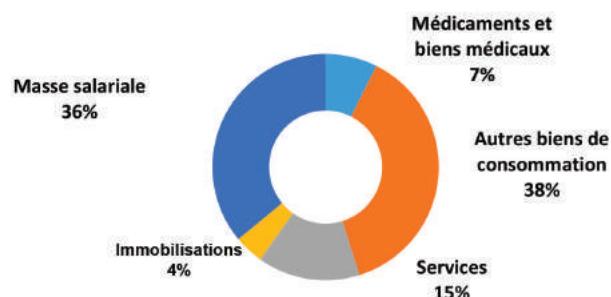
La structure des dépenses en santé des autres départements ministériels par catégorie de dépenses, est quasiment similaire à celle de l'année 2010. Ainsi, comme le montre le tableau ci-après, on enregistre que la part du poste autres biens de consommation et celle de la masse salariale, représente respectivement 37,7% et 36,0% de l'ensemble des dépenses en 2013 contre 36,8% et 35,6% en 2010. Par ailleurs, la part réservée aux services a connu une légère baisse en passant de 14,6% contre 15,8% en 2010, de même que celle de poste immobilisation, enregistrant ainsi une régression relativement importante pour atteindre 4,2% seulement contre 7% en 2010.

**Tableau 16 : Classification économique des dépenses des autres Ministères (hors paiements des salaires des médecins enseignants), 2013**

Types de dépenses	Montants en milliers de DH	Parts en %
Médicaments et biens médicaux	42 207	7,4%
Autres biens de consommation	214 124	37,7%
Services	82 887	14,6%
Immobilisation	23 984	4,2%
Masse salariale	204 103	36,0%
<b>Total</b>	<b>567 305</b>	<b>100,0</b>

Quant à la dépense en médicaments et autres biens médicaux, cette catégorie de dépenses a connu une augmentation significative et atteint 42,2 Millions de Dirhams (7,4% des dépenses) en 2013 contre 28 Millions de dirhams (4,8% des dépenses) en 2010 soit une augmentation annuelle moyenne de 14,6 % durant la période 2010-2013.

**Figure 36 : Classification économique des dépenses de santé des autres Ministères, 2013**



En valeur, on constate, que c'est le poste des médicaments et biens médicaux qui a connu une légère augmentation pour enregistrer 7% de l'ensemble des dépenses contre 4% seulement en 2010, au détriment de poste immobilisation qui a diminué à 4% en 2013 contre 7% en 2010. Alors que les parts des autres postes de dépenses sont restées au même niveau qu'en 2010.

## 1.3. Classification fonctionnelle des dépenses des autres Ministères

L'analyse de la répartition des dépenses sanitaires des départements ministériels (hors MS) par fonction, permet de déduire que la structure de ces dépenses en volume et en valeur est restée relativement inchangée en comparaison avec l'année 2010. Ainsi, on note toujours que la prévention

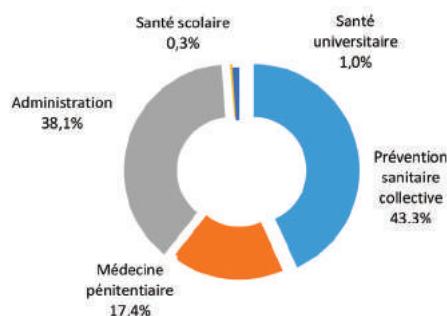
sanitaire collective et la médecine pénitentiaire consomment la grande part de ces dépenses, soit 60,7% en 2013 contre 59,9% en 2010.

**Tableau 17 : Classification fonctionnelle des dépenses des autres Ministères (hors paiements des salaires des médecins enseignants), 2013**

Niveaux	Montants en milliers de DH	Parts en %
Prévention sanitaire collective	245 419	43,3
Médecine pénitentiaire	98 468	17,4
Administration	215 875	38,1
Santé scolaire	1 907	0,3
Santé universitaire	5 636	1,0
<b>Total</b>	<b>567 305</b>	<b>100,0</b>

Quant à la part dédiée à l'administration, elle a atteint 38,1% en 2013 contre 38,8% en 2010. Cependant, les dépenses pour les soins prodigués dans les milieux scolaires et universitaires restent encore faibles, et représentent à peine 1,3% de l'ensemble des dépenses mobilisées par ces départements.

**Figure 37 : Classification fonctionnelle des dépenses de santé des autres Ministères, 2013**



En analysant la structure des dépenses par part, on note que, c'est la médecine pénitentiaire qui a connu une évolution annuelle moyenne, soit 3% entre 2010 et 2013. En revanche, on remarque que la part représentant la prévention sanitaire collective a diminué légèrement pour enregistrer 43,3% contre 44,4% soit une baisse annuelle moyenne de 1,6% entre 2010 et 2013.

## 2. Contribution de l'INDH au financement de la santé

Le secteur de la Santé occupe la 6ème position avec 6% du nombre total des projets et actions programmés par l'INDH au titre de l'année 2013. Il s'agit de 274 projets et 74 actions programmés avec un investissement global de plus de 269,1 Millions de DH dont la part de l'INDH représente 54%, soit 146,5 Millions de DH.

Les projets initiés concernent l'acquisition des ambulances et unités médicales mobiles, la construction et d'équipement des centres de santé, dispensaires et salles d'accouchement et de Dar El Oumouma, l'achat de matériel médical.

Les projets et actions de l'INDH amplifient les efforts gouvernementaux dans le cadre de la santé dans le but d'améliorer les indicateurs liés à l'état de santé de la mère et de l'enfant, et d'améliorer l'accès

aux services d'examen et de diagnostic médicaux notamment aux couches les plus défavorisées de la population.

### **3. Contribution de la Fondation Mohammed V au financement de la santé**

L'année 2013 a enregistré la réalisation et le lancement de plusieurs projets sociaux entrepris par la Fondation Mohammed V. Parmi ses actions liées à la santé, la fondation a lancé la réalisation d'une maison du jeune diabétique à Rabat, de deux centres d'addictologie à Fès et Tanger et de Dar El Oumouma au CHU Ibn Rochd. Aussi, on note qu'au niveau de l'accès aux soins, la fondation a réalisé 73 caravanes médicales dans 42 provinces du Royaume en ciblant des zones se situant loin des infrastructures sanitaires, l'affectation de deux ambulances médicalisées pour deux communes rurales à Séfrou et le renforcement des programmes de formation adaptée aux besoins des personnes en situation de d'handicap mental et physique. Par ailleurs, la Fondation a soutenu en 2013 plusieurs associations pour la réalisation de certaines activités sanitaires.

### **4. Contribution de la Fondation Lalla Salma au financement de la santé**

Ces dernières années, le Maroc a déployé plus d'efforts en matière de la lutte contre les maladies non transmissibles. Dans ce cadre, la Fondation Lalla Salma-Prévention et Traitement des cancers a pris en charge tous les domaines de lutte contre le cancer, à savoir la prévention, le traitement, le soutien aux malades, la formation de cadres spécialisés et la recherche scientifique.

En adoptant une démarche participative et multidimensionnelle de lutte contre le cancer, la Fondation Lalla Salma a contribué au financement de plusieurs actions dans ce domaine et ce depuis 2005.

Ainsi, selon son rapport d'activités de 2013, la Fondation, dans le cadre de ses interventions de lutte contre le cancer, a réalisé les principales actions suivantes :

- Inauguration par Sa Majesté le Roi Mohammed VI, accompagnée de SAR la Princesse Lalla Salma, du Centre Mohammed VI pour le traitement des cancers au CHU Ibn Rochd de Casablanca ;
- Inauguration par SAR la Princesse Lalla Salma, accompagnée de SA Sheikha Fatma Bint Mousharak, du Centre d'oncologie gynéco-mammaire Sheikha Fatma à l'Institut National d'Oncologie au CHU Ibn Sina de Rabat ;
- Lancement des travaux de construction de l'Institut de Recherche sur le Cancer au Centre hospitalier universitaire de Fès ;
- Organisation d'une campagne d'envergure de sensibilisation et mobilisation pour le dépistage du cancer du sein lancée par la Fondation Lalla Salma, en collaboration avec le MS ;
- Acquisition de deux accélérateurs linéaires pour les Centres hospitaliers universitaires Hassan II de Fès et Mohammed VI de Marrakech ;
- Inauguration de la « Maison de Vie pour enfants» à Casablanca, située dans l'arrondissement d'Ain Chock;
- Renouvellement de la convention avec Roche SA, qui porte sur le prolongement du programme d'accès aux thérapies initiées en 2009. Ainsi, la Fondation continuera à offrir, à travers les différents centres d'oncologie publics, les médicaments Roche les plus innovants

- en cancérologie. Le programme d'accès aux médicaments de la Fondation permet d'assurer les traitements de chimiothérapie à près de 15 000 patients indigents par an ;
- Organisation de la journée internationale du cancer de l'enfant, la journée mondiale de la femme, la journée internationale du bénévolat et la participation à la Campagne de dépistage du cancer du sein.

## CHAPITRE 5 : FINANCEMENT DE LA SANTE PAR LA COOPERATION INTERNATIONALE

Depuis plusieurs années, le MS s'est attaché à promouvoir la Coopération dans un cadre de complémentarité entre les priorités du département, les investissements consentis par l'Etat en faveur du secteur de la santé et les fonds mobilisés par les partenaires internationaux.

C'est ainsi que nous avons développé davantage des relations internationales de qualité, inscrites dans la durée et enrichies par l'expérience. Dans le domaine de la Santé, nous ne pouvons que nous féliciter du chemin parcouru avec nos partenaires, au cours duquel nous avons partagé une collaboration fructueuse marquée par des échanges d'expériences et d'expertise et de renforcement des capacités.

L'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) est réalisé à travers deux instruments d'appuis à savoir l'approche « projet/programme » dans les fonds sont directement octroyés au MS et l'approche « appui budgétaire » dont les fonds passent dans le budget de l'Etat.

Dans ce rapport, les appuis directs sont comptabilisés dans le tableau ci-dessous et concerne l'appui des Agences des Nations Unies, les Assistancess techniques apportés par la BEI et l'UE dans le cadre du programme Santé Maroc III, le programme PASSI et CMB II de l'UE.

L'appui budgétaire n'est pas comptabilisé dans le tableau ci-dessous vu que le prêt de la BEI est inclus dans le budget global, les dons de l'UE octroyé à l'Etat, les dons des pays du Golf inclus dans le budget de l'Etat pour lesquels les paiements se font de manière rétrospective.

Le montant total de l'appui direct des PTF a atteint 323 Millions de Dirhams en 2013. La part de cet appui dans la dépense totale de santé est de 0,6%.

La coopération multilatérale continue d'être la principale source de contribution de la coopération internationale avec 62,3 % du montant global. L'année 2013 est marquée par la contribution du Fonds Mondial (FM), la Banque Européenne d'Investissement (BEI), l'AFD, l'UE et l'OMS. En contrepartie, la part de la coopération bilatérale est de l'ordre de 35,7 % en 2013 et marquée par la contribution de la coopération Espagnole et Chinoise.

**Tableau 18 : Répartition de la contribution de la coopération internationale par partenaire, 2013**

	Partenaires	Montants en milliers de Dirhams	Part en %
Coopération multilatérale	FM	133 905	41,4
	BEI	16 682	5,2
	AFD	16 442	5,1
	UE	14 383	4,4
	OMS	12 600	3,9
	UNFPA	2 856	0,9
	UNICEF	2 286	0,7
	ONUSIDA	1 234	0,4
	AIEA	1 000	0,3
	<b>Total coopération multilatérale</b>	<b>201 388</b>	<b>62,3</b>
Coopération Bilatérale et Régionale	Espagne	73 349	22,7
	Chine	21 778	6,7
	USA	7 362	2,3
	Italie	6 008	1,9
	Japon	4 209	1,3
	Belgique	1 557	0,5
	France	1 215	0,4
	<b>Total coopération bilatérale et régionale</b>	<b>115 478</b>	<b>35,7</b>
Autres partenaires		<b>6 616</b>	<b>2,0</b>
<b>TOTAL COOPERATION INTERNATIONALE</b>		<b>323 482</b>	<b>100,0</b>

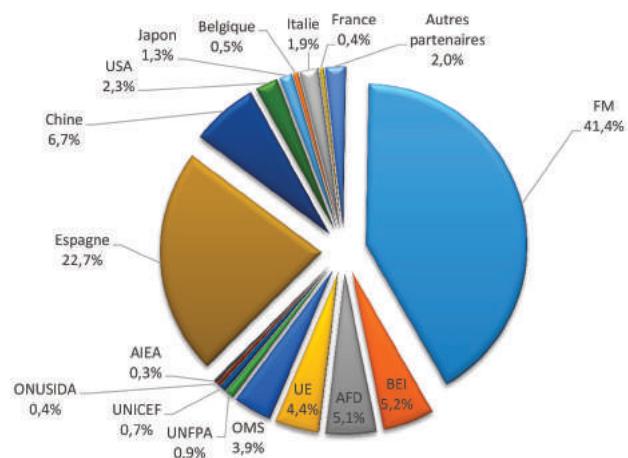
La contribution du Fonds Mondial a accompagné le renforcement du Système de Santé en renforçant les capacités (ONG et départements impliqués) en matière de prévention et de prise en charge des patients vivants avec le VIH/Sida. Son appui a concerné aussi la consolidation de l'approche pratique de la santé respiratoire en mettant en œuvre un système de gestion de la qualité des prestations de la lutte antituberculeuse.

L'Assistance technique apporté par la BEI dans le cadre du programme Santé Maroc III a accompagné l'appui budgétaire qui concerne la construction et la rénovation des hôpitaux. Cette assistance technique a concerné les 4 composantes suivantes : La réalisation des projets d'établissements hospitaliers (PEH) et la programmation des investissements, La réalisation des études d'impact sur l'environnement (EIE), Maitrise d'œuvre, réalisation des travaux, acquisition, gestion et maintenance des équipements et Gouvernance et fonctionnement des hôpitaux, qualité et sécurité des soins Quant au soutien de l'UE, il a porté sur la réalisation des études et enquêtes en accompagnement de l'appui budgétaire dans le cadre du PASSI « programme d'appui au secteur de la Santé » et du programme de l'appui à la Couverture Médicale de Base CMBII. La BAD a accompagné également le chantier de la Couverture Médicale de Base.

En ce qui concerne l'AFD, l'appui complémentaire dans le cadre du REDRESS-P a concerné l'accompagnement de la réorganisation et la normalisation des filières de recours aux soins. L'AFD a contribué aussi à l'organisation et le développement des soins médicaux d'urgence ainsi que l'accompagnement dans le domaine de greffes d'organes et ceux dans le cadre du projet d'appui à la politique de prise en charge de l'Insuffisance Rénale Chronique et des urgences médicales (APPCIRCUM).

L'appui des Agences des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, AIEA) est focalisé sur l'apport d'expertise et le renforcement des capacités.

**Figure 38 : Répartition de la contribution de la coopération internationale par partenaire, 2013**



Quant à la coopération bilatérale et régionale, elle est marquée par l'appui de la coopération Espagnole (AECID, AACID, MMA, MMM, IM) qui a concerné essentiellement le soutien au renforcement des soins médicaux de proximité et de l'offre hospitalière, la promotion de la formation continue, le développement de la santé en milieu rural ainsi qu'à l'accélération de la réduction de la mortalité néonatale et maternelle.

La coopération avec la Chine concerne la mise à disposition du MS d'équipes médicales pluridisciplinaires à travers la coopération médicale maroco chinoise en plus du renforcement des capacités et les dons de médicaments.

La coopération avec l'USA concerne essentiellement l'appui du CDC à la réforme de la santé publique et des vigilances sanitaires.

La coopération avec le Japon concerne le renforcement des capacités dans le cadre de la coopération tripartie Maroc – Japon- Pays d'Afrique en matière de la réduction de la mortalité maternelle, Le dépistage de l'hypothyroïdie néonatale, la mise à la disposition du MS de volontaires Japonais et la contribution à assurer le droit d'accès des personnes en situation du handicap.

Bien que la contribution de la France est modeste mais elle revêt une importante capitale notamment en matière de renforcement des capacités dans le cadre du projet relatif à la formation continue en technique d'appareillage, ce qui améliore la prise en charge de la santé des personnes âgées et en situation d'handicap.

La coopération avec la Belgique est axée essentiellement sur l'amélioration de la formation continue dans le cadre du partenariat avec l’Institut de Médecine Tropicale (IMT).

De manière générale, l'aide des PTF diversifié révèle l'intérêt porté au secteur de la santé ainsi que la confiance qui y est mise en vue de concrétiser les objectifs assignés pour la réalisation d'un développement humain global et intégré et montre que leur contribution en matière d'aide au développement est généralement aligné sur les priorités nationales en matière de santé. Il est cependant à noter que des efforts restent à déployer pour mobiliser davantage de ressources et de réorienter l'appui budgétaire en vue d'apporter un avantage direct au secteur.



## CONCLUSION

Le rapport met en exergue la situation de financement du système national de santé au titre de l'année 2013. En effet, à travers l'analyse détaillée de ce financement on conclut que les ménages restent toujours le premier financeur de la santé et ce, malgré les efforts consentis par le gouvernement pour garantir une accessibilité des citoyens aux services et biens de santé.

A ce sujet, il est à souligner que la dépense en médicaments reste le premier poste de dépense pour les ménages avec une part qui s'élève à 40%. Il est à signaler également que la part du Budget de l'Etat consacrée à la santé demeure faible et ne représente en 2013 que 4,8% du budget général de l'Etat contre 5,5% en 2010.

Aussi, on note que le financement collectif et solidaire de la santé s'est amélioré et a atteint 47% de la dépense totale de santé en 2013 contre 44% en 2010. Cette progression est due à l'augmentation notable des dépenses de la couverture médicale.

Toutefois, malgré les réformes entreprises par l'Etat notamment la réforme de financement de la santé entamée depuis 2005, on enregistre que ces réformes n'ont pas été accompagnées par un effort supplémentaire de mobilisation des fonds par l'Etat. En effet, la part de la participation de ce dernier dans le financement de la santé n'a pas connu une évolution remarquable et oscille toujours autour de 25%.

On enregistre aussi, que la contribution des autres institutions publiques y compris les collectivités territoriales dans le financement de la santé reste faible. Ceci interpelle ces institutions à mettre la santé au centre de leurs priorités et à investir davantage dans les actions de santé afin de contribuer en parallèle avec les autres intervenants à l'amélioration de la santé de la population.

Ainsi, les résultats et les conclusions présentés dans ce rapport, permettront aux décideurs d'avoir une idée claire sur le mode de financement de la santé au Maroc à travers ses trois sous-fonctions (collecte, mise en commun et achat des services) et de réorienter les efforts dans la perspective d'atteindre la couverture sanitaire universelle.

Enfin, il y a lieu de signaler que la prochaine édition des comptes nationaux de la santé sera élaborée suivant la nouvelle classification des comptes de la santé (System of Health Account, SHA 2011). Cette classification apportera des améliorations aussi bien sur le plan de la mesure des dépenses de santé que sur le plan de l'analyse des flux financiers dans le système de santé. Elle permettra ainsi, de procéder à l'estimation des dépenses courantes de santé séparément à celle du capital. Cela, nécessite l'implication et la collaboration de tous les acteurs du système de santé (secteur public et privé), afin de faciliter l'opération de la collecte des données mais aussi pour recueillir des données avec un niveau de désagrégation acceptable.





## ANNEXES

- A. 1 : Evolution du budget du Ministère de la Santé, du budget de l'Etat et du PIB, en Millions de Dirhams courants, 1997/98-2013
- A. 2 : Evolution de la structure du budget du Ministère de la Santé, en millions de Dirhams courants, 1997/98-2013
- A. 3 : Evolution de la structure du budget du Ministère de la Santé, en pourcentage, 1997/98-2013
- A. 4 : Synthèse des dépenses de toutes les délégations provinciales et préfectorales, en milliers de Dirhams, 2013
- A. 5 : Synthèse de dépenses des CHU, en milliers de Dirhams, 2013
- A. 6 : Synthèse des dépenses des Instituts, Centres et Laboratoires Nationaux hors ISPITS, en milliers de Dirhams, 2013
- A. 7 : Disparités régionales des dépenses du MS (hors CHU, ICLN, Administration Centrale et ISPITS), 2013
- A. 8 : Dépenses directes des ménages selon les différentes prestations fournies chez les différents prestataires, en milliers de Dirhams, 2013



**A. 1 : Evolution du budget du Ministère de la Santé, du budget de l'Etat et du PIB, en Millions de Dirhams courants, 1997/98-2013**

Années	Budget Ministère de la Santé	Budget Etat	PIB	Indices (base 1997/98)		
				Budget MS	Budget Etat	PIB
1997/98	3 622	74 219	384 385	100	100	100
1998/99	3 768	78 764	389 569	104	106	101
1999/00	4 977	81 766	393 381	137	110	102
2001	4 954	96 574	426 402	137	130	111
2002	5 183	95 368	445 426	143	128	116
2003	5 189	97 747	477 021	143	132	124
2004	5 495	100 242	505 015	152	135	131
2005	6 218	120 677	527 679	172	163	137
2006	6 081	122 710	577 344	168	165	150
2007	7 374	134 813	615 373	204	182	160
2008	8 140	158 368	688 843	225	213	179
2009	9 792	196 028	732 449	270	264	191
2010	10 465	190 697	764 302	289	257	199
2011	10 896	205 853	820 077	301	277	213
2012	11 880	246 973	847 881	328	333	221
2013	12 372	258 165	897 923	342	348	234

**A. 2 : Evolution de la structure du budget du Ministère de la Santé, en millions de Dirhams courants, 1997/98-2013**

Années	Personnel	MDD	Investissement	Total	Indices (base 1997/98)		
					Personnel	MDD	Investissement
1997/98	2 102	800	720	3 622	100	100	100
1998/99	2 168	800	800	3 768	103	100	111
1999/00	3 270	782	925	4 977	156	98	128
2000	1 382	404	516	2 303	66	51	72
2001	3 128	883	943	4 954	149	110	131
2002	3 404	921	858	5 183	162	115	119
2003	3 289	935	965	5 189	156	117	134
2004	3 446	1 035	1 015	5 495	164	129	141
2005	3 973	1 080	1 165	6 218	189	135	162
2006	3 686	1 230	1 165	6 081	175	154	162
2007	4 647	1 415	1 312	7 374	221	177	182
2008	4 387	2 441	1 312	8 140	209	305	182
2009	5 404	2 845	1 543	9 792	257	356	214
2010	5 768	2 900	1 797	10 465	274	362	250
2011	6 119	2 980	1 797	10 896	291	373	250
2012	6 652	3 428	1 800	11 880	316	429	250
2013	6 422	3 950	2 000	12 372	305	494	278

**A. 3 : Evolution de la structure du budget du Ministère de la Santé, en pourcentage, 1997/98-2013**

Années	Personnel (en %)	MDD (en %)	Investissement (en %)	Total (en %)
1997/98	58	22	20	100
1998/99	58	21	21	100
1999/00	66	16	19	100
2000/01	60	18	22	100
2001	63	18	19	100
2002	66	18	17	100
2003	63	18	19	100
2004	63	19	18	100
2005	64	17	19	100
2006	61	20	19	100
2007	63	19	18	100
2008	54	30	16	100
2009	55	29	16	100
2010	55	28	17	100
2011	56	27	16	100
2012	56	29	15	100
2013	52	32	16	100

**A. 4 : Synthèse des dépenses de toutes les délégations provinciales et préfectorales, en milliers de Dirhams, 2013**

Code écono-mique	Groupe de dépenses	Délégation/DRS	Ambula-toire	Programmes				IFCS	Réseau Hospitalier			TOTAL
				SM/PF	PSC	Forma-tion	Autres Prog	Total	Adm	Scs Externes	Mat & Pédiat	
3	Biens de consommation	24 443	295 816	253 590	19 258	3 503	394 370	670 720	10 863	22 519	75 168	101 205
31	Produits alimentaires	258	3 154	114	0	0	0	114	2 425	2 669	6 183	28 363
33	Produits énergétiques	8 138	24 466	2 680	1 191	221	4 038	8 130	1 596	10 004	5 962	8 590
35	Fourniture de bureau	6 072	10 349	4 383	1 176	168	5 116	10 843	1 543	4 417	2 528	2 212
361	Médicaments1	4 042	210 078	234 801	11 481	2 314	376 003	624 599	206	1 324	34 254	36 460
361	Consommables médicaux	1 177	29 863	9 960	3 887	240	7 523	21 550	4 159	772	19 985	21 271
	Autres biens de consommation	4 755	17 907	1 659	1 584	558	1 690	5 484	934	3 333	6 257	4 309
	Services	19 519	116 051	2 876	2 327	582	5 576	11 360	6 826	22 332	18 496	24 892
2	Impôts et taxes	214	792	0	0	0	0	0	39	1 398	783	1 166
41	Entretien et réparation	4 866	15 611	316	149	305	760	1 529	1 951	3 997	4 048	2 678
42	Transport et déplacement	5 601	8 844	903	401	113	1 131	2 548	317	2 969	524	546
43	Télécommunication	1 267	1 571	97	22	0	66	185	152	3 597	643	566
113	Rémunération du personnel occasionnel	1 001	3 433	71	929	2	287	1 289	1 429	18	123	295
	Autres services	6 570	85 800	1 489	826	162	3 332	5 809	2 938	10 355	12 375	19 641
8	Immobilisations2	125 554	234 813	3 286	1 750	1 760	7 527	14 322	6 362	13 684	16 972	14 924
81	Terrains et bâtiments	0	60	0	0	0	0	0	0	285	69	91
82	Construction et grosses réparations	92 665	195 381	718	361	463	1 964	3 507	2 856	4 763	10 729	4 085
84	Matériel technique et informatique	6 726	15 721	1 464	852	195	3 443	5 954	1 461	3 646	4 571	8 777
85	Matériel de transport	88	489	83	66	0	134	283	0	79	283	24
87	Autres immobilisations corporelles	11 077	7 872	658	304	397	1 278	2 638	950	2 027	388	629
88	Etudes liées aux immobilisations	14 999	15 289	362	167	704	707	1 940	1 096	2 884	932	1 318
	Sous total	169 516	646 680	259 751	23 335	5 844	407 472	696 402	24 050	58 536	110 636	141 021
	Masses salariale	393 539	1 009 109	405 328	36 412	9 120	635 838	1 086 699	48 390	469 905	334 344	426 168
	TOTAL	563 055	1 655 789	665 080	59 747	14 964	1 043 310	1 783 101	72 440	528 441	444 980	567 189

## A. 5 : Synthèse de dépenses des CHU, en milliers de Dirhams, 2013

Code économique	Groupe de dépenses**	Dirac-	Réseau Hospitalier					Total
			Adm	Sces Externes	Mat & Pédiat	Hors M&P	Total	
3	Biens de consommation :	23 875	8 717	99 606	110 607	336 520	555 451	579 326
31	Produits alimentaires	32	1 821	837	4 631	11 267	18 556	18 588
33	Produits énergétiques	3 304	2 480	3 366	8 140	32 644	46 630	49 934
35	Fourniture de bureau	2 555	2 262	764	899	2 876	6 801	9 355
361	Médicaments1	439	436	32 418	32 158	97 890	162 901	163 340
361	Consommables médicaux (fongibles)2	789	0	59 289	58 812	179 027	297 127	297 917
	Autres biens de consommation	16 757	1 718	2 933	5 966	12 818	23 436	40 192
	Services :	42 346	10 107	16 458	28 144	139 754	194 463	236 809
2	Impôts et taxes	3 240	298	36	65	978	678	3 918
41	Entretien et réparation	1 596	2 047	4 764	5 892	51 544	64 178	65 774
42	Transport et déplacement	6 507	2 679	40	205	952	3 877	10 384
43	Télécommunication	3 508	965	128	350	997	2 440	5 948
113	Rémunération du personnel occasionnel	514	0	0	0	0	0	514
	Autres services (yc intérêts payés)	26 981	4 118	11 490	21 702	85 981	123 291	150 272
8	Immobilisations4 :	41 388	11 793	30 154	39 412	98 065	179 423	220 811
81	Terrains et bâtiments	147	36	73	73	327	508	655
82	Construction et grosses réparations	3 421	930	19 148	3 221	17 878	41 176	44 597
84	Matériel technique et informatique	30 969	8 921	9 735	33 386	71 817	123 860	154 829
85	Matériel de transport	290	17	35	35	156	242	532
87	Autres immobilisations corporelles	1 347	1 884	1 163	2 697	7 885	13 628	14 975
88	Etudes liées aux immobilisations	5 215	4	0	1	3	8	5 293
	Sous Total	107 610	30 617	146 218	178 162	574 339	929 336	1 036 946
	Massé salariale	92 513	285 362	201 234	245 197	790 438	1 522 231	1 614 745
	<b>TOTAL</b>	<b>200 123</b>	<b>315 979</b>	<b>347 452</b>	<b>423 360</b>	<b>1 364 777</b>	<b>2 451 567</b>	<b>2 651 691</b>

## A. 6 : Synthèse des dépenses des Instituts, Centres et Laboratoires Nationaux hors ISPITS, en milliers de Dirhams, 2013

Code économique	Groupe de dépenses	TOTAL
3	Biens de consommation	119 781
31	Produits alimentaires	4 017
33	Produits énergétiques	2 234
35	Fourniture de bureau	3 468
361	Médicaments	71 721
361	Consommables médicaux	28 317
	Autres biens de consommation	10 025
	Services	33 724
2	Impôts et taxes	10 583
41	Entretien et réparation	13 402
42	Transport et déplacement	2 865

Code économique	Groupe de dépenses	TOTAL
43	Télécommunication	890
113	Rémunération du personnel occasionnel	23
	Autres services	5 961
8	Immobilisations	46 627
81	Terrains et bâtiments	-
82	Construction et grosses réparations	12 719
84	Matériel technique et informatique	27 582
85	Matériel de transport	5 500
87	Autres immobilisations corporelles	406
88	Etudes liées aux immobilisations	418
	Sous total	200 132
	Masse salariale	270 617
	TOTAL	470 748

**A. 7 : Disparités régionales des dépenses du MS (hors CHU, ICLN, Administration Centrale et ISPITS), 2013**

Régions	Dépenses du MS en milliers de Dirhams	%	Population en milliers d'habitants	%	Dépenses par Habitant en Dirhams
Taza - Al Hoceima - Taounate	241 378	3,2%	1 882	5,7%	128
Tanger-Tétouan	523 810	6,9%	3 078	9,3%	170
Doukkala-Abda	389 476	5,1%	2 103	6,4%	185
Marrakech-Tensift-Al Haouz	637 292	8,3%	3 382	10,3%	188
Grand Casablanca	759 747	10,0%	3 993	12,1%	190
Souss - Massa - Drâa	735 939	9,6%	3 586	10,9%	205
Tadla-Azilal	341 878	4,5%	1 524	4,6%	224
Fès-Boulemane	402 629	5,3%	1 794	5,4%	224
Oued ed-Dahab - Lagouira	47 156	0,6%	203	0,6%	232
Rabat-Salé-Zemmour-Zaër	676 979	8,9%	2 693	8,2%	251
Chaouia-Ouardigha	453 932	5,9%	1 754	5,3%	259
Oriental	540 016	7,1%	2 027	6,2%	266
Guelmim - Es-Semara	168 845	2,2%	522	1,6%	323
Gharb - Chrarda - Béni Hssen	628 300	8,2%	1 824	5,5%	344
Meknès-Taïalaet	876 033	11,5%	2 251	6,8%	389
Laâyoune - Boujdour - Sakia el Hamra	213 750	2,8%	334	1,0%	640
<b>Total</b>	<b>7 637 158</b>	<b>100,0%</b>	<b>32 950</b>	<b>100,0%</b>	<b>232</b>

**A. 8 : Dépenses directes des ménages selon les différentes prestations fournies chez les différents prestataires, en milliers de Dirhams, 2013**

	ESSP	Hôpitaux Publics	Cliniques Mutualistes	Cliniques Privées	Cabinets Privés	Pharmacies et fournisseurs de biens médicaux	Médecine traditionnelle	Autres	Ensemble
Consultations médicales et paramédicales	37 770	279 497	9 758	179 877	3 809 774			26 742	4 343 417
Hospitalisation	676 906		9 794	2 417 964			16 140	3 120 033	
Analyses médicales et examens radiologiques	519 710		5 738	1 201 375	3 818 539			9 668	5 555 030
Soins dentaires	6 123		3 805		1 941 464			309 754	2 261 146
Médicaments					10 337 244			10 337 244	
Biens médicaux					332 016			332 016	
Médecine traditionnelle						436 841		436 841	
Ensemble	37 770	1 482 236	29 025	3 798 516	9 569 777	10 669 260	436 841	362 304	26 385 729



## REMERCIEMENT

Le Ministère de la Santé tient à présenter ses remerciements à l'ensemble de ses partenaires ainsi qu'à ceux et celles qui ont contribué à la réalisation de ce travail :

Des remerciements particuliers sont adressés à :

- Monsieur le Secrétaire Général du Ministère de la Santé pour son encadrement et ses orientations ;
- Le Bureau de l'OMS à Rabat pour son appui technique et financier ;
- Les responsables et cadres du Ministère de la Santé (Directeurs de l'Administration Centrale, Directeurs Régionaux de la santé, Directeurs des Centres Hospitaliers Universitaires, Directeurs des Instituts, Centres et Laboratoires Nationaux, Délégués provinciaux et préfectoraux, Directeurs des hôpitaux, Chefs de Services et de Pôles Administratifs et Economiques, Chefs des Réseaux des Etablissements de Soins de Santé Primaires et Statisticiens au niveaux central,régional et local) pour les informations détaillées qu'ils ont fournies ;
- Les responsables et cadres des institutions partenaires : Départements Ministériels, établissements et entreprises publics disposant de mutuelles et caisses internes, ANAM, Organismes d'assurance maladie (CNOPS, CNSS, CMIM et FMSAR), Entreprises d'assurance, Bailleurs de fonds et Partenaires de coopération technique et financière pour les données qu'ils ont mis à la disposition du Ministère de la Santé pour la réalisation de ce travail.





## EQUIPE DE TRAVAIL

L'élaboration de ce document été encadrée par Mr. Moulay EL HACHEMI EI MIRI, Directeur par intérim de la Planification et des Ressources Financières

- Les membres ayant contribué à la réalisation de ce travail :

- M. A. EL MARNISSI, Chef de la Division de la Planification et des Etudes
- Mme K. FARIJI (SES/DPE/DPRF/MS)
- M. A. BOUGRINE (SES//DPE/DPRF/MS)
- Mme F. FADILI (SES//DPE/DPRF/MS)
- Mme T. JAABARI (SES//DPE/DPRF/MS)
- Mme H. ELYAAGOUBI (SES//DPE/DPRF/MS)
- M. A. ACHOUR (SES//DPE/DPRF/MS)

- Les membres du comité de lecture :

- Mme S. CHERQAOUI, Chef de la Division de la Coopération
- Mme A. ALAMI EL FELLOUSSE, ENSP
- Mme I. SNINATE, ANAM
- M. E. AKHNIF, Secrétariat Général du MS
- M. H. SEMLALI, Chef de la Division de Suivi de la Mise en œuvre du RAMED
- M. A. RIHANI, Chef de Service de Coordination Interne et Intersectorielle, Division de Suivi de la Mise en œuvre du RAMED