

COMPTES NATIONAUX DE SANTE 2013

En 2013, la dépense totale de santé (DTS) a atteint **52** Milliards de Dirhams, soit **1 578** Dirhams par habitant (**188** dollars américains au taux de change courant). La DTS 2013 représente **5,8%** du PIB contre 6,2% en 2010. La part des dépenses allouées à la consommation médicale représente **88%** de la DTS, soit l'équivalent de **1 394 Dirhams** par habitant.

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

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

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

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

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

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

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

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

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