



COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE - 2022



DIRECTION DE LA PLANIFICATION
ET DES RESSOURCES FINANCIERES



Organisation
Mondiale de la Santé



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE - 2022

**DIRECTION DE LA PLANIFICATION
ET DES RESSOURCES FINANCIERES**



Organisation
Mondiale de la Santé



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

TABLE DES MATIÈRES

04	Liste des tableaux
05	Liste des figures
07	Acronymes
11	Remerciements
12	Préface
14	Résumé
17	صـفـحـةـ اـلـخـاتـمـ
18	Summary
20	Chiffres clés
21	INTRODUCTION
23	MÉTHODOLOGIE
23	Système des comptes de la santé-11
24	Principaux intervenants et sources de données
25	Traitements des données, production des matrices et validation des résultats



97 Conclusion

100 Annexes

CHAPITRE 1

28 APERÇU SUR LE SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ

31	Principaux chantiers de réformes
33	Nouvelle organisation du système national de santé
34	Principaux acquis du système national de santé
36	Principaux défis du système national de santé

CHAPITRE 4

66 FINANCEMENT DE LA SANTÉ PAR L'ASSURANCE MALADIE

68	Population couverte par l'assurance maladie
70	Ressources et dépenses des organismes de l'assurance maladie
73	Dépenses de l'assurance maladie par type de prestations
74	Paiement des prestataires de soins dans le cadre du tiers payant
76	Dépenses de l'assurances maladie complémentaire

CHAPITRE 2

42 NIVEAU DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ AU MAROC

-
- 44 Dépenses totales de la santé au Maroc**
 - 47 Sources de financement de la santé**
 - 50 Dépenses courantes publiques et privées de santé**
 - 52 Dépenses courantes de santé par type de prestataires**
 - 53 Dépenses courantes de santé par type de prestations**
 - 54 Dépenses en capital**

CHAPITRE 5

78 FINANCEMENT DE LA SANTÉ PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE

-
- 80 Evolution du budget du MSPS**
 - Sources de financement des dépenses du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
 - Dépenses courantes du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale par type de prestataires
 - Dépenses courantes du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale par type de prestations
 - Dépenses du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale en capital
 - Dépenses du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale par région
 - Financement de la santé par le Régime d'Assistance Médicale (RAMED)

CHAPITRE 3

56 FINANCEMENT DE LA SANTÉ PAR LES MÉNAGES

-
- 58 Poids des dépenses directes des ménages dans le financement de la santé**
 - 59 Composition des dépenses des ménages en santé**
 - 61 Structure des dépenses directes des ménages en santé par prestataire**
 - 63 Structure des dépenses directes des ménages en santé par prestation**

CHAPITRE 6

88 FINANCEMENT DE LA SANTÉ PAR LES PARTENAIRES NATIONAUX ET PAR LA COOPÉRATION INTERNATIONALE

-
- 90 Financement de la santé par les partenaires nationaux**
 - 94 Financement de la santé par la coopération internationale**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 : Niveau de la dépense de santé- comparaison avec quelques pays, 2021	47
Tableau 2.2 : Sources de financement par type d'institutions (en millions de Dhs), 2022	49
Tableau 2.3 : Évolution des dépenses (courantes) publiques et privées de santé (en millions de Dhs), 2018-2022	52
Tableau 2.4 : Dépenses en capital par sources de financement (en millions de Dhs), 2022	55
Tableau 4.1 : Effectifs des bénéficiaires de l'assurance maladie, 2022	69
Tableau 4.2 : Dépenses de l'assurance maladie (en dirhams), 2022	71



LISTE DES FIGURES

Figure 2.1 : Evolution de la dépense totale de santé (en Milliards de Dhs), 1997-2022	45
Figure 2.2 : Evolution de la dépense totale de santé par habitant (en Dirhams), 1997-2022	46
Figure 2.3 : Sources de financement de la santé par nature de financement, 2022	47
Figure 2.4 : Evolution des sources de financement par type d'institutions, 2013-2022	50
Figure 2.5 : Répartition des dépenses courantes de santé par type de prestataires, 2022	53
Figure 2.6 : Répartition des dépenses courantes de santé par type de prestations, 2022	54
Figure 2.7 : Répartition des dépenses en capital par fonction, 2022	55
Figure 3.1 : Evolution de la composition des dépenses des ménages en santé, 2006-2022	60
Figure 3.2 : Répartition des dépenses directes des ménages en santé par prestataires, 2022	62
Figure 3.3 : Evolution des dépenses directes des ménages en santé par prestataires, 2010-2022	62
Figure 3.4 : Répartition des dépenses directes des ménages par prestations, 2022	63
Figure 3.5 : Evolution des dépenses directes des ménages en santé par prestations, 2010-2022	64
Figure 4.1 : Répartition de la population couverte par organisme d'assurance maladie, 2022	70
Figure 4.2 : Structure des ressources de l'assurance maladie, 2022	70
Figure 4.3 : Dépenses de santé par organisme d'assurance maladie, 2022	72
Figure 4.4 : Evolution des dépenses de l'assurance maladie (tiers payant et remboursements) par type de prestations, 2010-2022	73
Figure 4.5 : Répartition des remboursements de l'assurance maladie par type de prestations, 2022	74





Figure 4.6 : Répartition des paiements directs des prestataires de soins par organisme gestionnaire de l'assurance maladie, 2022	74
Figure 4.7 : Répartition des paiements directs des prestataires de soins, 2022	75
Figure 4.8 : Evolution de la part des paiements directs des prestataires entre 2018 et 2022	75
Figure 4.9 : Dépenses de l'assurance maladie (tiers payant) par type de prestations, 2022	76
Figure 4.10 : Répartition des dépenses de l'assurances maladie complémentaire par prestations, 2022	76
Figure 4.11 : Répartition des dépenses de l'assurance maladie complémentaire par prestataires, 2022	77
Figure 5.1 : Evolution du budget du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale 2013-2022	80
Figure 5.2 : Evolution du Budget du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale par chapitre, 2013-2022	81
Figure 5.3 : Evolution des sources de financement des dépenses du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2013-2022	82
Figure 5.4 : Dépenses courantes du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale par type de prestataires, 2022	82
Figure 5.5 : Dépenses courantes du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale par type de prestations, 2022	83
Figure 5.6 : Dépenses du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale en capital, 2022	84
Figure 5.7 : Dépense du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale par région et par habitant (en dirhams), 2022	85
Figure 6.1 : Répartition des dépenses de santé des collectivités territoriales, 2022	91
Figure 6.2 : Répartition des dépenses de santé de l'INDH, 2022	92
Figure 6.3 : Répartition des dépenses de la Fondation Lalla Salma par rubrique, 2022	92
Figure 6.4 : Dépenses de santé de la Fondation Mohammed V pour la Solidarité, 2022	94
Figure 6.5 : Répartition de l'appui direct des partenaires internationaux par axe d'intervention, 2022	95
Figure 6.6 : Répartition de l'appui direct des partenaires internationaux, 2022	96

ACRONYMES

AFD	Agence Française de Développement
ALC	Affections Longues et Coûteuses
ALD	Affections de Longue Durée
AMC	Assurance Maladie Complémentaire
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
AMO TNS	Assurance Maladie Obligatoire pour les travailleurs non-salariés
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
BGE	Budget Général de l'Etat
CAS	Compte d'Affectation Spéciale
CHP	Centre Hospitalier Préfectoral ou Provincial
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMP	Centres Médicaux de Proximité
CNOPS	Caisse Nationale d'Organismes de Prévoyance Sociale
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CNSS	Caisse Nationale de la Sécurité Sociale
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CT	Collectivités Territoriales
DCS	Dépense Courante de Santé
DGAPR	Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion
DPRF	Direction de la Planification et des Ressources Financières





DRS	Direction Régionale de la Santé et de la Protection Sociale
DTS	Dépense Totale en Santé
EEP	Entreprises et Etablissements Publics
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
ENPSF	Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale
ESSP	Etablissements de Soins de Santé Primaires
FA	Agents de Financement
FBM	Fournisseurs de Biens Médicaux
FLS	Fondation Lalla Salma de prévention et de traitement des Cancers
FM	Fonds Mondial
FS	Sources de Financement
GST	Groupements Sanitaires Territoriaux
HCP	Haut-Commissariat au Plan
HC	Fonctions ou prestations de santé
HF	Régimes de financement
HK	Dépenses d'investissement (capital)
HP	Prestataires de santé
ICLN	Instituts, Centres et Laboratoires Nationaux
INDH	Initiative Nationale pour le Développement Humain
ISBLSM	Institutions Sans But Lucratif au Service des Ménages

ISF	L'Indice Synthétique de Fécondité
ISPITS	Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé
MSPS	Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
NARSA	Agence Nationale de la Sécurité Routière
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations Non Gouvernementales
OOP	Dépenses Directes des Ménages (Out Of Pocket)
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PNI	Programme National d'Immunisation
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RSSP	Réseaux de Soins de Santé Primaires
RSU	Registre Social Unifié
SEGMA	Services de l'Etat Gérés de Manière Autonome
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SHA	Système des comptes de santé (System of Health Accounts)
USAID	United States Agency for International Development

REMERCIEMENTS

Ce rapport des Comptes Nationaux de la Santé de l'année 2022 a été élaboré sous la Direction de Monsieur Abdelouahab BELMADANI, Directeur de la Planification et des Ressources Financières.

L'équipe technique et de rédaction est composée de :

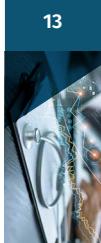
- M. Abdelilah EL MARNISSI, Chef de la Division de la Planification et des Etudes
- Mme Naïma JELLAB, Chef de Service de l'Economie Sanitaire
- M. Abderrahmane BOUGRINE (SES/DPE/DPRF/MSPS)
- M. Mohammed Alae ACHOUR (SES/DPE/DPRF/MSPS)
- Mme IbtissamERRAI (SES/DPE/DPRF/MSPS)

Le Comité de lecture est composé de :

- M. El Houcine AKHNIF, Chargé de programme au bureau de l'OMS
- M. Tarek BENSALEM, Chef de Service de la Planification
- Mme Sanae CHERQAOUI, Chef de la Division de la Coopération
- Mme Chaime EL BAKKALI, Chef du Service des Organisations Internationales Intergouvernementales

La Direction de la Planification et des Ressources Financières tient à adresser ses remerciements :

- Aux directions centrales et régionales, délégations provinciales/préfectorales, hôpitaux, CHUs et toutes les structures relevant du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale pour leur collaboration ;
- Aux organismes gestionnaires de l'assurance maladie (CNOPS, CNSS), l'ANAM, les assurances privées, les mutuelles, les offices, les différents départements ministériels, les collectivités territoriales, les ONG... pour leur aide précieuse durant l'opération de la collecte des données ;
- Au bureau de l'OMS pour son appui technique et financier pour la réalisation de cet exercice ;
- Et aux membres du comité de lecture pour leur expertise, leur disponibilité ainsi que leur appui pour la finalisation de ce rapport.



PRÉFACE



Les systèmes de santé à travers le monde ont traversé des épreuves sans précédent lors de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19, qui a mis à l'épreuve leur capacité à résister aux chocs mondiaux. Le Maroc, à l'instar d'autres pays, n'a pas été épargné par cette crise, mais il a su transformer cette épreuve en une opportunité de renforcer les fondements d'un système de santé résilient et durable.

En effet, cette pandémie a testé la résilience de chaque composant du système de santé marocain, en exposant les failles existantes tout en démontrant la solidarité et la réactivité des acteurs du secteur. La gestion de la crise a nécessité une mobilisation multisectorielle sans précédent, rassemblant non seulement les autorités sanitaires, mais aussi d'autres secteurs clés de l'économie et de la société, dans une dynamique de coopération interinstitutionnelle.

En 2021, dans son discours adressé au Parlement, Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu l'Assiste, a lancé un appel en faveur d'une réforme structurelle du système de santé marocain. Ce discours, qui marquait un tournant dans la politique de santé du Royaume, soulignait l'importance de repenser le modèle de santé pour mieux répondre aux défis actuels et futurs, en plaçant les besoins de la population au cœur des priorités nationales. Ce fut un appel à l'action pour construire un système de santé capable de garantir un accès équitable aux soins, une meilleure qualité des services, et une efficacité accrue dans la gestion des ressources.

Dans cette optique, la politique de financement de la santé prend toute son importance, car elle assure la pérennité des actions sanitaires tout en garantissant une protection financière équitable pour tous. Cette approche repose sur la nécessité d'établir un cadre financier durable permettant l'accès aux soins et services de santé à toute la population indépendamment de sa situation économique.

Ainsi, la stratégie de financement de la santé doit impérativement être accompagnée d'un système de suivi stratégique, capable de fournir des données probantes pour le monitoring des financements. Ce système permettrait non seulement d'évaluer l'efficacité des mécanismes en place, mais aussi d'éclairer les décisions politiques, en guidant les actions à entreprendre pour améliorer continuellement le financement de la santé et renforcer l'accès aux soins pour tous.

Par ailleurs, le chantier de la protection sociale notamment la composante relative à l'assurance maladie, a permis l'intégration des anciens bénéficiaires du RAMED et des travailleurs indépendants dans le régime d'assurance maladie obligatoire.

Toutefois, des défis persistent, notamment en raison des particularités du secteur informel, qui englobe une large proportion de la population active.

Dans cette dynamique, et pour soutenir ces réformes et éclairer les décisions publiques, la production régulière des Comptes Nationaux de la Santé (CNS) devient indispensable. Ces comptes, qui offrent une vision détaillée des dépenses de santé et des flux financiers du système de santé, constituent un outil crucial pour évaluer l'efficacité des politiques de financement et orienter les actions à entreprendre. Le système d'information sanitaire intégré en cours de mise en place permettra ainsi un accès rapide et fiable aux données nécessaires à son élaboration.

L'institutionnalisation des Comptes Nationaux de la Santé reste une priorité pour le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Leur élaboration périodique, en collaboration avec toutes les parties prenantes, est essentielle pour assurer le suivi, l'évaluation et la mise en œuvre réussie des politiques sanitaires et garantir la durabilité du système de santé à long terme.

RÉSUMÉ

Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) constituent un instrument pratique pour l'évaluation du système de financement de la santé et l'identification des stratégies et interventions les plus efficientes pour améliorer la santé de la population. Ils présentent également une vision détaillée des dépenses de santé et des flux financiers du système de santé.

Dans ce cadre, le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale a élaboré, avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la 7ème édition des CNS au titre de l'année 2022 selon la méthodologie et l'approche recommandée par ladite organisation basée sur le système des comptes de la santé de 2011 qui vise à garantir la cohérence et la comparabilité des résultats.

Ce document, structuré en six (6) chapitres, est le fruit d'un travail collectif mené en concertation avec les différents intervenants dans le financement de la santé au Maroc. Il met en lumière dans un premier temps la méthodologie utilisée pour élaborer les CNS de l'année 2022 avant de présenter les évolutions marquantes du système national de santé. Par la suite, le chapitre 2 mettra en exergue le niveau de financement de la santé et ses différentes sources tout en soulignant l'évolution des différents indicateurs par rapport à l'année 2018. Un accent particulier a été mis sur les principaux financeurs du système de santé au Maroc à savoir les ménages, l'assurance maladie et l'Etat. Le dernier chapitre traite la contribution des partenaires nationaux et internationaux dans le financement de la santé.

Principaux résultats des CNS- 2022 :

La dépense Totale de Santé (DTS) au titre de l'année 2022 s'élève à environ 81,7 milliards de Dhs soit une augmentation de 34,1% par rapport à l'année 2018 et une augmentation annuelle moyenne de l'ordre de 7,6% durant la période 2018-2022. Elle représente 6,1% du PIB contre 5,5% en 2018. Cette dépense a été plus que quadruplée durant les vingt (20) dernières années indiquant une tendance positive d'amélioration du financement de la santé à travers la contribution de l'ensemble des agents de financement de la santé au Maroc.

Rapportée à la population, la dépense totale de santé per capita a connu également une augmentation importante en passant de 1730 Dhs en 2018 à 2227 Dhs en 2022, soit une augmentation de l'ordre de 28,7%.

La dépense courante de santé (DCS) au titre de l'année 2022 est estimée à 76,6 milliards de Dhs représentant ainsi 93,7% de la DTS. La dépense en capital (investissement) quant à elle, a atteint 5,1 milliards de Dhs soit 6,3% de la DTS contre 3% en 2018. Cette augmentation du poids de la dépense en investissement dans la DTS est expliquée particulièrement par le volume important des investissements



engagés par le MSPS depuis 2022 pour la mise à niveau de l'offre de soins hospitalière et des soins de santé primaires en tant que pilier important du chantier de la refonte du système de santé.

L'analyse des sources de financement de la santé au Maroc montre que les paiements directs des ménages demeurent la première source de financement de la santé au Maroc en 2022, avec une part qui s'élève à 38% contre 45,6% en 2018. Cette importante baisse constitue une tendance positive pour renforcer davantage la protection financière de la population au moment de l'accès aux soins.

Par ailleurs, la contribution de l'Etat dans le financement de la santé a connu une augmentation significative en passant de 24% en 2018 à 30,3% en 2022 expliquée en partie par une augmentation importante du budget du MSPS. De même, le poids de l'assurance maladie dans le financement de la santé a enregistré une augmentation de deux points par rapport à l'année 2018 pour s'établir à 31%. En revanche, les établissements et les entreprises publiques (EEP) ainsi que la coopération internationale ne contribuent au financement de la santé que de 0,1% et 0,2% respectivement.

De même, la répartition des dépenses courantes de santé par type de prestataires permet de souligner le poids de chaque prestataire de soins, public ou privé, dans les dépenses de santé. A ce titre, sur les 76,5 milliards de Dhs mobilisés en 2022, les établissements publics de santé (hôpitaux publics, CHUs, ESSP, ...) occupent la première place avec une part qui s'élève à 26,8% du total des dépenses suivis par les pharmacies et les fournisseurs de biens médicaux avec une part qui s'établit à 25,9%. Les cabinets et les cliniques privés ont bénéficié ensemble d'environ un tiers de la dépense soit respectivement 16,6% et 15,8%. Toutefois, la part des laboratoires et centres de radiologie ne représente que 8,6%.

S'agissant de la répartition fonctionnelle des dépenses de santé, les soins hospitaliers occupent la première position avec un pourcentage de 30,9% du total des dépenses. Ils sont suivis par les dépenses dédiées aux médicaments et aux biens médicaux avec une part qui s'élève à 26,7% en 2022 contre 23,4% en 2018. Le troisième et le quatrième poste de dépenses concernent respectivement les soins ambulatoires (incluant les soins préventifs), ainsi que les analyses biologiques et examens radiologiques avec des parts respectives qui s'établissent à 25,8% et 8,6% de la dépense courante de santé.





من جهة أخرى، شهدت مساهمة الدولة في تمويل المنظومة الصحية زيادة ملموسة، حيث ارتفعت من 24 في المئة سنة 2018 إلى 30,3 في المئة سنة 2022، ويرجع ذلك بالأساس إلى الارتفاع الملحوظ في ميزانية وزارة الصحة والحماية الاجتماعية. كما ارتفع نسبياً حجم تمويل التأمين الصحي في التمويل الصحي من 29 في المئة سنة 2018 إلى 31 في المئة سنة 2022. في المقابل، لا تتجاوز مساهمات المؤسسات والمقاولات العمومية والتعاون الدولي في التمويل الصحي إلا بـ 0,1 في المئة و 0,2 في المئة على التوالي.

كما أن توزيع النفقات الصحية الجارية حسب مقدمي الخدمات الصحية يعكس حجم استفادة مقدمي الرعاية الصحية بالقطاعين العام أو الخاص من النفقات الإجمالية للصحة. وفي هذا الإطار، من بين 76.5 مليار درهم التي تم تعيتها سنة 2022، تحتل المؤسسات الصحية العمومية (مثل المستشفيات العمومية، المراكز الاستشفائية الجامعية، ومؤسسات الرعاية الصحية الأولية) المرتبة الأولى بنسبة 26,8 في المئة من إجمالي النفقات، تليها الصيدليات ومواردي المستلزمات الطبية بنسبة 25,9 في المئة والعيادات والمصحات الخاصة مجتمعة تمثل ما يقارب ثلث النفقات، بنسبة 16,6 في المئة و 15,8 في المئة على التوالي. في حين، أن نسبة المختبرات ومراكز الأشعة لا تتعذر 8,6 في المئة.

وفيما يتعلق بالتوزيع الوظيفي لنفقات الصحة، تحتل العلاجات الاستشفائية المرتبة الأولى بنسبة 30,9 في المئة من إجمالي النفقات. تليها النفقات المخصصة للأدوية والمستلزمات الطبية بنسبة 26,7 في المئة سنة 2022، مقابل بـ 23,4 في المئة سنة 2018. وتليها النفقات المتعلقة بالعلاجات المتنقلة (بما في ذلك العلاجات الوقائية) والتحاليل البيولوجية والفحوصات المتعلقة بالأشعة حيث بلغت على التوالي 25,8 في المئة و 8,6 في المئة من النفقات الصحية الجارية.

ملخص

تعتبر الدسabات الوطنية للصdة أداء عمليّة لتقدير منظومة التمويل الصدّي واعتماد الاستراتيجيات الأكثر نجاعة لتحسين صحة الساكنة، كما تقدّم هذه الدسabات تصوّراً مفصلاً لنفقات الصحة وتدفق الموارد المالية لمنظومه الصدّية.

وفي هذا الإطار، قامت وزارة الصحة والحماية الاجتماعية بدعم من منظمة الصحة العالمية بإعداد النسخة السابعة من الدسabات الوطنية للصdة برسم سنة 2022 وفقاً للمنهجية التي أوصت بها هذه المنظمة، والتي تعتمد على نظام دسabات الصحة لسنة 2011 الهادف إلى ضمان دقة النتائج وتنااسبها وقابليتها للمقارنة.

يتضمن هذا التقرير ستة فصول، وهو نتيجة عمل جماعي تم إنجازه باشراك مختلف الشركاء والمتدخلين في تمويل الصحة بالمغرب. في البداية، يقدم هذا التقرير المنهجية التي تم اعتمادها في إعداد الدسabات الوطنية للصdة برسم سنة 2022، ولمحة عامة عن التطورات الرئيسية التي شهدتها المنظومة الصدّية الوطنية، والتطرق بعد ذلك لتحليل مفصل حول دجم تمويل الصحة ومصادره المختلفة، وتطور أهم المؤشرات الرئيسية مقارنة بسنة 2018. كما يتم تسليط الضوء على الممولين الرئيسيين للصdة في المغرب، مثل الأسر، والتأمين الصدّي، والدولة. وبختيم التقرير بتحليل لمساهمات الشركاء الوطنيين والدوليين في تمويل المنظومة الصدّية الوطنية.

النتائج الرئيسية للدسabات الوطنية للصdة لسنة 2022

بلغ دجم النفقات الإجمالية للصdة برسم سنة 2022 ما قدره 81,7 مليار درهم مسجلة زيادة بنسبة 34,1% مقارنة بسنة 2018 وزيادة سنوية متوسطة تقدر بـ 7,6% خلال الفترة ما بين 2018 و2022. وتمثل هذه النفقات 6,1% من الناتج الداخلي الخام مقابل 5,5% سنة 2018، كما أن هذه النفقات قد ارتفعت أزيد من أربع مرات خلال العشرين سنة الأخيرة مسجلة تطويراً إيجابياً في تحسن تمويل المنظومة الصدّية عبر مساهمات جميع ممولي القطاع الصدّي. أما متوسط الإنفاق الصدّي للفرد، فقد شهد بدوره زيادة مماثلة حيث انتقل من 1730 درهم سنة 2018 إلى 2227 درهم سنة 2022، بزيادة تقدر بـ 28,7%.

من جانب آخر تم تقدير النفقات الجارية للصdة برسم سنة 2022 بـ 76,6 مليار درهم، مما يمثل 93,7% في المئة من النفقات الإجمالية للصdة أما بالنسبة للنفقات المتعلقة بالاستثمار، فقد بلغت 5,1 مليار درهم، أي ما يعادل 6,3% في المئة من النفقات الإجمالية للصdة، مقابل 3% في المئة فقط سنة 2018. ويعزى هذا الارتفاع للنفقات الاستثمارية إلى الاستثمارات المهمة التي شرعت وزارة الصحة والحماية الاجتماعية في إنجازها منذ سنة 2022، بهدف تأهيل عرض العلاجات الاستشفائية وعرض العلاجات بمؤسسات الرعاية الصدّية الأولى، باعتبارها ركيزة أساسية في مشروع إصلاح المنظومة الصدّية الوطنية.

ويكشف تحليل مصادر تمويل المنظومة الصدّية بالمغرب بأن النفقات الصدّية للأسر مازالت تعتبر المصدر الأول لتمويل القطاع الصدّي سنة 2022، بنسبة 38% في المئة مقابل 45,6% في المئة سنة 2018 ويمثل هذا الانخفاض المهم تطويراً إيجابياً نحو تعزيز الحماية المالية للمواطنين أثناء طلب الرعاية والعلاجات الصدّية.



SUMMARY



National Health Accounts (NHA) is a practical tool for assessing the health financing system and identifying the most efficient strategies and interventions to improve the health of the population. They also provide a detailed view of health expenditure and financial flows in the health system.

In this context, the Ministry of Health and Social Protection (MoHSP) has developed, with the support of the World Health Organization (WHO), the 7th edition of the NHA for the year 2022 according to the methodology of the health accounts system-11 which aims to guarantee the consistency and comparability of the results.

This report, structured in six (6) chapters, is the result of a collective work carried out in with the various stakeholders of health financing in Morocco. It first highlights the methodology used to develop the NHA for the year 2022, presents the major developments in the national health system then analyzes the size of health financing and its various sources. A particular focus is made on the main financers of the health system in Morocco, namely households, health insurance and the State. The last chapter deals with the contribution of national and international partners in health financing.

Key Findings of the 2022 NHA:

Total Health Expenditure (THE) for the year 2022 is estimated at 81.7 billion Dhs, which represents an increase of 34.1% compared to 2018 and an average annual increase of around 7.6% during the period 2018-2022. It represents 6.1% of GDP compared to 5.5% in 2018. This expenditure has more than quadrupled over the last twenty (20) years, indicating a positive trend of improvement in health financing through the contribution of all health financing agents in Morocco.

Also, total health expenditure per capita has also seen a significant increase, rising from 1730 Dhs in 2018 to 2227 Dhs in 2022, an increase of around 28.7%.

Current health expenditure (CHE) is estimated at 76.6 billion Dhs, representing 93.7% of the THE. Capital expenditure (investment) reached 5.1 billion Dhs, or 6.3% of the THE compared to 3% in 2018. This increase in the weight of investment expenditure in the THE is explained particularly by the significant investments made by the MoHSP since 2022 for the upgrading of the hospitals and primary health care facilities as an important pillar of the health system reform project.

Current health expenditure (CHE) for 2022 is estimated at 76.6 billion MAD, representing 93.7% of THE. On the other hand, capital expenditure (investment), reached 5.1 billion MAD, or 6.3% of THE, compared to 3% in 2018. This increased share of investment expenditure within THE is mainly attributed to the heavy investments made by the Ministry of Health and Social Protection since 2022 to upgrade hospital care and primary healthcare services, which are key pillars of the health system reform project.

The analysis of Morocco's health funding sources shows that out-of-pocket payments by households remain the primary source of health financing in 2022, by 38%, down from 45.6% in 2018. This significant decline is a positive shift towards enhancing financial protection for the population when accessing care.

Furthermore, there was a significant increase in the government's contribution to health financing, rising from 24% in 2018 to 30.3% in 2022, due to a notable rise in the Ministry of Health and Social Protection's budget. Likewise, the share of health insurance in health financing increased slightly compared to 2018, reaching 31%. However, public establishments and enterprises (PEEs) as well as international cooperation contribution remain minimal at just 0.1% and 0.2%, respectively.

The distribution of current health expenditures by healthcare providers offers insight into the share of each provider, whether public or private. Of the 76.5 billion Dhs mobilized in 2022, public health facilities (including public hospitals, university hospitals, primary healthcare centers, etc.) account for the largest share at 26.8%, followed by pharmacies and suppliers of medical goods at 25.9%. Private offices and clinics together received nearly a third of the expenditure, with 16.6% and 15.8%, respectively. However, the share of laboratories and radiology centers does not exceed 8.6%.

Hospital care takes the largest share of total expenditure at 30.9%. This is followed by medicines and medical goods with a share of 26.7% in 2022 up from 23.4% in 2018. The third and fourth largest expenditure categories are outpatient care (including preventive care) as well as biological tests and radiological exams, which account for 25.8% and 8.6% of current health expenditure respectively.



CHIFFRES CLÉS DES CNS - 2022



Dépenses Totales de Santé

81,7 Milliards Dhs

+34% par rapport à 2018

6,3% : Dépenses en Capital

6,1% du PIB

93,7% : Dépenses courantes



2227 Dhs par Habitant

+28,7% par rapport à 2018



38%



Dépenses directes des ménages

30,9%



Soins hospitaliers

31%



Financement par l'assurance Maladie

26,7%



Médicaments et bien médicaux

30,4%



Financement par l'Etat

25,8%



Soins ambulatoires et préventifs



INTRODUCTION

Les politiques de santé ont pour objectif fondamental l'amélioration de la santé de la population, accompagnée d'une protection financière lors de l'accès aux soins. Les Comptes Nationaux de la Santé constituent un outil précieux pour évaluer l'impact des actions sanitaires en matière de protection financière. Ils offrent également la possibilité de mettre en relation divers paramètres et indicateurs, permettant ainsi une lecture contextualisée selon le cadre macro-économique du pays.

En 2022, les comptes nationaux s'inscrivent dans une conjoncture particulière, tant sur le plan national qu'international. En effet, l'année 2022 a été marquée par des tensions géopolitiques, notamment la guerre en Ukraine, une décélération économique des principaux partenaires commerciaux de la zone euro, des chocs climatiques de plus en plus fréquents, et une inflation exceptionnelle, alimentée par l'explosion des prix mondiaux des produits énergétiques et alimentaires, ainsi que le durcissement des politiques monétaires. Ces évolutions ont profondément impacté l'économie mondiale, pesant sur ses perspectives futures.

Au niveau national, l'arrêté des comptes nationaux a révélé un ralentissement significatif de la croissance économique, qui s'est établie à 1,3% en 2022, contre 8% en 2021. Le secteur non agricole a connu une hausse de 3%, tandis que le secteur agricole a enregistré une contraction de 12,9%. Cette croissance s'est réalisée dans un contexte d'inflation croissante et de tensions accrues sur les besoins de financement de l'économie nationale. La valeur ajoutée du secteur primaire en volume a chuté de 12,7%, après une hausse de 19% l'année précédente, en raison principalement de la diminution de la valeur ajoutée de l'agriculture (-12,9%) et de la pêche (-9,7%), comparée à des augmentations respectives de 19,5% et 9,9% en 2021.

Concernant le secteur de la santé, la crise sanitaire liée à la COVID-19 a mis en lumière l'urgence d'une réforme en profondeur des politiques sociales, afin d'assurer une véritable équité sociale dans notre pays. Cette crise a repositionné la santé comme un secteur stratégique au sein des politiques publiques, ce qui se reflète dans l'allocation de ressources supplémentaires pour y faire face.

Dans ce contexte, le système national de santé a été le témoin d'une dynamique de réforme sans précédent, rendant indispensable une évaluation de la politique de santé, notamment sous l'angle du financement. Cette évaluation permettra d'éclairer les décisions en termes de politiques de financement de la santé.





Conformément aux Hautes Instructions Royales et aux recommandations du Nouveau Modèle de Développement, des efforts considérables ont été déployés pour mettre en œuvre le chantier royal de la généralisation de la protection sociale, avec un accent particulier sur l'extension de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Depuis le 1er décembre 2022, tous les bénéficiaires du régime RAMED ont été transférés au régime AMO Tadamon, leurs cotisations étant désormais prises en charge par l'État.

Afin d'accompagner ce vaste chantier de réforme, un projet de refonte du système national de santé a été élaboré, visant à corriger ses insuffisances et à répondre aux attentes des citoyens en matière de soins de santé de qualité. Ce projet repose sur la mise en œuvre de quatre composantes essentielles : l'instauration d'une nouvelle gouvernance du système de santé, la valorisation des ressources humaines, la mise à niveau et la modernisation de l'offre de soins, et la mise en place d'un système d'information intégré et digitalisé.

Pour soutenir les décideurs dans ces réformes, il est indispensable de disposer d'outils efficaces permettant l'évaluation et l'analyse des données de santé. Les Comptes Nationaux de la Santé représentent l'un de ces outils, en fournissant aux décideurs des informations détaillées sur les dépenses de santé, leur permettant ainsi d'élaborer des stratégies basées sur des données scientifiques solides. Le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale a produit six rapports sur les CNS depuis 1997. L'édition actuelle, élaborée selon la méthodologie SHA11, constitue la septième édition, apportant une analyse rigoureuse et actualisée de la situation sanitaire et des dépenses de santé dans le pays.

METHODOLOGIE

1. Système des comptes de la santé-11

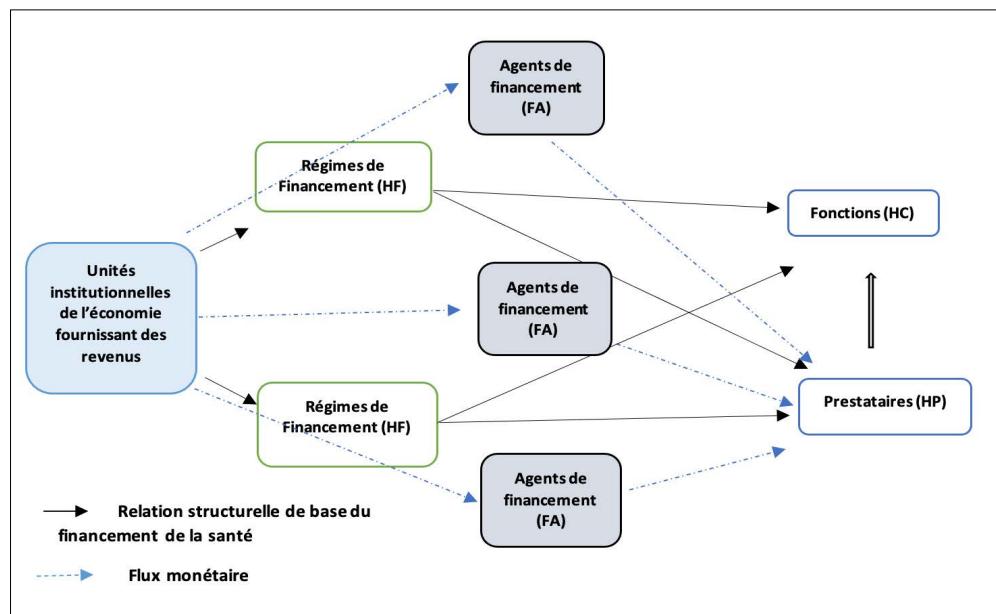
Le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS) a élaboré les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) au titre de l'année 2022 suivant la classification SHA-11, adoptée également pour l'exercice de l'année 2018.

La classification SHA-11 « System of Health Accounts-11 » ou système des comptes de santé (SCS), a été introduite en 2011 par l'OMS en collaboration avec l'OCDE et l'Eurostat. Elle décline la norme de classification des dépenses de santé selon les trois axes qui sont la consommation, la fourniture et le financement. Elle sert d'orientation et d'appui méthodologique à la compilation des comptes de la santé.

L'objectif principal de la classification SHA11 consiste à améliorer la cohérence et la comparabilité des statistiques des dépenses de santé dans le temps et entre pays.

Il s'agit des dépenses de consommation finale des biens et services de santé lors de la période comptable nommées « **dépenses courantes de santé (DCS)** », et les dépenses relatives aux investissements dont l'utilisation s'étale sur plus d'une année pour produire des biens et services de santé, nommées « **formation brute du capital (HK)** ». La dépense totale de santé représente la somme des deux agrégats.

Flux de financement SHA-11





2. Principaux intervenants et sources de données

Le processus d'élaboration des CNS-2022 a été entamé par la mise à jour de la cartographie des partenaires impliqués dans l'étude, englobant les différents intervenants dans le domaine de santé, à savoir :

- Le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (Directions Centrales, Instituts, Centres, Ecoles et Laboratoires, Directions Régionales, Délégations, Hôpitaux et Centres Hospitaliers Universitaires);
- Autres départements ministériels et organismes (la Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion, la Protection civile, l'Initiative Nationale pour le développement Humain (INDH), l'Agence Nationale de la Sécurité Routière (NARSA), le Ministère de l'Enseignement, de la Recherche Scientifique et de l'Innovation ;
- Collectivités Territoriales ;
- Assurance Maladie (CNOPS, CNSS, Mutuelles, Caisses Internes, assurances privées et ANAM) ;
- Entreprises et Etablissements Publics (Médecine de travail) ;
- Partenaires de la coopération internationale ;
- ONG et Fondations.

La collecte des données a porté sur l'année 2022 en utilisant des questionnaires spécifiques adressés à chaque partenaire. A ce titre, plusieurs réunions bilatérales ont eu lieu avec les partenaires pour discuter du contenu des questionnaires et leur expliquer les différents concepts utilisés dans l'exercice des CNS. Ceci a été d'une grande valeur ajoutée et a facilité le processus de collecte des données.

En outre, plusieurs sources de données et d'informations ont été utilisées pour compléter l'opération de collecte des données et vérifier la cohérence des informations fournies. Il s'agit particulièrement :

- Des comptes administratifs -Budget Général et SEGMA (Service d'Etat Gérés de Manière Autonome);
- Des rapports d'activité, bilans et sites web officiels des caisses d'assurances maladies ainsi que des autres partenaires et institutions ;
- De l'Enquête Nationale sur le Niveau de Vie des Ménages 2022/2023 réalisée par le HCP notamment pour estimer les dépenses directes des ménages ;

- Des rapports d'études et de recherches nationales ou internationales sur le financement de la santé.

Au fur et à mesure de la réception des questionnaires, les données reçues ont été vérifiées et comparées avec les autres sources de données afin de s'assurer de leur validité, de corriger les insuffisances et d'estimer les clés de répartition de certaines rubriques de dépenses manquantes.

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

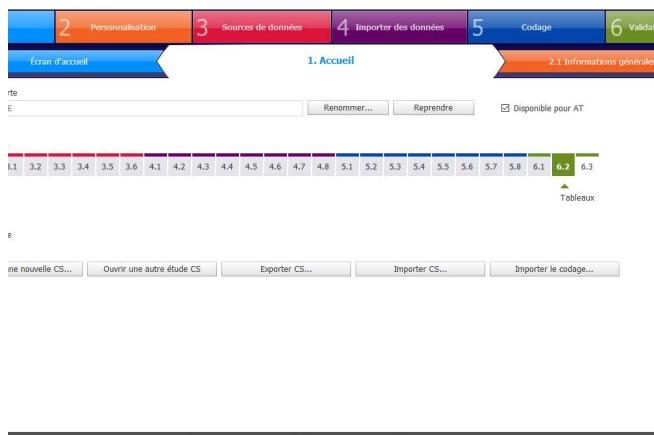
Le traitement et l'analyse des données consiste en la vérification de la cohérence des données préalablement collectées, vérifiées et agrégées, la codification des fichiers conformément à la classification SHA11 et le transfert des données vers l'outil informatique HAPT. Ce travail a été mené en atelier avec la participation de l'équipe chargée de l'étude et avec l'appui d'un consultant mobilisé par l'OMS afin de veiller sur la fiabilité des opérations et garantir l'assurance qualité des résultats obtenus.

A titre de rappel, l'outil de production des CNS - Health Accounts Production Tool-(HAPT) est un logiciel développé par l'United States Agency for International Development (USAID) et l'OMS pour générer les comptes nationaux de la santé tout en éliminant les irrégularités parmi les diverses classifications.

Depuis le lancement de l'outil HAPT, plus de 72 pays ont été en mesure de rationaliser la collecte et l'analyse des données, de simplifier la gestion des données, de faciliter les comparaisons entre pays et de normaliser les processus.

Cet outil a pour objet de :

- Faciliter l'exploitation des données existantes de routine (fichiers de budget et lignes budgétaires, ...);
- Automatiser les répétitions au niveau d'un exercice ou dans tous les exercices ;
- Automatiser les contrôles de qualité ;



- Faciliter la production des rapports et leur dissémination (y compris les principaux tableaux des CNS).

L'application informatique génère des tableaux croisés (matrices) qui décrivent les relations entre les différents niveaux du financement des dépenses de santé à savoir :

- **HF x FS** : Régimes de Financement x Revenus des Régimes de Financement ;
- **FA x FS** : Agents de financement x Revenus des Régimes de Financement ;
- **HP x HF** : Prestataires de soins x Régimes de Financement ;
- **HC x HF** : Prestations de soins x Régimes de Financement ;
- **HC x HP** : Prestations de soins x Prestataires ;
- **HF x FA** : Régimes de Financement x Agents de Financement ;
- **HK x HP** : Formation de capital x Prestataires de soins ;
- **HP x FP** : Prestataires de soins x Facteurs de Production ;
- ...

L'ensemble des matrices générées par l'outil HAPT pour l'exercice des CNS-2022 ont été vérifiées et examinées en détail avec les experts de l'OMS pour passer en revue les résultats obtenus et valider les différents indicateurs calculés avant qu'ils soient intégrés et présentés dans ce rapport.



CHAPITRE

01

30



APERÇU SUR LE SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ





Le système de santé marocain, a connu une série de réformes durant les dernières années qui visent l'amélioration de l'accès de la population aux services et soins de santé de qualité et efficaces sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. A ce titre,

Sa Majesté le Roi Mohammed VI que Dieu L'assiste place la santé au cœur des priorités nationales et multiplie les initiatives visant à garantir une couverture sanitaire renforcée pour tous. En effet, les Discours Royaux de juillet 2018 et juillet 2019 ont mis l'accent sur les faiblesses du système national de santé en demandant une refonte globale et durable basée sur la mise à niveau et la réhabilitation de l'ensemble de ses aspects, dans l'objectif d'assurer des

- Portage Royal des chantiers de réformes : la protection sociale et la refonte du système de santé ;
- Publication en 2021 de la loi cadre 09-21 relative à la protection sociale ;
- Publication en 2022 d'une nouvelle loi 06-22 relative au système national de santé ;
- Généralisation de l'Assurance Maladie Obligatoire à toute la population ;
- Création de nouvelles institutions stratégiques :
 - La Haute Autorité de Santé ;
 - Les Groupements Sanitaires Territoriaux ;
 - L'Agence Marocaine des Médicaments et des Produits de Santé ;
 - L'Agence Marocaine du Sang et de ses Dérivés.
- Amélioration des indicateurs de santé et de développement de l'offre de soins.
- Renforcement de la souveraineté sanitaire.

services de santé efficaces et de qualité. De même, en 2020 Sa Majesté le Roi a réitéré ses instructions au gouvernement en matière de la généralisation de la protection sociale avec des axes clairs dont celui de l'extension de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

La pandémie de COVID-19 a constitué une opportunité pour accélérer les réformes déjà initiées dans le secteur, même avant la crise, qui ont pris un nouvel élan à cause des défis imposés par cette pandémie.

En outre, le Nouveau Modèle de Développement a consacré également une place primordiale à la santé et la protection sociale à travers deux choix stratégiques à savoir: le choix stratégique 3 « Assurer l'accès aux services de santé de qualité et à la protection sanitaire comme droits fondamentaux des citoyens » et le choix stratégique 4 « Assurer un socle de protection sociale qui renforce la résilience, l'inclusion et matérialise la solidarité entre citoyens ».

Dans ce cadre, plusieurs chantiers de réformes sont en cours, des institutions sont en train d'être créées, des mesures sociales ont été prises et d'autres sont en cours. Il s'agit actuellement de refondre le système de santé pour qu'il soit en harmonie avec les dispositions consacrées à la santé dans la constitution et avec le chantier Royal de généralisation de la protection sociale en vue d'assurer un accès juste et équitable aux soins de santé et aux services sociaux, selon une approche transversale et multidimensionnelle.

1. Principaux chantiers de réformes

Le Maroc entame une nouvelle ère de modernisation de son système national de santé sous le leadership de Sa Majesté le Roi Mohammed VI que Dieu L'assiste, appelant à opérer une véritable mise à niveau du système de santé en vue de répondre aux ambitions de la population et accompagner le chantier de la généralisation de la protection sociale en l'occurrence la composante de l'assurance maladie.

1.1. Généralisation de la protection Sociale

La généralisation de la protection sociale est considérée comme un chantier sociétal inédit auquel Sa Majesté le Roi, que Dieu l'Assiste, accorde une attention particulière, en instaurant un système de protection sociale intégrale. Ce chantier constitue une étape cruciale sur la voie de la promotion de la justice sociale et spatiale et de la préservation de la dignité des citoyens.

Dans ce cadre, il y a eu la publication en 2021, la loi cadre 09-21 relative à la protection sociale qui a fixé les piliers et les fondements de ce chantier définis par Sa Majesté le Roi.

La généralisation de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) de base constitue le premier pas dans le processus de la mise en œuvre du chantier de généralisation de la protection sociale, qui a nécessité la mobilisation et l'implication de toutes les parties prenantes, y compris la population concernée, pour mener à bien ce chantier selon le calendrier fixé. Dans ce contexte, des grands progrès ont été réalisés pour la généralisation de l'AMO pour tous les citoyens en intégrant les travailleurs non-salariés et transformant le RAMED en régime assuranciel à partir de décembre 2022.

Actuellement, on se retrouve avec trois grandes catégories éligibles à l'AMO, à savoir la catégorie des fonctionnaires et des salariés du secteur privé gérés respectivement par la CNOPS et la CNSS, les indépendants qui sont pris en charge par la CNSS et qui englobe pratiquement tous les travailleurs non-salariés. En plus de la catégorie des personnes ne pouvant pas s'acquitter des cotisations et dont le ciblage est assuré par le RSU (ex. bénéficiaires du RAMED). De plus, et pour ne laisser personne pour compte, le Maroc a



lancé le régime AMO ACHAMIL au profit des personnes n'exerçant aucune activité rémunérée ou non rémunérée et capables de s'acquitter des cotisations à l'AMO, et n'appartenant à aucun régime AMO.

1.2. Refonte du système national de santé

Pour accompagner le chantier de la généralisation de la protection sociale, le MSPS a entamé la mise en œuvre du projet de refonte globale du système de santé à travers l'adoption en décembre 2022 la loi cadre 06-22 relative au système national de santé qui repose sur quatre piliers à savoir :

Pilier 1 : Instauration d'une nouvelle gouvernance du système de santé : aux niveaux stratégique et régional qui vise le renforcement des mécanismes de régulation et de contrôle ainsi que l'amélioration de la gouvernance hospitalière et la planification territoriale de l'offre de soins.

A ce titre, il a eu la création de quatre nouvelles institutions (établissements publics) à savoir : la Haute Autorité en vertu de la loi N° 07-22, les Groupements Sanitaires Territoriaux en vertu de la loi N° 08-22, l'Agence Marocaine des Médicaments et des Produits de Santé en vertu de la loi N° 10.22 et l'Agence Marocaine du Sang et de ses Dérivés en vertu de la loi N° 11.22.

Pilier 2 : Valorisation des ressources humaines : à travers la mise en place d'une fonction sanitaire (loi 09-22) en coordination avec les différents départements ministériels et les partenaires sociaux. Elle vise à valoriser le capital humain exerçant dans le secteur public et d'assurer la complémentarité avec le secteur privé en matière d'exercice de la profession médicale.

Pilier 3 : Mise à niveau de l'offre de soins : Ce pilier vise à mettre à niveau l'offre publique de soins, améliorer la qualité des services de santé et assurer une répartition équitable des établissements de santé sur l'ensemble du territoire national.

Dans ce cadre, un programme important a été lancé pour la mise à niveau des établissements de soins de santé primaire et du réseau hospitalier ainsi que son renforcement par la construction de nouveaux hôpitaux et la création d'un CHU au niveau de chaque région, tout en adoptant une nouvelle approche d'entretien des bâtiments et des équipements biomédicaux.

Pilier 4 : Mise en place d'un système d'information digitalisé et intégré : Il s'agit essentiellement de mettre en place des systèmes d'information intégrés hospitalier et des soins de santé primaire tout en assurant l'interconnexion avec les systèmes d'information existants notamment ceux des organismes gestionnaires de l'assurance maladie.

La digitalisation du système d'information permettra d'éliminer les systèmes d'information en silos et fluidifier les processus de gestion des patients pour permettre un meilleur suivi statistique, de la performance, suivi épidémiologique et une excellence opérationnelle au niveau des établissements de santé.

2. Nouvelle organisation du système national de santé

La loi-cadre 06.22 relative au système national de santé, a apporté des mesures ambitieuses visant à renforcer le système national de santé pour devenir plus robuste et plus résilient, capable de soutenir les grands chantiers dans lesquels le Maroc s'est engagé.

Selon les dispositions de cette loi le Système National de Santé se définit comme l'ensemble des institutions, des organismes, des actions et des ressources y affectées intervenant dans le domaine de la protection de la santé aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, aux niveaux national et régional.

Les principes fondamentaux de ce système concourent essentiellement à œuvrer pour réaliser la sécurité sanitaire et à protéger la santé de la population, prémunir les individus contre les maladies, les épidémies et les risques menaçant leur vie et à leur garantir la vie dans un environnement sain. Ces principes sont :

- L'égalité d'accès aux soins et aux prestations de santé ;
- La continuité des prestations de santé ;
- L'équité et l'équilibre dans la répartition spatiale des ressources, des structures et des prestations de santé sur l'ensemble du territoire national ;
- La bonne gouvernance ;
- L'adoption de l'approche genre dans l'élaboration des politiques, des programmes et des stratégies de santé ;
- La gestion basée sur les résultats et la corrélation entre la responsabilité et la reddition des comptes ;
- La mutualisation des moyens ;
- La mobilisation de l'ensemble des citoyennes et citoyens, des institutions, des organismes relevant des secteurs public et privé ainsi que des associations de la société civile et leur implication dans l'exécution de la politique de l'Etat relative à la prévention des épidémies, des maladies et des autres risques sanitaires, et celle relative aux programmes visant l'amélioration de la situation sanitaire de la population et la disponibilité des soins de santé de base.





L'offre de soins comporte, outre les ressources humaines, l'ensemble des infrastructures sanitaires relevant des secteurs public et privé et toutes autres installations de santé, fixes ou mobiles, ainsi que les moyens mis en œuvre pour la fourniture des soins et des prestations de santé.

L'Etat prend les mesures nécessaires pour assurer une répartition équilibrée et équitable de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national en fonction des particularités et des besoins de chaque région. Le secteur public et le secteur privé, que celui-ci soit à but lucratif ou non, sont organisés de manière synergique afin de répondre avec efficacité aux besoins de santé par une offre de soins et de prestations complémentaires, intégrées et cohérentes

L'offre de soins est organisée, au niveau de chaque région, conformément à la carte sanitaire régionale, dans le respect du parcours des soins, qui commence par le passage par les établissements de soins de santé de base, en ce qui concerne le secteur public, ou par un médecin généraliste pour le secteur privé et ce, conformément aux modalités fixées par voie réglementaire.

3. Principaux acquis du système national de santé

3.1. Maitrise de la fécondité

La démographie de la population marocaine est en pleine transition avec une diminution continue de la fécondité, un allongement de l'espérance de vie et un vieillissement progressif de la population. En effet, selon les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2024, la population légale du Royaume a atteint 36,83 millions habitants soit un taux d'accroissement annuel moyen de 0,85% entre 2014 et 2024.

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 77 ans et l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) s'établit à 1,97 enfants par femme, soit un niveau de fécondité inférieur au seuil de remplacement des générations.

Les personnes âgées de moins de 15 ans représentent 26,5% de l'effectif total de la population. De même, les personnes âgées de 60 ans et plus représentent aujourd'hui 13,8%. Le vieillissement de la population constitue une tendance lourde pour le système de santé est un élément déterminant dans la définition des besoins de santé de demain. Ce changement de la structure démographique aura aussi un impact sur les dépenses de santé et la soutenabilité du financement de système de santé.

Il y a lieu de signaler également que l'urbanisation est en pleine accélération. Selon le RGPH, le taux d'urbanisation a atteint 62,8% en 2024 contre 60,4% en 2014. Cette urbanisation constitue un enjeu sanitaire majeur en raison des problèmes d'accès aux

services essentiels d'eau, d'hygiène, d'assainissement ainsi que les facteurs d'environnement et de pollution notamment dans les grandes métropoles et leurs quartiers périurbains.

3.2. Baisse de la mortalité

Au cours des dernières années, le Maroc a accompli des progrès considérables en termes d'amélioration de plusieurs indicateurs sanitaires et démographiques. En effet, selon l'ENPSF 2018, le taux de mortalité maternelle a connu une baisse remarquable de 35 % passant de 112 en 2011 à 72,6 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2018. Cette réduction a été enregistrée aussi bien en milieu urbain que rural (respectivement 39% et 25% de réduction).

La mortalité infanto-juvénile a fortement diminué durant les deux dernières décennies en passant de 47 en 2003 à 22,2 décès pour 1000 naissances vivantes en 2018 soit une baisse de plus de 50% durant la même période. Il est de même pour la mortalité infantile ayant passé de 40 à 18 décès pour 1000 naissances vivantes enregistrant une diminution de 55% entre 2003 et 2018.

Parallèlement, la mortalité néonatale, qui représente 75% de la mortalité infanto-juvénile, a connu également une baisse importante en passant de 27 en 2003 à 13,6 décès pour 1000 naissances vivantes en 2018 soit une réduction d'environ 50% durant la même période.

Ces progrès importants en matière de réduction du niveau de mortalité maternelle et infanto-juvénile témoignent des avancées accomplies en matière de généralisation des services de santé maternelle et infantile et de l'amélioration de la qualité de prise en charge.

3.3. Amélioration de l'offre de soins

L'offre de soins aussi bien publique que privée a connu des améliorations notables ces dernières années. En effet, la couverture sanitaire par les Etablissements de Soins de Santé Primaire (ESSP) s'est nettement améliorée en passant de 2865 établissement en 2017 à 3053 en 2023 soit un ratio de 12300 habitants par ESSP. A noter que plus de 70% des ESSP (2176 établissements) sont implantés en milieu rural sous forme de dispensaires ruraux et de centres de santé ruraux niveau 1 et 2.

S'agissant des hôpitaux publics, leur nombre est passé de 159 en 2017 à 170 en 2023, soit une augmentation de 11 établissements hospitaliers au cours de cette période. Quant à la capacité litière, elle est passée de 25384 à plus de 27.539 lits pour la même période.



Il y a lieu de signaler que le Maroc dispose actuellement 6 Centres Hospitaliers Universitaires à Rabat, Casablanca, Marrakech, Fès, Oujda et Tanger. De même, 2 autres CHUs sont en cours d'achèvement à Agadir et Laâyoune et trois nouveaux CHUs seront construits à Errachidia, Beni-Mellal et Guelmim, en plus de la reconstruction d'un nouvel hôpital Ibn Sina de nouvelle génération à Rabat.

En ce qui concerne l'offre privée, elle a connu un développement rapide ces dernières années. Le nombre des cliniques privées est passé de 356 en 2017 avec une capacité litière de 9719 lits à 439 en 2023 avec une capacité litière qui dépasse 16500 lits.

Quant aux cabinets privés de consultations et de diagnostic, ils sont passés de 9475 en 2017 à 12994 en 2023. La desserte de la population par cabinet de médecin privé est passée d'un cabinet de consultation pour 3700 habitants en 2017 à un cabinet pour 2890 habitants en 2023.

Par ailleurs, et en vue de renforcer l'accès aux soins et de réduire les disparités entre le milieu urbain et le milieu rural, le MSPS s'est investi dans le développement et le renforcement de la couverture sanitaire par le mode mobile pour appuyer le mode de couverture fixe en milieu rural et enclavé à travers les activités des unités médicales mobiles et des caravanes médicales spécialisées ainsi que les unités médicales mobiles connectées qui offrent des services de télémédecine.

3.4. Renforcement des ressources humaines

Les professionnels de santé constituent l'actif le plus important et la ressource primordiale que le système de santé doit mobiliser pour créer les conditions nécessaires à une amélioration soutenue de l'état de santé de la population.

A ce titre, la densité médicale et paramédicale a connu une augmentation significative ces dernières années pour s'établir à 1.8 professionnels de santé pour 1000 habitants en 2023. Comparée à la norme (4.45 pour 1000 habitants) définie par l'OMS pour atteindre les ODD relatifs à la santé, le Maroc enregistre un déficit un important en ressources humaines de santé.

Ainsi, pour renforcer l'effectif du personnel médical et paramédical et réduire les disparités spatiales et combler progressivement le déficit en professionnels de santé, un effort important a été consentis par l'Etat pour accorder plus de postes budgétaires au MSPS. A cet égard, 35 500 postes budgétaires ont été créés au titre des 7 dernières années (2018- 2024).

Aussi, plusieurs mesures ont été mises en œuvre visant le renforcement des effectifs des professionnels de santé à travers l'adoption de la loi n° 33-21 modifiant et complétant la loi n°131-13 relative à l'exercice de la médecine qui a été publiée dans le Bulletin officiel en date du 26 juillet 2021. Ce texte vise à mettre en place un ensemble

d'incitations pour encourager les médecins étrangers ainsi que les médecins marocains résidant à l'étranger à choisir le Maroc comme destination pour exercer la médecine. On note également la réforme de la formation médicale en réduisant le nombre d'années d'étude de 7 à 6 ans. En outre, il y a eu la signature d'une convention- cadre entre le MSPS, le Ministère de l'Economie et des Finances et le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de l'Innovation pour augmenter les capacités de formation en vue de doubler le nombre de diplômés des facultés de médecine, de pharmacie et de médecine dentaire et de tripler l'effectif des diplômés des Instituts supérieurs des professions d'infirmiers et techniques de santé à l'horizon 2030 afin d'atteindre la norme de l'OMS de 4.5 pour 1000 à l'horizon 2030.

3.5. Evolution importante du budget sectoriel

L'analyse des enveloppes budgétaires allouées au Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS) montre que le budget sectoriel a augmenté considérablement au cours des dernières années. En effet, le budget du MSPS a plus que doublé durant la période 2018-2024 pour s'établir à 30,7 milliards de Dhs en 2024 représentant 7,7% du budget général de l'Etat. Cette augmentation significative du budget sectoriel traduit la volonté du gouvernement à mettre en œuvre les réformes engagées notamment le chantier de refonte du système national de santé.

Ce budget est partagé entre les dépenses de fonctionnement, dont le montant global se chiffre à 21,7 Milliards de Dhs et les dépenses d'investissement à 9 Milliards de Dhs. La structure du budget du Ministère reste marquée par une prédominance de la masse salariale : 47 % consacré au personnel, 24 % au matériel et dépenses diverses et 29% pour les crédits de paiement de l'investissement.

3.6. Stratégie Nationale de Financement de la Santé

Le MSPS a adopté la stratégie nationale de financement de la santé en 2021 suite à l'organisation, en 2019, de la conférence nationale sur le financement de la santé sous le haut patronage de Sa Majesté le Roi, que Dieu l'Assiste. Cette stratégie représente une réponse globale aux différents défis de financement, d'accès aux soins et d'efficacité du système de santé. En intégrant des mécanismes innovants, une gouvernance renforcée et une approche centrée sur l'équité, le Maroc se donne les moyens de garantir une couverture de santé universelle et de qualité pour tous ses citoyens.

La stratégie de financement de la santé au Maroc repose sur trois fonctions classiques du financement, à savoir la mobilisation des ressources, la mise en commun des ressources et l'achat de services. Ces trois fonctions doivent être coordonnées et harmonisées par une gouvernance efficace, permettant ainsi de garantir l'accès à un paquet de services essentiels pour l'ensemble de la population. La notion d'équité est primordiale, tant dans la définition de ce paquet de services que dans l'organisation de leur prestation.



Les axes de la stratégie du financement de la santé se présentent comme suit :

Axes	Actions
Mobilisation efficace des ressources	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmenter l'espace budgétaire alloué à la santé. ▪ Renforcer l'allocation des ressources en faveur des soins de santé primaires. ▪ Adopter de nouveaux mécanismes de financement innovants.
Mise en commun des ressources	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unification progressive des régimes obligatoires d'assurance maladie. ▪ Réformer le RAMED (Régime d'Assistance Médicale) pour améliorer son efficacité.
Achat stratégique de services de santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Révision de la Tarification Nationale de Référence pour mieux correspondre aux réalités économiques et sanitaires. ▪ Introduction du contrat à la performance pour les services de soins de santé primaires, afin de renforcer leur qualité.
Renforcer l'équité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création des Agences Régionales de la Santé pour une meilleure gestion décentralisée des services. ▪ Institutionnalisation d'une capacité nationale en Évaluation des Technologies de Santé (HTA), pour garantir la pertinence et l'efficacité des investissements. ▪ Mise en place d'un système d'information intégré, permettant un achat stratégique plus performant et transparent des services de santé.
Gouvernance du financement de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour les travailleurs informels et indépendants. ▪ Adapter la couverture médicale pour répondre aux besoins spécifiques des populations vulnérables (personnes âgées, handicapées, etc.).
Actions multisectorielles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir le panier de services garantis pour l'ensemble de la population. ▪ Organiser des rencontres régulières sur le financement de la santé entre les parties prenantes pour assurer un dialogue constructif et suivi. ▪ Renforcer le rôle de l'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM) pour une gestion optimale de l'AMO. ▪ Autonomiser les hôpitaux et les circonscriptions sanitaires pour leur donner plus de flexibilité et de responsabilité. ▪ Création d'un comité technique chargé du suivi de la mise en œuvre de la stratégie. ▪ Création d'un observatoire des indicateurs de santé, afin de suivre en temps réel les progrès du système de santé.

3.7. Renforcement de la souveraineté sanitaire

Sous la conduite éclairée et le Leadership de Sa Majesté le Roi que Dieu l'assiste, il y a eu la construction d'une usine de production de vaccins à Benslimane qui contribuera à assurer la souveraineté vaccinale du Royaume, et de l'ensemble du continent Africain.

Par ailleurs, l'industrie pharmaceutique au Maroc a enregistré des réalisations importantes, ce qui a permis de couvrir plus de 70% des besoins en médicaments au niveau national, et ce grâce à la fabrication locale de médicaments notamment coûteux des maladies chroniques, ce qui a permis une amélioration de l'utilisation des médicaments génériques à 40 % actuellement.

De même, en vue d'améliorer l'accessibilité aux médicaments et aux dispositifs médicaux, le MSPS a baissé durant la période 2019-2022 les prix de plus de 2000 médicaments les plus consommés au Maroc qui a concerné particulièrement les médicaments utilisés dans le traitement de maladies chroniques. De même, il y a eu l'exonération de la TVA de tous les médicaments.

4. Principaux défis du système national de santé

Les différentes analyses de l'état de santé de la population marocaine et du fonctionnement du système de santé ont permis d'apprécier, de façon concrète, les acquis positifs enregistrés tout au long de ces dernières années, mais aussi de mesurer l'importance des efforts qu'il faudra encore déployer.

Ces analyses ont également fait ressortir l'amorce depuis quelques années d'une double transition démographique et épidémiologique, le changement des modes de vie, l'urbanisation rapide, la détérioration de l'environnement ainsi que l'essor extraordinaire de la technologie médicale dont les conséquences pèsent à moyen et long terme sur la nature et le volume des services que devra fournir le système de santé.

Il s'y ajoute le développement d'une plus grande exigence de la population vis à vis de tout ce qui touche à sa santé en raison de l'impact de l'éducation, de l'urbanisation et du libre accès à l'information. Les changements induits par la régionalisation, l'ouverture progressive de l'économie imposeront eux aussi au système de santé, le développement progressif de ses capacités et leur renforcement pour se réajuster et s'adapter, au fur et à mesure, à l'évolution de la demande et de l'offre de soins.

Ces nouveaux défis s'ajoutent au défi de réduire les écarts de l'offre de soins entre les milieux urbain et rural et entre les régions et de résorber le déficit quantitatif et qualitatif en ressources humaines, ainsi de pérenniser les acquis réalisés.



Par ailleurs, bien que le budget sectoriel ait connu une augmentation importante durant les dernières années, il reste marqué par le poids important des charges du personnel (48%) et demeure insuffisant par rapport à la norme de l'OMS qui préconise 12% du budget général de l'Etat.

De même, notre pays est également exposé à des crises sanitaires et des risques liés aux catastrophes naturelles (comme les tremblements de terre ou les inondations), ce qui nécessite une adaptation du système de santé pour gérer ces urgences de manière plus efficace.





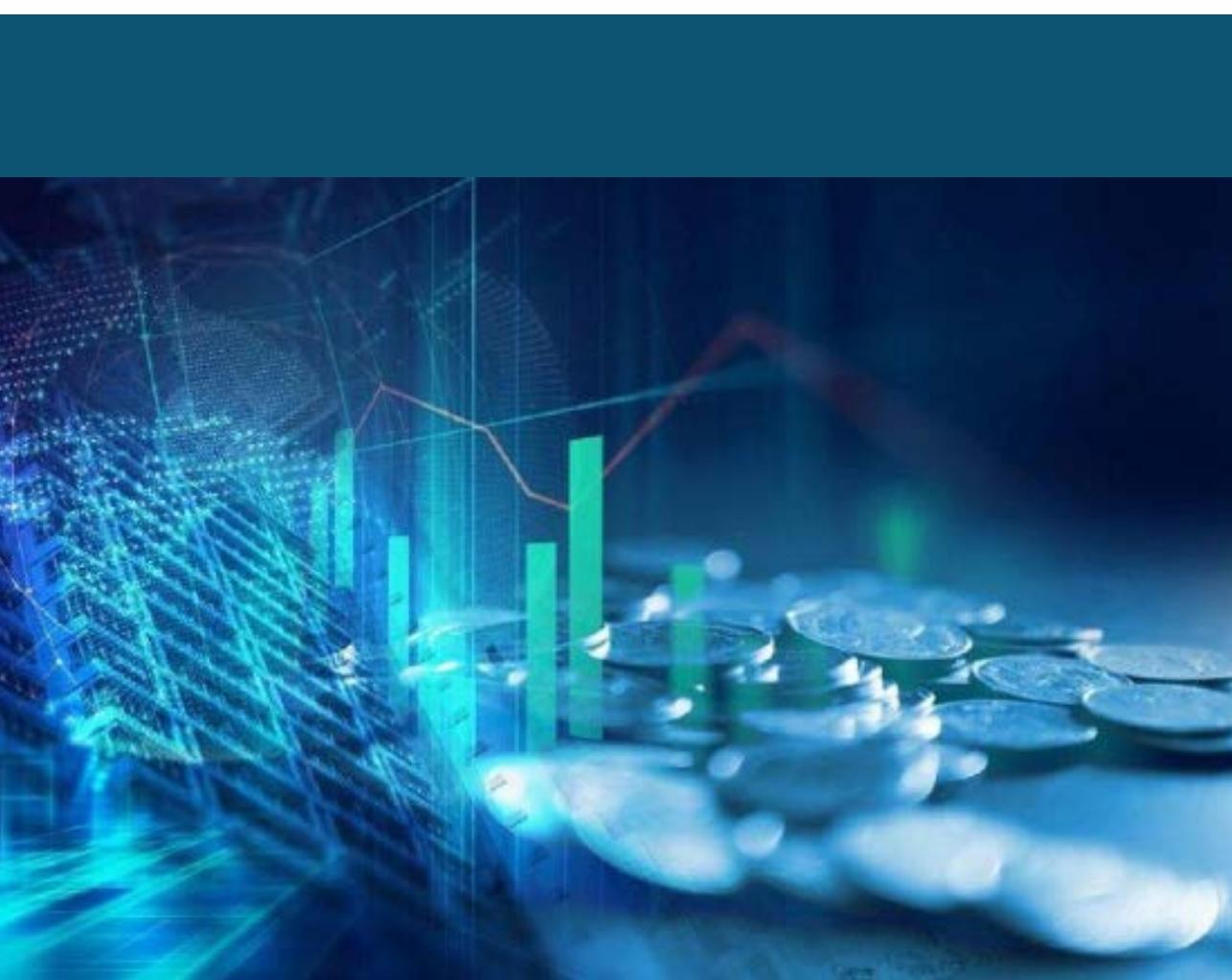
CHAPITRE

02

44



NIVEAU DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ AU MAROC





Le financement de la santé est l'un piliers essentiels pour tout système de santé. Un financement adéquat de la santé permet d'offrir des soins et des services de santé de qualité, de favoriser le développement économique et de renforcer la résilience du système de santé face aux crises sanitaires. C'est dans ce contexte, que le renforcement du financement de la santé aussi bien au Maroc que dans le monde entier, est reconnu comme une priorité essentielle dans les stratégies et politiques des gouvernements.

Au Maroc, le financement de la santé a connu une évolution continue ces dernières années, contribuant ainsi à l'amélioration de certains indicateurs de santé et à la réduction des charges financières directes supportées par les ménages. Il est donc fondamental d'évaluer et d'analyser ce financement afin de fournir des données d'une façon régulière sur les fonctions du système de financement de la santé à savoir la mobilisation des ressources, leur mise en commun et l'achat des services. Ces informations permettront de guider les décisions politiques et stratégiques en matière de santé, et améliorer l'utilisation rationnelle des ressources disponibles.

- La Dépense Totale de Santé (DTS) : 81,7 milliards de Dhs soit une augmentation de 34,1% par rapport à 2018 ;
- La DTS représente 6,1% du PIB contre 5,5% en 2018 ;
- La DTS par habitant : 2227 Dhs soit une augmentation de 28,7% par rapport à 2018 ;
- Les dépenses courantes de santé : 76,6 milliards de Dhs soit 93,7% de la DTS;
- Les dépenses publiques de santé représentent 50,7% de la DCS, soit une hausse de 10,3 points par rapport à celles de 2018 ;
- Principales sources de financement :
 - Paiements directs des ménages : 38%
 - Assurance maladie : 31%
 - Ressources fiscales : 30,3%

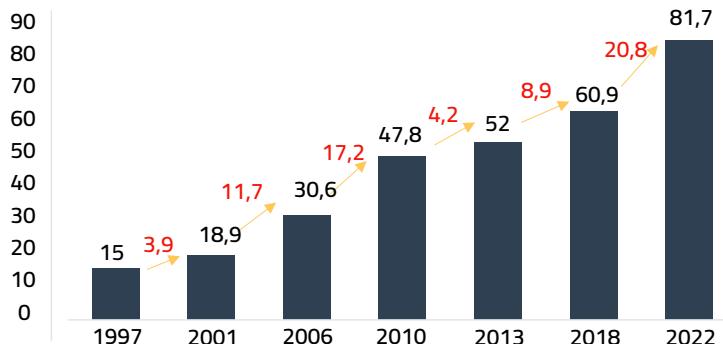
Ce chapitre traitera la taille du financement de la santé au titre de l'année 2022 et ses principales sources tout en analysant la répartition des dépenses de santé selon les différents prestataires et prestations de soins fournies.

1. Dépenses totales de la santé au Maroc

La Dépense Totale de Santé (DTS) au titre de l'année 2022 s'élève à environ 81,7 milliards de Dhs soit une augmentation de 34,1% par rapport à l'année 2018 (60,9 milliards de Dhs) enregistrant une hausse annuelle moyenne de l'ordre de 7,6% durant la période 2018-2022 contre 3,2% entre 2013 et 2018. Cette dépense a été plus que quadruplée durant les vingt (20) dernières années indiquant une tendance positive d'amélioration du financement de la santé à travers la contribution de l'ensemble des

agents de financement de la santé au Maroc. Ceci reflète également l'intérêt accordé au secteur de la santé en vue d'assurer un accès élargi et une qualité améliorée des soins et services de santé dans le pays.

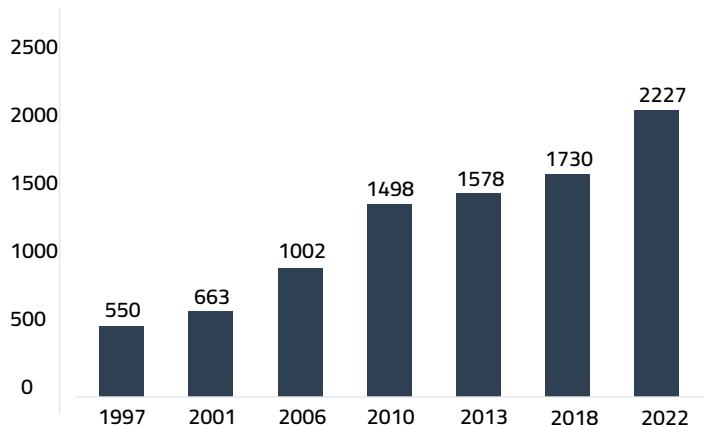
Figure 2.1: Evolution de la dépense totale de santé (en Milliards de Dhs), 1997-2022



En tant que principal agrégat des comptes nationaux de la santé, la dépense courante de santé (DCS) au titre de l'année 2022 a été estimée à 76,6 milliards de Dhs représentant ainsi 93,7% de la DTS. La dépense en capital (investissement) quant à elle, a atteint 5,1 milliards de Dhs soit 6,3% de la DTS contre 3% en 2018. Cette augmentation du poids de la dépense en investissement dans la DTS est expliquée particulièrement par le volume important des investissements engagés par le MSPS depuis 2012 pour la mise à niveau de l'offre de soins hospitalière et des soins de santé primaires en tant que pilier important du chantier de la refonte du système de santé.

Par ailleurs, la dépense totale de santé per capita a connu également une augmentation importante en passant de 1730 Dhs en 2018 à 2227 Dhs en 2022 (équivalant à un montant de 218 US\$ au taux de change courant, et à 565 en termes de Parité du Pouvoir d'Achat (\$PPA)), soit une augmentation de l'ordre de 28,7%. Cet indicateur est important pour apprécier le niveau de financement de la santé dans le pays, suivre les tendances temporelles et assurer la comparaison entre pays ayant réalisé le même exercice.

Figure 2.2: Evolution de la dépense totale de santé par habitant (en Dirhams), 1997-2022



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

Le tableau ci-après donne une comparaison entre pays selon certains indicateurs de dépenses de santé et permet de situer le Maroc au niveau mondial. En effet, ce tableau indique que la part du PIB consacrée à la santé a connu une amélioration notable par rapport à 2018 (5,5%) pour s'établir à 6,1% en 2022, toutefois, cette proportion demeure faible par rapport à la moyenne mondiale (7,4%) et régionale (6,2%)².

Aussi, malgré l'augmentation importante de la DTS par habitant entre 2018-2022 qui s'établit à 565 dollars internationaux en 2022, cet indicateur classe le Maroc derrière plusieurs pays en l'occurrence l'Iran et la Jordanie qui enregistrent respectivement une dépense de santé par habitant de 951 et 739 dollars internationaux, tout en notant que les Etats Unis d'Amérique (USA) et la France dépensent par capita respectivement 21 et 9 fois plus que le Maroc.

2. Source : OMS, 2021

Tableau 2.1: Niveau de la dépense de santé- comparaison avec quelques pays, 2021

Pays	PIB par habitant (Dollar International)	Dépense courante de santé par habitant (Dollar International)	Dépense de santé par rapport au PIB (%)
Turquie	31 638	1 390	4,6
Egypte	15 821	615	4,6
Maroc (*)	8 581	565	6,1
Iran	15 024	951	5,8
Liban	11 860	528	10,1
Jordanie	9 115	739	7,3
Tunisie	12 159	784	7,0
France	53 835	5 381	12,3
USA	71 056	12 012	17,4

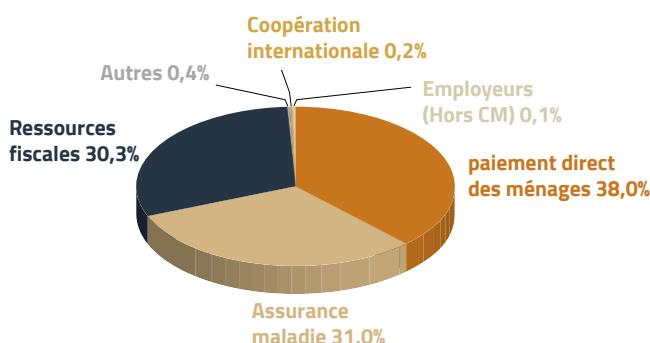
Sources : OMS et Banque Mondiale

(*) : Les données sur les dépenses de santé au Maroc correspondent aux résultats des CNS-2022 (DTS)

2. Sources de financement de la santé

Le système de santé au Maroc est financé par une multitude d'acteurs, notamment l'État à travers les recettes fiscales, les contributions de l'assurance maladie, les paiements directs des ménages, ainsi que les partenaires nationaux et internationaux. La figure ci-dessous illustre les différentes sources de financement de la santé en 2022.

Figure 2.3: Sources de financement de la santé par nature de financement, 2022





A l'instar des années précédentes, les paiements directs des ménages demeurent la première source de financement de la santé au Maroc en 2022, avec une part qui s'élève à 38% contre 45,6% en 2018. Cette importante baisse constitue une tendance positive pour renforcer davantage la protection financière de la population au moment de l'accès aux soins.

En effet, l'extension de la couverture médicale aurait contribué à l'allégement des dépenses directes des ménages en santé. A ce titre, l'année 2022 a été marquée par la mise en œuvre du régime d'AMO des travailleurs non-salariés qui couvre les frais d'un panier de soins similaire à celui des employés du secteur privé. Aussi, même si le RAMED a été transformé en régime assuranciel à partir de décembre 2022, il a permis aux populations pauvres et vulnérables éligibles de bénéficier gratuitement des soins de santé dans les différents établissements relevant du secteur public de santé.

Aussi, si les médicaments constituent un déterminant important du niveau des paiements directs des ménages soit à travers l'automédication ou à travers les prescriptions médicales, les actions adoptées ces dernières années en matière de promotion de l'utilisation des médicaments génériques, l'élargissement de la liste des médicaments remboursables, et la baisse des prix des médicaments opérée depuis 2014 ont certainement contribué à la baisse de la part des paiements directs des ménages.

Cependant, bien que les paiements directs des ménages aient enregistré une diminution importante de 7,6 points de pourcentage par rapport à 2018, son niveau actuel demeure encore élevé par rapport à la norme préconisée par l'OMS (moins de 25%) pour atteindre les objectifs de la couverture sanitaire universelle. Ils demeurent également élevés par rapport à d'autres pays comme la Tunisie (33,7%), la Turquie (16,3%) et la France (8,9%).

Par ailleurs, la contribution de l'Etat dans le financement de la santé a connu une augmentation significative en passant de 24% en 2018 à 30,3% en 2022 expliquée en partie par une augmentation importante du budget du MSPS traduisant l'engagement de l'Etat à mettre à niveau le système national de santé et améliorer l'accès aux services de santé. De même, le poids de l'assurance maladie dans le financement de la santé a enregistré une augmentation de deux points par rapport à l'année 2018 pour s'établir à 31%. En revanche, les Etablissements et Entreprises Publics (EEP) et la coopération internationale ne contribuent au financement de la santé que de 0,1% et 0,2% respectivement.

Il y a lieu de souligner que le financement collectif et solidaire (financement par l'assurance maladie et les ressources fiscales) a connu une amélioration notable par rapport à 2018 pour s'établir à 61,3% (+ 8%).

Le chantier de la généralisation de l'AMO devrait renforcer davantage les mécanismes de financement solidaire pour plus de mutualisation des risques. Le tableau suivant présente l'apport de la contribution relative à l'assurance maladie et celle hors assurance maladie par financeur.

Il ressort de ce tableau que les ménages constituent toujours le principal financeur de la santé contribuant avec environ 43,2 milliards de Dhs dont 31 milliards sous forme de paiements directs et 12,2 milliards de Dhs sous forme de contributions à l'assurance maladie. Ceci représente ensemble 52,9% de la dépense totale de santé soit une diminution d'environ 7% par rapport à 2018.

Tableau 2.2: Sources de financement par type d'institutions (en millions de Dhs), 2022

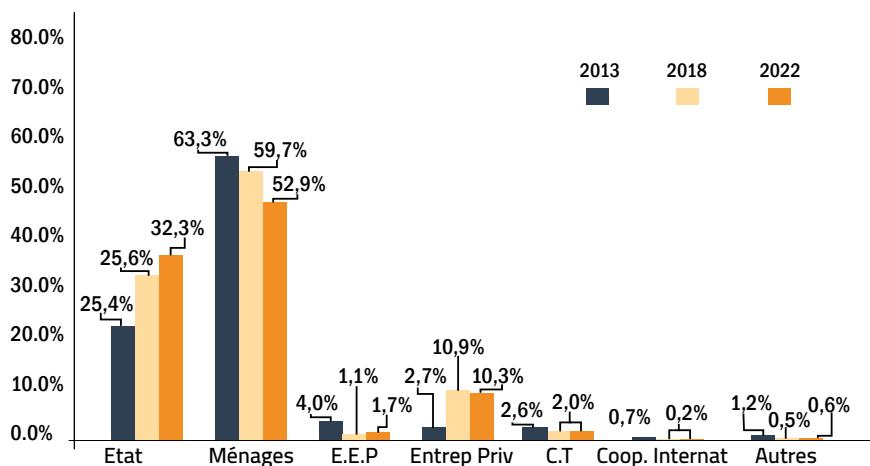
	Montant de la dépense	(%)
Contributions à l'Assurance Maladie	Etat	3 041,5
	Ménages	12 154,7
	CT	249,5
	EEP	1 308,4
	Entreprises privées	5 822,4
	Sous-Total	22 576,5
Contributions directes aux services de santé (hors Assurance Maladie)	Etat	23 378,2
	Ménages	31 034,4
	CT	1 362,4
	EEP	84,4
	Entreprises privées	2 595,1
	Coopération Internationale	183,6
	Autres (ONGs, ...)	459,3
	Sous-Total	59 097,4
	Total	81 673,9
		100,0%

L'analyse de l'évolution des sources de financement par type d'institutions (Figure 2.4) montre que la part de l'Etat dans le financement de la santé a connu une amélioration notable passant de 25,6% en 2018 à 32,3% en 2022. Cet accroissant est particulièrement le résultat de l'augmentation du budget alloué au secteur de la santé.



Enfin, bien que les contributions des autres types d'institutions (entreprises et établissements publics, coopération internationale, etc.) aient généralement diminué au fil du temps, elles restent néanmoins des acteurs clés dans le paysage financier de la santé, jouant ainsi un rôle important et complémentaire dans l'appui de la politique sanitaire.

Figure 2.4 : Evolution des sources de financement par type d'institutions, 2013-2022



3. Dépenses courantes publiques et privées de santé

Les dépenses courantes en santé sont classées en deux grandes catégories : les dépenses publiques et les dépenses privées, chacune ayant des sources de financement distinctes et des mécanismes de distribution spécifiques.

Les dépenses publiques de santé incluent toutes les ressources allouées par les institutions publiques pour financer les soins et services de santé. Selon la classification SHA 11, ces dépenses sont financées par :

- **Les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (FS.1)** : Ces ressources proviennent des revenus publics affectés au secteur de la santé. Ils incluent les contributions du MSPS, d'autres départements ministériels et établissements publics, ainsi que des collectivités territoriales ;
- **Les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique (FS.2)** : Ce poste regroupe les financements externes reçus de la coopération internationale, tels que les subventions et les aides, qui sont gérés par l'administration publique (ex: MSPS) pour être investis dans les services de santé ;

- **Les cotisations d'assurance sociale (FS.3)** : Il s'agit des contributions versées aux régimes d'assurance maladie, financées par des cotisations sociales collectées auprès des employeurs et des assurés, pour couvrir les services de santé.

Les dépenses privées de santé sont financées par les fonds provenant des ménages, des entreprises privées et autres intervenants, et elles sont constituées de :

- **Paiements directs des ménages (FS.6.1)** : Ce sont les dépenses supportées directement par les individus pour bénéficier des services de santé, comme les consultations médicales, les frais hospitaliers, et autres soins non couverts par les assurances;
- **Autres revenus venant des entreprises (FS.6.2)** : comprennent les ressources provenant des entreprises destinées au financement des services de santé (comme les services de médecine du travail) sans passer par un régime particulier de type assurance;
- **Cotisations salariales et patronales gérées par les assurances privées (FS.4 et FS.5) (Hors FS.3)** : Il s'agit des primes d'assurance privée et des cotisations obligatoires (FS.4) reçus des individus/ménages ou des employeurs et volontaires (FS.5), qui couvrent une partie ou la totalité des frais de santé;
- **Autres sources privées (FS.6.3, FS.7 et FS.nec)** : Cette catégorie inclut les contributions des organisations non gouvernementales (ONG), ainsi que les dépenses directes provenant de l'étranger et d'autres sources privées soutenant le financement des services de santé.

Cette classification permet donc d'avoir une vision détaillée de la manière dont les fonds sont alloués et dépensés dans le secteur de la santé, offrant ainsi une base pour l'analyse des politiques de santé et la performance des systèmes de santé.

Ainsi, d'après le tableau ci-après on constate que le poids des dépenses publiques de santé s'est renforcé entre 2018 et 2022 en gagnant plus de 10 points de pourcentage pour s'établir à 50,7% en 2022 contre 40,4% en 2018 traduisant ainsi l'effort déployé par le Gouvernement en matière de mobilisation de ressources additionnelles pour le secteur de santé que ce soit à travers l'assurance maladie ou le budget du MSPS.





Tableau 2.3: Évolution des dépenses (courantes) publiques et privées de santé (en millions de Dhs), 2018-2022

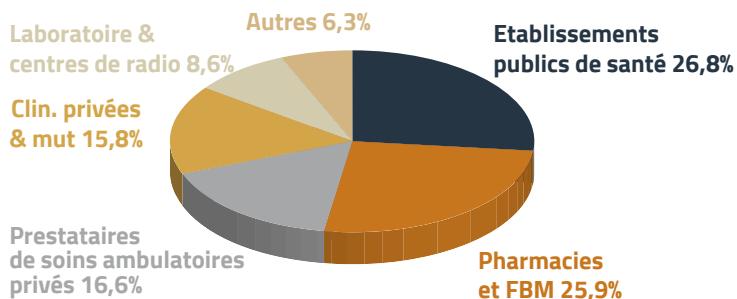
Dépenses	2018		2022	
	Montant en Million de Dhs	%	Montant en Million de Dhs	%
Dépenses publiques	23 862,7	40,4%	38 771,2	50,7%
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (FS.1)	12 934,5	21,9%	19 951,4	26,1%
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique (FS.2)	107,1	0,2%	109,1	0,1%
Cotisations d'assurance sociale (FS.3)	10 821,2	18,3%	18 710,6	24,4%
Dépenses privées	35 243,7	59,6%	37 773,3	49,3%
Cotisations salariales et patronales gérées par les assurances privées (FS.4 et FS. 5)	6 953,1	11,8%	3 865,8	5,1%
Paiement direct des ménages (FS.6.1)	27 771,3	47,0%	31 034,4	40,5%
Autres revenus venant des entreprises (FS.6.2)	398,8	0,7%	2 679,5	3,5%
Autres sources privées (FS.6.3, FS.7 et FS. nec)	120,4	0,2%	193,6	0,3%
Total	59 106,5	100%	76 544,5	100,0%

4. Dépenses courantes de santé par type de prestataires

La répartition des dépenses courantes de santé par type de prestataires permet de mettre en exergue le poids de chaque prestataire de soins, public ou privé, dans les dépenses de santé. A ce titre, sur les 76,5 milliards de Dhs mobilisés en 2022, les établissements publics de santé (hôpitaux publics, CHUs, ESSP,...) occupent la première place avec une part qui s'élève à 26,8% du total des dépenses suivis par les pharmacies et les fournisseurs de biens médicaux avec une part qui s'établit à 25,9%.

Par ailleurs, les cabinets et les cliniques privés ont bénéficié ensemble d'environ un tiers de la dépense, soit respectivement 16,6% et 15,8% de la dépense courante de santé. Toutefois, la part des laboratoires et centres de radiologie ne représente que 8,6%.

Figure 2.5: Répartition des dépenses courantes de santé par type de prestataires, 2022



5. Dépenses courantes de santé par type de prestations :

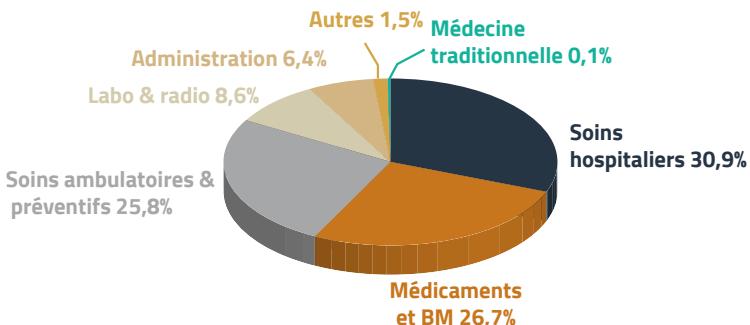
Il ressort de la répartition fonctionnelle des dépenses de santé que les soins hospitaliers occupent la première position avec une part de 30,9% du total des dépenses. Il y a lieu de souligner que selon la classification SHA-11, les soins hospitaliers englobent l'ensemble des services hospitaliers, y compris les médicaments ainsi que les analyses biologiques et les examens radiologiques dispensés aux patients lors d'une hospitalisation, qu'elle soit de jour ou complète, nécessitant une admission formelle dans une structure hospitalière (Figure 2.6).

Par ailleurs, la part des dépenses dédiée aux médicaments et aux biens médicaux s'élève à 26,7% en 2022 contre 23,4% en 2018. Cette augmentation de 3,3 points de pourcentage par rapport à 2018, met en évidence le poids important du poste des médicaments dans la dépense directe des ménages. Ceci met en lumière également la nécessité de promouvoir l'utilisation du médicament générique et de renforcer sa prescription médicale en vue de rationnaliser d'une part les dépenses de l'assurance maladie, et d'autre part, alléger le reste à charge qui pèse lourdement sur les finances des ménages.

Le troisième et le quatrième poste de dépenses concernent respectivement les soins ambulatoires (incluant les soins préventifs) ainsi que les analyses biologiques et examens radiologiques avec des parts respectives qui s'établissent à 25,8% et 8,6% de la dépense courante de santé.

Figure 2.6: Répartition des dépenses courantes de santé par type de prestations,

2022



6. Dépenses en capital

L'investissement d'un pays consacré au développement de l'offre de soins y compris les infrastructures sanitaires, les équipements médicotechniques ainsi que les nouvelles technologies de l'information et de la communication, pourrait avoir un impact déterminant sur le renforcement de la capacité d'un système de santé à satisfaire les besoins de la population et à contribuer ainsi à l'amélioration de sa performance.

Le tableau ci-après présente la répartition des dépenses d'investissement (formation brute de capital au sens de la classification des comptes de la santé) par sources de financement. Ces dépenses (secteur public) qui sont de l'ordre de 5,13 milliards de Dhs en 2022, soit 6,3% des dépenses totales de santé, ont été financées dans leur majorité par le budget du MSPS soit à hauteur de 59,4%.

En effet, le chantier de la refonte du système national de santé lancé en 2022, a été accompagné par une augmentation notable du budget sectoriel, notamment le chapitre de l'investissement, en vue de mettre à niveau l'offre de soins publique.

C'est ainsi qu'un programme ambitieux d'investissement a été lancé pour la réhabilitation de 1400 établissements de soins de santé primaire, la construction de nouveau hôpitaux et de CHUs et la mise à niveau des hôpitaux existants ainsi que la mise en place d'un système d'information intégré basé sur le dossier médical du patient.

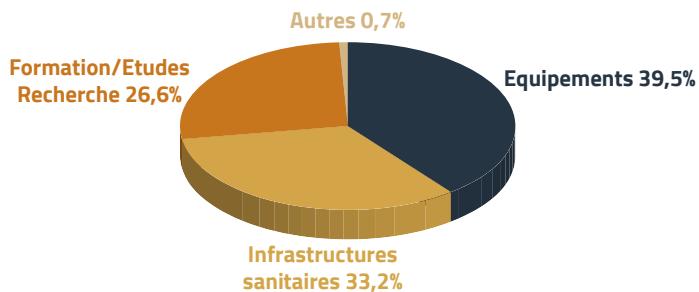
Par ailleurs, les partenaires nationaux publics (INDH, Protection Civile...) et les collectivités territoriales ont contribué également au financement des dépenses d'investissement à hauteur de 22% et 12% respectivement.

Tableau 2.4: Dépenses en capital par sources de financement (en millions de Dhs), 2022

Dépenses	%
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale	3 044 59,4%
Partenaires nationaux publics	1 129 22,0%
Collectivités Territoriales	616 12,0%
Assurances maladie	113 2,2%
Coopération Internationale	75 1,5%
Autres (ONG, Fondations...)	152 2,9%
Total	5 129 100,0%

S'agissant de la répartition fonctionnelle, l'essentiel de ces dépenses comme indiqué dans le graphique ci-après, a été dédié aux équipements (biomédical, informatique,...) et aux infrastructures sanitaires (hôpitaux et ESSP) à hauteur de 39% et 33% respectivement. Toutefois, les actions de formation, de réalisation d'études et de recherche n'ont consommé que 27% de cette dépense.

Figure 2.7 : Répartition des dépenses en capital par fonction, 2022



CHAPITRE

03

FINANCEMENT DE LA SANTÉ PAR LES MÉNAGES







Dans le cadre de la politique de développement social initiée par Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu l'Assiste, le Maroc a réalisé des progrès notables dans la réduction des risques sociaux et économiques, de la vulnérabilité et de la pauvreté extrême. Dans cette optique, le secteur de la santé occupe une place primordiale dans les politiques publiques.

Paiements directs des ménages :

- 31 milliards de Dhs ;
- 38% de la dépense totale de santé contre 45,6% en 2018 ;
- 44,1% des dépenses pour les médicaments et biens médicaux ;
- 22,3% des dépenses pour les soins ambulatoires ;
- 15,3% des dépenses pour les soins hospitaliers.

A ce titre, la mise en œuvre de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) en 2005, la généralisation du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) en 2012, et le renforcement continu des investissements dans ce secteur ont permis d'améliorer l'accès aux soins pour l'ensemble des citoyens, tout en allégeant le fardeau financier supporté par les ménages.

Malgré ces progrès, le financement de la santé par les ménages demeure un défi important au Maroc, comme dans de nombreux autres pays. En effet, les ménages marocains continuent d'assumer une part considérable des dépenses liées aux services de santé, ce qui peut impacter non seulement l'accès aux soins, mais également la qualité des services offerts et le pouvoir d'achat des familles.

L'analyse des dépenses directes des ménages en matière de santé permet de mieux cerner les besoins réels de la population en termes de soins de santé. Elle permet également d'identifier les secteurs où les coûts sont les plus élevés, les services les plus sollicités, ainsi que les inégalités d'accès aux soins.

Ce chapitre se propose d'examiner en détail les différentes composantes des dépenses de santé des ménages, ainsi que leur répartition entre les divers services de santé et prestataires.

1. Poids des dépenses directes des ménages dans le financement de la santé

En 2022, les ménages marocains demeurent les principaux contributeurs aux dépenses de santé via les paiements directs (c'est-à-dire sans partage de coûts). Ces paiements représentent une dépense totale estimée à 31 milliards de Dhs (848 dirhams par habitant et par an), soit environ 38 % des dépenses globales en santé contre 45,6% en 2018. Cette diminution est due essentiellement à l'augmentation du financement collectif et solidaire qui est passé de 53,3% en 2018 à 61,3% de la dépense totale de santé.

La tendance à la baisse de la contribution directe des ménages au financement des soins de santé peut être attribuée à plusieurs facteurs clés, notamment l'extension progressive du système d'assurance maladie et l'évolution du financement public du secteur de la santé au cours des deux dernières décennies. Ces évolutions ont permis d'élargir l'accès aux soins et de renforcer la protection financière des citoyens face aux coûts associés à la demande de soins. L'intégration des indépendants dans le régime de l'assurance maladie, en particulier, a été un facteur majeur dans l'extension de la couverture, contribuant ainsi à réduire la pression financière sur les ménages.

Dans ce contexte, le Maroc a également mis l'accent sur l'amélioration du système de soins de santé primaires, considéré comme un pilier stratégique pour le développement d'un système de santé performant.

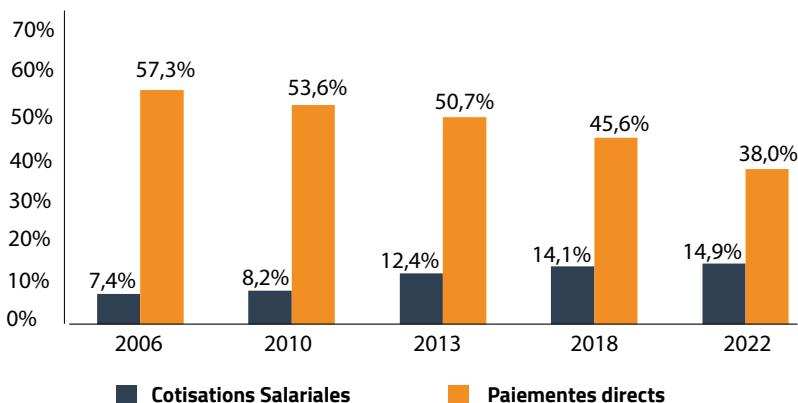
Malgré une évolution positive et relativement rapide de la structure de financement, ce niveau de contribution des ménages reste considérablement élevé et bien au-delà du seuil recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui préconise une contribution maximale de 25 % des dépenses totales en santé par les ménages. Cette situation met en lumière l'insuffisance des mécanismes de mutualisation du risque maladie, malgré les efforts déployés par l'État pour renforcer la protection sociale et le financement collectif du secteur de la santé. En effet, bien que des progrès aient été réalisés, l'augmentation constante du coût des soins, en particulier en raison des nouvelles technologies médicales et du développement des protocoles thérapeutiques, maintient la pression sur les finances des ménages.

2. Composition des dépenses des ménages en santé

L'analyse des dépenses des ménages en santé, en prenant en compte à la fois les paiements directs pour les soins et les cotisations à l'assurance maladie, permet d'obtenir une vision globale des charges financières que les ménages supportent dans le domaine de la santé. Ces dépenses englobent non seulement les dépenses directes, telles que les paiements pour les soins médicaux, les médicaments, et les frais annexes, y compris le ticket modérateur (partie des frais de soins restant à la charge de l'assuré après remboursement par l'assurance), mais aussi les cotisations salariales que les travailleurs versent aux différentes caisses gestionnaires de l'assurance maladie.

L'analyse des données relatives aux dépenses de santé des ménages met en évidence des évolutions notables tant en termes de pourcentages que de montants absous. En effet, les cotisations salariales à l'assurance maladie ont connu une nette tendance à la hausse, passant de 14,1% du total des dépenses de santé en 2018 à 14,9 % en 2022. En termes monétaires, ces cotisations ont évolué de manière significative, atteignant 12,2 milliards de Dhs en 2022, contre 8,6 milliards de Dhs en 2018.

Figure 3.1 : Evolution de la composition des dépenses des ménages en santé, 2006-2022



En revanche, les dépenses directes des ménages, qui incluent les frais non couverts par l'assurance maladie ont enregistré une diminution notable en proportion du total des dépenses de santé, passant de 45,6% en 2018 à 38 % en 2022. Cette évolution favorable s'explique en grande partie par l'extension de l'assurance maladie. Parallèlement, la mise en œuvre des politiques de santé visant à alléger la charge financière des citoyens en matière de santé ont également joué un rôle déterminant. Dans ce sens, l'État a investi dans la consolidation du financement public de la santé, ce qui a permis de renforcer le financement collectif et de réduire la dépendance des ménages aux paiements directs.

Malgré cette diminution relative de la part des dépenses directes dans le financement global de la santé, leur montant global a cependant continué d'augmenter en valeur absolue. En effet, les dépenses directes des ménages sont passées de 27,8 milliards de Dhs en 2018 à 31 milliards de Dhs en 2022. Cette augmentation est liée à la hausse générale du coût des soins, en particulier sous l'effet de la mise à niveau des infrastructures sanitaires, et des nouvelles technologies médicales, ainsi que de la complexification des soins liés à la prévalence des maladies non transmissibles et des besoins en prise en charge.

En somme, bien que la tendance positive des dépenses des ménages en santé montre des progrès, notamment par la réduction de la part des dépenses directes et l'évolution des cotisations à l'assurance maladie, il reste nécessaire de continuer à investir dans l'amélioration de l'accès aux soins et la gestion des coûts, afin de garantir une couverture sanitaire universelle et équitable pour toute la population.

3. Structure des dépenses directes des ménages en santé par prestataires

L'analyse de la structure des dépenses directes des ménages en santé, en fonction des prestataires, est cruciale pour comprendre les modalités d'accès des citoyens aux soins et la répartition de leurs dépenses dans ce domaine. Cette répartition permet de dégager les acteurs principaux du système de santé qui bénéficient des paiements directs des ménages, qu'ils soient publics ou privés. Elle fournit ainsi aux décideurs des informations stratégiques pour cibler plus précisément leurs actions et politiques en matière de santé.

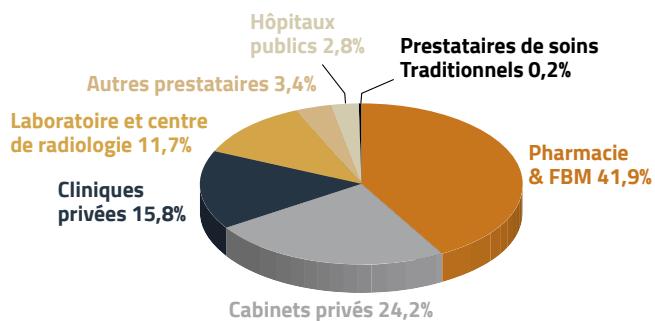
En identifiant les secteurs et prestataires les plus sollicités, cette analyse offre une vision détaillée des choix des citoyens en matière de soins, qu'il s'agisse des hôpitaux publics, des cliniques privées, des médecins généralistes ou des spécialistes. Cela permet également de repérer les inégalités d'accès aux soins, en particulier dans les zones rurales ou pour certaines populations vulnérables, et d'adopter des mesures spécifiques pour garantir une couverture de santé plus équitable.

L'analyse des données présentées dans la figure ci-dessous révèle que les pharmacies et les fournisseurs de biens médicaux constituent la part la plus importante des dépenses de santé des ménages, représentant 41,9% du total. Cette prédominance souligne l'importance des médicaments et des équipements médicaux dans les dépenses quotidiennes des citoyens. En parallèle, les cabinets privés et les laboratoires/centres de radiologie figurent également parmi les principaux postes de dépenses, avec des parts respectives de 24,2% et 11,7%. Ces dépenses reflètent l'importance croissante des soins de santé ambulatoires, ainsi que le rôle clé des diagnostics et des examens médicaux dans la gestion de la santé des ménages. Aussi, les cliniques privées représentent-elles également une part importante des dépenses de santé des ménages qui s'établit à 15,8%.

En revanche, bien que les hôpitaux publics représentent une proportion relativement faible des dépenses totales des ménages, leur rôle dans l'accès aux soins de santé demeure fondamental, notamment en raison de leur capacité d'accueil et de leur mission de service public. Ces établissements restent un pilier essentiel principalement pour les populations vulnérables, qui dépendent souvent des soins hospitaliers publics en raison de leurs coûts plus accessibles.



Figure 3.2 : Répartition des dépenses directes des ménages en santé par prestataires, 2022

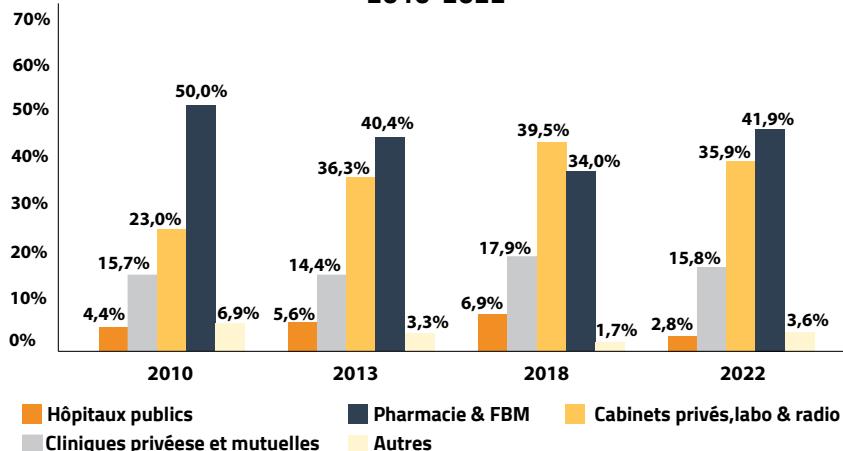


Par ailleurs, la figure ci-dessous révèle des tendances marquantes dans les choix des prestataires de soins de santé par les ménages. L'observation la plus significative est que les dépenses des ménages auprès des pharmacies et des fournisseurs de biens médicaux, ainsi que celles en cabinets privés, laboratoires et centres de radiologie, représentent à elles seules 78% des dépenses directes en santé.

Il est particulièrement intéressant de noter que les dépenses des ménages auprès des pharmacies et fournisseurs de biens médicaux ont connu une nette augmentation, passant de 34% en 2018 à 41,9% en 2022. Cette évolution pourrait refléter une plus grande utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux. En revanche, les dépenses liées aux cabinets privés, laboratoires et centres de radiologie ont légèrement diminué, passant de 39,5% en 2018 à 35,9% en 2022.

Concernant les hôpitaux publics, on observe une diminution significative de leur part dans les dépenses directes des ménages, qui est passée de 6,9% en 2018 à seulement 2,8% en 2022.

Figure 3.3: Evolution des dépenses directes des ménages en santé par prestataires, 2010-2022



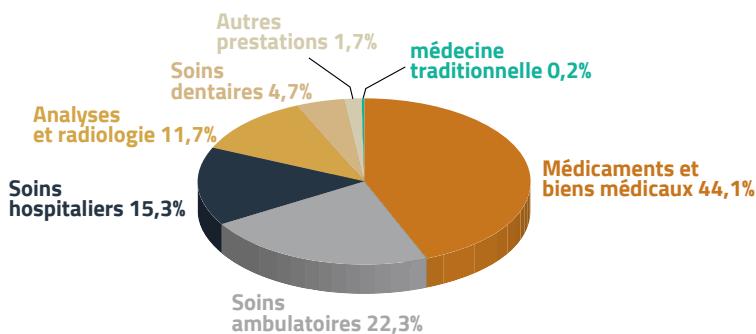
4. Structure des dépenses directes des ménages en santé par prestation

Les données de la figure ci-après illustrent la répartition des dépenses de santé des ménages, en fonction des différents types de prestations de soins utilisées. Le poste des médicaments et des biens médicaux représente la part la plus importante, avec 44,1% du total des dépenses des ménages, ce qui pourrait s'expliquer par des pratiques telles que l'automédication et l'achat de médicaments sans ordonnance, en particulier pour des maladies courantes ou chroniques.

S'agissant des soins ambulatoires et hospitaliers, ils absorbent respectivement 22,3% et 15,3% des dépenses totales. Les services d'analyses médicales et de radiologie représentent quant à eux 11,7%, tandis que les soins dentaires constituent 4,7% de la dépense totale. En outre, les dépenses liées à la médecine traditionnelle et à d'autres prestations demeurent marginales, représentant une petite fraction du total des dépenses de santé des ménages.

Cette répartition des dépenses met en lumière la diversité des biens et services de santé consommés et reflète les priorités et les besoins spécifiques des ménages en matière de soins. Elle permet de mieux comprendre les domaines de la santé où les ménages concentrent leurs ressources, tout en soulignant l'importance de certains types de soins comme les médicaments, les soins ambulatoires et les analyses médicales, au détriment d'autres prestations, comme les soins dentaires.

Figure 3.4 : Répartition des dépenses directes des ménages par prestations, 2022



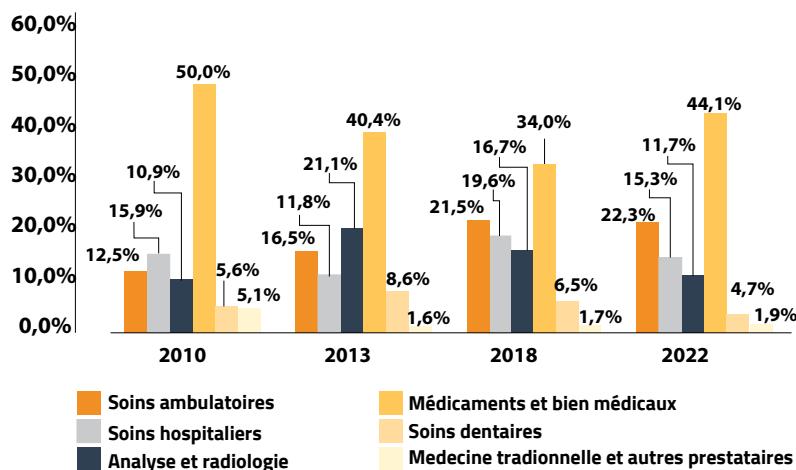
Par ailleurs, l'analyse du graphique ci-dessous révèle que la structure des dépenses des ménages par fonction n'a pas subi de changements majeurs entre 2018 et 2022. En effet, les dépenses liées aux hospitalisations ont montré une diminution passant de 19,6 % en 2018 à 15,3 % en 2022.

En plus, la part des médicaments et des biens médicaux a atteint 44,1 % des dépenses totales en santé en 2022 contre 34 % en 2018. Les dépenses liées aux analyses

médicales et aux examens radiologiques ont également connu des fluctuations au cours de la période étudiée, pour se stabiliser autour de 11,7 % en 2022. Cela peut refléter une prise de conscience croissante des besoins en diagnostic précoce et en prévention. En parallèle, les consultations médicales en ambulatoire ont légèrement augmenté, atteignant 22,3 % en 2022 contre 21,5 % en 2018. Cette tendance pourrait être liée à une amélioration de l'accès aux consultations et à la préférence croissante pour les soins ambulatoires, moins coûteux et plus accessibles.

En revanche, les dépenses en soins dentaires ont diminué en 2022, représentant 4,7 % du total des dépenses de santé des ménages contre 6,5 % en 2018. Cette baisse pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment un accès moins favorable aux soins dentaires, leur coût élevé ou encore une moins grande priorité accordée à ces soins par rapport à d'autres besoins de santé jugés plus urgents.

Figure 3.5 Evolution des dépenses directes des ménages en santé par prestations, 2010-2022





CHAPITRE

04

FINANCEMENT DE LA SANTÉ PAR L'ASSURANCE MALADIE







L'assurance maladie au Maroc offre une couverture quasi complète des risques de santé pour les assurés et leurs ayants droit, quelle que soit leur affiliation, qu'ils relèvent du régime public ou privé. Elle prend en charge une partie ou la totalité des frais médicaux liés à la maladie, à l'accident, à la maternité, ainsi qu'à la réhabilitation physique et fonctionnelle. Dans ce cadre, l'assurance maladie obligatoire de base assure une prise en charge soit par remboursement, soit par prise en charge directe des soins, selon le régime auquel l'assuré appartient. En effet, la CNOPS assure les

fonctionnaires du secteur public, les caisses internes pour les employés relevant des établissements publics et la CNSS, les sociétés mutuelles ou les assurances privées pour ceux du secteur privé. De plus, l'assuré conserve la liberté de souscrire une assurance complémentaire afin de couvrir les frais restants à sa charge. Il a également la possibilité de choisir librement son médecin et son établissement de santé, offrant ainsi une certaine flexibilité dans l'accès aux soins.

Au cours des dernières années, l'assurance maladie au Maroc a connu des réformes majeures, visant à élargir la couverture et à améliorer l'accès aux soins pour un plus grand nombre de citoyens. Parmi ces évolutions notables, on peut citer l'intégration des bénéficiaires du RAMED (Régime d'Assistance Médicale) dans le nouveau régime solidaire AMO Tadamoun, ainsi que l'inscription des travailleurs indépendants dans l'AMO TNS (Travailleurs Non-Salariés). Ces deux régimes sont désormais gérés par la CNSS, dans un effort visant à renforcer l'inclusion sociale et à garantir une couverture médicale à une population plus large. Ces réformes témoignent de l'engagement du Maroc à améliorer la protection sociale de ses citoyens et à garantir un accès équitable aux soins de santé, quel que soit le statut professionnel ou socio-économique.

1. Population couverte par l'assurance maladie

En 2022, la population du Maroc était estimée à 36 670 216 personnes, selon les données fournies par le Haut-Commissariat au Plan (HCP). À la fin de la même année,

- A fin 2022, le taux de la couverture médicale s'élève à environ 85,4% ;
- Assurance maladie : deuxième financeur de la santé au Maroc avec une part de 31% ;
- Assurance maladie : 24,1 milliards de Dhs de dépenses soit une augmentation annuelle moyenne de 7,7% entre 2018 et 2022 ;
- A fin 2022, la CNSS est le premier assureur au Maroc avec 18,8 millions de bénéficiaires ;
- Les médicaments et biens médicaux est le premier poste de dépenses pour l'assurance maladie : 36,6% ;
- Les cliniques privées bénéficient de 69,5% des paiements directs dans le cadre du tiers payant.

plus de 31,3 millions de Marocains étaient couverts par l'assurance maladie, ce qui représente un taux de couverture de 85,4 %. Ce chiffre marque une progression significative par rapport aux 64 % enregistrés en 2018, témoignant des efforts déployés pour élargir l'accès aux soins de santé et renforcer la protection sociale dans le pays.

Selon les données présentées dans le tableau ci-dessous, la CNSS reste le principal assureur en 2022, avec environ 18,8 millions de bénéficiaires, dont 9,7 millions sont couverts par le régime AMO Tadamoun. Ce régime solidaire permet de couvrir 51,2 % de la population marocaine, marquant ainsi une augmentation notable d'environ 12,4 millions de bénéficiaires entre 2018 et 2022. Cette progression significative témoigne de l'efficacité des réformes récentes visant à étendre la couverture maladie à un plus grand nombre de citoyens, notamment les populations les plus vulnérables.

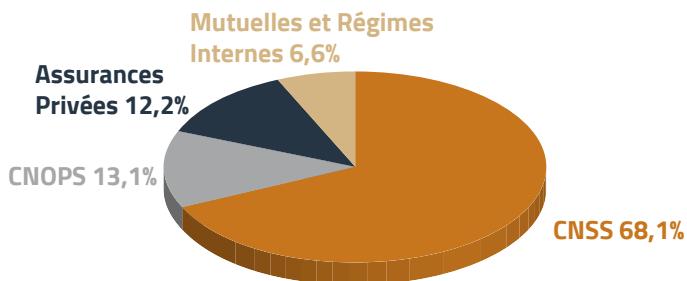
En revanche, pour les autres assureurs, les évolutions entre 2018 et 2022 restent relativement modestes. La CNOPS, qui gère l'assurance maladie pour les fonctionnaires du secteur public, a enregistré une légère augmentation de sa population couverte, passant de 3,2 millions de bénéficiaires en 2018 à 3,6 millions en 2022, représentant ainsi 9,8 % de la population. Quant aux mutuelles, aux régimes internes et aux sociétés d'assurances privées, ils ont connu une faible diminution du nombre de personnes couvertes, couvrant respectivement 5 % et 9,2 % de la population, ce qui indique une stabilité relative dans ces secteurs.

Tableau 4.1: Effectifs des bénéficiaires de l'assurance maladie, 2022

Institution	Adhérents	Ayant Droits	Bénéficiaires	Bénéficiaires/ Adhérent	% de la population
CNOPS	1 858 572	1 746 789	3 605 361	1,94	9,83%
CNSS	3 853 013	5 186 702	9 039 715	2,35	24,65%
Mutuelles et Régimes Internes	746 229	1 073 361	1 819 590	2,44	4,96%
Assurances Privées	1 459 956	1 914 973	3 374 929	2,31	9,20%
Sous Total 1	7 917 770	9 921 825	17 839 595	2,25	48,65%
AMO-Solidaire	3 762 226	5 957 475	9 719 701	2,58	26,51%
Sous Total 2	11 679 996	15 879 300	27 559 296	2,36	75,15%
CNSS (droit fermé)	2 095 729	1 641 207	3 736 936	1,78	10,19%
Total	13 775 725	17 520 508	31 296 233	2,27	85,35%

Par ailleurs, la figure ci-après illustre la répartition de la population couverte par organisme de l'assurance maladie. A cet égard, on note que la CNSS couvre plus de 68% de la population couverte, suivie par la CNOPS et les assurances privées avec des parts respectives de l'ordre de 13,1% et 12,2%.

Figure 4.1: Répartition de la population couverte par organisme d'assurance maladie, 2022



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

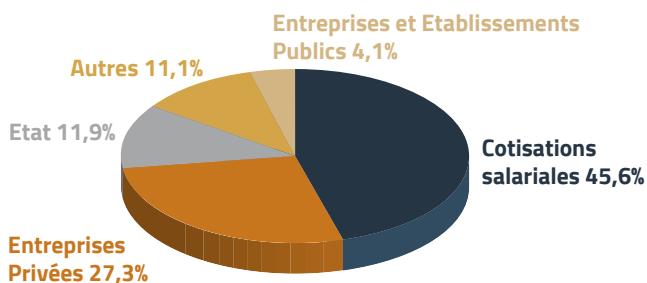
2.1. Ressources de l'assurance maladie

Les ressources des organismes gestionnaires de l'assurance maladie proviennent principalement des cotisations des adhérents (cotisations salariales) et des employeurs (cotisations patronales), auxquelles s'ajoutent les revenus générés par les placements financiers. Ces cotisations constituent la majeure partie des financements nécessaires pour couvrir les dépenses de l'assurance maladie.

En 2022, les ressources totales de l'assurance maladie ont atteint 30,6 milliards de Dhs, contre 19,8 milliards de Dhs en 2018, soit une progression annuelle moyenne de 11,5%. Cette augmentation reflète l'extension de la couverture maladie et la hausse des cotisations, notamment dans le cadre de l'intégration des bénéficiaires du régime AMO Tadamoun et l'inscription des travailleurs indépendants.

Les ménages, à travers les cotisations salariales, demeurent la principale source de financement de l'AMO, représentant 45,6% des recettes en 2022, contre 43% en 2018. Cette légère hausse témoigne de l'accroissement du nombre de bénéficiaires et de la contribution plus importante des assurés. Les entreprises privées, quant à elles, représentent la deuxième source de financement, avec une part de 27,3 % suivies par l'Etat en tant qu'employeur avec une part de 11,9%.

Figure 4.2: Structure des ressources de l'assurance maladie, 2022



2.2. Dépenses de l'assurance maladie

Les dépenses des organismes gestionnaires de l'assurance maladie se répartissent principalement entre les prestations de soins, qui représentent 87% des dépenses totales et les frais de gestion qui constituent 13%.

En 2022, les dépenses totales de l'assurance maladie se sont élevées à 24,1 milliards de Dhs, contre 17,9 milliards de Dhs en 2018, soit une augmentation annuelle moyenne de 7,7%. Cette hausse des dépenses est due particulièrement à l'augmentation du nombre de bénéficiaires et l'élargissement de la couverture des soins. Elle témoigne également des efforts soutenus pour garantir un accès aux soins et services de santé de qualité pour une population croissante, tout en maintenant une gestion rigoureuse des ressources allouées.

Tableau 4.2: Dépenses de l'assurance maladie (en dirhams), 2022

Organismes	Dépenses			Prestations/ Bénéficiaire
	Prestations	Administration	Total	
CNOPS	7 270 008 381	1 093 369 679	8 363 378 060	2 016
CNSS	7 143 560 527	1 154 143 750	8 297 704 277	790
Mutuelles et Régimes Internes	3 797 419 313	613 194 636	4 410 613 949	2 087
Assurances Privées	2 897 297 781	130 185 314	3 027 483 095	858
Total	21 108 286 002	2 990 893 379	24 099 179 381	1 183

L'évolution des dépenses en prestations de l'assurance maladie par organisme gestionnaire entre 2018 et 2022 révèle une forte augmentation des dépenses, notamment pour la CNOPS et la CNSS. En effet, les dépenses de la CNOPS ont progressé de 2 milliards de Dhs, tandis que celles de la CNSS ont augmenté de 3,1 milliards de Dhs sur la même période, illustrant ainsi une croissance significative des charges liées à la prise en charge des soins.

Pour les mutuelles et les régimes internes, les dépenses en prestations sont restées relativement stables avec une légère hausse de 0,1 milliard de Dhs, soit une augmentation de 5 % par rapport à 2018. Toutefois, les assurances privées ont connu une hausse notable de 14 % de leurs dépenses en prestations, incluant à la fois les dépenses liées à l'assurance maladie obligatoire et celles de l'assurance maladie complémentaire.

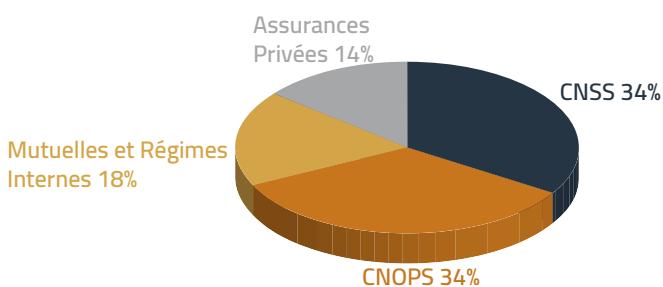


L'analyse des coûts moyens des dépenses de santé par bénéficiaire montre des tendances divergentes selon les organismes. Pour la CNOPS, les mutuelles et les régimes internes, le coût moyen par bénéficiaire se situe autour de 2 050 Dhs, tandis que pour la CNSS et les assurances privées, ce coût est bien inférieur, avoisinant les 800 Dhs. Cette disparité de coûts reflète des différences dans la structure des soins pris en charge et dans le niveau de couverture offert par chaque régime.

Cette situation devrait évoluer à mesure que se poursuit le processus de transition des régimes des mutuelles et des assurances privées vers la CNOPS et la CNSS, conformément à l'article 114 de la loi 65-00. Une fois ce processus achevé, il est prévu que ces disparités de coûts s'atténuent, permettant une harmonisation progressive des dépenses et des niveaux de couverture entre les différents acteurs de l'assurance maladie.

Par ailleurs, en 2022, les dépenses de la CNOPS et de la CNSS ont couvert ensemble plus des deux tiers (68%) des dépenses totales de l'assurance maladie, marquant une nette progression par rapport à 2018 où leur part était de 57 %.

Figure 4.3: Dépenses de santé par organisme d'assurance maladie, 2022



Les dépenses de la CNSS ont représenté 34 % du total des dépenses en 2022, enregistrant une augmentation de 9 % par rapport à 2018. De son côté, la CNOPS a couvert également 34 % des dépenses, en hausse de 2 % par rapport à 2018, ce qui reflète une gestion stable et efficace des fonds tout en garantissant un accès aux soins pour les fonctionnaires et leurs ayants droit.

Quant aux mutuelles et régimes internes, leur part a diminué de 5 % par rapport à 2018, passant de 23 % à 18 % en 2022. De même, les assurances privées ont vu leur part des dépenses en prestations diminuer de 6 %, passant de 20 % en 2018 à 14 % en 2022.

Ces tendances indiquent un renforcement progressif de la part des régimes publics (CNOPS et CNSS) dans la couverture des dépenses de santé, au détriment des mutuelles et des assurances privées, dans le cadre d'un processus d'élargissement de la couverture et d'unification des systèmes de gestion de l'assurance maladie.

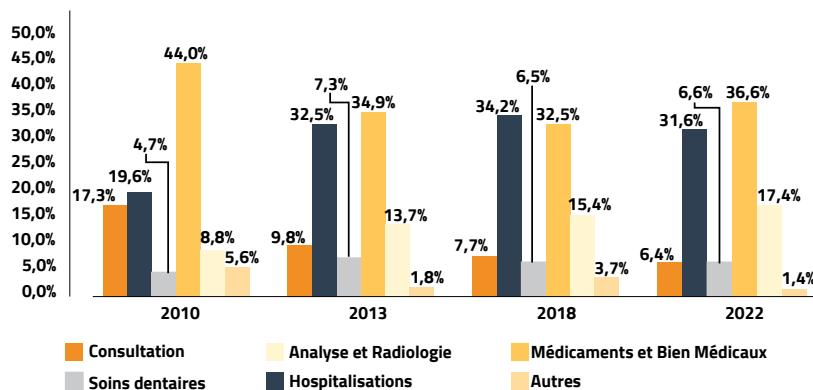
3. Dépenses de l'assurance maladie par type de prestations

Les dépenses de l'assurance maladie (remboursement des assurés et tiers payant) par type de prestations révèlent une prédominance des dépenses consacrées aux médicaments et biens médicaux ainsi qu'aux soins hospitaliers, représentant ensemble 68 % du total des dépenses en 2022, contre 67% en 2018.

La part des médicaments et des biens médicaux a enregistré une hausse notable de 4 points de pourcentage, passant de 32,5% en 2018 à 36,6% en 2022. Cette augmentation souligne la croissance des dépenses liées à l'achat de médicaments et les dispositifs médicaux. Toutefois, la part des soins hospitaliers a légèrement diminué de 3 points sur la même période, ce qui peut refléter une rationalisation des coûts ou une évolution vers d'autres formes de soins.

Par ailleurs, les dépenses liées aux analyses biologiques et aux examens radiologiques ont progressé de 2 points de pourcentage, atteignant 17,4% du total des dépenses en 2022. Cette augmentation peut être attribuée à une intensification des examens diagnostiques, probablement en raison d'une demande accrue pour ces services dans le cadre de la gestion des soins de santé.

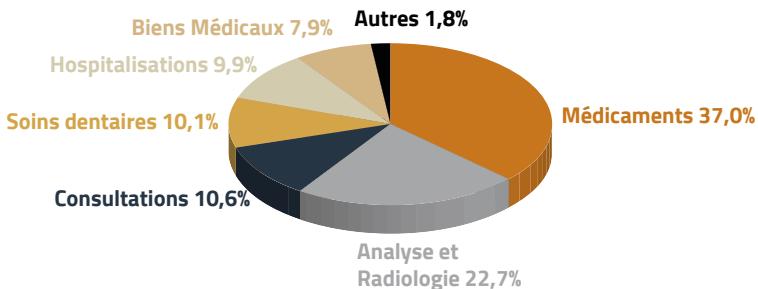
Figure 4.4 : Evolution des dépenses de l'assurance maladie (tiers payant et remboursements) par type de prestations, 2010-2022



Prenant en considération uniquement les dépenses remboursées aux assurés, on constate que les médicaments demeurent le principal poste de remboursement, représentant 37 % des dépenses, avec une augmentation de 3 % par rapport à 2018. Les analyses biomédicales et les examens radiologiques viennent en deuxième position, avec une part d'environ 22,7 %, en hausse de 2 points par rapport à 2018.

Les soins dentaires et les consultations ont maintenu leur part stable, avoisinant les 10 %, alors que les soins hospitaliers ont diminué de 2 % par rapport à 2018, passant de 12,3 % à 9,9 % en 2022.

Figure 4.5: Répartition des remboursements de l'assurance maladie par type de prestations, 2022

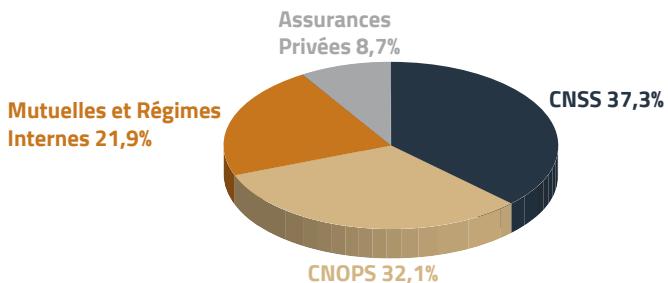


4. Paiement des prestataires de soins dans le cadre du tiers payant

Les paiements directs effectués par les organismes d'assurance maladie aux prestataires de soins dans le cadre du tiers payant ont atteint 8,9 milliards de Dhs en 2022, contre 7,2 milliards de Dhs en 2018, enregistrant ainsi une augmentation de 23,6 %.

La CNSS est l'organisme gestionnaire ayant le plus recours à ce mode de paiement, représentant 37,3 % du total des paiements directs. Elle est suivie par la CNOPS, qui couvre 32,1 % des paiements et les mutuelles et régimes internes, qui représentent 21,9 %. Quant aux assurances privées, leur part demeure inférieure à 10 %. Cette répartition souligne l'importance du tiers payant dans le financement des soins de santé, en particulier pour les assurés.

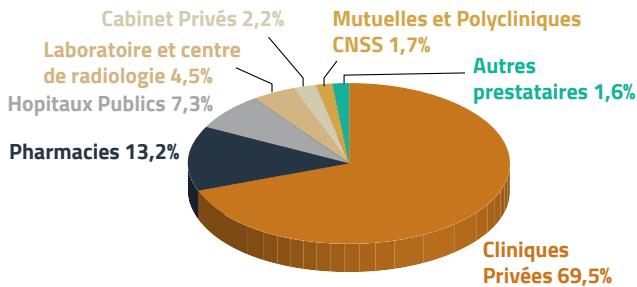
Figure 4.6 : Répartition des paiements directs des prestataires de soins par organisme gestionnaire de l'assurance maladie, 2022



Par ailleurs, la répartition des paiements directs par prestataires indique que les cliniques privées qui bénéficient le plus des paiements dans le cadre du tiers payant avec une part de 70% suivie des pharmacies avec 13,2% et les hôpitaux publics avec une part de 7,3%. En valeur absolue, les recettes des hôpitaux publics provenant de l'assurance maladie ont passé de 603 MDH en 2018 à 648 MDH en 2022, soit un taux d'accroissement de 7,5%.

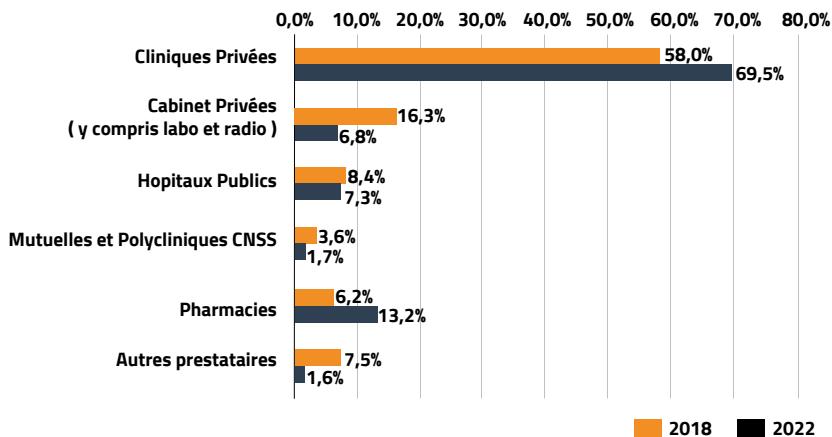
A ce titre, la part des hôpitaux publics dans les paiements directs des prestataires devrait augmenter dans les années à venir, notamment en raison du basculement du RAMED vers l'AMO et de l'inclusion des travailleurs indépendants dans ce régime, ce qui pourrait favoriser une plus grande utilisation des hôpitaux publics pour la prise en charge des assurés.

Figure 4.7 : Répartition des paiements directs des prestataires de soins, 2022



L'analyse du graphique ci-après illustre une tendance vers la hausse de la part des paiements directs au profit des cliniques privées, passant de 58 % en 2018 à 69,5 % en 2022, et de celle destinée aux pharmacies, passant de 6,2 % en 2018 à 13,2 % en 2022. En revanche, la part des paiements dirigés vers les cabinets privés, y compris les laboratoires et centres de radiologie, a chuté de 16,3 % en 2018 à 6,8 % en 2022. Les hôpitaux publics ont aussi connu une légère baisse de leurs parts en passant de 8,4 % en 2018 à 7,3 % en 2022.

Figure 4.8: Evolution de la part des paiements directs des prestataires entre 2018 et 2022





Par ailleurs, la répartition des dépenses par type de prestations effectuées par l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant est restée pratiquement stable par rapport à 2018. Les soins hospitaliers continuent de dominer, représentant environ 61,3 % des dépenses, suivis des médicaments et biens médicaux, qui constituent environ 25,3 %, et des analyses biologiques et radiologiques, qui représentent environ 10 %.

Figure 4.9 : Dépenses de l'assurance maladie (tiers payant) par type de prestations, 2022

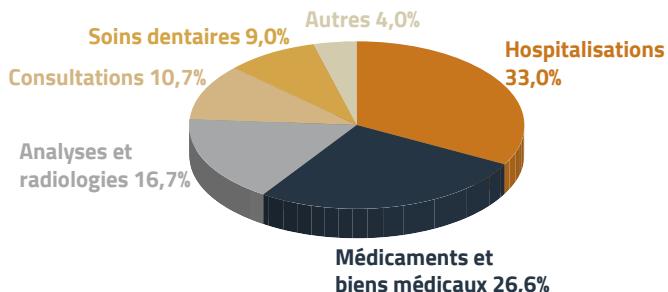


5. Dépenses de l'assurances maladie complémentaire

L'assurance maladie complémentaire (AMC) au Maroc est gérée exclusivement par les assurances privées. Les bénéficiaires de l'AMC s'élèvent à 3,5 millions en 2022, environ 10% de la population, pour une dépense de 848 millions de Dhs équivalent à 237 DH par bénéficiaire.

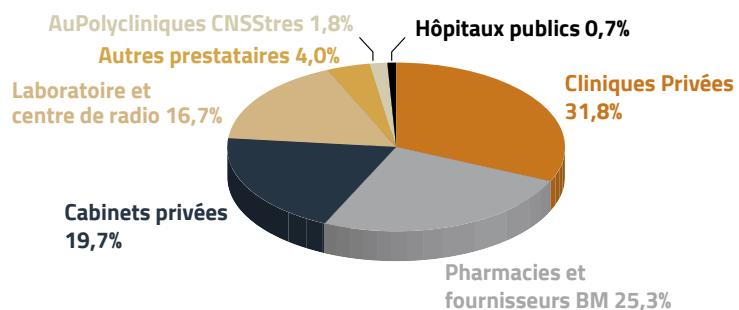
Dans ce cadre, les dépenses liées aux soins hospitaliers représentent le premier poste de dépenses de l'AMC avec une part de 33%, suivie des médicaments et biens médicaux avec 26,6% puis les analyses et radiologie avec 16,7%.

Figure 4.10: Répartition des dépenses de l'assurances maladie complémentaire par prestations, 2022



Par ailleurs, la répartition des dépenses de l'AMC par type de prestataires indique que les cliniques et cabinets privés accaparent plus de 50%.

Figure 4.11: Répartition des dépenses de l'assurance maladie complémentaire par prestataire, 2022



CHAPITRE

05

FINANCEMENT DE LA SANTÉ PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE





En 2022, le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS) a consolidé sa position en tant que troisième contributeur majeur au financement de la santé au Maroc après les ménages et l'assurance maladie. Sa part s'élève à 26,6% marquant une augmentation de 5,2 points de pourcentage par rapport à 2018. Cette hausse est principalement due à l'augmentation du budget alloué au MSPS, en tenant compte des leçons apprises de la pandémie Covid-19.

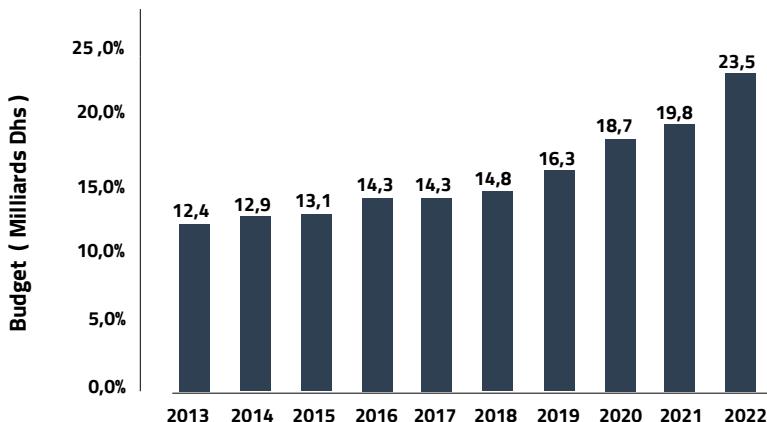
- Le budget du MSPS en 2022 s'élève à 23,5 milliards de Dhs, soit 7,2% du Budget Général de l'Etat ;
- Le budget d'investissement en 2022 représente 29,3% du budget du MSPS contre 17,2% en 2018 ;
- Les dépenses courantes de santé du MSPS : 18,8 milliards de Dhs représentent 87% du total des dépenses du ministère ;
- 52% Dépenses courantes du MSPS destinées aux hôpitaux (y compris les CHUs) et 35% pour les ESSP ;
- MSPS : 3 milliards de Dhs de dépenses en formation brute de capital.

1. Evolution du budget du MSPS

Selon la figure 5.1 ci-dessous, le budget du MSPS a connu une évolution relativement rapide ces dernières années. En effet, il est passé de 14,8 milliards de Dhs en 2018 à 23,5 milliards de Dhs en 2022, soit une augmentation de 60%.

A noter que la part du budget du MSPS dans le budget de l'Etat a connu une augmentation significative entre 2018 et 2022 passant de 5,8% à 7,2%.

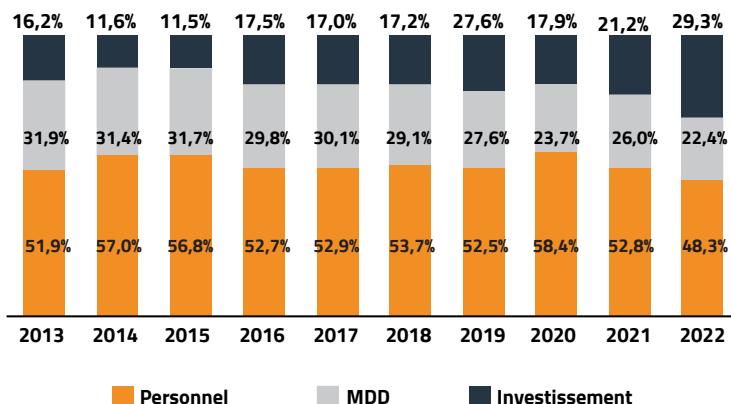
Figure 5.1: Evolution du budget du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale 2013-2022



En effet, la crise mondiale de la COVID-19 a mis en évidence de manière incontestable l'importance de consacrer des ressources substantielles au secteur de la santé. L'investissement dans le secteur de la santé a visé essentiellement le renforcement de l'offre de soins afin de garantir un accès équitable aux soins de santé et renforcer la résilience du système de santé pour faire face aux éventuelles crises sanitaires.

L'analyse de la répartition budgétaire du MSPS par catégorie montre que la part du budget réservé au chapitre « personnel » demeure prépondérante, représentant environ 48,3% du budget total en 2022, suivie par les dépenses liées aux investissements, qui s'élèvent à 29,3%. En revanche, la part du budget dédiée aux « Matériels et Dépenses Diverses » a subi une baisse en passant de 29,1% en 2018 à 22,4% en 2022 du total du budget du MSPS.

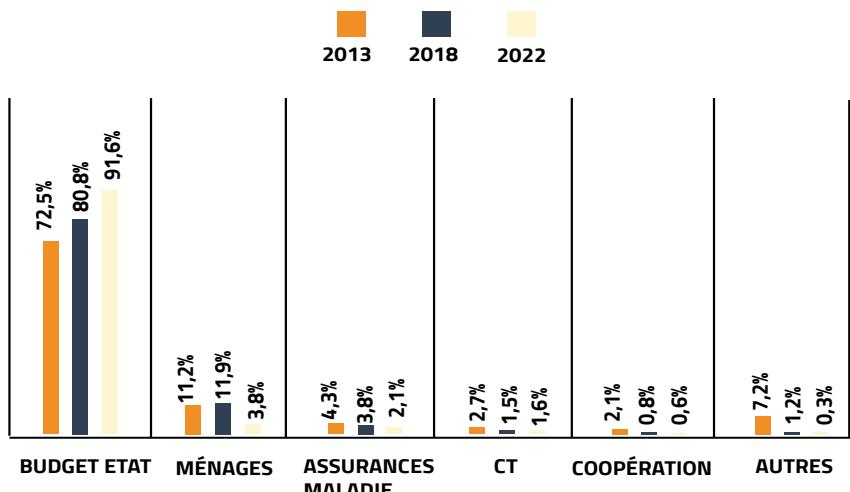
Figure 5.2: Evolution du Budget du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale par chapitre, 2013-2022



2. Sources de financement des dépenses du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

En 2022, à l'instar des années précédentes, le financement prédominant des activités du MSPS provient du budget de l'État. Ce niveau de financement a enregistré une augmentation significative, confirmant une tendance ascendante observée au fil du temps atteignant environ 92% en 2022 contre 80,8% en 2018, ce qui souligne ainsi l'importance accordée par l'Etat au secteur de la santé en tant que priorité nationale. L'objectif est de renforcer l'offre de soins afin de faciliter l'accès aux services et biens de santé d'une façon équitable, et de répondre ainsi aux besoins croissants de la population en matière de santé.

Figure 5.3: Evolution des sources de financement des dépenses du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2013-2022



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

Les dépenses courantes de santé du MSPS (18,8 milliards de Dhs) représentent 87% du total des dépenses du ministère (21,8 milliards de Dhs). Le graphique ci-dessous met en évidence la répartition des dépenses courantes du MSPS en 2022 par prestataire de soins. En effet, plus de la moitié des dépenses (52%) concernent les hôpitaux publics, dont 17,1 % des Centres Hospitalo-Universitaires (CHUs). Les prestataires de soins ambulatoires notamment les Etablissements de Soins de Santé Primaires (ESSP), occupent la deuxième position avec une part de 35%. En ce qui concerne les dépenses de l'administration aux niveaux central, régional et préfectoral/provincial, elles représentent 10,5% des dépenses courantes du MSPS.

Figure 5.4 : Dépenses courantes du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale par type de prestataires, 2022



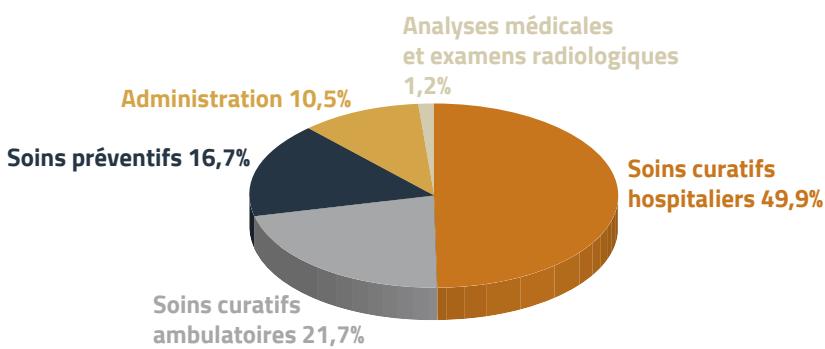
4. Dépenses courantes du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale par type de prestations

L'analyse de la répartition des dépenses courantes du MSPS par fonction révèle une prédominance des dépenses liées aux soins curatifs hospitaliers, représentant 49,9 % des dépenses en 2022 contre 42,1 % en 2018. Il y a lieu de rappeler que ces soins comportent l'ensemble des services hospitaliers, y compris les produits pharmaceutiques ainsi que les analyses biologiques et radiologiques dispensées aux patients lors d'une hospitalisation, qu'elle soit de jour ou complète, nécessitant une admission formelle dans une structure hospitalière.

En outre, les soins curatifs ambulatoires occupent la deuxième position avec une proportion de 21,7 %. Il est à noter que les soins ambulatoires couvrent tous les services prodigués aux patients en mode ambulatoire dans les locaux des prestataires de soins, incluant notamment les consultations externes réalisées au sein d'établissements hospitaliers.

Les dépenses consacrées aux soins préventifs, représentant 16,7 % des dépenses courantes du MSPS. Ces dépenses englobent les coûts liés aux programmes de prévention sanitaire notamment la vaccination, aux activités de détection précoce de maladies, à la surveillance épidémiologique, ainsi qu'aux frais administratifs des programmes concernés. Il convient de souligner la complexité liée à l'obtention de données suffisamment détaillées pour délimiter précisément le champ des soins préventifs, conformément à la classification des comptes de la santé qui englobe à la fois la prévention primaire et secondaire.

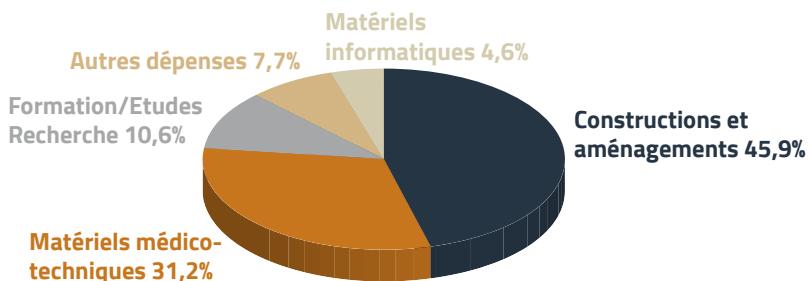
Figure 5.5 : Dépenses courantes du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale par type de prestations, 2022



5. Dépenses du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale en capital

En 2022, le MSPS a dépensé environ 3 milliards de Dhs en matière d'investissements (formation brute de capital), ce qui est équivalant à 13% des dépenses totales du MSPS. Ces investissements revêtent une importance primordiale dans le cadre de la refonte du système national de santé visant à améliorer considérablement l'offre de soins en vue d'accompagner le chantier d'extension de l'assurance maladie obligatoire à toute la population. Ces fonds sont principalement dédiés aux projets de construction et d'aménagement des établissements de santé (45,9%), à l'acquisition d'équipements médico-techniques (31,2%) ainsi qu'à la formation et la réalisation d'études et de recherche (10,6%).

Figure 5.6: Dépenses du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale en capital, 2022

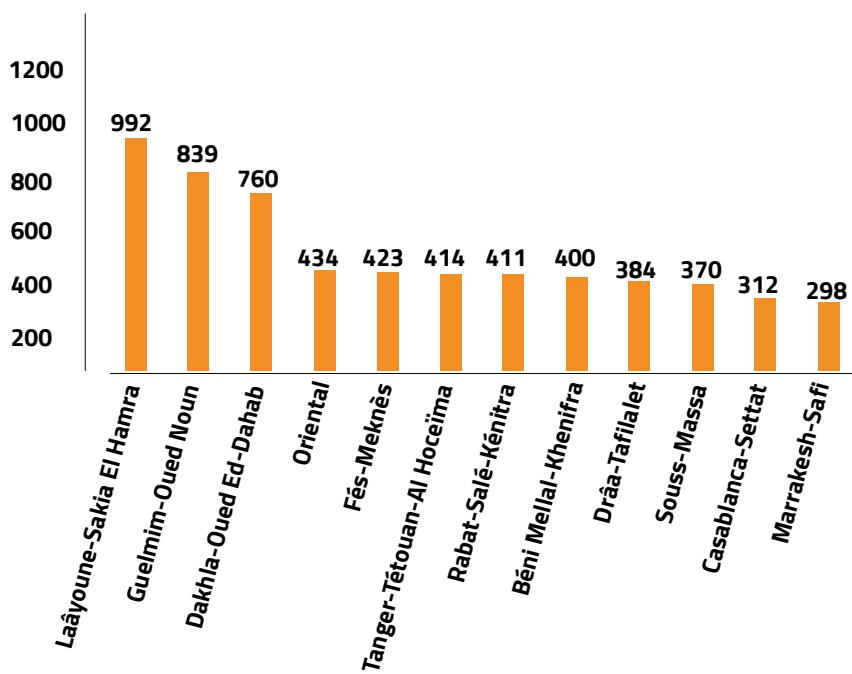


6. Dépenses du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale par région

Chaque année, le MSPS attribue des fonds de fonctionnement et d'investissement aux divers services décentralisés, telles que les directions régionales et les délégations provinciales/préfectorales. Ces services sont responsables de la gestion des budgets qui leur sont délégués. Pour des projets spécifiques tels que les achats groupés de médicaments, l'administration centrale assume la responsabilité de l'exécution des dépenses au nom des services déconcentrés du ministère. Il est important de noter que ces dépenses n'incluent pas celles effectuées par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHUs), les instituts, centres, laboratoires nationaux (ICLN) et les projets d'infrastructures sanitaires exécutés par l'administration centrale.

Au niveau national, la dépense moyenne du MSPS par habitant a atteint 387 Dhs, enregistrant une progression de 49 % par rapport à 2018, qui était de l'ordre de 259 Dhs. La répartition des dépenses par région et par habitant est relativement équitable en notant une amélioration de l'indice de Gini ayant passé de 8,7% en 2018 à 7,8% en 2022. En effet, hormis les trois régions du sud qui sont caractérisées par une densité faible de la population, les autres régions sont quasiment similaires dans les dépenses par habitant qui sont autours de 350 Dhs.

Figure 5.7 : Dépense du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale par région et par habitant (en dirhams), 2022



7. Financement de la santé par le Régime d'Assistance Médicale (RAMED)²

Depuis sa généralisation en 2012, le RAMED a joué un rôle crucial dans la prise en charge des populations pauvres et vulnérables au Maroc, en particulier dans les hôpitaux publics. Cependant, ce régime a connu plusieurs défis, notamment en ce qui concerne son financement et la forte pression exercée sur les hôpitaux publics en tant que seuls prestataires hospitaliers offrant la prise en charge aux bénéficiaires du RAMED.

Dans le cadre du chantier relatif à la généralisation de la protection sociale, le RAMED a été transformé en régime d'AMO à compter du 1er décembre 2022 et l'État prend en charge les cotisations de la population éligible, ce qui représente une étape importante dans l'amélioration de la couverture médicale au Maroc. Cette transition offre des avantages significatifs aux populations bénéficiaires en termes d'accès aux soins de santé, du fait que l'AMO offre une couverture médicale plus étendue, incluant la prise en charge des différentes prestations aussi bien dans le secteur public que privé. Il s'agit bien d'une intégration de plus de 9,7 millions de bénéficiaires dans l'AMO, tout en préservant les mêmes droits que les assurés du secteur privé.

2. Cette section traite les données du Ramed du 1er janvier 2022 au 30 novembre 2022.



7.1. Prestations de soins offertes aux bénéficiaires du RAMED en 2022

Les bénéficiaires du RAMED ont accès à l'ensemble des services disponibles, que ce soit dans les structures de soins de santé primaires ou dans les établissements hospitaliers. Parmi ces prestations figurent les consultations, les hospitalisations, les soins de réadaptation, les médicaments, les analyses et examens radiologiques, ainsi que d'autres actes de soins.

En 2022, les hôpitaux publics ont prodigué environ 10 millions d'actes de soins au profit des bénéficiaires du RAMED dont 53% (plus de 5 millions d'actes) ont été fournis sous forme de diagnostics externes, 20,6% sous forme d'hospitalisations et 16,4% des passages aux urgences.

Il est de même au niveau des CHUs où les Ramédistes ont bénéficié d'environ 2 millions de prestations dont les consultations spécialisées et les diagnostics externes représentent environ deux tiers (65%) de l'ensemble des prestations offertes alors que les passages aux urgences et les hospitalisations représentent respectivement 18,5% et 11,6%.

7.2. Dépenses du RAMED au titre de l'année 2022

En 2022, l'Etat a mobilisé dans le cadre du Fonds d'Appui à la Protection Sociale et à la Cohésion Sociale une enveloppe budgétaire de l'ordre de 1,97 milliards de Dhs contribuant ainsi au financement du RAMED à hauteur de 87,4%. De leur part, les Collectivités Territoriales (CT) ont mobilisé 272,7 millions de Dhs (12,1%) tandis que la participation des personnes vulnérables n'a représenté que 0,5%, soit 11,8 millions de Dhs.



CHAPITRE

06



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



En plus des structures relevant du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS), d'autres départements ministériels et institutions nationales jouent un rôle actif dans le financement du

- Partenaires nationaux : 3,36 milliards de dépenses de santé dont 1,46 milliards de Dhs sous forme de dépenses courantes ;
- Partenaires internationaux : 184 millions de Dhs de dépenses de santé sous forme d'appui direct.

secteur de la santé au Maroc à travers des actions de renforcement de l'offre de soins, des services de santé préventifs, curatifs et promotionnels ainsi que des actions de formation. La coopération internationale joue aussi un rôle important dans le financement de la santé à travers l'accompagnement des priorités du système national de santé.

1. Financement de la santé par les partenaires nationaux

En plus de leurs activités principales, certaines institutions publiques contribuent également au financement des actions de santé. Il s'agit à titre d'exemple des collectivités territoriales, l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH), la Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion, la Protection Civile, le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de l'Innovation, et l'Agence Nationale de la Sécurité Routière (NARSA).

Il convient de souligner qu'en 2022, ces institutions ont apporté une contribution au financement du secteur de la santé, atteignant environ 3,36 milliards de Dhs équivalant à environ 4,1% de la dépense totale santé.

Au sens de la classification des comptes de la santé, la dépense courante de santé des partenaires nationaux s'élève en 2022 à environ 1,46 milliards de Dhs alors que la dépense en capital est de l'ordre de 1,9 milliards de Dhs.

Ces dépenses ont concerné essentiellement le paiement des charges du personnel engagé dans des actions de santé, l'achat de médicaments et vaccins, la construction et la réhabilitation des établissements de santé, l'acquisition des moyens de transport sanitaire ainsi que des actions de sensibilisation.

1.1. Contribution des Collectivités Territoriales au financement de la santé

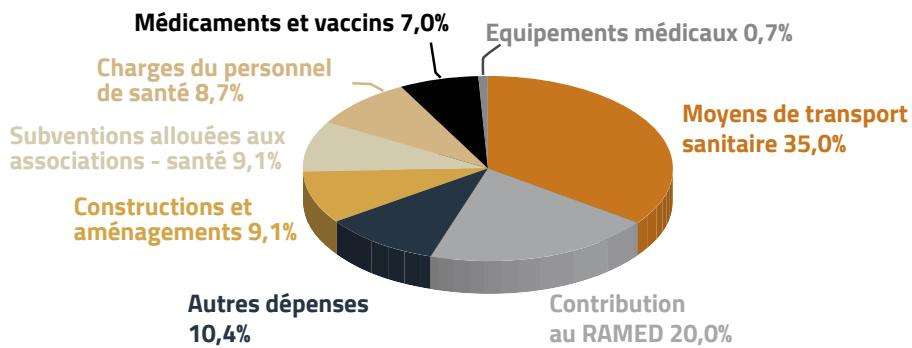
Conformément aux dispositions de la Constitution, en particulier son article 31, il est stipulé que l'État, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens disponibles pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir, particulièrement, du droit aux soins de santé.

La Loi-cadre 06-22 relative au système national de santé stipule aussi que l'amélioration du secteur de la santé et l'amélioration de ses performances sont des responsabilités partagées entre l'État et les collectivités territoriales (CT) en contribuant aux actions de santé visant à assurer un accès équitable aux services de santé pour toute la population.

C'est ainsi qu'en 2022, les collectivités territoriales ont participé au financement de la santé avec un montant équivalent à 1,36 Milliards de Dhs dont 616 Millions Dhs sous forme de dépenses en capital représentant une part de 45%.

En effet, ces dépenses ont été consacrées pour l'acquisition des moyens de transport (unités mobiles, ambulances, ...) avec une part de 35%, suivie par la contribution des communes au financement du RAMED par 20%, alors que l'achat des équipements médicaux ainsi que les médicaments et les vaccins représentent respectivement 10% et 7% du total des dépenses de santé engagées par les CT.

Figure 6.1: Répartition des dépenses de santé des collectivités territoriales, 2022



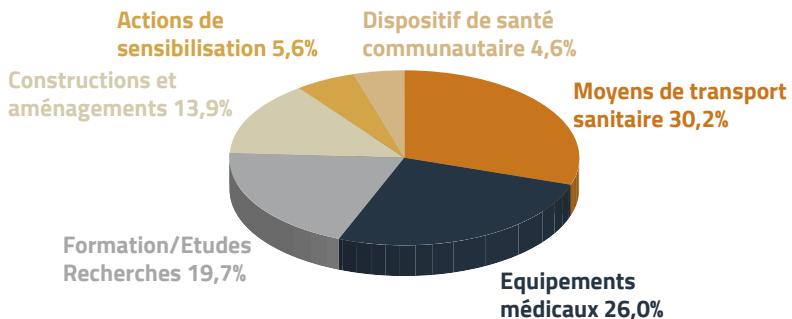
1.2. Contribution de l'INDH au financement de la santé

L'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) participe activement à la promotion de la santé en mettant en œuvre des actions de proximité dans le cadre d'une collaboration intersectorielle visant à soutenir les objectifs du MSPS. En 2022, l'INDH a mobilisé une enveloppe budgétaire de 186,4 millions de Dhs pour des actions visant le renforcement de l'offre de soins, le renforcement du dispositif de santé communautaire relatif à la santé et la nutrition de la mère et l'enfant ainsi que des services de soins de santé primaires contribuant ainsi à l'amélioration globale du secteur de la santé.

A ce titre, 30,2% des dépenses de santé de l'INDH ont été allouées à l'achat de matériel de transport (ambulances, unités mobiles), 26% dédiés à l'achat de matériel médico-technique, 19,7% pour la formation et la recherche dans le domaine de la santé et 13,9%

pour les projets de construction et d'aménagement des ESSP. Le reste des dépenses est consacré à la mise en place du dispositif de la santé communautaire (4%) et aux actions de sensibilisation (5,6%).

Figure 6.2: Répartition des dépenses de santé de l'INDH, 2022

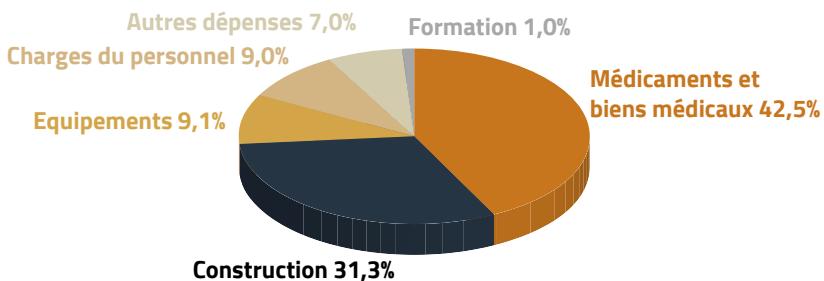


1.3. Contribution de la Fondation Lalla Salma de Prévention et Traitement des Cancers au financement de la santé

Dans le but d'améliorer l'accès aux soins et au traitement du cancer tout en assurant une équité en matière d'accès aux soins et services de santé de qualité pour les patients atteints de cette maladie, la Fondation Lalla Salma de Prévention et de Traitement des Cancers (FLS), en collaboration avec le MSPS, a mis en place le Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer 2020-2029 qui vise à réduire la morbidité et la mortalité imputables au cancer et d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches.

Pendant l'année 2022, la Fondation Lalla Salma a mobilisé environ 168 Millions de Dhs destinés principalement à l'achat de médicaments et biens médicaux avec une part de 42,5%, suivi par les travaux de construction à hauteur de 31,4%, et l'acquisition des équipements pour 9,1 %. Les autres rubriques de dépenses sont destinées aux charges de personnel (9%) et à l'organisation des campagnes de sensibilisation et à la formation.

Figure 6.3: Répartition des dépenses de la Fondation Lalla Salma par rubrique, 2022



1.4. Contribution de la Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion (DGAPR) au financement de la santé

Depuis sa création en 2008, la DGAPR a mis en place une stratégie en matière de soins qui vise à promouvoir la santé en milieu carcéral, ceci à travers plusieurs actions notamment le recrutement annuel du personnel médical, paramédical et des psychologues, l'ouverture d'unités d'addictologie et l'amélioration de l'accessibilité des détenus aux services complets de prévention, de traitement et de prise en charge globale du VIH/TB/hépatites virales.

En plus de ces efforts, la DGAPR a élaboré en 2022, le nouveau plan stratégique de santé en milieu carcéral pour la période 2022-2026 visant à renforcer la protection sanitaire des détenus et à assurer leur accès aux services de soins. Il s'agit de fournir une protection sanitaire appropriée aux détenus durant toute la période de leur incarcération et après leur libération, pour les détenus malades.

Au titre de l'année 2022, les dépenses de santé de la DGAPR sont estimées à environ 151 millions de Dhs dont 66% de ces dépenses sont destinées aux salaires du personnel qui exercent dans les unités de soins dans le milieu carcéral, 28% pour l'achat des médicaments et bien médicaux, et 3% pour l'achat du matériel médico-technique.

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

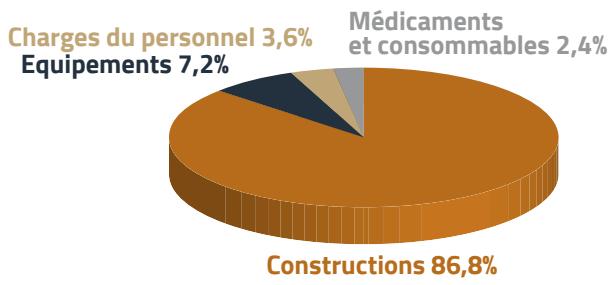
A l'instar des années précédentes, la Fondation Mohammed V pour la solidarité demeure engagée à soutenir le secteur de la santé à travers la mise en œuvre de projets visant à renforcer l'offre de soins. A ce titre, la Fondation a organisé en 2022 des compagnes médicales dans différentes régions du Royaume.

Aussi, et depuis 2016 et sous l'Impulsion Royale, la Fondation a mis en œuvre conjointement avec le MSPS le programme des Centres Médicaux de Proximité (CMP) dont la gestion et le fonctionnement sont assurés par le MSPS. L'objectif de ces CMP est de désengorger les flux importants des patients au niveau des hôpitaux publics, et de garantir surtout à ceux issus des milieux défavorisés un meilleur accès à des soins de qualité. En 2022, trois nouveaux CMP ont ouvert leurs portes. Il s'agit de ceux des villes de Tanger, Témara et Casablanca (Errahma) portant ainsi le nombre des CMP opérationnels à cinq après ceux de Casablanca et de Rabat. Le programme d'implémentation prévoit l'augmentation du nombre des CMP à 12 sur tout le territoire national.

En 2022, la Fondation a aussi mis en service les centres d'addictologie de Salé et de Tanger ainsi que le centre des maladies chroniques spécialisé dans le traitement du diabète en plus d'un centre d'Hémodialyse au niveau de la ville de Fès.

C'est ainsi qu'au cours de l'année 2022, sur les 83 Millions Dhs dépensés en santé, 86,8% sont destinées aux travaux de constructions, 7,2% aux équipements alors que 3,6% et 2,4% des dépenses sont respectivement destinées aux charges du personnel et à l'achat des médicaments et consommables.

Figure 6.4 : Dépenses de santé de la Fondation Mohammed V pour la Solidarité, 2022



2. Financement de la santé par la coopération internationale

En 2022, et à l'instar des années précédentes, la coopération internationale a participé au financement de la santé au Maroc en soutenant divers programmes existants et projets qui visent à renforcer le système national de santé. Cette continuité de collaboration témoigne donc de l'engagement mutuel à long terme dans le domaine de la santé et montre également la reconnaissance des progrès réalisés en termes d'indicateurs de santé ainsi que la volonté commune de maintenir cette dynamique positive dans l'amélioration du système national de santé.

Cette collaboration s'est traduite notamment par une mobilisation de ressources financières et d'expertise à travers des programmes d'appui budgétaire et d'appui direct, afin de soutenir les efforts de réformes de la protection sociale et du système national de santé.

2.1. Appui budgétaire

L'année 2022 a été marquée par l'accompagnement des partenaires internationaux au chantier national sur la protection sociale à travers l'approbation des nouveaux programmes d'appui budgétaire et la continuité de la mise en œuvre des programmes en cours. Ces programmes portent principalement sur l'appui à la généralisation de la protection sociale, au renforcement du secteur de la santé, ainsi qu'au développement rural intégré dans la Région de Tanger-Tétouan-Al Hoceima.

D'autres programmes d'appui budgétaire ont accompagné également la mise en œuvre du Plan National de Préparation et de Réponse à la pandémie COVID-19.

Tenant compte que les ressources de ces appuis sont transférées au budget de l'Etat, les appuis présentés dans ce rapport concernent uniquement les appuis directs mobilisés essentiellement dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale.

2.2. Appui direct

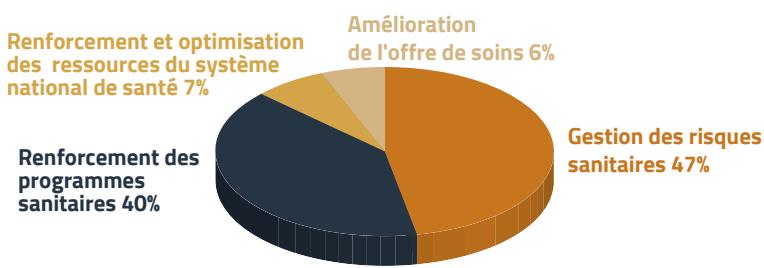
En 2022, les partenaires internationaux ont apporté leur appui direct à un ensemble de programmes et de projets de développement du secteur de la santé en mobilisant un montant d'environ 183,6 Millions de Dhs. En comparaison avec l'année 2018, cet appui a connu une évolution de 40%.

L'analyse du graphique ci-après révèle que l'appui direct en 2022 a concerné principalement la gestion des risques sanitaires, représentant ainsi 47% du total des ressources mobilisées. Ce domaine montre l'importance donnée à la prévention et à la gestion des risques sanitaires pour la santé.

En outre, le deuxième domaine d'appui concerne le renforcement des programmes sanitaires, avec une part de 40% du total de l'appui financier. Cet accompagnement a ciblé diverses actions liées à la santé sexuelle et reproductive, la santé maternelle, infantile, adolescente et juvénile, ainsi qu'à la santé des populations à besoins spécifiques. Il a également concerné les programmes visant à lutter contre les maladies transmissibles et non transmissibles.

Quant aux actions visant le renforcement et l'optimisation des ressources du système national de santé et l'amélioration de l'offre de soins, elles représentent respectivement 7% et 6% du total de l'appui.

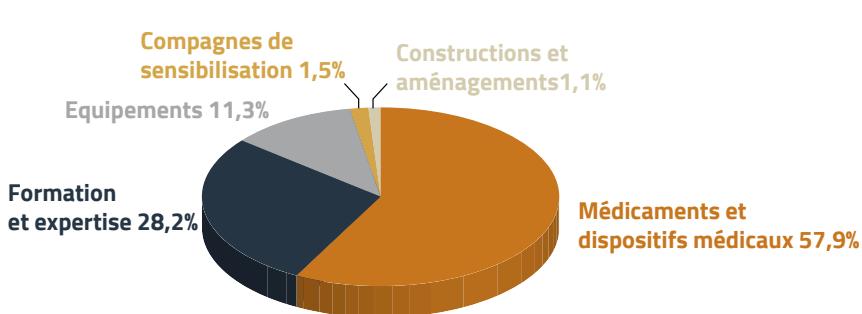
Figure 6.5 : Répartition de l'appui direct des partenaires internationaux par axe d'intervention, 2022



Par ailleurs, la figure 6.6 présente les dépenses en biens et services de santé financées par la coopération internationale sous forme d'appui direct. En effet, les médicaments et dispositifs médicaux représentent le premier poste de dépense avec un pourcentage qui s'établit environ à 58%, soit un montant total de 106,3 Millions de Dhs.

La formation et la mobilisation de l'expertise ont bénéficié d'un appui de 28% du total des ressources mobilisées. Ensuite, l'achat des équipements représente 11% des dépenses, suivi des dépenses allouées à la sensibilisation et aux constructions, aménagement et mise à niveau des établissements de santé, qui ont respectivement bénéficié de 1,5% et 1,1% des ressources totales allouées.

Figure 6.6 : Répartition de l'appui direct des partenaires internationaux, 2022



CONCLUSION



CONCLUSION

Les comptes nationaux de la santé (CNS) représentent un outil statistique clé pour mesurer et analyser les dépenses de santé, permettant ainsi de quantifier les éléments essentiels à la compréhension du système de financement de la santé. Ils servent de référence pour suivre l'évolution des dépenses, évaluer la performance du système de santé, et effectuer des comparaisons internationales en matière d'accès aux soins, de protection financière et d'impact sur la santé des populations.

Globalement, le financement de la santé au Maroc s'est nettement amélioré durant la période 2018-2022 en lui consacrant 6,1% du PIB en 2022 contre 5,5% en 2018, confirmant ainsi l'engagement pris dans la stratégie nationale de financement de la santé.

C'est ainsi que les CNS de 2022 révèlent une réduction notable de la contribution directe des ménages, qui est passée de 45,6 % en 2018 à 38 % en 2022. Cette diminution illustre l'impact positif des réformes récentes, qui ont contribué à alléger la charge financière pesant sur les foyers. L'objectif à long terme de ces politiques est de réduire cette part à moins de 25 %, en visant la couverture sanitaire universelle (CSU), où chaque individu peut accéder aux soins dont il a besoin, sans difficultés financières. A noter que la généralisation de l'AMO récemment lancée, constitue une opportunité pour réduire davantage les paiements directs des ménages.

Parallèlement, le financement public de la santé, par le biais de l'assurance maladie, continue de progresser, passant de 29,3 % en 2018 à 31 % en 2022. De plus, la part du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale dans le financement global du système de santé a augmenté, passant de 21,4 % en 2018 à 26,6 % en 2022. Cette augmentation reflète l'engagement accru de l'État dans la promotion du secteur de la santé, avec une attention particulière à l'amélioration des infrastructures et des services de santé.

Cependant, pour garantir la pérennité du financement du système de santé, il est recommandé de mettre en place une gestion optimisée des ressources et instaurer des mécanismes de financement durables et innovants.

Il y a lieu de souligner que la mobilisation d'un effectif suffisant de professionnels de santé de qualité en tant que pilier de la refonte du système national de santé, constitue un élément essentiel pour améliorer la performance du système de santé et atteindre l'objectif de la couverture sanitaire universelle.



Le processus d'élaboration des comptes nationaux de la santé au fil des années a atteint un niveau important de maturité avec un investissement considérable en matière de capacités nationales. Toutefois, ce processus est appelé à s'adapter au contexte national marqué par des réformes structurantes historiques notamment en termes de décentralisation du système de santé. Dans ce sens, les comptes régionaux de la santé ainsi que les sous comptes par pathologie, seraient un atout pour évaluer le financement des GST.

Par ailleurs, pour assurer la pérennité de cet exercice, il est fondamental d'institutionnaliser le processus de la production des CNS pour fournir des informations à jour, permettant ainsi d'adopter des stratégies plus efficaces pour le financement de la santé aux niveaux national et régional. Cette institutionnalisation devrait permettre un alignement entre le temps de prise de décisions et celui de la production des CNS.



ANNEXES







Annexe 1 : Glossaire

Système de comptes de la santé (SHA) : Un système développé par l'OCDE, Eurostat et l'OMS pour fournir des normes internationales de comparabilité pour les pays membres et non-membres. Les objectifs du SHA-11 sont de proposer un cadre pour les principaux agrégats pertinents à la comparaison internationale des dépenses de santé et à l'analyse du système de santé, de fournir un outil extensible par les pays individuellement pour produire des données utiles au suivi et à l'analyse du système de santé, et de définir des délimitations harmonisées des soins de santé au plan international pour le suivi des dépenses et de la consommation

Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) : consistent en une série de tableaux dans lesquels sont organisées les diverses dépenses en santé d'une nation, Les comptes de la santé font une description systématique des flux financiers liés à la consommation de biens et services de santé. Ils visent principalement à décrire le système de santé du point de vue des dépenses

Dépenses totales de santé (DTS) : Elle est définie comme la somme des dépenses courantes de santé (DCS) et des dépenses en capital.

Dépenses courantes de santé (DCS) : La dépense courante de santé mesure les dépenses de consommation finale de biens et services de santé par les unités résidentes d'un pays. Elle comprend tous les services tels que les soins curatifs, les soins de réadaptation, la prévention, la santé publique et les soins de santé auxiliaires. Elle inclut également les dépenses liées à l'administration de ces services, aux médicaments, aux biens médicaux et aux salaires et honoraires du personnel de santé.

Dépenses de formation brute de capital (HK) : Elles représentent l'ensemble des valeurs des actifs (Constructions, infrastructures, équipements médicotechniques, ...) que les prestataires ont acquis pendant l'exercice fiscal (moins la valeur des ventes d'actifs de même nature) et qui sont utilisés fréquemment ou pendant plus d'une année dans la fourniture des services de santé. Ce poste joue un rôle important dans la fourniture des services et biens de santé afin de maintenir et d'assurer leur production.

Fonctions de soins de santé (HC) : La classification des fonctions renvoie aux groupes de biens et services de santé consommés par les utilisateurs finaux avec une fonction spécifique de santé.

Prestataires (HP) : Les prestataires de soins de santé regroupent les organisations et les acteurs qui fournissent des biens et services médicaux comme leur activité principale, de même que ceux pour qui la prestation de soins de santé constitue seulement une activité parmi tant d'autres.

Régimes de financement (HF) : Sont les composantes du système de financement de la santé d'un pays qui canalisent les revenus reçus et utilisent ces fonds pour payer, ou acheter les activités de soins de santé.

Agents de financement (FA) : Un agent de financement est une unité institutionnelle impliquée dans la gestion d'un ou de plusieurs régimes de financement. Elle peut ainsi recevoir des revenus, payer ou acquérir des services au nom d'un (ou de plusieurs) système(s) de financement, et être impliquée dans la gestion et la réglementation du financement de la santé.

Revenus des régimes de financements des soins (FS) : Les fonds des régimes de financement de la santé reçus ou collectés par le biais de mécanismes de contribution spécifiques. Le prélèvement des revenus peut être analysé selon trois points de vue différents : selon la source des revenus ; selon la destination des revenus ; et selon la nature du flux des revenus.

Facteurs de prestation des soins de santé (FP) : Les dépenses en facteurs de fourniture sont relatives aux dépenses courantes pour la fourniture des biens et services de santé.

Les soins en hospitalisation de jour : impliquent une admission formelle dans une structure sanitaire, alors que ce n'est pas le cas pour les soins ambulatoires et les soins à domicile.

Hospitalisation complète : concerne les soins hospitaliers impliquant une nuitée après l'admission.

Services auxiliaires : Les services auxiliaires font souvent partie intégrante de l'ensemble de services dont les fonctions sont liées au diagnostic et au suivi.

Services de prévention : La prévention est toute mesure visant à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des blessures et des maladies, leurs séquelles et complications.



Annexe 2 : Sources de financement de la santé par régimes de financement (en millions de dirhams), 2022

Annexe 3 : Prestataires de soins par régime de financement (en millions de dirhams), 2022

	Régimes de l'administration publique et régimes communautaires et privés de financement de la santé (HP.1)		Régimes « similaires » de paiement par voie des soins de santé		Patronage direct des minages (HP.3)	
	Régimes de l'administration publique (HP.1.1)	Répimes AMO (HP.1.2)	Régimes d'assurance maladie (HP.2.1)	Régimes d'assurance maladie (HP.2.2)	Régimes d'assurance maladie communautaire (HP.2.3)	Régimes d'assurance maladie communautaire (HP.2.4)
Prestataires de soins de santé						
Hôpitaux (HP.1)						
Hôpitaux publiques	9 790,7	2 722,5	127,5	20,9	5,5	813,4
Cliniques Privées			4 313,1	1 188,5	185,1	3 689,5
Cliniques mutualistes			423,1	26,3	15,6	199,1
Hôpitaux spécialisés			773,0	1 016,6	42,8	1 052,2
Réaliements						2 066,9
réaliseurs de soins de longue durée (HP.2.1)						
Gabinetts audiologues (HP.2.1)			1 272,2	246,2	90,7	2 923,4
Cabinet dentaire			1 107,1	284,1	76,4	1 271,4
Centre de dialyse	248,5	1 256,2	38,2	43,4		2 738,9
ESSE*	6 330,1	158,1	68,0	18,1	24,8	45,9
Présidentiel de services de salles et salles à domicile (HP.2.4)	922,7	4 266,6	151,3	141,7		261,1
Laboratoires et centres de pathologie (HP.2.5)		3 175,1	413,5	92,2		
Établissements et autres prestataires de biens immobiliers (HP.5)			178,4	195,7	122,3	72,0
Prestataires de soins administratifs (HP.7)	247,0	335,4	6,2			3 616,3
Présidentiel de services administratifs (HP.7)	1 971,7	2 504,5	122,2			18 178,9
Réseaux de l'ensemble (HP.9)			182,0			514,9
Préfecture de médecine traditionnelle						1 699,3
Santé à l'étranger (HP.9)						33,1
Autres préfectures (nre)						636,7
Total	19 361,9	7 463,4	21 306,3	3 017,0	848,8	144,2
						84,4
						31 034,4
						76 544,5

Annexe 4 : Fonctions de soins par régime de financement de la santé (en millions de dirhams), 2022

		Régimes de l'assurance maladie et régimes complémentaires de financement de la santé (RIF.1)		Régimes volontaire de prévoyance privée des soins de santé (RIF.2)		P'tement direct des ménages (RIF.3)		Total
		Fonctions des soins de santé		Régimes d'assurance maladie contributifs (RIF.2.1)		Régimes d'assurance maladie complémentaires (RIF.2.2)		
		Régimes de l'administration publique (RIF.1.1)	Régimes AMO (RIF.1.2)	Régimes d'assurance maladie contributifs (RIF.2.1)	Régimes d'assurance maladie complémentaires (RIF.2.2)	Régimes d'assurance maladie contributifs (RIF.2.1)	Régimes d'assurance maladie complémentaires (RIF.2.2)	
Soins curatifs hospitaliers (HC.1.1)	8 601,4	272,7	5 826	1 211,5	207,6		4 380,4	19 856,2
Soins curatifs en hospitalisation de jour (HC.1.2)	760,4	2 347,2	1 36,2	85,9	98,2		354,4	3 781,4
Soins curatifs ambulatoires (HC.1.4)	4 210,3	298,5	2 257,6	557,9	167,0	15,1	8 256,9	16 144,0
Soins de réadaptation (HC.2)	7,9	1,6	3,8	18,1	24,8		416,1	571,0
Soins (de qualité) de longue durée (HC.3)	602,7	2 745,6	151,1	141,7			32,7	32,7
Analyses médicales et radiologie (HC.4)		5 771,1	413,5	97,2			1 743,0	7 112,2
Medicaments (HC.5.1)							11 134,5	18 815,0
Medicaments (HC.5.2)		782,4	195,7	122,3			552,4	1 651,8
Soins urinaires (HC.6)	3 700,6	115,4	8,3	1,3	0,1	10,9	3,0	3 579,5
Gastronomie, administration (HC.7)	1 971,5	2 514,5	122,3					4 898,4
Autres P. administratives (HC.8)		16,5	11,5	9,2			43,0	100,2
Total	19 362,9	746,4	21 316,3	3 017,0	848,8	144,2	84,4	31 024,4

Annexe 5 : Flux financiers entre les agents de financement et les prestataires de soins (en millions de dirhams), 2022

	Administration publique (F.A.1)			Sociétés d'assurance (F.A.2)			Sous-total (parts sociales d'assurance) (F.A.3)	CVAE (F.A.4)	Méanges (F.A.5)	Total
	Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (F.A.1.1)	Autres autorités (F.A.1.2)	Agences de sécurité sociale (F.A.1.3)	Assurances complémentaires (F.A.2.1)	Assurances régionales (F.A.2.2)					
Prestataires de soins de santé	9 730,7	273,7	455,9	25,5	271,6		343,4	11 639,9		
Hôpitaux (HP.1)			3 489,5	371,7	825,6		3 665,5	9 374,3		
Cliniques privées			401,7	42,0	21,5		19,1	664,2		
Cliniques publiques			678,5	145,4	94,2		98,5	1 042,2	2 166,9	
Établissements résidentiels pour personnes âgées (EP.R.2.1)								0,6	0,6	
Cabinet médical (HP.1.1)		113,0	357,1	259,1			5 923,5	7 632,8		
Cabinet dentaire (HP.3.2)			899,5	360,5	217,9		1 271,3	2 738,9		
Centres de dialyse	248,5		165,3					1 413,7		
ESSP	6 190,5	135,3	42,0	82,8	190,9	41,9	261,1	7 063,3		
Prestataires de services de soins de santé à domicile				42,9	26,0			72,0	140,8	
Laboratoires et établissements hospitaliers (EP.H.4)	299,7		746,8	495,0	117,9		3 616,8	6 597,1		
Établissements et autres prestataires de soins mentaux (HP.5)			4 057,0	505,7	1 117,5		12 498,1	18 178,9		
Assurance de biens médicaux			550,9	316,1	227,4		514,9	1 609,3		
Prestataires de sites préventifs (HP.6)	247,0	315,4	6,0	0,4				11,3	600,1	
Prestataires de services administratifs (HP.7)	1 921,7	592,0	2 254,1	1 223,4	570,4	54,4		4 898,4		6 665
Rôle de l'économie (HP.8)									21,1	33,1
Autres ministères, L.R.P.									16,5	779,1
Prestataire de médecine traditionnelle									411,3	428,8
Santé à l'étranger (HP.9)			65,2	25,0	52,5					
Autres prestataires (non)			1,0	16,4						
Total	18 730,8	282,0	746,4	16 910,9	3 365,8	34,4	144,2	31 034,4	76 544,5	



Annexe 6 : Régimes de financement par agent de financement de la santé (en millions de dirhams), 2022

Régimes de financement	Admissions et admissions publiques (II.A.1)			Sorties d'hospitalisation (II.A.2)			Sociétés d'assurance (II.A.3)	ONC (II.A.4)	Montant (II.A.5)	Total
	Hôpitaux de la Santé et de la Protection Sociale (II.A.1.1)	Autres unités (II.A.1.2)	Généralités Territoriales (II.A.1.3)	Agences de sécurité sociale (II.A.2.1)	Assurances complémentaire (II.A.2.2)					
Régime de l'administration centrale (II.1.1.1)	18 790,8	582,4								19 362,9
Régime de l'administration publique (II.1.1.1)			745,4							746,4
Régimes territoriaux (II.1.1.2)				16 915,9						21 306,3
Régime d'assurance maladie sociale (HFS.1.2.1)					4 399,4					
Régime d'assurance maladie privée obligatoire (HFS.1.2.2)					1 017,7					3 117,0
Régime d'assurance maladie facultative (II.F.2.1)						\$16,5				848,8
Système du financement volontaire des hôpitaux et autres établissements de santé (HFS.2)										144,2
Hôpitaux et autres établissements de santé (HFS.2.3)										84,4
Paiement direct des prestataires (III.3)										31 034,4
Total	18 790,8	582,4	16 916,9	3 865,8	4 399,4	H4,4	144,2	31 034,4	76 544,5	

Annexe 7 : Dépenses en capital par prestataire (en millions de dirhams), 2022

Prestataires de soins de santé		Hôpitaux (HP 1)	Prestataires de soins de santé ambulatoire (HP 3)	Prestataires de services auxiliaires (HP 4)	Prestataires de soins préventifs (HP 6)	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé (HP 7)	Reste de l'économie (HP 8)	Total
Formation brute de capital (HK.1)		934,24	637,01	0,70	0,47	105,17	26,00	1 703,60
Machines et équipements (HK.1.1.2)		674,12	817,29	10,45	11,50	373,33	138,06	2 024,77
Formations recherches (HK.1.4)		8,65	0,07	0,09		389,13	964,71	1 362,64
Formation brute de capital non spécifiée (n.c.n.) (HK.nec)		261,5	0,07		0,74	11,46	38,41	
Total		1 643,16	1 454,44	11,25	12,71	879,09	1 128,77	5 129,42



Annexe 8 : Liste des principaux indicateurs des Comptes Nationaux de Santé, 2018-2022

	Principaux Indicateurs	Nanistratuer	Déministature	Indicateurs
CITEPCITP	Dépenses courantes de santé en % du PIB	HT1.1+HT.2+HT.3(MDI)	PTB (MDI)	5,75% 5,34%
CITE_PCT_SST	Dépenses courantes de santé par habitant en USD	HT.1+HT.2+HT.3(%\$)	Pop	204,64 175,64
CITE_PCP_PPP	Dépenses courantes de santé par habitant en PPA, dollars	(HT.1+HT.2+HT.3)PPA	Pop	529,72 462,21
HTNSGDP	Dépenses en capital-santé (HK) en % du produit intérieur brut (PIB)	HK (MDH)	PTB (MDI)	0,39% 0,16%
HK%LHS	Dépenses en capital-santé (HK) en % des dépenses totales de santé (HTS)	HK (MDH)	HT1+HT.2+HT.3+HK (MDH)	6,28% 3,00%
THS%GDP	Dépenses totales de santé (HTS) en % du produit intérieur brut (PIB)	HK (MDH)	PIB (MDH)	6,14% 5,50%
OCHLESGGEE	Dépenses publiques générales de santé en % des dépenses du Budget Général de l'Etat	FS1.1+FS.2+FS.3 (MDH)	DIb (MDI)	8,38% 7,39%
OCHLESGDP	Dépenses publiques générales de la santé en % du PIB	FS1.1+FS.2+FS.3 (MDH)	PIB (MDH)	2,91% 2,16%
DOMPCCHS	Dépenses intérieures de santé en % DCS	FS1.1+FS.3+FS.4 FS.5+FS.6 +FS.7 nec (MDI)	IXS (MDH)	99,86% 99,82%
CRITITPSGCT	Dépenses intérieures de santé des administrations publiques en % des dépenses du Budget Général de l'Etat	FS.1-FS.3 (MDI)	DPF (MDI)	8,36% 7,36%
CGHEDSGDP	Dépenses intérieures de santé des administrations publiques en % du PIB	FS.1-FS.3 (MDH)	PIB (MDH)	2,91% 2,15%
CGHED_PCT_USD	Dépenses intérieures de santé des administrations publiques par habitant en USD dollars	(FS.1+FS.3)PS	Pop	102,36 70,59
CGHED_PC_PPP	Dépenses intérieures de santé des administrations publiques par habitant en PPA dollars	(FS.1) FS.3)PPA	Pop	267,56 256,31
PV118%_HE	Dépenses intérieures de santé privées en % des IWS	FS.4-FS.5+FS.6+FS.7 nec (MDH)	IXS (MDH)	40,39% 39,64%
PV113_PCT_SSD	Dépenses intérieures de santé privées par habitant en USD dollars	(FS.2+FS.5+FS.6+FS.7 nec)PS	Pop	100,89 102,73
PV113_PCT_PPP	Dépenses intérieures de santé privées par habitant en PPA dollars	(FS.2+FS.5+FS.6+FS.7 nec)PPA	Pop	261,12 380,26
VH10%_HE	Prévisionnons de l'assurance maladie volontaire en % IWS	FS.5 (MDH)	IXS (MDH)	1,11% 1,20%
QOOP%HTUE	Dépenses des malades volontaires en % des dépenses totales de santé	HT.3 (MDI)	DT5 (MDI)	18,05% 45,6%
OOP_PCT_LSD	Dépenses des malades volontaires en USD dollars	HT.3-S	Pop	82,97 82,53
OOP_PCT_PPP	Dépenses des malades volontaires en PPA dollars	HT.3)PPA	Pop	214,77 217,18
EXT%CHIE	Dépenses de santé de sources externes en % DCS	FS.2 FS.7 (MDI)	DCS (MDI)	0,20% 0,18%
FS.1_PCT_LSD	Dépenses de santé de sources externes par habitant en USD dollars	(FS.2+FS.7)PS	Pop	0,40 0,32
FS.1_PCT_PPP	Dépenses de santé de sources externes par habitant en PPA	(FS.2+FS.7)PPA	Pop	1,05 0,84
CFASGCHP	Finances en obligatoires en % DCS	HT.1 (MDH)	IXS (MDH)	58,05% 51,19%
CFASGCHIE	Financement du gouvernement en % DCS	HT.1.1 (MDI)	DCS (MDI)	26,27% 22,17%
CFPACTIE	Assurance maladie obligatoire en % DCS	HT.1.2 (MDI)	DCS (MDI)	31,38% 29,02%
SIMPACTIE	Assurance maladie sociale en % DCS	HT.1.2.1 (MDI)	DCS (MDI)	27,84% 18,35%
CLIPVTMCIES	Assurance maladie privée obligatoire en % DCS	HT.1.2.2 (MDI)	DCS (MDI)	1,94% 10,67%



وزير الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

335, Avenue Mohammed V - Rabat

+(212) 5 37 76 16 75

+(212) 5 37 76 94 80