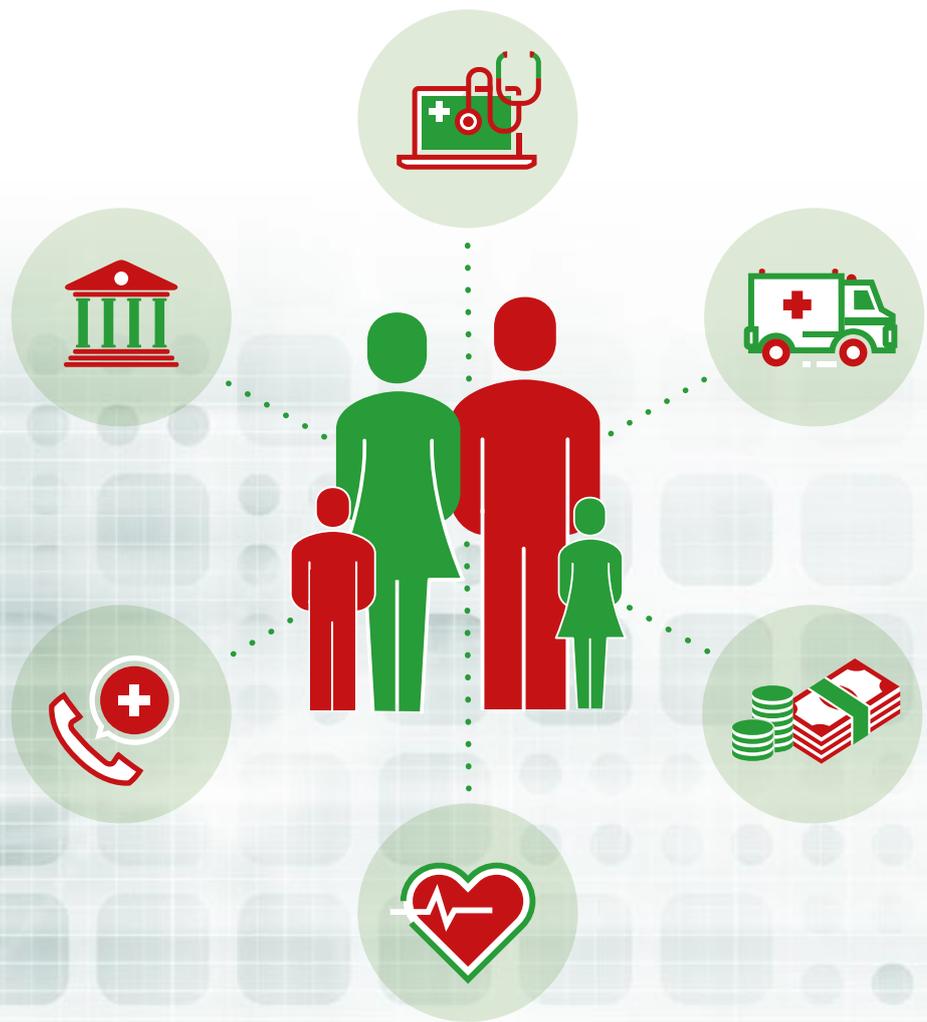


Mobilisation des recettes fiscales pour le financement de la santé au **Maroc**



Merci de citer cet ouvrage comme suit :

OCDE (2020), ***Mobilisation des recettes fiscales pour le financement de la santé au Maroc***,
OCDE, Paris, www.oecd.org/fr/fiscalite/politiques-fiscales/mobilisation-des-recettes-fiscales-pour-le-financement-de-la-sante-au-maroc.htm.

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

© OCDE 2020

Mobilisation des recettes fiscales pour le financement de la santé au Maroc

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Merci de citer cet ouvrage comme suit :

OCDE (2020), *Mobilisation des recettes fiscales pour le financement de la santé au Maroc*, OCDE, Paris, www.oecd.org/fr/fiscalite/politiques-fiscales/mobilisation-des-recettes-fiscales-pour-le-financement-de-la-sante-au-maroc.htm.

Credits d'image : © Baseline Arts Ltd avec des éléments graphiques gracieuseté de Shutterstock.com

© OCDE 2020

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes : www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation.

Avant-propos

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le Centre de politique et d'administration fiscales (CPAF) de l'OCDE sont engagés dans un projet conjoint visant à analyser les capacités des pays en matière de mobilisation des recettes fiscales pour le financement de leur système de santé, et en particulier pour le financement de la lutte contre les trois maladies précitées.

Ce projet a débuté avec deux pays pilotes : le Maroc et la Côte d'Ivoire. Ce travail avec le Maroc fait suite à une collaboration entre le CPAF de l'OCDE et le Maroc qui a abouti en 2019 à l'Examen des Politiques Fiscales du Maroc, et qui a constitué la contribution de l'OCDE à la discussion sur le renforcement de l'équité du système fiscal marocain. Le présent rapport approfondit l'analyse de 2019 en lien avec les impôts sur les produits néfastes à la santé et le financement du secteur de la santé. Il peut servir à informer les discussions actuelles sur les moyens dont dispose le Maroc pour renforcer le financement du système de santé, et dans le cadre du plan de préparation à la transition des autorités marocaines.

La partie Principaux messages et recommandations présente les conclusions du rapport et les recommandations de politique fiscale pour un renforcement du financement de la santé et de la lutte contre le sida et la tuberculose au Maroc. Les analyses détaillées sont incluses dans les chapitres suivants.

Le rapport a été écrit et coordonné par Céline Colin, économiste fiscaliste au CPAF de l'OCDE, sous la supervision et les conseils de Bert Brys, Économiste fiscaliste senior, Chef de l'équipe pays et de l'unité Impôts sur le Revenu et Impôts Fonciers du CPAF de l'OCDE, dans la division des politiques et statistiques fiscales dirigée par David Bradbury. Ce rapport a bénéficié des conseils de collègues du CPAF de l'OCDE, et en particulier de Michèle Harding, Emmanuelle Modica, Gioia de Melo, Sarah Perret, Joseph Stead, Michael Stemmer, Jonas Teusch, Konstantinos Theodoropoulos, et Talita Yamashiro Fordelone. Le rapport a également bénéficié des commentaires de Martin Kessler de la Direction de la coopération pour le développement et de Chris James de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE.

L'analyse est basée sur les échanges et informations collectées lors d'une mission à Rabat en novembre 2019. Pendant cette mission, l'équipe de l'OCDE s'est entretenue avec un grand nombre d'experts marocains, tant dans le domaine de la santé que de la fiscalité, dont les contributions ont été capitales pour la réalisation de ce rapport.

Ce rapport a été élaboré en étroite collaboration avec la Direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies et la Direction de la planification et des ressources financières du Ministère de la Santé, ainsi que la Direction des études et des prévisions financières et la Direction du budget du Ministère de l'Économie, des Finances et de la Réforme de l'Administration. Les équipes remercient le soutien de Mohammed Youbi, Directeur de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies, Abdelouahab Belmadani, Directeur de la planification et des ressources financières, et Boutaina El Omari, Coordinatrice de l'unité de gestion des subventions du Fonds mondial au sein du Ministère de la Santé. Les équipes remercient également Mounssif Aderkaoui, Directeur des études et des prévisions financières, et Fouzi Lakjaâ, Directeur du budget au sein du Ministère de l'Économie, des Finances et de la Réforme de l'Administration.

Ce rapport a également bénéficié du soutien du Fonds mondial, et en particulier de Michael Borowitz, Économiste en chef, Geir Lie, Spécialiste du financement de la santé, et Emina Rye-Florentz, Gestionnaire de portefeuille, Équipe Moyen-Orient et Afrique du Nord.

Table des matières

Avant-propos	3
Glossaire	7
Note au lecteur	8
Résumé exécutif	9
Principaux messages et recommandations	11
1 La préparation à la transition du Fonds mondial, une opportunité pour renforcer la réflexion interministérielle sur le financement du secteur de la santé	24
2 Situation du financement du secteur de la santé au Maroc	29
3 La nécessité d'accroître les financements publics dans le secteur de la santé	37
4 Des préconditions sont nécessaires à toute future hausse des recettes fiscales	50
5 L'amélioration de la conception des contributions pour l'assurance maladie obligatoire	54
6 Le recours accru aux recettes fiscales pour le financement de la santé	65
7 L'affectation des recettes fiscales pour la santé, un mécanisme à utiliser avec précaution	80
8 Après la transition, le financement de la lutte contre le VIH et la tuberculose par les recettes fiscales	85
Références	90
Tableaux	
Tableau 2.1. Rôles des différentes entités publiques impliquées dans le secteur de la santé	32
Tableau 2.2. Vue d'ensemble du financement public de la santé au Maroc	33
Tableau 3.1. La croissance des dépenses de santé au Maroc est tirée par le financement public	38
Tableau 3.2. Exemple de décomposition de l'espace budgétaire	39

Tableau 3.3. Décomposition de l'espace fiscal pour la santé, basée sur les données de l'OMS, 2000-16	40
Tableau 3.4. Décomposition de l'espace budgétaire pour la santé, basée sur les données marocaines	41
Tableau 3.5. Variables utilisées dans le calcul de l'espace fiscal pour la santé (données marocaines)	42
Tableau 3.6. Pour atteindre les ODD santé en 2030, le Maroc devrait augmenter les dépenses de santé de 2.5 pp de PIB	43
Tableau 3.7. Une hausse de 2.5 pp de PIB des dépenses de santé équivaut à une hausse de 107 Mds MAD sur la période 2016-30	44
Tableau 3.8. Comparaison des mesures fiscales relatives au financement de la santé du Ministère de l'Économie, des Finances et de la Réforme de l'Administration, du Ministère de la Santé, et de l'OCDE	48
Tableau 5.1. Taux des cotisations sociales en 2019 à la CNSS pour les travailleurs salariés	54
Tableau 5.2. Description des trois scénarios de hausse des cotisations de l'AMO dans le secteur privé	59
Tableau 5.3. Impacts des trois scénarios de hausse des cotisations de l'AMO dans le secteur privé	60
Tableau 5.4. Détails du Scénario 1 – Niveau CNSS	61
Tableau 5.5. Détails du Scénario 2 – Niveau Tunisie	62
Tableau 5.6. Détails du Scénario 3 – Niveau Turquie	62
Tableau 6.1. Taxation du tabac	68
Tableau 6.2. Calcul des trois composantes de la TIC, et de la TVA, sur les cigarettes	69
Tableau 6.3. Taxation de l'alcool	71
Tableau 6.4. TIC sur les boissons sucrées	72
Tableau 6.5. Ordre de grandeur des recettes de TVA qui pourraient être affectées à la protection sociale/secteurs sociaux	75
Tableau 6.6. Financement des collectivités locales au Maroc	77
Tableau 7.1. Exemples de pays affectant une grande part de la fiscalité du tabac à la santé	82
Tableau 8.1. Le financement international pour la lutte contre le sida et la tuberculose provient essentiellement de bailleurs internationaux	86

Graphiques

Graphique 1.1. Les subventions du Fonds mondial au Maroc se réduisent depuis 2017	24
Graphique 1.2. Le retrait des bailleurs de fonds engendre un risque de financement particulièrement élevé pour le secteur de la santé	28
Graphique 2.1. La structure du financement de la santé au Maroc est dominée par les paiements directs des ménages	30
Graphique 2.2. Au Maroc, la croissance du financement public de la santé est plus rapide que la croissance des paiements directs des ménages	31
Graphique 2.3. Le budget du Ministère de la Santé est faible, mais progresse	34
Graphique 2.4. Le sida recule au Maroc	35
Graphique 2.5. La tuberculose reste présente au Maroc	35
Graphique 2.6. La population marocaine vieillit	36
Graphique 3.1. Suite à l'introduction de l'AMO, le financement public a davantage tiré la croissance des dépenses de santé	38
Graphique 3.2. La hausse attendue des dépenses de santé du Maroc se situe dans la moyenne des autres pays	44
Graphique 3.3. La structure fiscale du Maroc repose en premier lieu sur la TVA	46
Graphique 3.4. Les recettes issues des cotisations de sécurité sociale sont élevées au Maroc	46
Graphique 3.5. Pour son niveau de développement, la structure de financement de la santé repose davantage sur les cotisations sociales que sur la fiscalité	47
Graphique 4.1. L'efficacité de la dépense publique de santé au Maroc n'est pas faible, mais peut être accrue	51
Graphique 5.1. La « population 114 » a des taux effectifs d'imposition des coûts du travail supérieurs à la population privée dans l'AMO	57
Graphique 5.2. Même si la « population 114 » était intégrée à l'AMO, le coin fiscal moyen serait plus faible au Maroc qu'en Turquie et proche de celui du Mexique	57
Graphique 5.3. Dans le secteur privé, le taux de cotisation pour l'AMO est inférieur à de nombreux pays, dont la Tunisie ou la Turquie	59
Graphique 6.1. Les droits d'accise sur les produits néfastes à la santé ont un potentiel pour lever des recettes fiscales	66
Graphique 6.2. Contrairement à la tendance internationale, le tabagisme augmente au Maroc	67
Graphique 6.3. Au sein des droits d'accise sur les produits nocifs à la santé, ceux sur le tabac et l'alcool génèrent le plus de recettes fiscales	68

Graphique 6.4. La fiscalité qui s'applique sur les cigarettes est régressive	70
Graphique 6.5. En matière de pression fiscale sur les cigarettes les plus vendues, le Maroc est aligné avec les pays comparateurs de la région	70
Graphique 6.6. Les droits d'accise spécifiques sur le vin peuvent être augmentés	71
Graphique 6.7. La population en surpoids s'accroît dans le monde, le Maroc ne faisant pas exception	72
Graphique 8.1. La santé représente une faible part des flux de la coopération internationale au Maroc	85
Graphique 8.2. La lutte contre le sida et la tuberculose constitue une part faible de l'apport des bailleurs de fonds pour la santé	86

Encadrés

Encadré 1.1. Extraits des recommandations de la Conférence Nationale sur le Financement de la Santé (juin 2019)	26
Encadré 1.2. Facteurs communs d'économie politique ayant facilité les réformes dans le secteur de la santé au Mexique, en Thaïlande et en Turquie	26
Encadré 3.1. Méthodologie de l'espace budgétaire dans la santé (ou "fiscal space")	39
Encadré 3.2. Détail du calcul de l'espace fiscal pour la santé, basé sur les données marocaines	42
Encadré 3.3. Détail de la méthodologie développée par le FMI	45
Encadré 4.1. Le développement de l'assurance médicale privée par le biais d'incitations fiscales : des résultats mitigés dans les pays de l'OCDE	53
Encadré 6.1. Exemples de pays ayant introduit des droits d'accise sur les produits néfastes à la santé	73
Encadré 6.2. Politique nationale de santé et décentralisation : exemples internationaux	79
Encadré 7.1. L'affectation des recettes publiques pour la santé au Paraguay	84

Glossaire

AMI	Assurance Maladie des Indépendants
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
ANC	Aide Non Concessionnelle
APD	Aide Publique au Développement
CAD	Comité d'Aide au Développement
CAS	Comptes d'Affectation Spéciale
CCM	Comité de Coordination du Maroc
CHU	Centres Hospitaliers Universitaires
CNOPS	Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CSS	Cotisations de Sécurité Sociale
CST	Comptes Spéciaux du Trésor
GAVI	Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation
INDH	Initiative Nationale pour le Développement Humain
IR	Impôt sur le Revenu
IS	Impôt sur les Sociétés
MEFRA	Ministère de l'Économie, des Finances et de la Réforme de l'Administration
OCP	Office Chérifien des Phosphates
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONCF	Office National des Chemins de Fer
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PPP	Partenariats Publics-Privés
Ramed	Régime d'Assistance Médicale aux Économiquement Démunis
Segma	Services de l'État Gérés de Manière Autonome
SMIG	Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti
TIC	Taxes Intérieures de Consommation
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée

Note au lecteur

Ce rapport a été rédigé fin 2019, soit avant la crise sanitaire liée au COVID-19. Les analyses présentées dans ce rapport ne tiennent donc pas compte des évolutions importantes que le secteur de la santé, dont son financement, ont connu pendant la gestion de la crise. Si certaines analyses restent cohérentes (comme la décomposition de la croissance des dépenses totales de santé et des dépenses publiques de santé), d'autres pourront servir de point d'entrée à une discussion plus générale sur le financement de la santé qui intégrera des éléments spécifiques à la gestion de la crise liée au COVID-19.

En effet, depuis la rédaction de ce rapport, le Maroc a pris de nombreuses mesures sanitaires, économiques et sociales pour tenter de mitiger les effets néfastes de la crise. Une fois la crise sanitaire passée, ces mesures devront être considérées dans la poursuite de la réflexion sur le financement de la santé.

Dès à présent, plusieurs observations peuvent être tirées à l'échelle internationale sur l'après post-crise sanitaire et qui pourront éclairer certains pans de ce rapport :

- Cette crise sanitaire ouvrira la voie à des réformes fondamentales des systèmes de santé.
- En particulier, la hausse des budgets de la santé sera impérative pour mettre à niveau les systèmes de santé, pour préparer la réponse à toute éventuelle future crise, ou pour les deux.
- Toutefois, les dépenses de santé engagées actuellement alimenteront les déficits budgétaires, qui devraient largement augmenter, rendant ainsi plus difficile le financement des économies.
- Dans ce cadre, les systèmes fiscaux auront un rôle à jouer de premier ordre pour venir financer l'après-crise. Les réformes fiscales, parfois partiellement menées voire reportées, ne pourront plus attendre, mais devront bien évidemment être adaptées au nouveau contexte économique et social.
- L'amélioration de la qualité de la dépense publique de santé sera plus que jamais nécessaire.
- L'affectation des ressources sera certainement un sujet remis sur le devant de la scène, en particulier si les populations sont davantage enclines à soutenir directement le secteur de la santé.
- Les demandes de solidarité et de progressivité des systèmes de prestations sociales pourraient être plus marquées encore de la part des populations.
- Enfin, le rôle des États dans la provision de service de santé est (et sera) mis à l'épreuve de cette crise. Dans les pays où la population considérera que l'État a rempli du mieux possible son rôle, la confiance avec la population pourrait être renforcée. À l'inverse, la perte de confiance n'en sera que plus grande.

Pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le futur risque est la stagnation, voire la réduction, des soutiens financiers associés à ces trois maladies. Ceci pourrait être motivé par :

- Le fait que des dépenses de santé plus importantes ne bénéficient pas à ces trois maladies.
- Le fait que les États changent de priorités (comme par exemple avec une attention plus importante portée à la préparation à une future crise sanitaire) et réallouent les financements différemment au sein du secteur.
- Le fait que des dépenses de santé plus importantes, mais sous-financées, aboutissent à une réduction des soutiens à ces trois maladies.

Résumé exécutif

Depuis plusieurs années, le Maroc a amélioré ses performances de santé, avec la hausse de l'espérance de vie ou la réduction du fardeau des maladies transmissibles. **Toutefois des efforts restent nécessaires**, en particulier pour atteindre certaines des cibles des objectifs de développement durables ou pour œuvrer contre les disparités régionales dans l'offre de soins. À cela vient s'ajouter le poids de la transition épidémiologique et du vieillissement de la population avec la multiplication par trois des personnes de plus de 65 ans entre 2020 et 2060, augmentant les dépenses de santé et menaçant les équilibres budgétaires des caisses de l'assurance maladie obligatoire.

En matière de financement de la santé, le Maroc fait face à deux défis. Les ressources financières allouées à la santé sont faibles, avec des dépenses totales de santé à 5.2% du PIB en 2017, ce qui est inférieur aux pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure ou des pays de la région. De plus, la moitié de ce financement provient des paiements directs des ménages, ce qui est inéquitable et régressif. Dans ce contexte, le Ministère de la Santé a entamé une réflexion générale sur le financement du secteur en 2019.

Parallèlement, si le Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui appuie le Maroc depuis 2003, n'a pas indiqué son retrait, il s'agit néanmoins pour le Maroc de considérer et se préparer à son éventuelle transition à moyen ou long terme afin d'assurer la pérennité des programmes suffisamment tôt. Ainsi, le Ministère de la Santé a entamé un processus de préparation à la transition. Celui-ci constitue une opportunité pour renforcer la réflexion interministérielle sur le financement de la santé. Ceci est d'autant plus nécessaire que la santé connaît des risques de financement marqués lors de la transition des partenaires techniques et financiers, et que la crise du COVID-19 a montré le besoin de plus de résilience de ce secteur.

Tous ces constats soulignent le besoin de renforcer la dépense publique de la santé. L'analyse sur longue période montre que la croissance des dépenses *totales* de santé est tirée par le financement public, et que la croissance des dépenses *publiques* de santé est tirée par la croissance économique et la priorisation du secteur de la santé au sein du budget général de l'État. Plusieurs observations peuvent être tirées de ce constat. D'une part, les mesures fiscales à mettre en œuvre pour financer la santé ne devront pas pénaliser la croissance pour que celle-ci continue de soutenir la croissance des dépenses publiques de santé. D'autre part, si le Maroc a commencé à prioriser le budget de la santé, celui-ci reste à 5.6% du budget général de l'État en 2018, ce qui est faible au regard de la norme de 12% de l'Organisation mondiale de la santé ou d'autres pays de la région.

Pour financer la hausse des dépenses publiques de santé deux axes d'actions seront nécessaires. D'une part, il s'agira d'améliorer la conception des cotisations sociales pour l'assurance maladie obligatoire. D'autre part, il s'agira d'avoir un recours accru aux recettes fiscales, avec une amélioration de la conception de chaque impôt, notamment ceux ayant des liens plus marqués avec le secteur de la santé, comme les taxes intérieures de consommation, de par leurs influences sur le comportement des consommateurs, et la fiscalité environnementale de par l'impact indirect sur la santé des populations.

Toutefois, si la hausse des ressources publiques pour la santé est nécessaire à moyen terme, celle-ci ne pourra pas être réalisée dans les conditions actuelles. Il s'agira au préalable de renforcer l'efficacité et la maîtrise de la dépense publique de santé, mais aussi de soutenir le développement du

secteur privé opérant dans le secteur de la santé sans que cela se traduise nécessairement par de nouvelles incitations fiscales.

Plusieurs options peuvent être envisagées pour renforcer le rôle des cotisations pour l'assurance maladie obligatoire dans le financement de la santé. Le Maroc pourra mieux contrôler la dépense de santé, élargir l'assiette des cotisations, augmenter le taux des cotisations, favoriser la participation sur le marché du travail, en particulier des femmes, ou encore introduire un régime d'assurance maladie pour les indépendants.

Financer la hausse des dépenses publiques de santé nécessite un recours accru aux recettes fiscales. Des marges de manœuvre existent pour une hausse des taxes intérieures de consommation sur les produits néfastes à la santé. De même, la fiscalité environnementale, de par son rôle important en matière de croissance soutenable et de répercussions positives sur la santé, devrait être mise plus en avant. À l'inverse, l'affectation d'une partie des recettes de la TVA à la santé n'est pas recommandée sans cadre budgétaire solide pour assurer que les projections de dépenses et de ressources soient bien évaluées. De même, la mise en place de déductions fiscales pour certaines dépenses de santé privées n'est pas recommandée sans le ciblage des dépenses de santé pouvant en bénéficier et sans l'élargissement préalable de la base de l'impôt sur le revenu. Enfin, le renforcement des financements locaux sera nécessaire pour la mise en œuvre des prérogatives de santé des collectivités.

Le Maroc dispose d'opportunités pour affecter à la santé davantage de recettes des impôts sur les produits néfastes à la santé dans la mesure où les montants en jeu sont limités. Le Maroc affecte beaucoup de ressources à travers les comptes spéciaux du Trésor mais relativement peu pour la santé. Une discussion sur une plus grande affectation des ressources a été engagée par le passé et pourrait être poursuivie, ce qui relèverait avant tout d'un choix politique. Ainsi, une discussion interministérielle pourrait porter sur i) l'affectation de toutes les recettes fiscales de la taxe intérieure de consommation sur les tabacs et les recettes émanant d'un réaménagement de cet impôt, ii) l'affectation des taxes intérieures de consommation portant sur les autres produits néfastes à la santé, ou iii) la poursuite de l'affectation des revenus générés par la réforme de la compensation aux secteurs sociaux. Toutefois, si le Maroc devait s'engager dans la voie d'une plus grande affectation des ressources fiscales à la santé, plusieurs conditions devraient être mises en place pour assurer le succès d'une telle démarche.

Le Maroc a les capacités financières pour gérer à bien la transition du Fonds mondial. La lutte contre la tuberculose pourra être financée par le budget général de l'État, dont le soutien sera essentiel pour combler le besoin de financement actuel et compenser les 5% de financement du Fonds mondial. Ceci est d'autant plus important compte tenu de la prévalence encore forte de cette maladie au Maroc. En ce qui concerne le financement du sida, plusieurs options existent qui visent à répondre à la spécificité de la lutte contre cette maladie qui touche en premier lieu des populations vulnérables illégales. Parmi les options recommandées figurent un financement par le Ministère de la Santé avec une hausse du budget de ce Ministère, par les comptes d'affectation spéciale « Fonds d'appui à la cohésion sociale » car il s'agit de populations vulnérables ou « Fonds de soutien à l'Initiative nationale pour le développement humain » qui finance des programmes de santé mère-enfant depuis 2018. D'autres options secondaires, moins recommandées, existent, comme la création d'un nouveau Fonds, mais ceci augmenterait la fragmentation budgétaire, ou par les régions, or ces dernières souffrent encore d'une insuffisance de financement.

Le risque lié à la transition du Fonds mondial réside dans la dépendance d'acteurs de la société civile au financement du Fonds mondial, notamment pour les programmes visant les populations clés. Plusieurs défis pourront se poser. D'une part, jusqu'à présent les financements publics n'ont pris en charge que des aspects curatifs, et non les ressources humaines des organismes de la société civile que le Fonds mondial prend en charge. D'autre part, il s'agira de financer les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose de la société civile par des ressources publiques.

Principaux messages et recommandations

Si le Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui appuie le Maroc depuis 2003, n'a pas indiqué son retrait, il s'agit néanmoins pour le Maroc de considérer et de préparer à son éventuelle transition à moyen ou long terme afin d'assurer la pérennité des programmes suffisamment tôt. Ainsi, le Ministère de la Santé anticipe ce retrait en entamant un processus de préparation à la transition. Parallèlement, le Ministère a débuté une réflexion générale sur le financement du système de santé.

Un des enjeux de la transition sera de placer la problématique du financement du sida et de la tuberculose au sein de la réflexion sur le financement de la santé, puisqu'un meilleur financement du secteur facilitera les possibilités de financement de la lutte contre les deux maladies. Ceci nécessitera un dialogue interministériel régulier, comme en témoignent plusieurs expériences internationales.

Cette démarche interministérielle est nécessaire car la santé connaît des risques de financement marqués lors de la transition des partenaires techniques et financiers. Les financements domestiques ont alors un rôle crucial à jouer, comme le montre la reprise de certaines épidémies dans les pays qui n'ont pas alloué suffisamment de financements publics après le retrait du Fonds mondial.

Toutefois, le Maroc dispose du temps nécessaire pour se préparer à la transition du financement des programmes VIH et tuberculose, et a engagé de nombreuses réformes ayant un impact sur le financement de la santé (réforme fiscale, refonte de la stratégie de protection sociale, mise en place du registre social unique).

Situation du financement de la santé au Maroc

Actuellement, les ressources financières allouées à la santé sont faibles. En 2017, les dépenses totales de santé représentaient 5.2% du PIB. Ce niveau est proche de la moyenne des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (5.6% du PIB), mais inférieur à la moyenne des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (6.7% du PIB), des pays à hauts revenus (7.8% du PIB), ou encore de pays de la région comme la Tunisie (6.9% du PIB). Les dépenses totales de santé par habitant étaient de 161 USD (contre 471 USD pour la moyenne des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, ou des pays tels que Jordanie ou la Tunisie, compris entre 250-340 USD).

Le secteur de la santé est financé à 51% par les paiements directs des ménages, à 24% par les ressources fiscales, à 22% par les cotisations de sécurité sociale, à 1% par les autres dépenses privées des ménages, et à moins de 1% par la coopération internationale. Comme dans d'autres pays, l'introduction de l'assurance maladie obligatoire (AMO) en 2005 (9.5 M de personnes couvertes, soit environ 26% de la population en 2018) puis du Régime d'Assistance Médicale aux Économiquement Démunis en 2013 (Ramed, 12.5 M de personnes couvertes fin août 2019) a contribué à réduire les paiements directs des ménages. Toutefois ces derniers restent importants, rendant inéquitable et régressif le système de santé, car ils peuvent entraîner des dépenses catastrophiques des ménages en raison du coûts des soins

La réduction des paiements directs des ménages nécessitera une hausse des financements publics. Ceci permettra d'améliorer l'accès et la qualité de l'offre de soins publics. Au-delà des financements supplémentaires, d'autres mesures seront aussi nécessaires, comme la régulation du secteur privé médical, la révision des tarifs nationaux de référence, ou la mise en place du régime de l'assurance maladie obligatoire pour les indépendants.

Au Maroc, la croissance des dépenses totales de santé est tirée par le financement public (cf. analyse dans chapitre 3). De plus, il apparaît que les dépenses publiques de santé contribuent à réduire les inégalités et la vulnérabilité des populations, constat fournissant une justification solide pour accroître l'ampleur des programmes de santé financés sur fonds publics.

Au Maroc, la croissance des dépenses publiques de santé s'explique en grande partie par la croissance économique et la priorisation du secteur de la santé (cf. analyse dans chapitre 3). Plusieurs observations peuvent être tirées de ce constat.

- D'une part, la croissance économique a joué un rôle dans la croissance des dépenses publiques de santé, et celui-ci devra être maintenu. Pour ce faire, les mesures fiscales à mettre en œuvre pour financer la santé ne devront pas pénaliser la croissance.
- D'autre part, le Maroc a commencé à prioriser la santé au sein du budget général de l'État, avec des augmentations depuis 2011 du budget de la santé. Toutefois, à 5.6% du budget général de l'État en 2018, celui-ci reste faible au regard de la norme de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 12% ou d'autres pays (10.7% en Algérie, 12.4% en Jordanie ou 13.6% en Tunisie). Cette priorisation peut être le reflet de l'importance donnée au secteur de la santé à haut niveau politique, mais aussi du dialogue efficace entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Économie, des Finances et de la Réforme de l'Administration (MEFRA).

Ainsi, si la priorisation de la santé est importante dans le financement de la santé, la croissance économique l'est également car tout le budget de l'État ne peut être dirigé dans ce seul secteur.

Au-delà du budget du Ministère de la Santé, les sources de financement public de la santé sont nombreuses : établissements publics sous tutelle (Agence Nationale de l'Assurance Maladie - ANAM, centres hospitaliers universitaires - CHU), Services de l'État Gérés de Manière Autonome - Segma (hôpitaux provinciaux et régionaux), comptes d'affectation spéciale (Fonds de la Pharmacie centrale, Fonds d'appui à la Cohésion Sociale, Fonds de soutien à l'Initiative Nationale pour le Développement Humain - INDH). Or cette difficulté d'avoir une vision consolidée des comptes publics fragmente la vision d'ensemble du financement du secteur de la santé.

Le financement public total de la santé au Maroc, incluant les cotisations de sécurité sociale pour l'AMO, peut être estimé à 35 Mds MAD (hors CHU¹ ; soit environ 3.5% du PIB), les deux tiers provenant des recettes fiscales et un tiers des cotisations de sécurité sociale (cf. analyse dans chapitre 2).

La nécessité de renforcer le financement public du secteur de la santé

Si le Maroc a réalisé des progrès dans le secteur de la santé (hausse de l'espérance de vie, réduction du fardeau des maladies transmissibles, en particulier du VIH/sida avec une prévalence faible à environ 0.1%), **des efforts restent nécessaires**. En particulier des efforts sont attendus pour atteindre les cibles des objectifs de développement durables (ODD) relatifs à la santé (mortalité maternelle, mortalité néonatale) pour lutter contre la tuberculose (le Maroc restant l'un des pays de la zone Afrique du Nord/Moyen-Orient le plus affecté avec un taux d'incidence des cas notifiés de 86.8 et un taux de mortalité de 9.3 pour 100 000 habitants en 2016), ou pour œuvrer contre les disparités régionales dans l'offre de soins. À cela, vient s'ajouter le poids de la transition épidémiologique et du vieillissement de la population. Entre 2020 et 2060, le nombre de personnes de plus de 65 ans devrait être multiplié par trois. Ceci augmente les dépenses de santé et menace les équilibres budgétaires des caisses de l'AMO, mais pourrait être davantage contrôlé avec des politiques de santé promouvant le vieillissement en bonne santé.

Tous ces défis soulignent le besoin de renforcer la dépense de la santé. Pour se rapprocher des cibles des ODD 3 en 2030, le Maroc devrait augmenter le niveau des dépenses de santé de 2.5 points de

¹ Hors CHU en raison de la difficulté d'accéder aux données.

pourcentage de PIB, pour atteindre 8.2% du PIB, dont 2.2 points de pourcentage pour la dépense publique (cf. analyse dans chapitre 3). Cette hausse permettrait d'augmenter les dépenses de santé par habitant de 170 USD en 2016 à 419 USD en 2030, de multiplier par 2.6 le nombre de médecins et par 3.6 le nombre de personnel médical (sous réserve de garder des politiques de santé relatives aux ressources humaines identiques). Ceci équivaldrait à une hausse sur la période de 107 Mds MAD (7.7 Mds MAD de hausse annuelle), dont 77 Mds MAD pour la dépense publique (5.5 Mds MAD de hausse annuelle).

Pour financer la hausse des dépenses publiques de santé deux grands axes d'actions seront nécessaires.

- **D'une part, il s'agira d'améliorer la conception des cotisations sociales.** Par rapport au niveau de développement du Maroc, leur importance dans la structure fiscale le distingue de nombreux autres pays.
- **D'autre part, il s'agira d'avoir un recours accru aux recettes fiscales,** avec une amélioration de la conception de chaque impôt. Certains impôts ont des liens plus marqués que d'autres avec le secteur de la santé, comme les taxes intérieures de consommation (de par leurs influences sur le comportement des consommateurs) et la fiscalité environnementale (de par l'impact indirect sur la santé des populations). Ces impôts ont un rôle particulièrement important à jouer dans le financement de la santé. Ensuite, les autres recettes fiscales, émanant d'impôt tels que la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), l'impôt sur les sociétés, l'impôt sur le revenu (IR), ou les impôts fonciers, ont un rôle à jouer en ce qu'ils augmentent le niveau global des recettes générales du budget de l'État, sans toutefois avoir de liens directs avec la santé.

Toutefois, si la hausse des ressources publiques pour la santé est nécessaire à moyen terme, celle-ci ne pourra pas être réalisée dans les conditions actuelles. Il s'agira au préalable, d'une part, de renforcer l'efficacité et la maîtrise de la dépense publique de santé (cf. chapitre 4). À ce titre, le renforcement des capacités analytiques du Ministère de la Santé, comme observé au Mexique, Thaïlande ou Turquie, sera utile afin d'alimenter les discussions techniques avec leurs contreparties au MEFRA, d'accroître le pouvoir de négociation lors des arbitrages budgétaires, de mieux démontrer l'importance de financer les activités de prévention (dans un objectif de réduction des coûts de certaines maladies, dont le sida), et d'accéder plus facilement aux fonds octroyés sous forme de soutien budgétaire par les partenaires techniques et financiers. Il s'agira d'autre part de soutenir le développement du secteur privé dans le secteur de la santé, mais sans que cela se traduise nécessairement par de nouvelles incitations fiscales.

Améliorer la conception des contributions pour l'AMO

Le système de l'AMO est fragmenté et connaît une dégradation de ses équilibres financiers. La Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS), le régime qui couvre les agents de l'État, connaît un déficit technique depuis 2016. Après le déficit technique constaté en 2017 (12,6 M MAD), la CNOPS a enregistré en 2018 un solde technique excédentaire (30,1 M MAD), suite notamment à la baisse des remboursements et frais payés relatifs aux soins dentaires de 23% entre les deux exercices. Ainsi, le solde global du régime, déficitaire pour la deuxième année consécutive, s'est établi à -2,8 M MAD en 2018 contre -22,6 M MAD en 2017. La Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS), qui couvre le secteur privé, bénéficie d'une meilleure situation budgétaire (solde technique positif de 3,2 Mds MAD en 2018 et solde global de 3,8 Mds MAD, en hausse de 1 Mds MAD par rapport à l'année 2017), mais dès 2026 les cotisations ne devraient plus couvrir les dépenses du régime.

Plusieurs options peuvent être envisagées pour renforcer le rôle des cotisations pour l'AMO dans le financement de la santé (cf. chapitre 5) :

- **En contrôlant la dépense de l'AMO, condition préalable nécessaire à tout changement des cotisations sociales de santé**

Il s'agira de renouveler les conventions nationales, réviser la tarification nationale de référence, mettre à jour la nomenclature générale des actes professionnels, les protocoles thérapeutiques et le référentiel des professionnels de santé, mais aussi de renforcer l'attractivité de l'offre des soins du secteur public.

- **En élargissant l'assiette des cotisations**

Dans le cas de la CNSS, l'assiette des cotisations de l'assurance maladie est réduite. Environ 640 000 salariés de 3 400 entreprises ne cotisent pas à la cotisation patronale pour l'AMO de 2.26% (pour rappel, en 2018, les cotisations ont représenté 6.52 Mds MAD pour l'AMO privée et 5.106 Mds MAD pour l'AMO publique). Dans un souci d'équité, cette population devrait être intégrée au système standard de l'AMO, et payer également la cotisation patronale de 2.26%. Si tel était le cas, le taux effectif d'imposition des coûts du travail resterait modéré en comparaison avec d'autres pays, et cela n'aurait donc pas pour conséquence de réduire fortement les incitations à l'embauche ou le pouvoir d'achat des salariés.

Dans le cas de la CNOPS, le plafond mensuel de l'AMO pourrait être revu à la hausse, voire éventuellement supprimé, pour renforcer la progressivité du système de prestations sociales, et davantage aligner la conception des contributions des secteurs public et privé. En effet, si les plafonds de sécurité sociale contribuent au renforcement du lien entre contributions et prestations, ce lien est relativement faible pour l'assurance maladie puisque la prestation reçue n'est pas proportionnelle aux cotisations versées.

- **En augmentant les taux des cotisations pour l'AMO**

Toute discussion sur la hausse des cotisations pour l'AMO doit être replacée dans le contexte du poids des cotisations sur le facteur travail, qui pourrait avoir un impact négatif sur les incitations au travail, et indirectement sur l'informalité. Ces changements éventuels dans les taux doivent aussi être analysés en prenant en compte le barème de l'IR pour avoir une image globale de la charge pesant sur le facteur travail.

Dans le cas de la CNSS, l'analyse de plusieurs scénarios permet de conclure qu'une hausse du taux de l'AMO, plus ambitieuse que celle envisagée par la CNSS (+0.14 pp), par exemple pour s'aligner avec le niveau de la Tunisie, n'aurait que des impacts limités sur les incitations au travail (cf. analyse dans chapitre 5). Ainsi, la hausse des taux au niveau envisagé par la CNSS pourrait être une première étape dans la hausse des taux.

Plusieurs arguments sous-tendent également une hausse des cotisations pour l'AMO dans le secteur public. D'une part, les taux n'ont jamais été réévalués à la hausse depuis 2006, malgré une hausse importante des coûts et un déficit technique depuis trois ans. D'autre part, une hausse des cotisations pour l'AMO n'aurait pas, comme dans le cas de l'AMO privé, de répercussions négatives sur l'informalité. Enfin, le salaire moyen brut dans la fonction publique étant près de 2 fois plus élevé que dans le privé, une hausse des cotisations peut être envisagée. Une hausse des cotisations de la CNOPS, par exemple pour atteindre le niveau des cotisations de la CNSS, aurait ainsi du sens, et permettrait d'aligner davantage les régimes publics et privés.

- **En favorisant la participation sur le marché du travail, en particulier des femmes**

Les difficultés du financement du système de santé sont exacerbées par la situation préoccupante sur le marché du travail (faible participation de la main d'œuvre, en particulier féminine, taux de chômage élevé pour les jeunes et les diplômés du supérieur, forte présence du secteur informel).

La conception du système fiscal n'apparaît pas peser négativement sur la participation au marché du travail des femmes, qui représentent la majorité des seconds apporteurs. Néanmoins, compte tenu de la situation, avec moins de 30% des femmes de plus de 15 ans sur le marché de l'emploi, des dispositions fiscales particulières pour promouvoir leur participation pourraient être adoptées par le Maroc, comme la mise en œuvre un crédit d'impôt pour encourager l'intégration des femmes salariées ayant un bas revenu. De même, le Maroc devrait conserver l'individu comme unité fiscale, et ne pas se diriger vers une imposition par foyer fiscal comme recommandé lors des Assises Nationales sur la Fiscalité, car ce type d'imposition a tendance à désinciter les seconds apporteurs à participer au marché du travail.

La formalisation de l'économie et des travailleurs aura également un impact positif sur le niveau des cotisations sociales qui sera collecté. Pour ce faire, la future introduction d'un régime d'assurance maladie pour les indépendants est une étape à saluer.

- **En introduisant un régime d'assurance maladie pour les indépendants**

La conception de ce régime, actuellement à l'étude, risque d'entraîner des distorsions. La base d'imposition sera fixe (multiple du salaire minimum interprofessionnel garanti - SMIG) qui variera en fonction des catégories professionnelles et leurs différents niveaux de revenus. Or ceci risque de favoriser des comportements d'évasion fiscale, et d'accroître l'informalité. Ainsi, le système devrait davantage se baser sur les revenus réels, avec éventuellement un plafond. Ceci d'autant plus que l'administration fiscale mène de nombreux efforts pour avoir une meilleure vision des revenus réels gagnés par les professions libérales.

Renforcer le rôle des recettes fiscales dans le financement de la santé

- **Des marges de manœuvre existent pour une hausse des taxes intérieures de consommation (TIC)**

Parmi les TIC sur les produits néfastes à la santé, la TIC sur les tabacs est celle qui génère le plus de recettes fiscales. En 2019, elle représente environ 5% des recettes fiscales totales (ou 41% des TIC) avec une évolution stable sur longue période. Ceci correspond à la tendance internationale, et reflète la hausse de la consommation de tabac au Maroc.

L'analyse montre que le Maroc observe la norme conseillée par l'OMS d'avoir des taxes représentant au minimum 75% du prix de vente au détail, et ce pour les cigarettes les moins chères, les plus chères ou les plus vendues. Si ces chiffres pourraient être comparés avec les études du Ministère de la Santé, l'analyse tend néanmoins à confirmer le constat selon lequel la TIC sur les tabacs est régressive.

Toutefois, d'après l'OMS, il est plus accessible d'acheter des cigarettes en 2019 qu'en 2008. Ainsi la fiscalité sur le tabac pourrait être davantage renforcée pour rendre ce produit moins facilement accessible financièrement à la population, et ainsi réduire sa consommation.

Comme dans les autres pays de la région, la TIC sur l'alcool rapporte peu de recettes fiscales. En particulier, les comparaisons internationales montrent que les droits d'accise sur le vin peuvent être augmentés au Maroc.

Au Maroc, la consommation de sucre est très élevée, ce qui accroît la prévalence de certaines maladies. De nombreux changements sur la TIC pour les boissons sucrées ont été introduits en 2020 pour inciter les producteurs à réduire la teneur en sucre dans les boissons, l'objectif étant davantage de changer le comportement des consommateurs que de générer une hausse significative des recettes fiscales (comme dans le cas de l'alcool). Enfin, il s'agirait également de revoir le système de subvention du sucre (« système de compensation »), introduit en 1996, en raison des nombreuses limites qu'il connaît.

- **La fiscalité environnementale devrait être mise plus en avant**

La fiscalité environnementale, malgré son rôle important en matière de croissance soutenable et les répercussions positives sur la santé (pouvant ainsi classer les taxes environnementales comme des taxes relatives à la santé), a été absente des discussions. Seule une recommandation à l'issue des Assises mentionne l'institution d'une fiscalité dédiée à la protection de l'environnement dont le produit serait affecté aux régions. Ceci constitue une première étape, mais qui reste encore très générique, et qui mériterait d'être approfondie rapidement compte tenu des défis environnementaux et de santé auxquels fait face le Maroc. Ceci serait d'autant plus bénéfique que la structure fiscale du Maroc reste insuffisamment diversifiée, encore trop orientée autour des trois piliers TVA/IR/impôt sur les sociétés, avec peu de prise en compte des autres types d'impôts, en particulier ceux à caractère environnemental.

- **L'affectation d'une partie des recettes de la TVA à la santé n'est pas recommandée**

Une des recommandations des Assises Nationales sur la Fiscalité est d'affecter une partie des recettes de la TVA à la généralisation de la couverture et des aides sociales, sur la base du Registre Social Unique. Cette recommandation a été reprise lors de la Conférence Nationale sur le Financement de la Santé. Le Conseil Économique, Social et Environnemental a ainsi proposé d'affecter 2 à 4 points de TVA du taux de 20% pour le financement de la couverture sociale (venant ainsi en complément des revenus générés par les cotisations de sécurité sociale) ou pour alimenter le Fonds d'appui à la cohésion sociale.

Or l'affectation de 2 à 4 points du taux standard de TVA de 20% au secteur de la protection sociale/santé apparaît être une mesure ambitieuse, notamment aux vues des montants représentés, et devrait de ce fait être considérée avec précaution car cela représenterait entre 26 à 52% du budget du Ministère de la Santé (cf. chapitre 6). Or, dans les conditions actuelles de faible exécution de la dépense par le Ministère, l'affectation de tels montants semble être inadaptée. Enfin, une partie de la TVA est déjà affectée au financement des collectivités locales, dont une des prérogatives transférées concerne la santé.

Si le Maroc devait s'engager dans l'affectation d'une partie de la TVA à la santé, il s'agirait de mettre en place un cadre budgétaire solide pour assurer que les projections de dépenses et de financements soient bien évaluées et restent sous contrôle. En effet, affecter une partie de la TVA sans que le Ministère de la Santé ne dispose d'un budget précis indiquant ses coûts et justifiant des recettes supplémentaires apparaît sous-optimal. Une affectation automatique d'une partie de la TVA sans cadre budgétaire solide, qui soit discuté et validé en amont par le Ministère de la Santé et le MEFRA, aboutirait à une dépense de santé inefficace et excessive, et placerait ainsi au second rang la recherche d'amélioration de l'efficacité de la dépense publique de santé.

A l'inverse, l'élargissement de l'assiette de la TVA (rationalisation du nombre de taux réduits, suppression de certaines exonérations) **constitue une mesure plus adaptée** car elle permettra une hausse des recettes fiscales pour le budget général de l'État. Enfin, le soutien de la TVA au secteur de la santé se faisant aussi de façon indirecte, par les dépenses fiscales, l'effort d'exonération de la TVA sur les médicaments est à poursuivre.

- **La mise en place de déductions fiscales pour certaines dépenses de santé privées n'est pas recommandée**

Le Maroc a avancé l'idée d'introduire des déductions fiscales pour les mutuelles de santé. Or l'introduction de telles déductions, au-delà d'être régressives, réduirait l'IR de manière conséquente, et poserait la question du financement du système public de santé. Si le Maroc décide de s'orienter vers l'introduction de telles dispositions, il s'agirait alors au préalable d'élargir très significativement l'assiette fiscale de l'IR et d'accroître sa progressivité (par exemple en réduisant la générosité des abattements pour frais d'emploi, pour la constitution d'épargne-retraite, et pour les intérêts des prêts au logement, qui sont régressifs), et de cibler les dépenses de santé pouvant en bénéficier.

- **Le renforcement des financements locaux est nécessaire pour la mise en œuvre des prérogatives de santé des collectivités**

Dans le cadre de la régionalisation avancée, la santé fait partie des compétences transférées aux collectivités locales. Or dans les faits, celles-ci ne disposent pas des budgets nécessaires pour la mise en œuvre de leurs prérogatives. Leurs difficultés financières se matérialisent à d'autres niveaux, par exemple dans le financement du Ramed.

Ainsi, sous réserve d'une capacité d'absorption suffisante, la mise en œuvre des nouvelles compétences des collectivités nécessite des financements supplémentaires. Si les ressources en provenance du niveau central pour le financement de la santé au niveau local devront jouer un rôle de premier ordre (via le Fonds régional de mise à niveau sociale et le Fonds de solidarité interrégionale par exemple), un co-financement local par les collectivités peut être souhaitable car il incite à rationaliser la dépense de santé locale. Ce co-financement local nécessite ainsi un renforcement de la fiscalité locale. À ce titre, les Assises Nationales sur la Fiscalité ont proposé une série de recommandations à mettre en œuvre.

L'affectation des recettes fiscales pour la santé, un mécanisme à utiliser avec précaution

Si beaucoup de ressources sont affectées au Maroc à travers les comptes spéciaux du Trésor² (CST) (20% du total des ressources de l'État en 2020), les ressources des trois comptes d'affectation spéciale (CAS) relatifs à la santé ne représentent que 2% du total des ressources des CST (cf. chapitre 7). Une discussion sur une plus grande affectation des ressources peut ainsi être engagée. D'après le Plan National de Santé 2025, le financement de la prévention, des soins de santé primaires et de certains équipements devrait passer par l'introduction de nouvelles dispositions fiscales visant les produits néfastes à la santé dont les revenus seraient affectés au Fonds de la Pharmacie Centrale.

Dans les faits, les recettes fiscales qui seraient à affecter sont limitées (5.4% du total des recettes fiscales pour les TIC tabac et TIC sur produits autres qu'énergétiques). Affecter davantage de ressources à la santé relève ainsi d'abord d'un choix politique. Toutefois, pour financer la hausse de 2.5 pp de PIB des dépenses de santé, l'affectation des recettes issues des TIC sur les produits néfastes permettra d'augmenter, même de façon minime, le niveau général des ressources à la santé. Une discussion interministérielle pourrait ainsi porter sur :

- **L'affectation de toutes les recettes fiscales de la TIC sur les tabacs**, et les nouvelles recettes qui émaneraient d'un réaménagement de cet impôt.
- **L'affectation des autres TIC portant sur des produits néfastes à la santé**, comme l'alcool ou les boissons sucrées.
- **La poursuite de l'affectation aux secteurs sociaux des revenus générés par la réforme de la compensation (avec une éventuelle future suppression de la subvention pour le sucre).**

Si le Maroc devait s'engager dans la voie d'une plus grande affectation des ressources fiscales à la santé, plusieurs conditions, décrites dans le chapitre 7, devraient être mises en place pour assurer le succès d'une telle démarche, la première étant l'alignement des objectifs entre les deux ministères.

² Les CST, destinés à la mise en œuvre des orientations du gouvernement et à l'allocation des ressources budgétaires, sont juridiquement distincts du budget général de l'État : leurs dépenses et recettes n'y figurent pas, ils échappent à la règle de non affectation de certaines recettes à certaines dépenses, et les pouvoirs du Parlement sur ces comptes se trouvent ainsi réduits. Ils sont composés : des comptes d'affectation spéciale, des comptes de financement, des comptes d'opérations monétaires, et des comptes de dépenses sur dotation.

Après la transition, le financement de la lutte contre le VIH et la tuberculose par les recettes fiscales

Le Maroc devrait avoir les capacités budgétaires pour gérer à bien la transition du Fonds mondial, dont le soutien s'élève à environ 5 M USD en 2019. La coopération internationale représente une faible part du secteur de la santé, et, au sein du secteur, le soutien pour le VIH/tuberculose est limité, même si ce dernier constitue une part importante des budgets des plans stratégiques de ces deux maladies. Ce constat est renforcé par le fait que la majorité des flux de la coopération internationale pour la santé passent par le budget de l'État marocain, ce qui lui confère une bonne visibilité sur le financement du secteur.

Toutefois le risque financier lié à la transition réside dans la dépendance d'acteurs de la société civile au financement du Fonds mondial, notamment pour les programmes visant les populations clés. Plusieurs défis vont alors se poser :

- **D'une part, jusqu'à présent, les financements publics n'ont pris en charge que des aspects curatifs, et non les ressources humaines des organismes de la société civile.** Si les Assises Nationales de la Fiscalité ont recommandé d'instituer des mesures pour le développement des secteurs culturel et associatif, il n'apparaît pas adapté d'introduire des exonérations d'IR ou de TVA pour les organismes de la société civile, cela allant à l'encontre du besoin de simplification des dépenses fiscales.
- **D'autre part, il s'agira de financer les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose de la société civile par des ressources publiques.**

Au-delà, il s'agira également de mettre en place l'encadrement nécessaire à la poursuite de leurs activités, avec la mise en place de « contrats sociaux », pouvant être inspirés des contrats de performances entre secteur privé et État, entre ces organismes et le Ministère de la Santé par exemple. Sans ces encadrements, le risque existe que les programmes pris en charge par ces organismes deviennent moins efficaces, contribuant à une résurgence des deux maladies. Enfin, face à son succès, la pérennisation du Comité de Coordination du Maroc (CCM)³ au-delà de la transition du Fonds mondial apparaît nécessaire. Son financement pourrait venir du Fonds d'appui à la cohésion sociale dans la mesure où ce dernier est dédié aux populations vulnérables.

La lutte contre la tuberculose pourra être financée par le budget général de l'État. La hausse du financement public pour cette maladie est une nécessité pour venir combler le besoin de financement actuel, et également venir compenser les 5% de financement en provenance du Fonds mondial. Ceci est d'autant plus important compte tenu de la prévalence encore forte de cette maladie au Maroc.

En ce qui concerne le financement du VIH, plusieurs options existent. Elles visent à répondre à la spécificité de la lutte contre cette maladie qui touche en premier lieu des populations vulnérables illégales.

- **Par le Ministère de la Santé :** comme pour la tuberculose, la première option consiste en une hausse du budget du Ministère de la Santé. En particulier, cela serait nécessaire pour financer la société civile et leurs activités de prévention.
- **Par le CAS Fonds d'appui à la cohésion sociale** dans la mesure où il s'agit de populations vulnérables car illégales.

³ Les instances de coordination nationale sont des comités nationaux qui présentent au Fonds mondial des demandes de financement au nom de tout le pays. Elles regroupent des représentants des pouvoirs publics, du secteur privé, des partenaires techniques, de la société civile et des communautés vivant avec les maladies.

- **Par le CAS Fonds de soutien à l'INDH**, dans la mesure où il finance des programmes de santé mère-enfant depuis 2018. Toutefois, il faudrait que ce fonds autorise le financement des ressources humaines et les activités de prévention.
- **Par la création d'un nouveau Fonds**, qui pourrait notamment financer la prévention. Toutefois, la fragmentation budgétaire étant déjà importante, cette option n'est pas la plus opportune.
- **Par le financement des régions**, mais cette option n'apparaît pas la plus adaptée dans la situation actuelle marquée par une insuffisance de financement local. D'une part, les régions ne financent pas davantage les ressources humaines et la prévention que le gouvernement central, et il s'agirait alors pour les différents organismes de la société civile de les convaincre unes à unes, travail long et fastidieux. D'autre part, la mise en place de la régionalisation avancée n'est pas finalisée et les régions souffrent encore d'une insuffisance de financement. Enfin, parce que la riposte au sida nécessite une réponse coordonnée à l'échelle de tout le territoire mise en œuvre à temps. Or assurer que toutes les régions financent de manière suffisante, dans les temps opportuns, les postes de dépenses à financer après le retrait du Fonds mondial, pour chacun des organismes de la société civile qui luttent contre le sida apparaît être un agenda ambitieux.

Structure du rapport

Ce rapport est structuré en 8 chapitres. Le chapitre 1 présente l'opportunité que représente la transition du Fonds mondial pour renforcer la réflexion interministérielle sur le financement du secteur de la santé. Le chapitre 2 expose la situation actuelle du financement du secteur au Maroc, tandis que le chapitre 3 se focalise sur la nécessité d'accroître les financements publics et fournit une estimation des besoins attendus. Le chapitre 4 décrit les préconditions nécessaires à toute future hausse des recettes fiscales pour la santé. Les chapitres 5 et 6 proposent les pistes à explorer pour renforcer la conception des contributions pour l'AMO d'une part, et pour renforcer le rôle des recettes fiscales pour le financement de la santé d'autre part. Le chapitre 7 discute du mécanisme d'affectation des recettes fiscales pour la santé. Enfin, le chapitre 8 évalue différentes sources de financement pour la lutte contre le VIH et la tuberculose.

Recommandations

Condition préalable avant d'accroître les ressources publiques pour la santé : Améliorer l'efficience et la maîtrise de la dépense publique de santé

- *Améliorer les procédures publiques d'achats des médicaments*
- *Réviser la tarification nationale de référence tout en assurant un dialogue avec le secteur privé*
- *Renforcer les capacités de gestion du Ministère de la Santé*
- *Améliorer les capacités d'exécution des budgets du Ministère de la Santé, notamment des budgets d'investissement*

Recommandation 1 : Améliorer la conception des cotisations sociales de santé pour renforcer leur rôle dans le financement de la santé

Condition préalable : Mieux contrôler la dépense de l'AMO, condition préalable nécessaire à tout changement des cotisations sociales

- *Renouveler les conventions nationales*
- *Mettre à jour la nomenclature des actes professionnels, les protocoles thérapeutiques et le référentiel des professionnels de santé*

- Renforcer l'attractivité de l'offre des soins du secteur public (développement de l'offre des soins, réduction des délais de prise en charge, dotation des établissements de soins en moyens nécessaires)

Élargir l'assiette des cotisations de la CNSS pour que toutes les entreprises privées payent le taux de cotisation à l'AMO de 6.37% (et non 4.11%)

Augmenter les taux des cotisations sociales pour l'AMO

- Mettre en place le Conseil national des prélèvements obligatoires
- Dans le cas de la CNSS : augmenter les taux des contributions salariales et patronales à l'AMO à un niveau plus ambitieux qu'actuellement affiché (+0.14 pp)
- Dans le cas de la CNOPS
 - Mettre à jour l'étude actuarielle sur la pérennité financière de la CNOPS en prenant en compte l'impact des nouvelles populations, les projections de dépenses de santé (notamment avec la mise à jour de la nomenclature des actes professionnels, de certains protocoles thérapeutiques), et la hausse des retraités.
 - Revoir à la hausse (voire supprimer) le plafond mensuel de cotisations à l'AMO de 400 MAD

Favoriser la participation des actifs sur le marché du travail formel, en particulier des femmes

- Envisager de mettre en œuvre un crédit d'impôt pour encourager l'intégration des femmes salariées ayant un bas revenu
- Conserver l'individu comme unité fiscale, et ne pas se diriger vers une imposition par foyer fiscal comme recommandé lors des Assises Nationales sur la Fiscalité

Introduire le régime de sécurité sociale pour les indépendants (AMI)

- Finaliser l'étude sous-jacente à ce régime
- Comme envisagé dans la réforme, aligner le taux des contributions pour l'assurance maladie avec les taux de l'AMO déjà en place dans le secteur privé
- Avoir une base d'imposition qui se basera sur les revenus réels (et non une base fixe multiple du SMIG)
- Considérer éventuellement la mise en œuvre d'un plafond

Recommandation 2 : Renforcer le rôle des recettes fiscales dans le financement de la santé

Taxes intérieures de consommation

- Considérer renforcer la progressivité de la fiscalité sur le tabac
- Augmenter les TIC sur le vin
- Supprimer le système de compensation sur le sucre

Mettre en avant la fiscalité environnementale

- Approfondir la recommandation des Assises Nationales sur la Fiscalité relative à l'institution d'une fiscalité dédiée à la protection de l'environnement.

TVA

- Ne pas affecter une partie des recettes de la TVA à la santé, comme recommandé lors des Assises Nationales sur la Fiscalité
- A la place, élargir l'assiette de cet impôt pour accroître les recettes fiscales destinées au budget général de l'État
 - Rationaliser le nombre de taux réduits de TVA
 - Supprimer certaines exonérations de TVA après analyse détaillée de leurs impacts respectifs
- Soutenir de façon indirecte le secteur de la santé en poursuivant l'effort d'exonération de la TVA sur les médicaments
- Continuer d'améliorer la récupération des crédits de TVA, ce qui aura un effet bénéfique pour la société civile marocaine impliquée dans la santé

Impôt sur le revenu

- Ne pas mettre en place de déductions fiscales pour les mutuelles de santé
- Si toutefois, cette option était retenue :
 - Élargir au préalable très significativement l'assiette fiscale de l'IR en réduisant la générosité des abattements qui sont régressifs (et ainsi contribuer à renforcer la progressivité de cet impôt) :
 - Pour frais d'emploi
 - Pour la constitution d'épargne-retraite
 - Pour les intérêts des prêts au logement
 - Cibler les dépenses de santé pouvant en bénéficier
- Poursuivre les efforts de lutte contre la fraude fiscale au sein de toutes les professions libérales (y inclus le secteur de la santé privé), et renforcer le système de pénalisation de la fraude

Renforcer les financements locaux pour assurer la mise en œuvre par les collectivités de leurs prérogatives de santé

- Assurer une certaine flexibilité dans la mobilisation des financements par les collectivités auprès du Fonds régional de mise à niveau sociale et du Fonds de solidarité interrégionale
- Renforcer la fiscalité locale afin que les collectivités disposent de davantage de ressources propres

Recommandation 3 : Discuter de plusieurs scénarios d'affectation de certaines recettes fiscales au secteur de la santé

Condition préalable : Assurer un alignement des objectifs du Ministère de l'Économie, des Finances et de la Réforme de l'Administration et du Ministère de la Santé

- Affecter à la santé toutes les recettes fiscales de la TIC sur les tabacs, et les nouvelles recettes qui émaneraient d'un réaménagement de cet impôt
- Affecter à la santé les autres TIC portant sur des produits néfastes à la santé, comme l'alcool ou les boissons sucrées
- Poursuivre l'affectation à la santé des revenus générés par la réforme de la compensation. Dans ce cadre, considérer l'affectation des revenus générés par la suppression de la subvention pour le sucre

- Encadrer l'affectation des recettes par une série de conditions pour minimiser les risques liés à ce mode de financement
 - Introduire le recours à des impôts affectés au sein d'une stratégie globale de financement de la santé
 - Mettre en place des campagnes de sensibilisation sur le rôle de l'impôt affecté et du programme de santé qui bénéficiera de son financement
 - Assurer que les ressources affectées servent en priorité à financer des programmes de santé délimités (en termes budgétaires, d'ampleur et d'objectif), ces derniers faisant l'objet d'une évaluation, en amont, de leurs besoins pour prendre en compte les éventuelles hausses d'utilisation ou de couverture des programmes. À ce titre, considérer l'affectation des ressources pour financer des programmes de santé, actuellement pris en charge par les bailleurs de fonds, et qui seront amenés à connaître une baisse de leurs financements à terme.
 - Privilégier des mécanismes d'affectation flexible des ressources afin de limiter les rigidités budgétaires.
 - N'autoriser la mise en place de nouvelles ressources affectées que sous réserve d'une amélioration de la qualité et de l'efficacité de la dépense publique par le Ministère de la Santé.
 - Évaluer, à date régulière, les programmes de santé financés par ces ressources affectées, dans une logique de redevabilité des comptes.
 - Limiter le nombre d'impôts affectés afin de contenir la fragmentation des sources de financement.
 - Assurer le versement rapide des ressources affectées aux programmes de santé.
 - Conditionner les ressources affectées à des capacités d'absorption suffisantes de la part des organismes qui géreront l'afflux des nouveaux revenus.
 - Spécifier de façon claire et transparente les contours du mécanisme d'affectation des ressources.

Recommandation 4 : Financer les programmes VIH et tuberculose avec les recettes fiscales

Intégrer la préparation à la transition du financement du sida et de la tuberculose au sein de la réflexion plus large sur le financement de la santé

- Faire de l'agenda de la transition une véritable problématique interministérielle
 - Maintenir sur la durée le dialogue entre le Ministère de l'Économie, des Finances et de la Réforme de l'Administration et le Ministère de la Santé
 - Avoir une participation active du Ministère de l'Économie, des Finances et de la Réforme de l'Administration au Comité de Coordination du Maroc, ainsi qu'aux ateliers sur la transition
- Renforcer les capacités d'analyses économiques du Ministère de la Santé
 - Mettre à jour les Comptes Nationaux de la Santé et renforcer leur utilisation

Recommandations communes sur le financement des deux maladies

- Assurer la pérennité dans le temps des financements publics pour les organismes de la société civile impliqués dans la lutte contre le sida et la tuberculose
 - Augmenter la part des financements publics
 - Financer sur ressources publiques les programmes de santé de la société civile destinés à des populations vulnérables

- Accepter de financer les ressources humaines des organismes de la société civile
- En contrepartie, mettre en place un encadrement nécessaire de ces organismes.
- Ne pas introduire d'exonérations d'IR ou de TVA pour les organismes de la société civile, contrairement à la recommandation émise pendant les Assises Nationales de la Fiscalité
- Faire perdurer l'existence du CCM pour maintenir le dialogue entre l'État, les associations, et les représentants des populations affectées par la maladie, en le finançant via le Fonds d'appui à la cohésion sociale dans la mesure où ce dernier est dédié aux populations vulnérables.

Financement de la tuberculose

- Recourir au budget général de l'État

Financement du VIH/Sida

- Discuter des différentes options de financement
 - Options recommandées
 - **Par une hausse du budget du Ministère de la Santé.**
 - **Par le Fonds d'appui à la cohésion sociale** dans la mesure où il s'agit de populations vulnérables car illégales.
 - **Par le CAS Fonds de soutien à l'INDH**, sous réserve que ce fonds autorise le financement des ressources humaines et les activités de prévention. Une partie du financement par ce biais aurait du sens dans la mesure où depuis 2018, il finance des programmes de santé mère-enfant.
 - Options secondaires, moins recommandées
 - **Par la création d'un nouveau Fonds**, qui pourrait notamment financer la prévention. Toutefois, la fragmentation budgétaire, entre budget général, CST et Segma, est déjà importante.
 - **Par le financement des régions.**

Recommandation 5: Travailler avec le secteur privé pour la provision d'infrastructures et de services de santé

- Recourir avec prudence aux partenariats publics-privés (PPP), en raison de la complexité de telles opérations
- Éviter de recourir à des incitations fiscales pour favoriser le développement du secteur privé dans la santé. Toutefois, si cette option était retenue :
 - Conditionner les incitations aux coûts des entreprises et non aux profits
 - Favoriser les incitations fiscales temporaires
 - Systématiser la conditionnalité associée à ces incitations (par exemple avec le nombre d'emploi créés)
- Maintenir le rôle de l'État dans la provision d'infrastructures et de services de santé

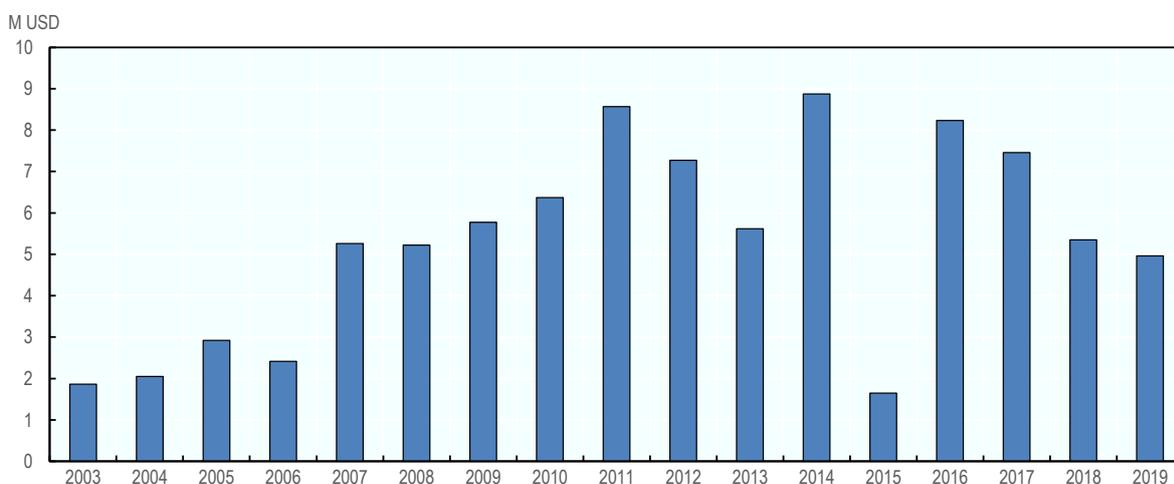
1 La préparation à la transition du Fonds mondial, une opportunité pour renforcer la réflexion interministérielle sur le financement du secteur de la santé

Le Maroc se prépare à la transition du Fonds mondial

Le Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme appuie le Maroc depuis 2003, avec près de 100 M USD de subventions versées dans le cadre de la mise en place des stratégies nationales de lutte contre le sida et la tuberculose. Les principaux bénéficiaires sont le Ministère de la Santé et les organismes de la société civile marocaine actifs dans la lutte contre ces deux maladies. Les subventions soutiennent en particulier l'achat de médicaments et fournitures médicales, et les activités de prévention, coordination et le suivi-évaluation.

Si le Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui appuie le Maroc depuis 2003, n'a pas indiqué son retrait, il s'agit néanmoins pour le Maroc de considérer et se préparer à son éventuelle transition à moyen ou long terme. Le Maroc continuera de bénéficier d'un appui financier pour le cycle de financement 2021-23. Toutefois, le Fonds mondial a commencé à diminuer significativement son appui financier depuis 2017 (-40% entre 2017-19), tendance qui devrait se poursuivre dans le temps (Graphique 1.1).

Graphique 1.1. Les subventions du Fonds mondial au Maroc se réduisent depuis 2017



Source : Base de données du Fonds mondial.

Le Ministère de la Santé anticipe ce retrait et a commencé un processus de préparation à la transition. Depuis 2016 des rapports ont été réalisés sur la préparation à la transition du Maroc pour le sida et la tuberculose, et sur la durabilité et la préparation à la transition pour la gestion d'achats et de stocks des produits de santé relatifs à la composante tuberculose et au VIH/sida. En 2019, des ateliers sur la transition ont été organisés par le Ministère de la Santé, et un plan d'action a été rédigé.

La préparation à la transition devrait s'intégrer à la réflexion plus large sur le financement de la santé

Parallèlement à la préparation à la transition du Fonds mondial, le Ministère de la Santé a entamé une réflexion sur le financement du système de santé marocain. Ainsi une Conférence nationale sur le financement de la santé a été organisée en juin 2019. Les travaux de cette conférence ont abouti à 36 recommandations, dont certaines sont discutées dans ce rapport (Encadré 1.1).

Un des enjeux de la transition est de placer la problématique du financement du sida et de la tuberculose au sein de la réflexion plus large sur le financement de la santé. En effet, un meilleur financement global du secteur de la santé facilitera les possibilités de financement des stratégies de lutte contre le sida et la tuberculose.

De ce fait, l'agenda de la transition devrait dépasser la simple sphère du Ministère de la Santé pour devenir une problématique interministérielle. Au niveau politique, la récente nomination d'un nouveau Ministre de la Santé devrait permettre un soutien à haut-niveau d'une réflexion sur le financement de la santé. Au sein du Ministère de l'Économie, des Finances et de la Réforme de l'Administration, les équipes techniques sont ouvertes au dialogue et intéressées à une réflexion commune. Une étroite collaboration interministérielle permettrait ainsi de réduire le risque d'une réflexion isolée sur le financement de la santé, et de faciliter la mise en place d'une stratégie de financement du secteur qui soit cohérente. Une participation active du Ministère de l'Économie, des Finances et de la Réforme de l'Administration au Comité de Coordination du Maroc (CCM⁴), ainsi qu'aux ateliers sur la transition, constituerait un premier pas dans ce sens. En effet, plusieurs expériences internationales témoignent de l'importance de ces facteurs politiques pour réussir des réformes du secteur de la santé (Encadré 1.2).

Cette démarche a d'autant plus de chances de réussir que le Maroc dispose du temps nécessaire pour se préparer à la transition. En effet, le Fonds mondial continuera à verser des subventions sur le prochain exercice (2021-23). Parallèlement, le Maroc est engagé dans de nombreuses réformes qui auront un impact sur le financement de la santé. En particulier, la réforme fiscale qui a débuté en 2019 devrait se poursuivre, permettant d'introduire des mesures fiscales spécifiques à la santé (comme par exemple la hausse des TIC sur les produits néfastes à la santé). De même, la refonte de la stratégie de protection sociale, et en particulier du régime du Ramed est en cours. Enfin, la mise en place parallèle du registre social unique constitue également une mesure phare qui permettra un meilleur ciblage des populations pauvres et vulnérables. Toutefois, un des enjeux pour le Ministère de la Santé sera de maintenir sur la durée le dialogue avec le Ministère de l'Économie, des Finances et de la Réforme de l'Administration.

⁴ Les instances de coordination nationale sont des comités nationaux qui présentent au Fonds mondial des demandes de financement au nom de tout le pays. Elles regroupent des représentants des pouvoirs publics, du secteur privé, des partenaires techniques, de la société civile et des communautés vivant avec les maladies.

Encadré 1.1. Extraits des recommandations de la Conférence Nationale sur le Financement de la Santé (juin 2019)

Parmi les 36 recommandations, figurent notamment :

- Garantir la viabilité financière des régimes de l'AMO et du Ramed par le biais de la pérennité du financement, et ce, à travers la canalisation des financements innovants
- Renforcer les recettes à affecter au secteur de la santé en capitalisant sur les conclusions des recommandations des troisièmes Assises sur la Fiscalité : élargir l'assiette de la TVA et dédier le surplus généré aux secteurs sociaux
- Augmenter la part du budget du Ministère de la Santé dans le budget de l'État afin de se rapprocher des standards internationaux en la matière
- Poursuivre l'effort d'exonération de la TVA sur les médicaments afin d'en réduire la charge de soins sur les citoyens
- Assurer l'équité au niveau du financement en adoptant le même taux de cotisation pour tous les assurés et le même panier de soins pour l'harmonisation des régimes et leur convergence

Source: (Ministère de la Santé, 2019^[1]).

Encadré 1.2. Facteurs communs d'économie politique ayant facilité les réformes dans le secteur de la santé au Mexique, en Thaïlande et en Turquie

Le Mexique, la Thaïlande et la Turquie ont mené des réformes dans le secteur de la santé dans les années 2000. Ces réformes avaient toutes pour objectif d'améliorer l'accès aux services de santé, renforcer la protection contre les risques financiers, et accroître la couverture maladie universelle. Dans les trois pays, les facteurs d'économie politique suivants ont été réunis :

- Un soutien politique de haut-niveau, avec un Ministre de la Santé récemment nommé.
- Une réforme ayant le statut de priorité nationale, dépassant la simple sphère du secteur de la santé.
- L'implication marquée et constante de technocrates de plusieurs ministères (notamment de la Santé, de l'Économie, et du Travail) durant la préparation de la réforme pour faciliter son adoption et sa mise en œuvre.

Source: (OECD, 2019^[2]) (OECD, 2018^[3]) (OECD, 2016^[4]) (OECD, 2008^[5]) (WHO, 2019^[6]).

Cette démarche interministérielle est nécessaire car la santé connaît des risques de financement marqués lors de la transition des PTF

Au fur et à mesure que les pays se développent, des changements s'opèrent dans leurs besoins de financement et la structure des financements disponibles. Deux tendances majeures sont observées : dans un premier temps, la substitution des flux de financements externes par des flux de financements domestiques, puis dans un second temps, au sein des financements domestiques, la substitution des flux publics par les flux privés⁵ (OECD, 2019^[7]).

Ces changements s'opèrent à des niveaux de développement et des rythmes différents selon les secteurs. Le Graphique 1.2. montre les évolutions dans les flux d'aide publique au développement (APD – qui sont des flux concessionnels) et les flux d'aide non concessionnelle (ANC), ces derniers pouvant être considérés comme des proxies du développement des flux privés puisque plus proches des conditions de marchés que les flux concessionnels. Plusieurs observations qui renseignent sur le niveau de vulnérabilité du secteur de la santé dans la transition peuvent être tirées :

- Pour les pays au niveau de développement faible, le niveau des flux concessionnels injectés dans le secteur de la santé est relativement élevé, en particulier en comparaison avec les autres secteurs tels que les infrastructures ou les secteurs productifs (agriculture, pêche, industrie). Or le désengagement des bailleurs de fonds se fait également plus rapidement que dans les autres secteurs, et, à l'inverse des autres secteurs, les flux concessionnels n'apparaissent pas entièrement compensés par les flux non concessionnels. Le secteur de la santé fait ainsi face à un paradoxe : alors que ce secteur attire initialement beaucoup de flux concessionnels, il fait face à une réduction rapide de ces derniers, qui ne sont pas entièrement compensés. **Ceci suggère l'existence d'un risque de financement important lors de la transition pour le secteur de la santé. Les financements domestiques ont alors un rôle crucial à jouer, qui doit être anticipé et préparé en amont par les autorités.**
- Le point de basculement entre flux concessionnels et non concessionnels se fait à différents niveaux de développement selon les secteurs : à un PNB par habitant de 1 000 USD pour la banque/services aux entreprises, 2 000 USD pour les secteurs productifs, 4 000 USD dans le cas des infrastructures, et 7 500 USD pour la santé. **La santé apparaît ainsi comme l'un des secteurs où la substitution des flux publics par les flux privés se fait le plus tardivement. Cela peut s'expliquer par la faible attractivité de la santé pour le secteur privé,** avec moins de flux d'investissement privé, en particulier au regard de secteurs plus rentables comme la banque, les infrastructures ou l'industrie (comme le souligne la pente plus faible de la courbe pointillée dans la santé - Graphique 1.2).

Ces observations soulignent l'importance pour les autorités nationales de soutenir le financement de la santé par des ressources publiques nationales dans le contexte de transition des bailleurs de fonds. D'une part, car le développement du secteur privé intervient tardivement, et ne permet pas de compenser l'intégralité des financements des bailleurs de fonds. D'autre part, car les besoins de ce secteur sont importants et amenés à augmenter avec le développement des pays et le vieillissement des populations. Enfin, parce que la qualité de la riposte aux maladies infectieuses, telles que le VIH/sida ou la tuberculose, est fortement liée aux niveaux de financement globaux.

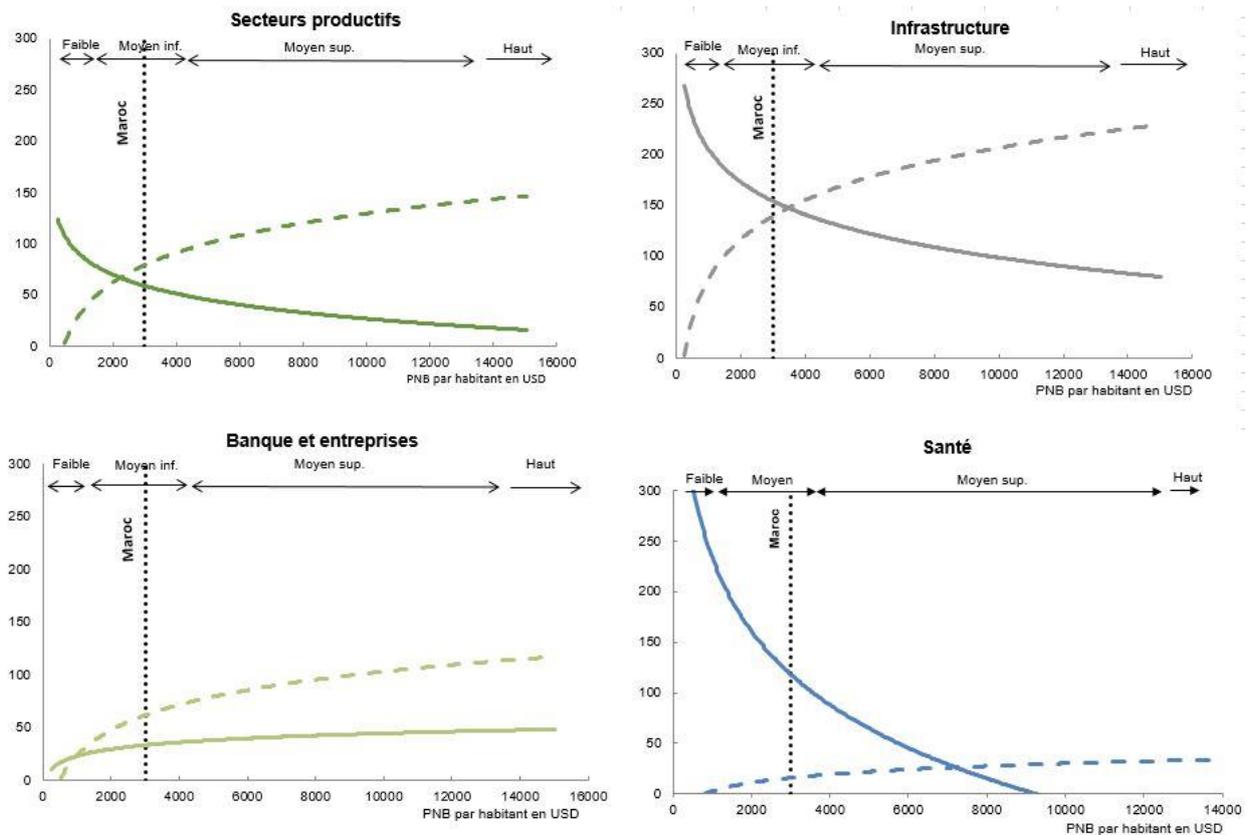
Par le passé, des pays qui n'ont pas alloué suffisamment de financements publics après le retrait du Fonds mondial ont connu des reprises de certaines épidémies. Par exemple, la Roumanie a connu une reprise de l'épidémie de VIH/sida au sein des populations clés après le retrait du Fonds mondial en

⁵ Les flux privés considérés sont les flux d'investissement.

2010. La prévalence du VIH est ainsi passée de 3,3% en 2009 à 27,5% en 2013 parmi les personnes qui s'injectent des drogues (source : Aidsplan). Cette situation peut s'expliquer par l'insuffisance de financement domestique après le retrait du Fonds mondial, en particulier pour les activités de prévention et à destination des organismes de la société civile menant des actions auprès des populations cibles.

Graphique 1.2. Le retrait des bailleurs de fonds engendre un risque de financement particulièrement élevé pour le secteur de la santé

Versements en M USD des donateurs membres et non-membres du CAD, des multilatéraux et des donateurs privés, moyenne 2012-17. Les lignes continues représentent les flux d'APD. Les lignes pointillées représentent les flux d'aide non concessionnelles.



Note : Le graphique est réalisé en se basant sur les valeurs d'une régression logarithmique avec le PNB par habitant en variable indépendante et les flux d'APD et d'ANC par secteur en variables dépendantes. Le secteur de la production inclue: agriculture, pêche, industrie, mine et construction. La variable santé inclue les catégories santé, politiques et programme aux populations, et santé reproductive, de la base de données CRS. Dans la série flux d'APD pour la santé, les donateurs privés sont inclus dans la mesure où ils contribuent traditionnellement à une part significative des flux de santé, sous forme de dons. Il est à noter que 39/122 pays n'ont pas de données relatives à l'aide des donateurs privés dans la santé.

Source : Base de données : Indicateurs du développement dans le monde (pour le PNB par habitant) (Banque mondiale); Base de données : Creditor Reporting System (OCDE) ; (OECD, 2019^[7]).

2 Situation du financement du secteur de la santé au Maroc

Les ressources financières allouées à la santé sont faibles

Le Maroc ne consacre pas un volume financier important au secteur de la santé. Les dépenses de santé au Maroc représentent 5.2% du PIB en 2017 (données de l’OMS⁶). Ce niveau est proche de la moyenne des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (5.6% du PIB⁷), mais inférieur à la moyenne des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (6.7% du PIB), des pays à hauts revenus (7.8% du PIB), ou encore de pays de la région comme la Tunisie (6.9% du PIB).

Les dépenses de santé par habitant au Maroc en 2017 sont de 161 USD, un niveau largement inférieur à la moyenne des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (471 USD), ou des pays tels que la Thaïlande, la Jordanie ou la Tunisie (compris entre 250-340 USD).

Les paiements directs des ménages constituent la première source de financement du secteur

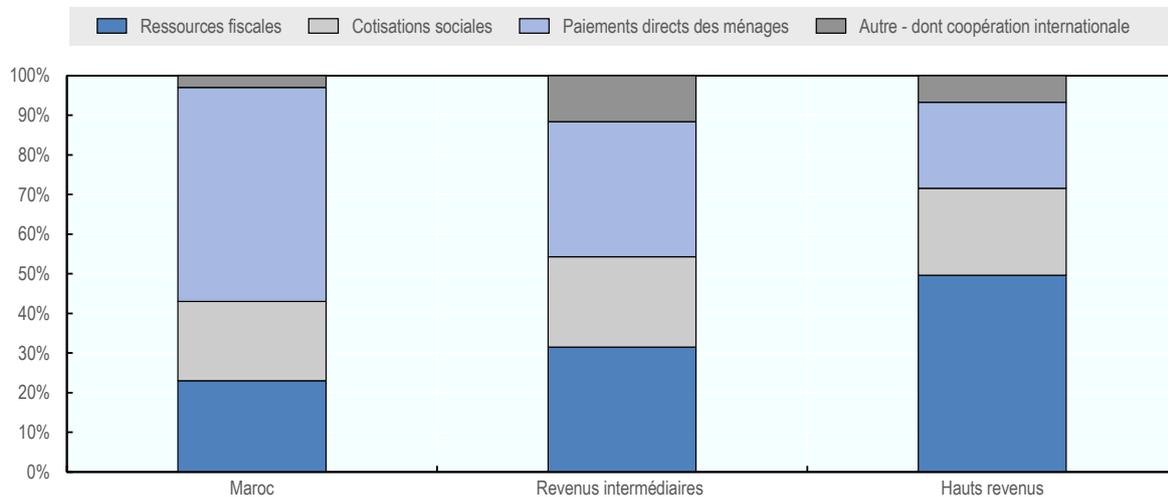
Le secteur de la santé est financé à 51% par les paiements directs des ménages, à 24% par les cotisations de sécurité sociale, à 22% par les ressources fiscales, à 1% par les autres dépenses privées des ménages, et à moins de 1% par la coopération internationale (Ministère de la Santé, 2015_[8]). Cette structure de financement est proche de pays tels que le Chili, la Grèce ou Singapour. Par rapport à la moyenne des pays à revenu intermédiaire (Graphique 2.1), le Maroc a une plus grande dépendance à l’égard des paiements directs des ménages (alors que ce sont un déterminant majeur des dépenses catastrophiques des ménages). À l’inverse, une part relativement moins importante du financement de la santé repose sur les ressources fiscales, et la coopération internationale.

⁶ Les dépenses de santé représentent la consommation finale de biens et services de santé (hors investissement, exportation et consommation intermédiaire). Y sont inclus HF.1 (Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes); HF.2 (Voluntary health care payment schemes); HF.3 (Household out-of-pocket payment); HF.4 (Rest of the world financing schemes - non-resident).

⁷ Moyenne non pondérée.

Graphique 2.1. La structure du financement de la santé au Maroc est dominée par les paiements directs des ménages

Composition du financement de la santé, 2017



Source : Base de données : Global Health Expenditure (OMS).

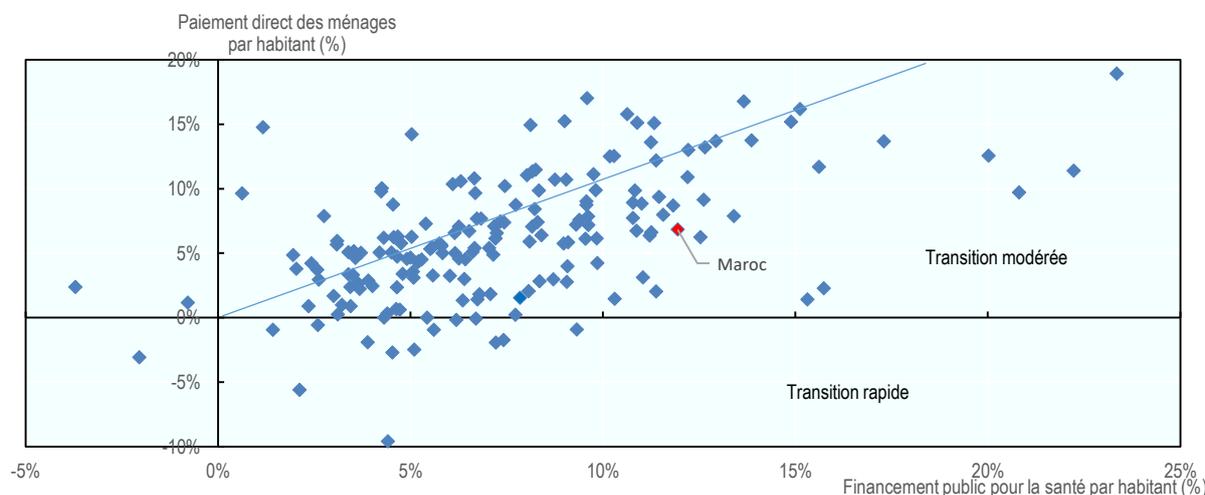
Comme dans d'autres pays, l'introduction de l'assurance maladie obligatoire (AMO en 2005, puis Ramed en 2013) a contribué à réduire les paiements directs des ménages. Avant 2006, seulement 16% de la population marocaine était couverte par un mécanisme d'assurance maladie (fonctionnaires, employés des entreprises publiques ou de très grandes entreprises privées). Désormais, près de 60% de la population est couverte. Ainsi, les paiements directs des ménages se sont réduits de 6%, et pour les Ramédistes de 38% (Ministère de la Santé, 2019^[9]), réduisant de ce fait leur poids dans la structure de financement du secteur de la santé (de près de 70% en 2000 à 50% en 2016).

Toutefois, les paiements directs des ménages restent importants, ce qui rend inéquitable et régressif le système marocain de financement de la santé. À titre d'exemple, pour les assurés de la CNSS porteurs d'affections lourdes, le restant à charge est en moyenne de 4 300 MAD par an, alors que 50% des assurés ont un salaire mensuel moyen inférieur à 2 500 MAD et 87% inférieur à 6 500 MAD. Plusieurs raisons expliquent cette situation. La qualité de l'offre de soins dans le secteur public est faible, incitant les patients à se tourner vers l'offre de soins du secteur privé, moins bien remboursée. 40% de la population marocaine reste encore en dehors de la couverture par l'AMO (aides familiales, indépendants, autoentrepreneurs). Les frais réels engagés par le patient sont parfois supérieurs aux tarifs nationaux de référence (et ainsi aux frais remboursés dans le cadre de l'AMO). Enfin, certains actes médicaux et médicaments ne sont pas inclus dans le panier de soins de l'AMO.

La réduction des paiements directs des ménages nécessitera une hausse des financements publics. Ceci permettra notamment d'améliorer la qualité de l'offre de soins publics et d'inciter les individus à aller dans le secteur public, ou de réduire le restant à charge des patients. La hausse des financements publics pour la santé permettra également au Maroc d'accélérer sa « transition du financement », définie comme étant la hausse relative des dépenses de santé financée par une hausse des financements publics, et une baisse relative des paiements directs des ménages et des flux de la coopération internationale. En effet, la comparaison des rythmes de croissance entre les sources de financement publique et privée montre que le Maroc fait partie des pays dont la transition du financement dans la santé est modérée (Graphique 2.2).

Graphique 2.2. Au Maroc, la croissance du financement public de la santé est plus rapide que la croissance des paiements directs des ménages

Taux de croissance annuel moyen (%) entre 2000-16



Source : Base de données : Global Health Expenditure (OMS).

Toutefois, la hausse des financements publics ne constituera pas la seule solution pour réduire la part des paiements directs des ménages. La régulation du secteur privé opérant dans le secteur de la santé aura aussi un rôle important à jouer. D'après les Comptes Nationaux de la Santé, en 2013, la moitié des dépenses des ménages étaient dirigées vers le secteur de santé privé (dans le cas des Ramédistes, il s'agit de 41% de leurs dépenses) (Ministère de la Santé, 2015^[8]). Cette tendance est reflétée du point de vue des cliniques et cabinets privés, dont 70% des flux financiers proviennent des ménages contre seulement 30% des assurances et mutuelles. Ainsi, la baisse des paiements directs des ménages passera nécessairement par le renforcement de la régulation du secteur privé médical (par exemple pour mieux encadrer les situations de « dual practice »), mais aussi par d'autres mesures, telles que la révision des tarifs nationaux de référence pour mieux refléter les coûts médicaux réels, ou encore la mise en place du régime de l'AMO pour les indépendants et les professions libérales.

Le financement public de la santé est fragmenté

Différentes entités publiques ont un rôle à jouer dans le secteur de la santé (Tableau 2.1), dont le financement émane de plusieurs sources (Tableau 2.2):

- Le Ministère de la Santé
- Les établissements publics sous tutelle (ANAM, CHU)
- Les Segma rattachés au Ministère de la Santé (hôpitaux provinciaux et régionaux)

Les comptes d'affectation spéciale relatifs à la santé : le Fonds de la Pharmacie centrale (rattaché au Ministère de la Santé), le Fonds d'appui à la Cohésion Sociale (Ministère de l'Économie, des Finances et de la Réforme de l'Administration), l'INDH (Ministère de l'Intérieur).

La multiplication des sources de financement public reflète la difficulté d'avoir une vision consolidée des comptes publics au Maroc, ces difficultés étant aussi observées dans le cas du financement de la santé (OCDE, 2018^[10]). Les exceptions budgétaires sont nombreuses : reports de crédits d'une année sur l'autre, affectation de certaines ressources à certaines dépenses, taxes

parafiscales, etc. Par ailleurs, des structures autonomes agissant en parallèle de l'État ou pour l'exécution d'un service public conservent une relation financière forte avec lui de par la définition de leurs objectifs, l'origine de leurs fonds et les modalités de leur perception et leur utilisation. Ces éléments entravent la cohérence de l'action publique et prive le pouvoir législatif et le gouvernement d'une vision globale des politiques publiques et d'une capacité de décision et d'évaluation de celles-ci.

Tableau 2.1. Rôles des différentes entités publiques impliquées dans le secteur de la santé

Entités publiques		Missions
Ministère de la Santé		Élaborer et mettre en œuvre la politique gouvernementale en matière de santé de la population ; harmoniser les orientations et coordonner les objectifs et actions qui concourent à l'élévation du niveau de santé dans les pays ; intervenir pour assurer une meilleure allocation des ressources ; élaborer et mettre en œuvre la politique nationale en matière de médicaments et produits pharmaceutiques ; assurer le contrôle de l'exercice des professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques
Établissements publics sous tutelle	ANAM	Veiller à l'équilibre financier à travers l'encadrement technique permanent et la régulation du régime de l'AMO Gérer des ressources affectées au régime du Ramed
	CHU	Prodiguer des soins de niveaux tertiaires (prestations médicales et chirurgicales courantes et spécialisées en urgence ou en activités programmées) Assumer une mission d'enseignement clinique universitaires et postuniversitaire médical et pharmaceutique ; et participer à la formation pratique du personnel infirmier Mener des travaux de recherche médicale et des soins infirmiers
Segma	Hôpitaux provinciaux et régionaux	Hôpitaux provinciaux : Prodiger des prestations de soins hospitaliers de premier niveau Hôpitaux régionaux : Prodiger des prestations de soins hospitaliers de deuxième niveau
CAS relatifs à la santé	Fonds de la Pharmacie centrale	Achats groupés au profit des hôpitaux publics et aux établissements de soins de santé de base, de réactifs, de produits chimiques, biologiques, pharmaceutiques et de consommables médicaux.
	Fonds d'appui à la Cohésion Sociale	Financer le régime du Ramed ¹
	Fonds de soutien à l'INDH	Financer différents programmes, dont le programme de mise à niveau territoriale qui a une composante santé (logements pour les ressources humaines médicales, dispensaires et centres sanitaires, acquisition d'ambulances), et la partie santé du programme de réduction des disparités territoriales et sociales en milieu rural. Plus récemment, ce CAS sert aussi à financer des programmes de santé mère-enfant.

1. Seule la mission relative à la santé est indiquée dans ce tableau.

Source : OCDE.

Tableau 2.2. Vue d'ensemble du financement public de la santé au Maroc

Entités publiques		Sources de financement	Ressources budgétaires en MAD (d'après la Loi de Finances 2019)
Ministère de la Santé		Budget général de l'Etat	Budget de fonctionnement : 15.33 Mds ¹ Budget d'investissement: 3.334 Mds Total : 18.684 Mds
Établissements publics sous tutelle	ANAM	Part du budget de l'AMO (i.e. cotisations sociales versées à CNOPS et CNSS) et part du budget du Ramed (i.e. part du Fonds de Cohésion Sociale)	<i>Information non disponible</i>
	CHU		<i>Information non disponible</i>
Segma	Hôpitaux provinciaux et régionaux	Possibilité de lever leurs propres recettes	Dépenses d'exploitation : 935.5 M Dépenses d'investissement : 84 M Total : 1.0195 Mds
CAS ³ relatifs à la santé	Fonds de la Pharmacie centrale	Dotations budgétaires issues du budget de fonctionnement du Ministère de la Santé + Transfert du Fonds d'appui à la Cohésion Sociale	3.33 Mds (2017)
	Fonds d'appui à la Cohésion Sociale	Gains générés par la réforme de la compensation ⁵ + Taxes affectées : <ul style="list-style-type: none"> • une part de la TIC sur le tabac ; • 50% de la taxe aérienne de solidarité ; • taxe sur les contrats d'assurance ; • recettes ponctuelles (par exemple 50% de la contribution libératoire au titre des avoirs et liquidités détenus à l'étranger en 2014) ; • restitution de la compensation sur le sucre ; • recettes issues de la surtaxe d'IS de 1% pour les entreprises réalisant un chiffre d'affaire > 50 M MAD 	En 2017 : 1.225 Mds pour le Ministère de la Santé 350 M pour la Pharmacie centrale 875 M pour les centres hospitaliers universitaires Total : 2.45 Mds
	Fonds de soutien à l'INDH	Versements du budget général de l'État + Versements des collectivités territoriales + Versements de la coopération internationale	410 M (2017) ⁴
Total			22.6 Mds²

1. Loi de Finance 2020.

2. Ceci est un ordre de grandeur à prendre avec précaution :

i) le budget des établissements publics sous tutelle n'est pas considéré.

ii) les informations sur les CAS datent de 2017, les informations pour 2019 n'étant pas disponibles.

iii) Le Fonds de la Pharmacie centrale n'est pas inclus en tant que tel dans le calcul car il est financé sur le budget du Ministère de la Santé et le Fonds d'appui à la cohésion sociale.

3. Le financement des CAS est une exception à la règle générale de non affectation des ressources.

4. Dans le cas du Fonds de soutien à l'INDH, les 410 M MAD représentent les financements pour des programmes de santé dans le cadre du programme de réduction des disparités territoriales et sociales en milieu rural de l'INDH.

5. La réforme de la compensation correspond à la réforme des subventions.

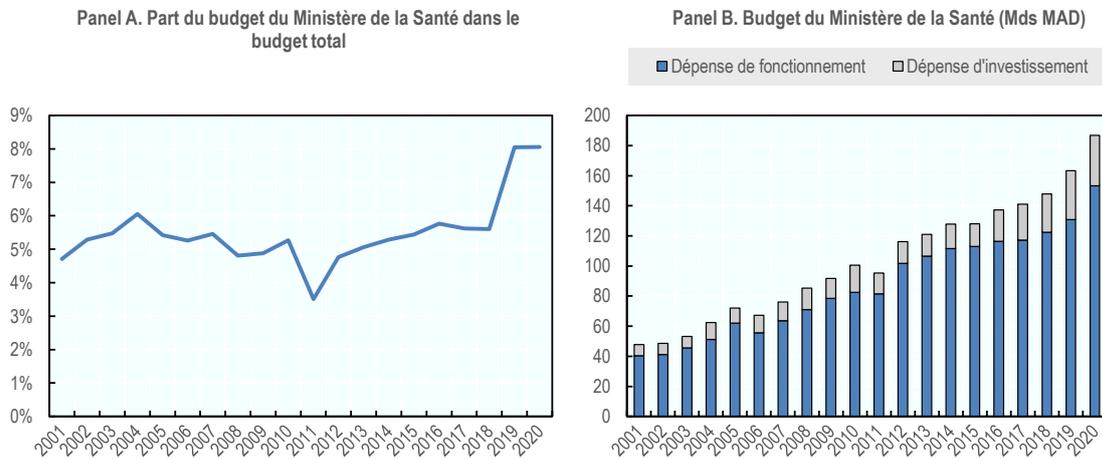
Source: Loi de Finances 2019 pour les chiffres du Ministère de la Santé et les Segma. Rapport sur les CST 2019 du MEFRA pour les CAS (données de 2017).

Le budget du Ministère de la Santé est faible, même s'il est en augmentation depuis 2011 (Graphique 2.3). En 2018, le budget du Ministère représentait 5.6% du budget général de l'État (budget de fonctionnement et d'investissement). S'il progresse depuis 2011 (multiplication par trois entre 2001 et 2018), il reste néanmoins à un niveau relativement faible au regard de la norme de l'OMS de 12%.

En ce qui concerne les cotisations de sécurité sociale pour l'AMO, elles sont collectées par la CNOPS pour le secteur public, et la CNSS pour le secteur privé. En 2018, les cotisations de sécurité sociale ont représenté 5.106 Mds MAD pour l'AMO publique, et 6.52 Mds MAD pour l'AMO privée, soit un total de 11.6 Mds MAD.

Ainsi, le financement public total de la santé au Maroc peut être approximé à 35 Mds MAD, soit environ 3.5% du PIB (hors CHU), les deux tiers provenant des recettes fiscales et un tiers provenant des cotisations de sécurité sociale.

Graphique 2.3. Le budget du Ministère de la Santé est faible, mais progresse



Note : Les données de 2001 à 2018 émanent du MEFRA. Les données pour 2019 et 2020 proviennent des informations contenues dans la morasse budgétaire.

Source : MEFRA.

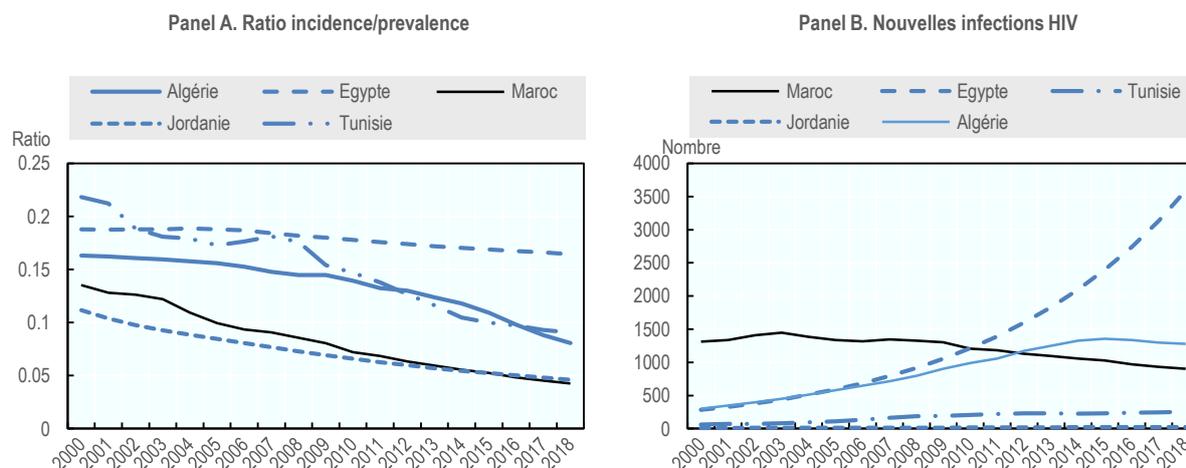
Malgré certains progrès, les défis dans le secteur de la santé restent immenses, soulignant le besoin d'y renforcer les financements

Le Maroc a réalisé des progrès dans le secteur de la santé. L'espérance de vie est passée de 64 ans à 76 ans entre 1990 et 2017, notamment via la baisse de la mortalité infanto-juvénile (grâce à la vaccination), et la réduction du fardeau des maladies transmissibles (Ministère de la Santé, 2018^[11]).

Le Maroc affiche une bonne performance en matière de riposte au sida. La prévalence du VIH reste faible (autour de 0.1%, bien qu'elle soit plus élevée parmi les populations clés), et les nouvelles infections ont été réduites de 25% entre 2010-17 (Graphique 2.4). L'atteinte des objectifs 90-90-90 nécessite cependant des efforts supplémentaires. Fin 2019, sur les 21 500 personnes vivant avec le VIH, 78% connaissent leurs statuts ; 70% reçoivent un traitement, et 64% ont une charge virale indétectable (Rapport national sida, 2020).

Des efforts restent nécessaires, en particulier pour atteindre les cibles des ODD relatifs à la santé. En 2018, le ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes était de 72.6 au Maroc (44.6 en milieu urbain et 111.1 en milieu rural), au-delà de la cible de 70 à horizon 2030 que l'Égypte, la Jordanie ou la Tunisie ont déjà atteint depuis plusieurs années (ODD 3.1). En ce qui concerne la mortalité néonatale (ODD 3.3), le ratio est de 14.4 pour 1 000 naissances vivantes au Maroc, au-delà de la cible de 12, et des performances des autres pays de la région.

Graphique 2.4. Le sida recule au Maroc



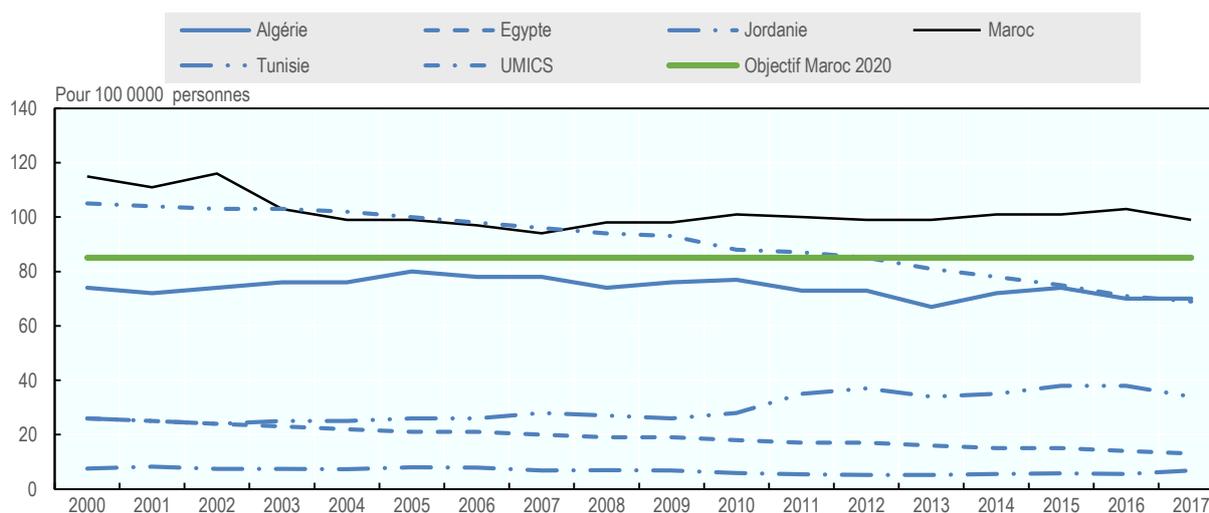
Note : L'incidence du VIH est le nombre de nouvelles infections, tandis que la prévalence du VIH est le nombre de personnes vivant avec la maladie.

Source : Base de données de Unaid.

Le Maroc reste l'un des pays de la zone MENA le plus affecté par la tuberculose. L'incidence des cas notifiés (86 cas pour 100 000 habitants en 2016 – Graphique 2.5) et le taux de mortalité (9,3 pour 100 000 habitants) demeurent importants (Ministère de la Santé, 2017^[12]), et s'accompagnent d'une hausse des cas de tuberculose pharmaco-résistante et des cas de TB-VIH (OMS et Programme National de Lutte Antituberculeuse du Maroc, 2019^[13]). Ainsi, même si depuis 2000, l'incidence et le taux de mortalité ont baissé, avec des taux de détection supérieurs à 85%, et une hausse du taux de succès thérapeutique, ces résultats restent insuffisants (Nouria Briki et Dieudonné Bassonon, 2018^[14]).

Graphique 2.5. La tuberculose reste présente au Maroc

Taux d'incidence

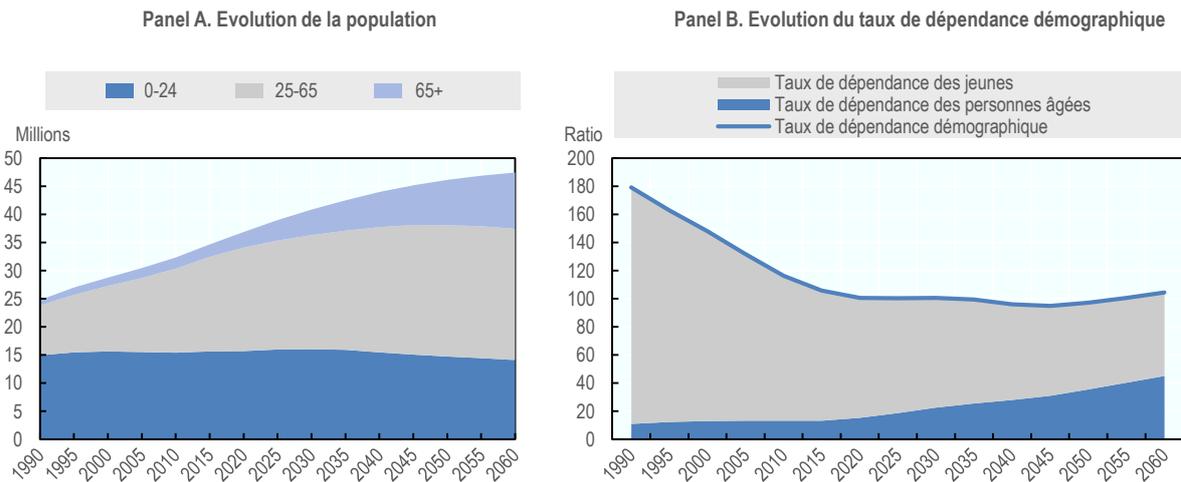


Note : Le taux d'incidence de la tuberculose correspond au nombre estimé de nouveaux cas et de cas de rechute de tuberculose dans une année donnée, exprimée en taux pour 100 000 personnes. Les cibles fixées par le Maroc sont d'atteindre un taux d'incidence de 85 cas pour 100 000 personnes en 2020 (puis 55 cas en 2025, et moins de 20 cas en 2030). Il est à noter que le chiffre de l'OMS présenté ici (103) diffère du chiffre marocain (86) en 2016.

Source : OMS.

À cela, vient s'ajouter le poids de la transition épidémiologique (transfert de la charge de morbidité et de mortalité due aux maladies infectieuses vers les maladies non transmissibles) et le vieillissement de la population. Entre 2020 et 2060, le nombre de personnes de plus de 65 ans devrait être multiplié par trois (Graphique 2.6), ce qui aura pour conséquence d'accroître les dépenses totales de santé, et de menacer les équilibres budgétaires des caisses de l'AMO. Toutefois, la tendance à la hausse des dépenses peut être contrôlée si la population vieillissante reste en bonne santé (Lorenzoni et al., 2019^[15]).

Graphique 2.6. La population marocaine vieillit



Note : L'hypothèse retenue est d'un taux de fertilité moyen.

Panel B : Le taux de dépendance démographique est défini comme la population âgée de 0-24 ans et 65+ divisée par la population âgée de 25-64 ans. Le taux de dépendance des personnes âgées est défini comme la population âgée de 65+ divisée par la population âgée de 25-64 ans. Le taux de dépendance des jeunes est défini comme la population âgée de 0-24 ans divisée par la population âgée de 25-64 ans.

Source : Base de données : World Population Prospects: The 2017 Revision (Nations-Unies).

Les autres défis à relever par le système de santé sont multiples, comme les disparités régionales dans l'offre de soins de santé ou le manque de ressources humaines. Le nombre de médecins et d'infirmiers par habitant est très inférieur aux pays de la région et au seuil critique de 2.5 professionnels de santé pour 1 000 habitants, et est inégal selon les régions. Ces inégalités sont également observées dans l'accès aux services de santé essentiels, en particulier entre les zones rurales et les zones urbaines, mais aussi entre les populations aisées et pauvres (Banque mondiale, 2018^[16]).

3 La nécessité d'accroître les financements publics dans le secteur de la santé

La croissance des dépenses totales de santé est tirée par le financement public, la santé faisant l'objet d'une priorisation au sein du budget de l'État

L'analyse des facteurs qui ont sous-tendu la croissance des dépenses de santé par le passé est nécessaire pour comprendre les réformes qui seront attendues dans le futur pour accroître les financements dans le secteur de la santé. Pour se faire, dans un premier temps, la croissance des dépenses *totales* de santé est décomposée entre les différentes sources de financement : financement public, des ménages, et de la coopération internationale. Puis dans un second temps, l'analyse se focalise sur la croissance des dépenses *publiques* de santé, avec le calcul de l'espace budgétaire (ou « fiscal space ») qui permet de mettre en lumière le poids des différents facteurs : croissance économique, changements dans la part des dépenses publiques dans le PIB, et part des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques totales.

Décomposition de la croissance des dépenses totales de santé

La croissance des dépenses totales de santé est tirée par différentes sources de financement : le financement public, les paiements directs des ménages, la coopération internationale (et éventuellement aussi les prépaiements volontaires).

Au Maroc, la croissance des dépenses totales de santé est tirée par le financement public. La décomposition de la croissance des dépenses totales de santé (ainsi que des dépenses de santé par habitant) montre que le premier contributeur est le financement public en terme nominal et sur longue période (Tableau 3.1. et Graphique 3.1.).

Il apparaît que les dépenses publiques de santé au Maroc contribuent à réduire les inégalités et la vulnérabilité des populations (AFD, DEPF et ONDH, 2019^[17]). En particulier, le Ramed a un degré de progressivité très élevé. Hors Ramed, les résultats par quintile de revenus de marché sont plus mitigés, les prestations de la CNOPS et de la CNSS profitant davantage au quintile le plus riche. Ce constat fournit ainsi une justification solide pour accroître l'ampleur des programmes de santé publics. Ainsi, l'amélioration de la qualité de l'offre de soins publique et la résorption des dysfonctionnements qui affectent le Ramed permettraient de renforcer l'efficacité et l'efficience de l'action de l'État dans la santé.

Tableau 3.1. La croissance des dépenses de santé au Maroc est tirée par le financement public

Décomposition de la croissance des dépenses de santé sur la période 2000-16, terme nominal

		Dépenses totales de santé	Dépenses de santé par habitant
Croissance des dépenses de santé (%)		2.61	2.20
Décomposition (points de pourcentage)	Financement public	1.52	1.25
	Paiements directs des ménages	1.21	1.01
	Coopération internationale	0	0.02
	Prépaiements volontaires et autres ¹	-0.12	-0.09

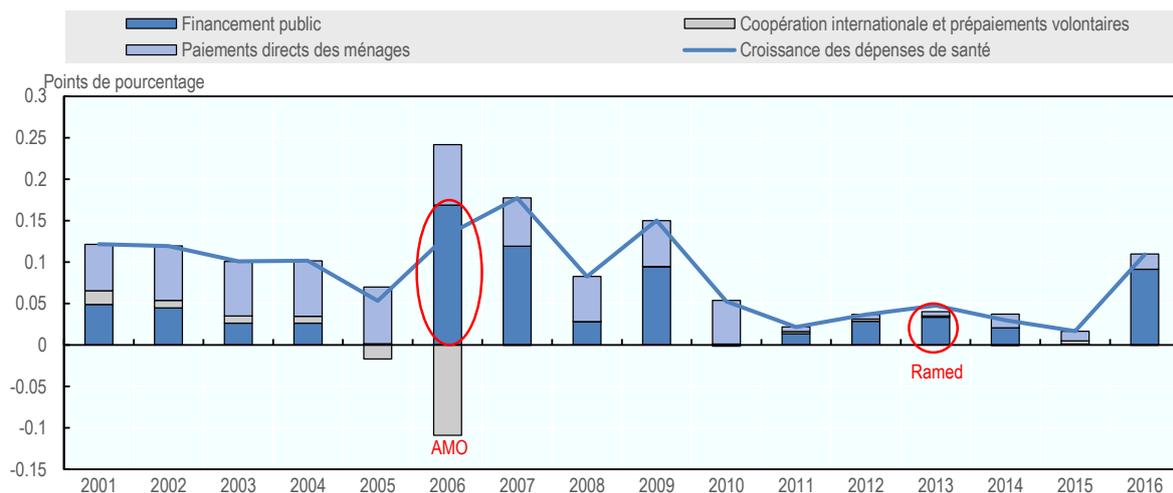
Note: Les résultats en termes réels, non présentés ici, montrent les mêmes tendances.

1. Il s'agit des catégories FS5 (prépaiements volontaires) et FS6 (hors paiements directs des ménages) de la base de données Global Health Expenditure (OMS).

Source: OCDE basé sur la base de données : Global Health Expenditure (OMS).

Graphique 3.1. Suite à l'introduction de l'AMO, le financement public a davantage tiré la croissance des dépenses de santé

Décomposition de la croissance des dépenses de santé, terme nominal



Source : OCDE basé sur la base de données : Global Health Expenditure (OMS).

Décomposition de la croissance des dépenses publiques de santé

La méthodologie de l'espace budgétaire permet de décomposer les différents facteurs qui ont un rôle à jouer dans la croissance des dépenses publiques de santé (Encadré 3.1) : i) la croissance économique, ii) les changements dans la part des dépenses publiques dans le PIB, et iii) la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques totales, qui traduit le degré de priorisation de la santé au sein de l'action publique par un gouvernement à une période donnée.

Encadré 3.1. Méthodologie de l'espace budgétaire dans la santé (ou "fiscal space")

L'espace budgétaire est la marge qui permet à un gouvernement d'affecter des ressources à la poursuite d'objectifs sans mettre en péril sa viabilité budgétaire compte tenu des conditions budgétaires existantes et des impératifs à long terme. Ce concept peut être appliqué de façon générale, ou à un secteur comme la santé, mais ne vise pas à fournir une indication normative d'un niveau de dépense publique à atteindre en particulier, et ne s'intéresse qu'à la dépense publique (laissant de côté les interactions avec la dépense privée des ménages par exemple).

La décomposition de la croissance des dépenses publiques de santé, une proxie de l'espace budgétaire, permet de séparer les différents facteurs qui la composent (Tableau 3.2): i) la croissance économique, ii) les changements dans la part des dépenses publiques dans le PIB, et iii) la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques totales, qui traduit le degré de priorisation de la santé au sein de l'action publique par un gouvernement à une période donnée.

Pour une analyse comparative du poids des différents facteurs, les données de l'OMS (Base de données: Global Health Expenditure de l'OMS) peuvent être utilisées (sinon le recours aux données nationales peut être privilégié).

Tableau 3.2. Exemple de décomposition de l'espace budgétaire

Contributions	Variable		2000	2016	Ln				Part
					T	t+1	Taux de croissance	Taux de croissance annuel	
Conditions macroéconomiques	PIB par habitant (USD)	Y	1347	2937	7.21	7.99	78%	4.9% (Y')	43% (Y'/P')
Rôle des dépenses publiques	Dépenses publiques totales (% PIB)	E	24.63	30.16	3.20	3.41	20.3%	1.3% (E')	11.2% (E'/P')
Priorisation de la santé au sein de l'action publique	Dépenses publiques de santé (% des dépenses publiques totales)	H	3.98	9.07	1.38	2.20	82.3%	5.1% (H')	45.6% (H'/P')
Dépenses publiques de santé par habitant (USD)		P	13.21	80.34 ¹	2.58	4.39	180.6% (=Y+E+H)	11.3% (P')	100% (P'/P')

Note : Il est à noter que ce chiffre, issu de calculs basés sur les bases de données de l'OMS (GHED), diffère des ordres de grandeurs nationaux présentés dans le tableau 3.5, soulignant l'importance de réaliser l'exercice de décomposition de l'espace budgétaire avec des chiffres marocains.

Au Maroc, d'après les données de l'OMS, la priorisation du secteur de la santé et la croissance économique expliquent la croissance des dépenses publiques de santé (Tableau 3.3). La priorisation de la santé dans les arbitrages budgétaires est plus marquée dans le cas de la Tunisie et de la Jordanie. À l'inverse, dans d'autres pays comme l'Égypte, l'espace budgétaire pour la santé a été accru uniquement par la croissance économique et la croissance des dépenses publiques.

Tableau 3.3. Décomposition de l'espace fiscal pour la santé, basée sur les données de l'OMS, 2000-16

		Croissance des dépenses publiques de santé par habitant (%)	Décomposition de l'espace fiscal (part en %)		
			Croissance économique	Changement dans les dépenses publiques totales	Priorisation de la santé au sein de l'action publique
Maroc	Nominal	11.3%	43%	11%	46%
	Réel	10%	36%	13%	52%
Tunisie	Nominal	5.6%	57%	14.3%	29.3%
	Réel	1.9%	-29%	42%	86%
Egypte	Nominal	2.6%	160%	53%	-112%
	Réel	6.9%	122%	19%	-41%
Jordanie	Nominal	4.2%	133%	-23.6%	-9.8%
	Réel	-0.5%	-204%	215%	89%

Note: Méthodologie similaire au papier (Banque mondiale, 2018_[18]). Pour les calculs en termes réels, prix de 2010.

Source: OCDE basé sur la base de données : Global Health Expenditure (OMS).

Les chiffres marocains confirment cette tendance, avec toutefois un poids plus important donné à la croissance économique, celui-ci étant supérieur à la priorisation de la santé dans le budget (Tableau 3.4). Cette légère différence peut être expliquée par la période temporelle retenue (2000-16 ou 2012-18), le fait que les données de l'OMS n'intègrent pas les Segma et les CST, ou une éventuelle forte variabilité de la croissance économique entre les périodes retenues. Ces analyses pourraient être améliorées en partenariat avec les autorités marocaines, par exemple en incluant les dépenses des CHU ou en affinant les données retenues pour le CAS Fonds d'appui à la cohésion sociale (Encadré 3.2). À ce titre, la mise à jour des Comptes Nationaux de la Santé, qui datent de 2013, serait bénéfique à la discussion sur le financement de la santé au Maroc.

Plusieurs observations peuvent être tirées de la décomposition de l'espace budgétaire pour la santé (Tableau 3.4) :

- **D'une part, la croissance économique a joué un rôle dans la croissance des dépenses publiques de santé, et celui-ci devra être maintenu.** Pour ce faire, les mesures fiscales à mettre en œuvre pour financer la santé ne devront pas pénaliser la croissance. **D'autre part, le fait que le changement dans les dépenses publiques totales (en % du PIB) ne soit pas un élément explicatif important de la croissance des dépenses publiques de santé par habitant est positif.** Cela signifie que les dépenses publiques, mesurées en part de PIB, n'augmentent pas, ou encore que les dépenses publiques n'ont pas d'effet d'éviction sur l'investissement public.
- **Enfin, la priorisation de la santé au sein du budget est un élément explicatif important à la croissance des dépenses publiques de santé par habitant.** Le Maroc a commencé à prioriser la santé au sein du budget général de l'État, avec des augmentations depuis 2011 du budget de la santé (voir l'évolution du budget de la santé dans le budget général de l'État – Graphique 2.3). Toutefois, à 5.6% du budget général de l'État en 2018, celui-ci reste faible au regard de la norme de l'OMS de 12% ou d'autres pays (10.7% en Algérie, 12.4% en Jordanie ou 13.6% en Tunisie). Cette priorisation peut être le reflet de l'importance donnée au secteur de la santé à haut niveau politique, mais aussi du dialogue efficace entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Économie, des Finances et de la Réforme de l'Administration (MEFRA).

Ainsi, si la priorisation de la santé est importante dans le financement de la santé, la croissance économique l'est également car tout le budget de l'État ne peut être dirigé dans ce seul secteur

Tableau 3.4. Décomposition de l'espace budgétaire pour la santé, basée sur les données marocaines

2012-2018

	Croissance des dépenses publiques de santé par habitant (%)	Décomposition de l'espace budgétaire (part en %)		
		Croissance économique	Changement dans les dépenses publiques totales	Priorisation de la santé au sein de l'action publique
Prix constants	6.22%	51%	9.5%	40%
Prix courants	4.96%	64%	-13.5%	50%

Note: Voir encadré pour le détail des calculs.

Pour se rapprocher des ODD relatifs à la santé en 2030, le Maroc devrait augmenter le niveau des dépenses de santé de 2.5 points de pourcentage de PIB

Une méthodologie développée par le FMI offre des ordres de grandeur des besoins de financement nécessaires pour se rapprocher des ODD d'ici 2030 (FMI, 2019^[19]) (Encadré 3.3). Appliquée au cas du Maroc, l'analyse montre que les dépenses de santé devraient ainsi représenter 8.2% du PIB, soit une hausse de 2.5 pp de PIB (Tableau 3.6). Cette hausse permettrait d'augmenter significativement les dépenses de santé par habitant (de 170 USD en 2016 à 419 USD en 2030), de multiplier par 2.6 le nombre de médecins, et de multiplier par 3.6 le nombre de personnel médical (hors médecins) (sous réserve de garder des politiques de santé relatives aux ressources humaines identiques). Par rapport à d'autres pays, le Maroc se situe dans la moyenne (Graphique 3.2).

La composition de la dépense de santé reposera davantage sur le secteur public. D'après l'analyse, la dépense de santé en 2016 représente 5.7% du PIB, dont la moitié pour le secteur public et l'autre moitié pour le secteur privé. En 2030, la dépense de santé passerait à 8.2% du PIB, dont 5% pour le secteur public et 3.1% pour le secteur privé. Ainsi, le financement par le secteur public prendrait une place plus importante qu'actuellement, ce qui aura des répercussions en matière de recettes fiscales à collecter. Il est à noter que le financement par le secteur privé continuerait de jouer un rôle important.

En valeur nominale, la hausse de 2.5 pp de PIB des dépenses de santé reviendrait à une hausse sur la période de 107 Mds MAD (ou 7.7 Mds MAD de hausse annuelle), dont 77 Mds MAD pour la dépense publique (ou 5.5 Mds MAD de hausse annuelle) (Tableau 3.7).

Encadré 3.2. Détail du calcul de l'espace fiscal pour la santé, basé sur les données marocaines

L'approche pour le calcul est similaire à l'encadré précédent. Le détail des chiffres retenus est décrit ci-dessous. Le calcul est réalisé sur la période 2012-2018 car le CAS Fonds d'appui à la cohésion sociale a été créé en 2012. Le CAS Pharmacie centrale n'est pas considéré dans l'analyse car il est financé en partie à partir du budget du Ministère de la Santé, et en partie à partir du CAS Fonds d'appui à la cohésion sociale (partie Ramed). Enfin, le CAS Fonds de soutien à l'INDH n'est pas considéré car les aspects relatifs à la santé mère et enfant ne datent que de 2018 et concernent des petits montants.

Tableau 3.5. Variables utilisées dans le calcul de l'espace fiscal pour la santé (données marocaines)

Contributions	Variable	2012	2018	Source & commentaires
Conditions macroéconomiques	PIB par habitant (MAD)	25 132	30 391	Banque mondiale
Priorisation de la santé au sein de l'action publique	Budget du Ministère de la Santé (fonctionnement + investissement) (M MAD)	11 625	14 790	MEFRA
	<i>Budget total de l'État (M MAD)</i>	244 138	264 143	
	Dépenses du Fonds d'appui à la cohésion sociale (M MAD)	1 000	3 780	Rapport sur les CST
	<i>Dépenses totales des CAS (M MAD)</i>	41 873	96 224	Rapport sur les Segma
	Dépenses totales de santé des Segma (M MAD)	1 049	1 410	
	<i>Dépenses totales des Segma (M MAD)</i>	2 140	2 849	Calcul basé sur les chiffres ci-dessus
	Dépenses publiques de santé (M MAD)	13 674	19 981	
	<i>Dépenses publiques totales (M MAD)</i>	288 152	363 218	
Rôle des dépenses publiques	Dépenses publiques de santé (% des dépenses publiques totales)	4.75%	5.50%	
	Dépenses publiques totales (M MAD)	288 152	363 218	Calculs basés sur les chiffres ci-dessus
	Dépenses publiques totales (% PIB, avec PIB constant)	36%	37%	FMI WEO pour le chiffre du PIB ¹
Dépenses publiques totales (% PIB avec PIB courant)	34%	33%		
<i>En tenant compte des prix constants :</i>				
		427²	620	
Dépenses publiques de santé par habitant (USD)		43	62	
<i>En tenant compte des prix courants :</i>				
Dépenses publiques de santé par habitant (MAD)		405²	546	
Dépenses publiques de santé par habitant (USD)		40	55	

1. Les chiffres de PIB retenus pour 2012 sont : 804 726 M MAD (prix constants) et 847 881 M MAD (prix courants). Les chiffres de PIB retenus pour 2018 sont : 978 978 M MAD (prix constants) et 1 112 568 M MAD (prix courants).

2. Ces chiffres sont globalement alignés avec ceux des Comptes Nationaux de la Santé de 2014 qui indiquent un budget par habitant du Ministère de la Santé de 375 MAD en 2013. Le fait que ce chiffre soit légèrement inférieur au chiffre présenté dans le tableau peut s'expliquer par le fait que le tableau ne prend pas seulement en compte la dépense par habitant du Ministère de la Santé.

Source: OCDE.

Tableau 3.6. Pour atteindre les ODD santé en 2030, le Maroc devrait augmenter les dépenses de santé de 2.5 pp de PIB

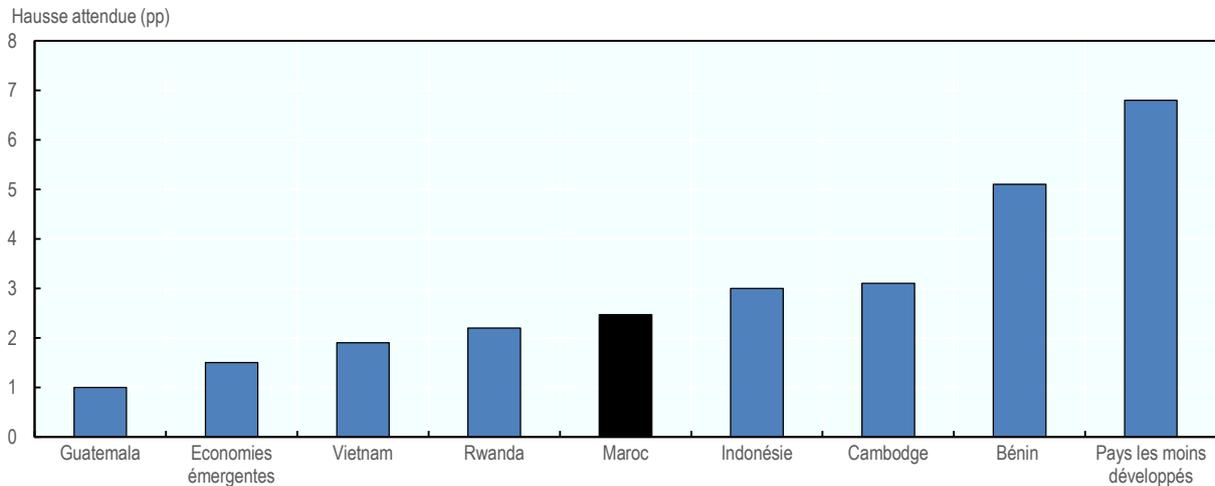
	Pays avec un PIB par habitant entre 3000 et 6000 USD par habitant en 2016			Maroc				
	Ensemble des pays	Pays à faible performance (Indice ODD < 78)	Pays à forte performance (Indice ODD > 78)	2016	2030	Hausse 2016-30	Hausse annuelle	
PIB par habitant (USD)	4 070	3 898	4 986	2 997	5 131	+71%		
PIB (prix constants, millions USD)				103.3	203.5	+97%		
Indice des ODD 3	74.9	72.5	80.8	73.7	>78			
Facteurs	Médecins (pour 1000 personnes)	1.2	0.84	1.60	0.6	1.6	x 2.6	
	Autre personnel médical (pour 1000 personnes)	5.9	5.61	6.22	1.7	6.2	x 3.6	
	Salaire des médecins (ratio sur PIB par habitant)	7.1	7.1	7.1	15.6	7.1		
	Dépenses de santé non salariales (% des dépenses totales de santé)	62.3	61.1	62.3	59.4	59.4		
	Ratio salaire des autres personnels médicaux/salaire des médecins	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5		
	Dépense privée (% des dépenses totales)	42.4	43.6	38.2	50.1	38.2		
Résultats	Dépenses de santé (% du PIB)	7.73	6.65	8.79	5.69	8.16	+2.47 pp	+0.18 pp
	Dépenses de santé publiques (% du PIB)	4.5	3.7	5.4	2.8	5.0	+2.2 pp	+0.16 pp
	Dépenses de santé privées (% du PIB)	3.3	2.9	3.4	2.8	3.1	+ 0.3 pp	
	Dépenses de santé par habitant (USD)	314.7	259.3	438.1	170.5	418.7	+248 USD (2482 MAD)	+17.7 USD (177 MAD)

Note: Cette analyse ne prend pas en compte les aspects démographiques et le coût différencié des dépenses de santé selon l'âge de la population (en général les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées de plus de 60 ans ont des dépenses de santé plus importantes que la population jeune ou active).

Source: OCDE.

Graphique 3.2. La hausse attendue des dépenses de santé du Maroc se situe dans la moyenne des autres pays

Hausses attendues des dépenses de santé pour atteindre les ODD santé à l'horizon 2030



Note : Pour le Maroc, calcul de l'OCDE. Pour le Cambodge : (FMI, 2019_[20]). Pour le Bénin : (FMI, 2018_[21]). Pour le Rwanda : (FMI, 2019_[22]). Pour les autres pays : (FMI, 2019_[19]). Dans cette méthodologie, les économies émergentes sont celles ayant un PIB par habitant compris entre 3 000 et 6 000 USD (72 pays). Les pays les moins développés ont un PIB par habitant inférieur à 3000 USD.

Source : OCDE et FMI.

Tableau 3.7. Une hausse de 2.5 pp de PIB des dépenses de santé équivaut à une hausse de 107 Mds MAD sur la période 2016-30

		2016	2030	Hausse 2016-30	Hausse annuelle
En % du PIB	Dépenses de santé	5.69	8.16		
	Dépenses de santé publiques	2.8	5.0		
	Dépenses de santé privées	2.8	3.1		
En milliards de MAD	Dépenses de santé	58.8	166.1	+107.3	+7.7
	Dépenses de santé publiques	29.4	102.6	+73.2	+5.2
	Dépenses de santé privées	29.4	63.4	+34	+2.4
Recettes fiscales totales (y inclus les cotisations sociales) ² (en Mds MAD)		276.1	483.6 ¹		
En % des recettes fiscales	Dépenses de santé publiques	9.4%	21.2%		

1. Sous l'hypothèse d'une hausse annuelle moyenne de 4.2% des recettes fiscales entre 2019 et 2030, comme observé sur la période 2014-18.

2. La source des données est Statistiques des recettes publiques (OCDE).

3. Il est important de souligner ici que les dépenses de santé considérées incluent les dépenses publiques et privées, d'où le ratio élevé pour l'année 2030.

Source : OCDE.

Encadré 3.3. Détail de la méthodologie développée par le FMI

La méthodologie développée par le FMI identifie les principaux facteurs de coûts dans le secteur de la santé (nombre de médecins, de personnels médicaux, rémunération des médecins et des personnels médicaux, facteurs démographiques, part de la dépense de santé non relative aux salaires). Ces facteurs sont utilisés dans une équation pour estimer la dépense de santé en % du PIB en 2016.

Pour estimer la dépense de santé en % du PIB en 2030, les facteurs de coûts retenus correspondent aux valeurs médianes d'un petit groupe de pays. Ces pays sont ceux i) ayant un PIB par habitant entre 3000 et 6000 USD en 2016, et ii) les plus performants en matière de santé (ayant un indice des ODD 3 > 78). Ces pays sont également ceux pour lesquels la dépense de santé est la plus efficace. Pour rappel, l'indice des ODD 3 du Maroc en 2016 est de 73.7.

La hausse attendue des dépenses de santé du Maroc pour atteindre le niveau des pays, à revenus proches mais performances de santé supérieures, est ainsi calculée en faisant la différence entre les dépenses de santé de 2016 et de 2030.

Une possibilité est de prendre en compte les coûts de santé différenciés selon l'âge de la population. En particulier, en considérant la part (et les coûts de santé) de la population de moins de 5 ans et de plus de 65 ans.

Source: (FMI, 2019^[19]).

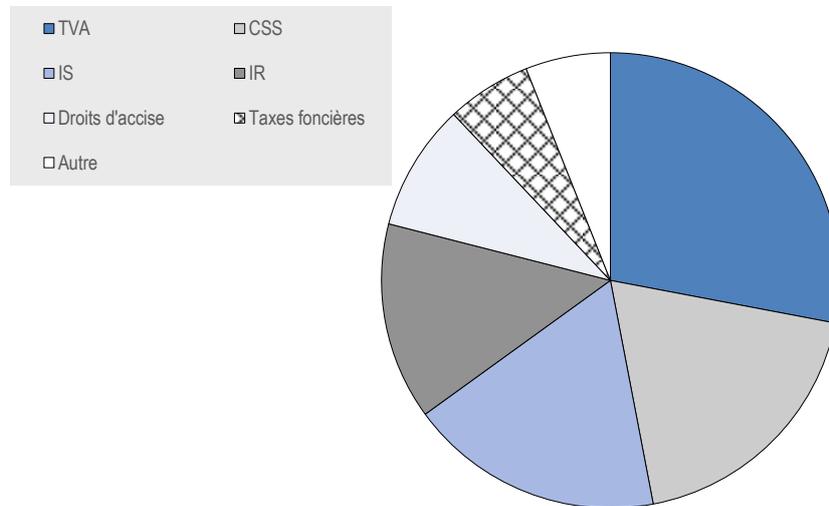
La hausse des dépenses publiques de santé nécessite l'amélioration de la conception des cotisations sociales et un recours accru aux recettes fiscales

La hausse de 2.5 pp de PIB des dépenses publiques de santé pourra être financée par la croissance économique (qui se traduira mécaniquement par la croissance des dépenses publiques de santé - voir sections précédentes) et une réforme fiscale (qui permettra de dégager des marges de manœuvre budgétaires). La réforme fiscale devra ainsi ne pas nuire à la croissance, tout en étant équitable (et ainsi alignée avec les principes des Assises Nationales sur la Fiscalité de 2019).

Cette réforme fiscale devra viser en priorité à élargir la base, plutôt qu'à augmenter les taux d'imposition. La structure fiscale du Maroc repose sur la TVA, première source de recettes fiscales (28% des recettes fiscales en 2017), suivie des cotisations de sécurité sociale (19%), de l'impôt sur les sociétés (18%), de l'impôt sur le revenu (14%), des droits d'accise (ou taxes intérieures de consommation) (9%), et des impôts fonciers (6%) (Graphique 3.3). Comme mis en lumière dans les prochains chapitres, l'élargissement de la base des cotisations sociales et de la TVA aura un rôle primordial à jouer, de même que l'amélioration de la conception de l'IR et d'autres impôts, comme l'IS.

Graphique 3.3. La structure fiscale du Maroc repose en premier lieu sur la TVA

En % des recettes fiscales totales, 2017

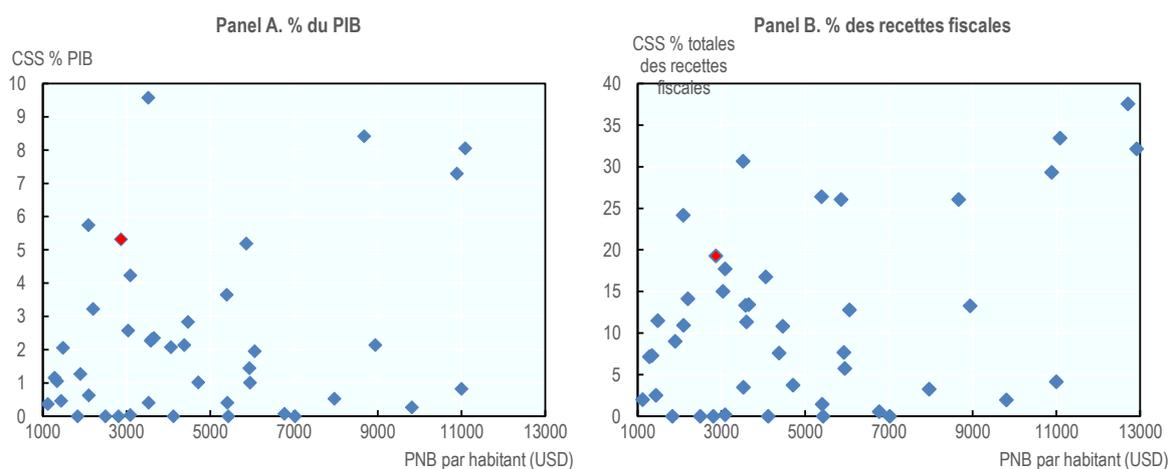


Source : Base de données : Statistiques des recettes publiques (OCDE).

L'importance des contributions de sécurité sociale dans la structure fiscale totale distingue le Maroc de nombreux autres pays. Par rapport au développement du Maroc, les recettes issues des cotisations sociales (santé, retraite, chômage, etc.) sont importantes, qu'il s'agisse du poids dans le PIB (Graphique 3.4. – Panel A) ou du poids dans la structure fiscale (Graphique 3.4. – Panel B). Ceci se reflète dans la structure du financement de la santé au Maroc : pour son niveau de développement, la part des cotisations sociales est relativement élevée (Graphique 3.5. – Panel A) contrairement aux recettes fiscales (Graphique 3.5. – Panel B).

Graphique 3.4. Les recettes issues des cotisations de sécurité sociale sont élevées au Maroc

Recettes issues des cotisations de sécurité sociale

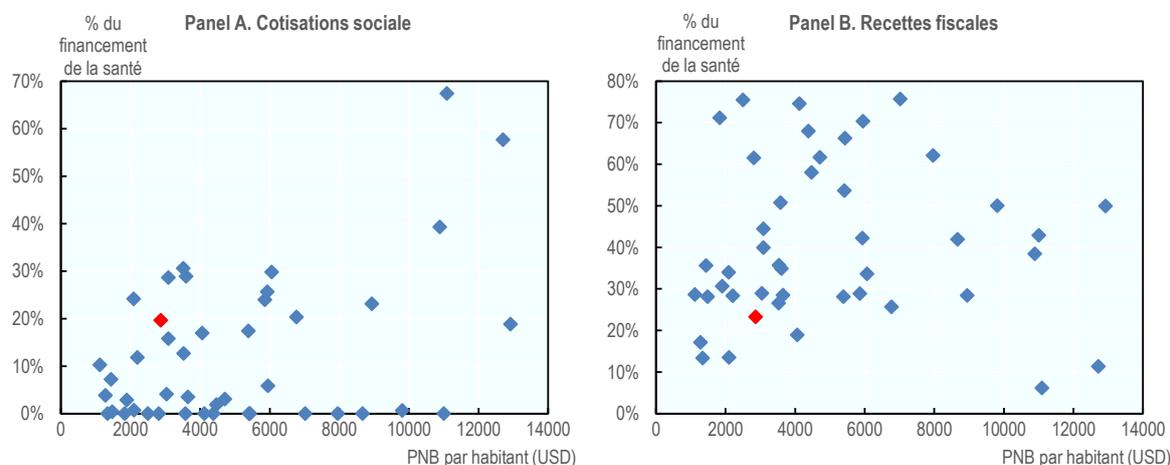


Note: Seuls les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure et tranche supérieure) sont présentés ici, soit ayant un niveau de produit national brut par habitant compris entre 1000 et 13 000 USD.

Source: Base de données : Statistiques des recettes publiques (OCDE).

Graphique 3.5. Pour son niveau de développement, la structure de financement de la santé repose davantage sur les cotisations sociales que sur la fiscalité

% du total du financement de la santé, 2017



Note: Seuls les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure et tranche supérieure) sont présentés ici, soit ayant un niveau de produit national brut par habitant compris entre 1 000 et 13 000 USD.

Source: Base de données : Global Health Expenditure (OMS).

Toutefois, l'importance relative des cotisations, conjuguée au vieillissement de la population et la hausse de la demande des soins de santé, met en difficulté le financement du système de santé.

Ainsi, si l'amélioration de la conception des contributions de sécurité sociale (taux et bases) a un rôle à jouer dans le financement de la santé, la diversification de la structure de financement du secteur, avec un rôle plus important des recettes fiscales du budget de l'État, apparaît également déterminante.

Pour accroître les recettes générales du budget de l'État, l'amélioration de la conception de chaque impôt est attendue. Certains impôts ont des liens plus marqués que d'autres avec le secteur de la santé, comme les taxes intérieures de consommation (de par leurs influences sur le comportement des consommateurs) et la fiscalité environnementale. Ceux-là ont un rôle particulièrement important à jouer dans le financement de la santé. Ensuite, les autres recettes fiscales, émanant d'impôts tels que la TVA, l'impôt sur les sociétés, l'impôt sur le revenu, ou les impôts fonciers, ont un rôle à jouer en ce qu'ils augmentent le niveau global des recettes générales du budget de l'État, mais n'ont pas de lien direct avec la santé.

Par exemple, le recours aux recettes générales du budget de l'État apparaît indispensable pour financer le système du Ramed. Une étude sur le futur du Ramed est en cours, avec plusieurs options envisagées. L'une est de considérer de passer d'un régime d'assistance à un régime assurantiel. Aux vues des besoins du Ramed, la piste des financements dits « innovants » (taxe sur le secteur des télécommunications ; surtaxe imposée pour les entreprises ayant un chiffre d'affaire très élevé ; opérations de lease-back de certains CHU ; etc.) parfois avancée (voir Encadré 1.1) ne semble pas être suffisante. En effet, avec actuellement 11.5 M de bénéficiaires actifs (soit près d'un quart de la population), le système est très coûteux. Dans ce contexte, d'autres options peuvent être envisagées : d'une part, l'affectation flexible des ressources issues des TIC sur les produits néfastes à la santé, venant alimenter le Fonds d'appui à la Cohésion sociale, ou d'autre part, le recours aux recettes générales du budget de l'État.

Ainsi, dans le cas du Maroc, c'est à la fois une évolution de la conception des contributions sociales pour l'assurance maladie, et un renforcement du rôle des impôts, en particulier ceux ayant un lien fort avec la santé, qui sont attendus. En 2019, l'analyse du système fiscal marocain par l'OCDE a recommandé 11 orientations stratégiques et 80 recommandations pour l'amélioration de la conception

du système fiscal. Ces recommandations sont développées dans le rapport « Examen des Politiques Fiscales du Maroc » de l'OCDE (2019, *non publié*). Elles visent à améliorer la conception de chaque type d'impôt, plutôt que d'introduire de nouvelles taxes, ce qui viendrait complexifier le système fiscal. La Loi de Finances 2020 introduit de nombreuses mesures fiscales dont certaines sont favorables au financement du secteur de la santé. Le Tableau 3.8. compare ces mesures fiscales, avec les recommandations de la Conférence nationale sur le financement de la santé (organisée par le Ministère de la Santé en juin 2019), et les recommandations de l'OCDE de 2019. Ce tableau n'inclue ainsi pas les nouvelles recommandations de l'OCDE destinées à financer le système de santé et présentées au début de ce rapport, et qui constituent ainsi le prolongement de l'analyse réalisée en 2019 par l'OCDE.

Les chapitres 6 et 7 discutent respectivement des pistes à explorer pour améliorer la conception des contributions sociales pour l'assurance maladie, et pour renforcer le rôle des recettes fiscales dans le financement de la santé.

Tableau 3.8. Comparaison des mesures fiscales relatives au financement de la santé du Ministère de l'Économie, des Finances et de la Réforme de l'Administration, du Ministère de la Santé, et de l'OCDE

	Ministère de l'Économie, des Finances et de la réforme de l'Administration (Mesures de la Loi de Finances 2020)	Ministère de la Santé (Recommandations de la Conférence nationale sur le financement de la santé – juin 2019)	OCDE (Examen des Politiques Fiscales du Maroc - 2019) ³
TVA	Exonération de TVA (à l'intérieure et à l'importation) pour les vaccins, et les médicaments destinés au traitement de la fertilité et de la sclérose en plaques ¹	Poursuivre l'effort d'exonération de la TVA sur les médicaments afin d'en réduire la charge de soins sur les citoyens	
	Suppression du taux de TVA réduit (10%) pour l'huile de palme, désormais soumise au taux normal de 20%	Renforcer les recettes à affecter au secteur de la santé en capitalisant sur les conclusions des recommandations des troisièmes Assises sur la Fiscalité : élargir l'assiette de la TVA et dédier le surplus généré aux secteurs sociaux	
Taxe intérieure de consommation	Hausse de 50% de la TIC sur les boissons non-alcoolisées		Augmenter la taxe intérieure de consommation pour certains produits, par exemple les produits alcoolisés
	Introduction d'un barème progressif pour la TIC portant sur les boissons non-alcoolisées sucrées (jus de fruits, limonades)		
	Introduction de la TIC sur les boissons énergisantes		
	Intégration des quotités de la taxe sur la valeur ajoutée spécifique dans celle de la TIC pour les bières avec alcool, le vin, et les ouvrages en platine/or/argent		
	Introduction d'une TIC sur les liquides de recharge des cigarettes électroniques		
Contributions de sécurité sociale		Assurer l'équité au niveau du financement en adoptant le même taux de cotisation pour tous les assurés et le même panier de soins pour l'harmonisation des régimes et leur convergence	Ne pas dissocier cotisations de sécurité sociale d'une part et impôts d'autre part, mais avoir une vision d'ensemble de la charge fiscale pesant sur le facteur travail Élargir l'assiette des cotisations de sécurité sociale : Introduire des cotisations de sécurité sociale pour les entrepreneurs

			Augmenter les plafonds des cotisations de sécurité sociale de façon progressive, notamment celui des retraites. Parallèlement, analyser l'impact sur la charge fiscale globale à différents niveaux de revenu et, éventuellement, ajuster le barème de l'impôt sur le revenu
			Ne pas baisser les taux des cotisations sociales salariales
			Avoir une stratégie de long terme pour le financement du système de sécurité sociale
Autre	Exclusion du champ d'application du droit de timbre de quittance de 0.25% pour les débiteurs de tabac		
	50% du produit de la contribution libératoire relative à la régularisation spontanée au titre des avoirs et liquidités détenus à l'étranger affecté au Fonds d'appui à la cohésion sociale ²		

1. Ceci vient s'ajouter à l'exonération de TVA déjà existante pour les médicaments anticancéreux, médicaments antiviraux des hépatites B et C, et les médicaments destinés au traitement du diabète, de l'asthme, des maladies cardio-vasculaires, du SIDA et de la méningite.

2. Les 50% restant sont affectés à un nouveau CST intitulé « Fonds spécial pour la promotion du système d'éducation et de formation et l'amélioration de sa qualité ».

3. Pour rappel, ceci n'inclue pas les nouvelles recommandations de l'OCDE destinées à financer le système de santé et présentées au début de ce rapport. Ces nouvelles recommandations constituent ainsi le prolongement de l'analyse réalisée en 2019 par l'OCDE et dont les quelques recommandations en lien avec le financement de la santé sont présentées dans ce tableau.

Source: (Ministère des Finances, 2020^[23]) ; (Direction Générale des Impôts, 2020^[24]) ; (Ministère de la Santé, 2019^[25]) ; (OCDE, 2019^[26]).

4 Des préconditions sont nécessaires à toute future hausse des recettes fiscales

Ce chapitre ne vise pas à évaluer la qualité de la dépense publique de santé au Maroc mais offre un aperçu général des préconditions à observer avant toute future hausse des recettes fiscales.

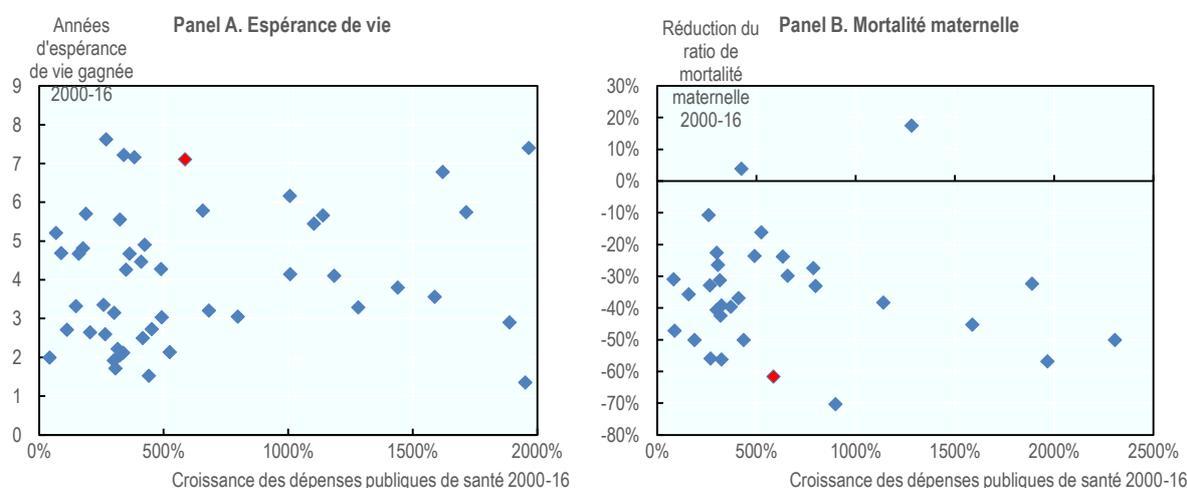
L'efficacité de la dépense publique de santé devra être renforcée

Quatre options non mutuellement exclusives existent pour assurer la soutenabilité financière des systèmes de santé : la hausse des recettes fiscales et du budget de l'État, la priorisation du secteur de la santé au sein du budget de l'État, l'amélioration de l'efficacité de la dépense publique de santé, ou encore la refonte de l'articulation entre offre de soin publique et privée (OCDE, 2015^[27]).

Au Maroc, si la hausse des ressources publiques pour la santé est nécessaire à moyen terme, celle-ci ne pourra pas être réalisée dans les conditions actuelles. Une hausse des ressources permettrait d'améliorer la qualité de l'offre de soins, et de réduire les paiements directs des ménages. Toutefois, une hausse du budget de l'État dédié à la santé ne semble pas adaptée sans une amélioration notable de l'efficacité de la dépense publique de santé.

En comparaison avec d'autres pays, l'efficacité de la dépense publique de santé au Maroc n'est pas faible, mais peut néanmoins être accrue. Le Graphique 4.1. montre la croissance des dépenses publiques de santé entre 2000 et 2016 et le nombre d'années d'espérance de vie gagnées (Panel A) ou l'ampleur de la réduction du taux de mortalité maternelle (Panel B). Dans les deux cas, pour le niveau de croissance des dépenses publiques de santé, le Maroc affiche de bonnes performances de santé (hausse importante de l'espérance de vie, et réduction marquée du taux de mortalité maternelle). Toutefois, d'autres pays avec des hausses de dépenses publiques de santé plus faibles ont connu des performances de santé similaires ou proches, suggérant que ces pays ont une plus grande efficacité de leur dépense publique de santé. Par exemple, l'Estonie a réussi à accroître l'espérance de vie de 7 années pour une croissance des dépenses publiques de santé plus faible (panel A), tandis que des pays comme le Belize, les îles Samoa ou les îles Salomon ont réussi à baisser la mortalité maternelle de plus de moitié pour une croissance des dépenses publiques de santé plus faible (panel B).

Graphique 4.1. L'efficacité de la dépense publique de santé au Maroc n'est pas faible, mais peut être accrue



Note : Dans le panel A, seuls les pays ayant une espérance de vie comprise entre 65 et 72 ans en 2000 sont représentés pour éviter que des pays ayant un très faible niveau d'espérance de vie en 2000 et connaissant une forte progression ne biaisent le graphique.

Dans le panel B, seuls les pays ayant un taux de mortalité maternelle compris entre 70 et 300 pour 100 000 naissances vivantes en 2000 sont représentés, pour la même raison que précédemment.

Source : Base de données : Global Health Expenditure (OMS); Indicateurs du développement dans le monde (Banque mondiale).

En effet, de nombreuses mesures sont attendues pour améliorer l'efficacité de la dépense publique de santé et ainsi assurer que les recettes publiques produisent de meilleurs résultats. En particulier celles relatives à la gouvernance du système (mise en place d'un système d'information géographique, d'un système de régulation et de contrôle des fournisseurs de soins de santé, d'une politique de décentralisation et déconcentration adaptée), ou la réduction de la fragmentation du système de gestion de la couverture médicale (Banque mondiale, 2018_[16]) (Ministère de la Santé, 2018_[11]). De même, une plus grande autonomie de gestion des hôpitaux, qui permettrait par exemple le redéploiement des ressources financières entre hôpitaux excédentaires et déficitaires serait bénéfique. Enfin, les procédures d'appel d'offre et de passation de marchés gagneraient à être simplifiées pour être plus fluides, rapides et moins coûteuses, en particulier dans le domaine de l'achat de médicaments. À ce titre, il est à noter que la Loi de Finances 2020 permet désormais au Ministère de la Santé d'engager les procédures d'achat des médicaments pour l'année suivante, par anticipation des crédits qui lui seront ouverts pour l'année budgétaire 2021 à hauteur de 500 M MAD (Article 33 de la Loi de Finances 2020). Toutefois d'autres progrès restent encore attendus, comme la mise en place d'une centrale d'achat unique, afin de réaliser des économies d'échelle.

En matière de maîtrise de la dépense publique de santé, plusieurs améliorations sont également nécessaires. Il s'agira d'améliorer les procédures d'achats, mais aussi de réviser la tarification nationale de référence tout en assurant un dialogue avec le secteur privé. Le Ministère de la Santé devra également renforcer ses capacités de gestion, en particulier relatives aux ressources humaines (contrôleurs financiers, gestionnaires). Enfin, une meilleure capacité d'exécution des budgets du Ministère de la Santé sera indispensable, notamment pour les budgets d'investissement.

Enfin, le Ministère de la Santé devrait renforcer ses capacités analytiques. Dans le cas du Mexique, Thaïlande et Turquie, les trois pays ont mis en place des unités d'analyse économique au sein du Ministère de la Santé qui ont permis d'alimenter les discussions techniques avec leurs contreparties au Ministère de l'Économie sur les différents scénarios de réformes et leurs répercussions financières et budgétaires. Ceci permettrait au Ministère de la Santé marocain de renforcer son pouvoir de négociation lors des arbitrages

budgétaires, de pouvoir mieux démontrer auprès du Ministère de l'Économie, des Finances et de la Réforme de l'Administration l'importance de financer les activités de prévention (dans un objectif de réduction des coûts de certaines maladies à moyen/long terme, dont le sida), et d'accéder plus facilement aux fonds octroyés par les bailleurs sous forme de soutien budgétaire. En effet, à titre d'exemple, le coût du Ramed par bénéficiaire n'est pas connu précisément, or la bonne compréhension des coûts de ce type de programme, tenant compte des évolutions démographiques, est nécessaire. De même, le coût global du dépistage du VIH, qui dépasse le simple coût du test, n'est pas connu.

Le secteur privé aura un rôle pour accompagner l'État dans le financement du secteur de la santé

Le Maroc souhaite davantage impliquer le secteur privé dans le développement du système de santé. D'après le Plan national de santé 2025, l'investissement du secteur privé devrait être favorisé par des incitations (notamment fiscales), en particulier dans les zones éloignées, et par un recours accru aux partenariats publics privés.

Toutefois, les incitations fiscales n'aboutissent pas systématiquement à leurs objectifs. Par exemple, dans les pays de l'OCDE, les incitations fiscales octroyées pour l'assurance médicale privée n'ont pas permis leur développement (Encadré 4.1).

Dans le cas du Maroc, plusieurs arguments existent contre le développement du secteur privé dans la santé par les incitations fiscales. D'abord, parce que des encouragements fiscaux à l'investissement privé auraient pour conséquence d'engendrer des distorsions, ce qui est contraire au principe de neutralité de l'impôt. Ensuite, parce qu'ils pourraient être potentiellement très coûteux pour l'État, et n'apparaissent pas indispensables dans la mesure où le secteur privé opérant dans le secteur de la santé se développe déjà sans. Enfin, car cela serait une réponse désalignée avec certaines des entraves rencontrées par le secteur privé, telles que l'absence de stratégie intégrée associant le secteur privé, de régulation concertée de l'implantation spatiale des établissements de santé privés, d'outils d'évaluation du secteur privé et de système d'information fiable, ou encore la faible culture partenariale entre le public et le privé (Ministère de la Santé, 2018^[11]). Ainsi, le gouvernement devrait davantage œuvrer à fournir un environnement des affaires propice à l'investissement et au développement du secteur privé dans la santé, plutôt que d'octroyer des incitations fiscales qui seraient sous optimales dans la mesure où elles ne viendraient pas répondre aux difficultés non fiscales des entreprises.

Si le Maroc décidait d'opter pour des incitations fiscales visant à stimuler le développement d'infrastructures de santé par le secteur privé dans les régions reculées, il s'agirait alors de les conditionner aux coûts et non aux profits. Les incitations fiscales conditionnées aux profits (exonérations, taux d'imposition préférentiels) réduisent le montant de l'impôt à payer, et ce quel que soit le niveau de profit réalisé. Ainsi ce type d'incitation fiscale favorise davantage les entreprises réalisant des profits importants, qui ne sont pas celles nécessitant un soutien de l'État, et qui sans doute auraient réalisé l'investissement même en l'absence d'incitation. De ce fait, les incitations fiscales conditionnées aux profits sont en général coûteuses pour l'État, et peuvent également favoriser l'optimisation fiscale (transferts artificiels des bénéfices). À l'inverse, les incitations fiscales conditionnées aux coûts (crédits d'impôt, déductions, amortissements accélérés) réduisent les coûts des intrants. Dans ce cas, l'ampleur de la réduction fiscale est indépendante du niveau de profit réalisé par l'entreprise et dépend du montant de l'investissement réalisé. Enfin, si le Maroc devait mettre en place ce type d'incitation, il s'agirait de favoriser les incitations fiscales temporaires, et systématiser la conditionnalité associée à ces incitations (par exemple avec le nombre d'emploi créés).

Les partenariats publics-privés (PPP) peuvent être développés, mais de façon prudente en raison de la complexité de telles opérations. Au préalable, il s'agira d'établir l'objectif précis du recours aux PPP (par exemple le besoin de nouvelles infrastructures ou de services de santé, ou le besoin de dégager

une marge de manœuvre financière à court terme), et de réunir plusieurs préconditions (analyse ex-ante des besoins et des implications socio-économiques, mécanismes de suivi, d'encadrement et de régulation du secteur privé, unité de mise en œuvre et de suivi de ce type de partenariat au sein du Ministère de la Santé). La Loi de Finances 2020 met en place un type de PPP, avec le contrat de lease-back encadrant le rachat par la Caisse marocaine des retraites de cinq CHU, pour un montant de 4.6 Mds MAD, dont la moitié sera affectée au budget général de l'État et le reste au Fonds d'appui à la cohésion sociale.

Quel que soit le niveau d'implication du secteur privé dans la santé, l'État marocain devrait continuer à avoir un rôle à jouer dans la provision d'infrastructures et de services de santé. Dans le secteur de la santé, un juste équilibre entre l'implication du secteur public et du secteur privé est nécessaire, ce que les récentes manifestations au Chili, pays qui a très largement privatisé son secteur de la santé, viennent rappeler. En effet, une domination du secteur privé dans la santé peut engendrer des déséquilibres, tels qu'une hausse des prix des services médicaux, affectant directement les paiements directs des ménages et l'accessibilité des soins de santé. Toutefois, comme rappelé ci-dessus, le gouvernement devrait davantage œuvrer à fournir un environnement des affaires propice à l'investissement et au développement du secteur privé, ce qui bénéficiera aux entreprises impliquées dans le secteur de la santé.

Encadré 4.1. Le développement de l'assurance médicale privée par le biais d'incitations fiscales : des résultats mitigés dans les pays de l'OCDE

Certains pays de l'OCDE ont encouragé le recours aux assurances médicales privées pour venir en complément de l'assurance maladie fournie dans le cadre des systèmes universels de santé. Ces politiques ont souvent pris la forme d'allègements fiscaux (subventions) sur les primes d'assurances médicales privées afin d'inciter les individus à y souscrire, l'espoir étant que la réduction des coûts dans le secteur médical public soit supérieure au coût de ces allègements fiscaux.

Toutefois, ces allègements fiscaux n'ont pas réduit la pression budgétaire dans le secteur médical public en Australie, Espagne, Irlande et au Royaume-Uni. Les analyses coûts-bénéfices de ces incitations ont souvent conclu que leurs coûts étaient bien supérieurs aux économies réalisées dans le secteur de la santé publique, en plus d'être des mesures régressives.

Source: (OCDE, 2015^[27]).

5 L'amélioration de la conception des contributions pour l'assurance maladie obligatoire

Le système de l'AMO est fragmenté et connaît une dégradation de ses équilibres financiers

L'assurance maladie obligatoire (AMO) est gérée par deux caisses différentes, la CNOPS pour le secteur public (3 M d'assurés) et les étudiants (65 000), et la CNSS pour le secteur privé (6 M d'assurés). Le panier de soins entre les caisses est similaire, mais le niveau de remboursement des prestations et les taux de cotisations diffèrent.

- Dans le secteur public, le taux est de 5% pour les actifs (2.5% pour l'employeur, et 2.5% pour l'employé), et n'a jamais été modifié depuis l'introduction de l'AMO en 2006. Pour les retraités de la fonction publique, il est de 2.5%. Un plafond de 400 MAD par mois est en place, ainsi qu'un seuil minimal de 70 MAD.
- Dans le secteur privé, le taux est de 6.37% : la contribution standard de 2.26% pour l'employeur, 1.85% de cotisation de solidarité payée par l'employeur, et 2.26% pour l'employé (sauf pour la « population 114 » qui ne paye pas les 2.26% à la charge de l'employeur – voir discussion ci-dessous). Pour les retraités, le taux est de 4.52%. Il n'y a pas de plafond. Les taux ont été augmentés une fois en 2016. Le rappel des taux de l'ensemble des cotisations sociales pour le secteur privé est présenté dans le Tableau 5.1. .

Tableau 5.1. Taux des cotisations sociales en 2019 à la CNSS pour les travailleurs salariés

Catégorie de prestation		Taux de cotisation patronale (%)	Taux de cotisation salariale (%)	Total (%)	Base
Prestations familiales		6.40	-	6.40	Total des salaires de la période (mois/trimestre)
Prestations sociales de court terme	Maladie, maternité, décès	0.67	0.33	1	Total des salaires plafonnés à 6 000 MAD
	Indemnité pour perte d'emploi	0.38	0.19	0.57	
Prestations sociales de long terme	Retraite	7.93	3.96	11.89	
Assurance maladie obligatoire		Contribution standard	2.26	6.37	Total des salaires de la période (mois/trimestre)
		Contribution de solidarité	1.85		
Taxe de formation professionnelle		1.6	-	1.6	
Total		21.09	6.74	27.83	

Source: CNSS.

La CNOPS connaît une dégradation de ses équilibres financiers. Les recettes de la CNOPS issues des contributions sont de 4.9 Mds MAD, contre des dépenses de 4.49 Mds MAD en 2017. Le déficit technique, apparu en 2016, s'est transformé en un déficit global⁸ dès 2017 (Cours des comptes, 2019^[28]). Toutefois, il est à noter qu'après un déficit technique constaté en 2017 de 12,6 M MAD, la CNOPS a enregistré en 2018 un solde technique excédentaire de 30,1 M MAD, suite notamment à la baisse des remboursements et frais payés relatifs aux soins dentaires de 23% entre les deux exercices, ce qui a permis une réduction du déficit global qui est passé de -22,6 M MAD en 2017 - 2,8 M MAD en 2018 (Autorité de contrôle des assurances et de la prévoyance sociale, 2018^[29]). La dégradation financière s'explique par l'absence d'évolution des taux des cotisations depuis 2006, la dégradation du ratio démographique (de 3.26 en 2006 à 1.81 en 2017, ce qui s'est traduit par une perte de cotisation patronale, les retraités ne payant que la part salariale), et la croissance des dépenses. Ces dernières augmentent en raison de la part croissante des assurés, de la prévalence des maladies de longue durée et des maladies chroniques (soit 50% des dépenses de la CNOPS), de la hausse de certains postes de dépenses (frais dentaires, médicaments, biologie), de la faible part des hôpitaux publics dans les dépenses en raison de leur faible attractivité, et de la hausse du taux de sinistralité. Cette situation pourrait être aggravée avec l'intégration des populations concernées par l'article 114 (environ 250 000 personnes), dont les caisses internes se verront affiliées à l'AMO publique (ONCF, OCP, etc.). L'étude actuarielle sur la pérennité financière de la CNOPS de 2010 devrait être mise à jour et étendue en prenant en compte l'impact de ces nouvelles populations, les projections de dépenses de santé (notamment avec la mise à jour de la nomenclature générale des actes professionnels, de certains protocoles thérapeutiques), et la hausse du nombre de retraités.

La CNSS bénéficie d'une meilleure situation budgétaire (solde technique de +3,2 Mds MAD en 2018 et solde global de +3,8 Mds MAD, en hausse de 1 Mds MAD par rapport à l'année 2017), **mais dès 2026 les cotisations ne devraient plus couvrir les dépenses du régime.** Actuellement, les recettes de la CNSS sont de 7.7 Mds MAD, contre des dépenses de 3.8 Mds MAD. Or, les dépenses augmentent de 31% par an, contre une augmentation de 13% pour les recettes. Ainsi, sans révision des taux des contributions et de l'assiette, et sans contrôle de la dépense, un déficit technique pourrait apparaître dès 2026 (Cours des comptes, 2019^[28]).

Plusieurs options peuvent être envisagées pour renforcer le rôle des cotisations pour l'AMO dans le financement de la santé

Ces options permettront d'améliorer la situation budgétaire des caisses de l'AMO. Celles-ci sont décrites dans le détail ci-dessous :

- En contrôlant la dépense de l'AMO
- En élargissant l'assiette des cotisations
- En augmentant les taux des cotisations pour l'AMO
 - Dans le cas de la CNSS
 - Dans le cas de la CNOPS
 - Dans le cas d'une homogénéisation de tous les taux et plafonds entre les régimes public et privé (voir Encadré 4.1)
- En favorisant la participation sur le marché du travail, en particulier des femmes
- En introduisant le régime de l'assurance maladie pour les indépendants

⁸ Qui prend en compte le résultat net, et défini comme étant les cotisations + les profits financiers nets des placements – les charges.

Le contrôle de la dépense

Le contrôle de la dépense de l'AMO sera une condition préalable nécessaire à tout changement des cotisations sociales. Il s'agira alors de renouveler les conventions nationales, réviser la tarification nationale de référence, mettre à jour la nomenclature générale des actes professionnels, les protocoles thérapeutiques et le référentiel des professionnels de santé (Cours des comptes, 2019^[28]). Il s'agira également de renforcer l'attractivité de l'offre des soins du secteur public, notamment, par le développement de l'offre des soins, la réduction des délais de prise en charge, et la dotation des établissements de soins en moyens nécessaires (Cours des comptes, 2019^[28]).

L'élargissement de l'assiette des cotisations de l'assurance maladie

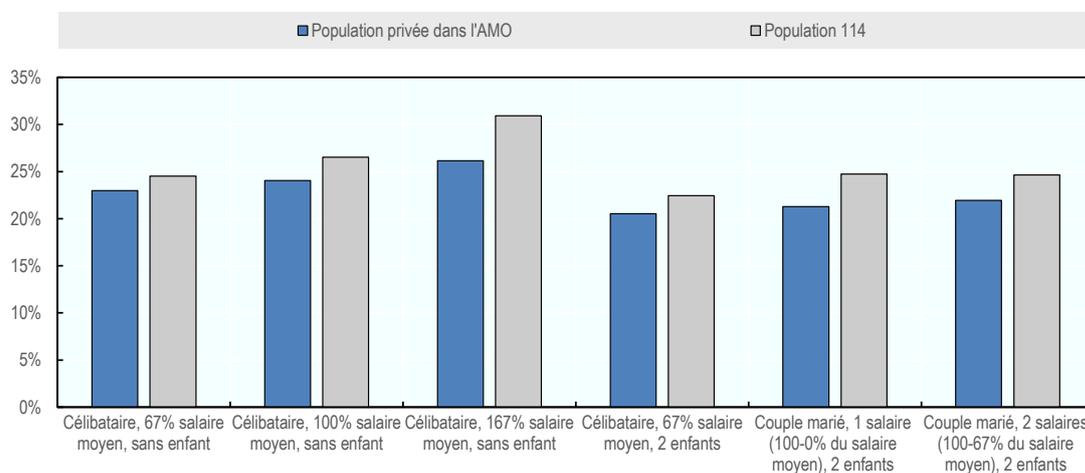
Dans le cas de la CNSS, l'assiette des cotisations de l'assurance maladie est réduite. Environ 640 000 salariés de 3 400 entreprises ne cotisent pas au taux de 6.37% mais de 4.11% (uniquement la cotisation salariale de 2.26% et la cotisation de solidarité payée par l'employeur de 1.85%, mais pas la cotisation patronale de 2.26%). Cette situation a été héritée de la loi 65-00 Article 114 qui introduit une distinction pour les entreprises proposant déjà une couverture maladie à leurs salariés avant l'introduction de l'AMO en 2006 (« population 114 »). Ces salariés continuent ainsi de bénéficier de caisses privées, qui ne sont pas sous la responsabilité de la CNSS. Or cette population gagne en moyenne un salaire plus élevé que celui de la population de la CNSS. Le salaire mensuel moyen d'un assuré de l'AMO est de 3 000 à 4 000 MAD, contre 9 134 MAD pour la « population 114 », et 5 100 MAD pour l'ensemble de la population du secteur privé (CNSS, 2018^[30]). Ainsi dans un souci d'équité, la « population 114 » devrait être intégrée au système standard de l'AMO, et payer également la cotisation patronale de 2.26%.

La « population 114 » a des taux effectifs d'imposition des coûts du travail supérieurs à la population privée dans l'AMO (Graphique 5.1.). Le taux effectif d'imposition des coûts du travail (ou coin fiscal moyen) mesure l'écart entre le coût de la main d'œuvre pour l'employeur et le salaire net perçu par le salarié. Plus le taux effectif d'imposition des coûts du travail est faible : i) plus le pouvoir d'achat des salariés est fort (diminution de la charge fiscale de l'employé), ii) et/ou plus les employeurs sont incités à embaucher (diminution des charges patronales). Ainsi, pour un célibataire sans enfant, gagnant le salaire moyen, le taux effectif d'imposition du coût du travail est de 24% pour la population du secteur privé dans l'AMO. Autrement dit, 24% du coût de la main d'œuvre est prélevé par le système fiscal et de cotisations. Pour le même individu dans la « population 114 », le taux est de 26.5% : une part plus importante est ainsi prélevée par le système fiscal et de cotisations. Dans le cas présent, le fait que la « population 114 » ait des taux effectifs d'imposition des coûts du travail supérieurs à la population privée dans l'AMO s'explique par le fait que leurs salaires (coût du travail) soient largement supérieurs, et sont ainsi soumis à un taux marginal d'IR plus élevé. Ces éléments viennent ainsi surpasser le fait qu'ils aient un taux de cotisation à l'AMO inférieur (4.11% au lieu de 6.37%).

Même si la « population 114 » était intégrée au système de l'AMO (et payait un taux plus élevé de cotisations AMO employeur, avec un salaire mensuel moyen pondéré de 5 129 MAD), le taux effectif d'imposition des coûts du travail (coin fiscal moyen) resterait à un niveau modéré en comparaison avec d'autres pays. Il serait moins élevé qu'en moyenne dans l'OCDE, qu'en Turquie, mais serait supérieur au Mexique (Graphique 5.2). Pour un célibataire sans enfant qui gagne le salaire moyen, le taux effectif d'imposition des coûts du travail serait de 25 %. Ainsi, augmenter le taux des cotisations patronales pour la « population 114 » n'aurait pour conséquence ni de réduire fortement les incitations à l'embauche, ni de réduire fortement le pouvoir d'achat des salariés.

Graphique 5.1. La « population 114 » a des taux effectifs d'imposition des coûts du travail supérieurs à la population privée dans l'AMO

Comparaison des coïns fiscaux moyens (2017), en %, population privée actuellement dans l'AMO, « population 114 », et cas futur éventuel (intégration des deux populations)

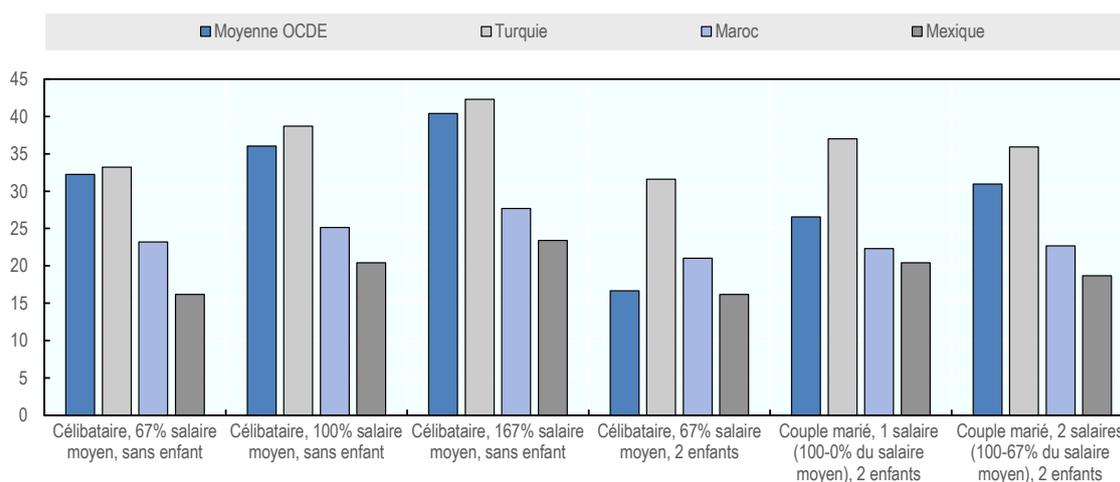


Note : Calculs basés sur un salaire mensuel moyen dans le secteur privé actuellement dans le régime de l'AMO de 4 150 MAD en 2017, et de 9 135 MAD pour la « population 114 ». Pour la population 114, la cotisation à l'AMO part patronale ne concerne que la cotisation de solidarité de 1.85%.

Source : OCDE.

Graphique 5.2. Même si la « population 114 » était intégrée à l'AMO, le coïns fiscal moyen serait plus faible au Maroc qu'en Turquie et proche de celui du Mexique

Comparaison des coïns fiscaux moyens (2017), en %, hypothèse de l'intégration de la « population 114 » au système de l'AMO



Note : Calculs basés sur un salaire mensuel moyen dans le secteur privé formel de 5 129 MAD en 2017 (moyenne pondérée). L'hypothèse retenue est que le taux de l'AMO est de 6.37% (2.26% de cotisation salariale, 2.26% de cotisation patronale, et 1.85% de cotisation de solidarité payée par l'employeur).

Source : (OCDE, 2019_[26]).

Dans le cas de la CNOPS, le plafond mensuel de l'AMO à 400 DH pourrait être revu à la hausse, voire éventuellement supprimé. Les plafonds de sécurité sociale contribuent au renforcement du lien entre contributions et prestations dans la mesure où ils limitent le montant de la cotisation sociale versée et, en contrepartie, limitent le montant des prestations reçues en retour. Si ce lien est fort dans le cas des cotisations de retraite, il est plus faible dans le cas de l'assurance maladie puisque la prestation reçue n'est pas proportionnelle aux cotisations versées (sauf dans le cas des prestations relatives aux frais dentaires où un plafond aux prestations existe). Le Maroc a fait le choix d'un plafond de l'AMO du secteur public. Or d'une part, le relèvement du plafond (voire sa suppression) permettrait de renforcer la progressivité du système de prestations sociales (via des cotisations plus importantes qui pourraient être investies dans le rehaussement de la qualité du système de soins), et d'autre part, pour davantage aligner la conception des contributions des secteurs public et privé.

La hausse des taux des cotisations

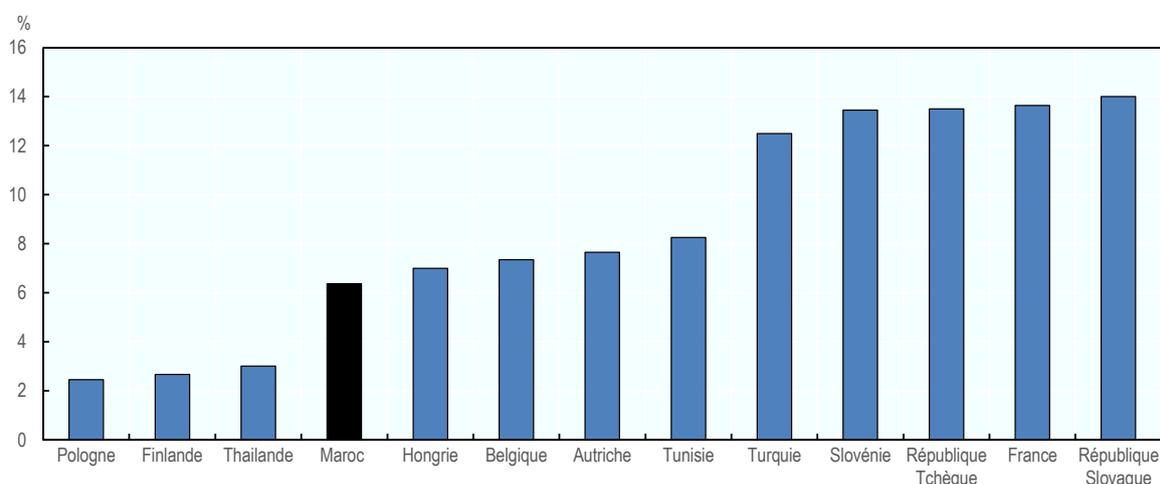
Toute discussion sur la hausse des cotisations pour l'AMO doit être replacée dans le contexte plus général du poids des cotisations sur le facteur travail, et, indirectement sur l'informalité. En effet, toute hausse des cotisations de l'AMO augmentera le total des cotisations et ainsi pourrait avoir un impact négatif sur les incitations à embaucher et à travailler dans le secteur formel. Par ailleurs, ces changements éventuels doivent aussi être analysés en prenant en compte le barème de l'impôt sur le revenu pour avoir une image globale de la charge pesant sur le facteur travail. À ce titre, la recommandation des Assises Nationales sur la Fiscalité de mettre en place un Conseil national des prélèvements obligatoires est pertinent. Elle est alignée avec la recommandation de l'OCDE de ne pas dissocier cotisations de sécurité sociale d'une part et impôts d'autre part, mais d'avoir une vision d'ensemble de la charge fiscale pesant sur le facteur travail.

Dans le secteur privé

Plusieurs arguments sous-tendent une hausse des cotisations pour l'AMO dans le secteur privé. D'abord, le taux de cotisation pour la santé est inférieur à des pays comme la Tunisie ou la Turquie (Graphique 5.3). Pour rappel, le taux global des cotisations de sécurité sociale (27.83%) est proche du taux moyen de l'OCDE (part salariale de 6.74 % et la part patronale de 21.09%). Ensuite, il apparaît que la charge fiscale pesant sur le facteur travail n'est pas particulièrement élevée en comparaison d'autres pays, dont le Mexique ou la Turquie (voir discussion précédente). Enfin, dans la mesure où l'OCDE recommande de changer le mode de financement des allocations familiales, qui s'apparente actuellement à une cotisation patronale implicite pouvant décourager l'embauche, et de les financer par les recettes générales du budget de l'État, ceci dégagerait une marge de manœuvre pour accroître la cotisation patronale à l'AMO.

Graphique 5.3. Dans le secteur privé, le taux de cotisation pour l'AMO est inférieur à de nombreux pays, dont la Tunisie ou la Turquie

Taux de cotisations sociales pour la santé (parts patronale et salariale) dans le secteur privé, dernière année disponible



Source : OCDE.

Trois scénarios de hausses des taux de l'AMO sont présentés ci-dessous (Tableau 5.2) :

- Scénario 1 : Une hausse de 0.14 points de pourcentage pour les cotisations patronale et salariale, comme envisagé par la CNSS.
- Scénario 2 : Des hausses modérées pour atteindre le niveau de la Tunisie (hausses de moins de 1 pp pour les cotisations patronale et salariale).
- Scénario 3 : Des hausses plus marquées pour atteindre le niveau de la Turquie (hausse marquée de la cotisation salariale et hausse modérée de la cotisation patronale).

Tableau 5.2. Description des trois scénarios de hausse des cotisations de l'AMO dans le secteur privé

		Maroc Benchmark ¹	Scénario 1: Niveau CNSS	Scénario 2: Niveau Tunisie	Scénario 3: Niveau Turquie
Cotisation AMO	Part salariale	2.26%	2.4% (soit +0.14pp)	3.17% (soit +0.91pp)	7.5% (soit +5.24pp)
	Part patronale	4.11%	4.25% (soit +0.14pp)	5.08% (soit +0.97pp)	5% (soit +0.89pp)
	Total	6.37%	6.65% (soit +0.28pp)	8.25% (soit + 1.88pp)	12.5% (soit +6.13pp)
Cotisation sociale totale	Part salariale	6.74%	6.88%	7.65%	11.98%
	Part patronale	21.09%	21.23%	22.06%	21.98%
	Total	27.83%	28.11%	29.71%	33.96%

1. Le cas "Maroc benchmark" correspond au cas éventuel futur, où la population 114 serait intégrée au système de l'AMO.

Source: OCDE

Tableau 5.3. Impacts des trois scénarios de hausse des cotisations de l'AMO dans le secteur privé

	Types de foyers		Maroc Benchmark ¹	Scénario 1: Niveau CNSS	Scénario 2: Niveau Tunisie	Scénario 3: Niveau Turquie
Coût total de la main d'œuvre ³ (en MAD)	Célibataire	67% salaire moyen, sans enfant	51 437	51 496	51 849	55 001
		100% salaire moyen, sans enfant	76 771	76 860	77 386	82 090
		167% salaire moyen, sans enfant	125 165	125 314	126 192	134 049
		67% salaire moyen, 2 enfants	56 237	56 296	56 649	59 801
	Couple marié	1 salaire (100-0% du salaire moyen), 2 enfants	81 571	81 660	82 186	86 890
		2 salaires (100-67% du salaire moyen), 2 enfants	133 008	133 156	134 035	141 891
Rémunération nette ⁴ (en MAD)	Célibataire	67% salaire moyen, sans enfant	39 503	39 450	39 155	37 389
		100% salaire moyen, sans enfant	57 482	57 402	56 963	54 492
		167% salaire moyen, sans enfant	90 534	90 431	89 860	86 651
		67% salaire moyen, 2 enfants	44 415	44 356	44 028	42 189
	Couple marié	1 salaire (100-0% du salaire moyen), 2 enfants	63 362	63 282	62 843	60 372
		2 salaires (100-67% du salaire moyen), 2 enfants	102 865	102 732	101 998	97 761
Taux moyen nets de l'impôt ² (%)	Célibataire	67% salaire moyen, sans enfant	7.0%	7.1%	7.8%	12.0%
		100% salaire moyen, sans enfant	9.3%	9.5%	10.2%	14.1%
		167% salaire moyen, sans enfant	14.5%	14.6%	15.1%	18.2%
		67% salaire moyen, 2 enfants	-4.6%	-4.4%	-3.6%	0.7%
	Couple marié	1 salaire (100-0% du salaire moyen), 2 enfants	0.1%	0.2%	0.9%	4.8%
		2 salaires (100-67% du salaire moyen), 2 enfants	2.8%	3.0%	3.7%	7.7%
Coin fiscal moyen ⁵ (%)	Célibataire	67% salaire moyen, sans enfant	23.2%	23.4%	24.5%	32.0%
		100% salaire moyen, sans enfant	25.1%	25.3%	26.4%	33.6%
		167% salaire moyen, sans enfant	27.7%	27.8%	28.8%	35.4%
		67% salaire moyen, 2 enfants	21.0%	21.2%	22.3%	29.5%
	Couple marié	1 salaire (100-0% du salaire moyen), 2 enfants	22.3%	22.5%	23.5%	30.5%
		2 salaires (100-67% du salaire moyen), 2 enfants	22.7%	22.8%	23.9%	31.1%

1. Le cas "Maroc benchmark" correspond au cas éventuel futur, où la population 114 serait intégrée au système de l'AMO.

2. Le taux moyen net de l'impôt sur le revenu des particuliers : terme utilisé lorsque l'impôt sur le revenu des personnes physiques et les cotisations salariales de sécurité sociale, après déduction des prestations en espèces, sont exprimés en pourcentage du salaire brut.

3. Coût total de la main d'œuvre = salaire brut + cotisations patronales.

4. Rémunération nette = Salaire brut - Cotisations salariales - Impôt sur le revenu personnes physiques + prestations sociales.

5. Le coin fiscal mesure la différence entre les coûts de main d'œuvre pour l'employeur et la rémunération nette correspondante du salarié. Il correspond à l'équation (IRPP + cotisations salariales et patronales – prestations sociales) / Coût de main d'œuvre pour l'employeur (=salaire brut + cotisations patronales).

Source: OCDE, modèle de l'impôt sur les salaires.

L'analyse des trois scénarios permet de conclure qu'une hausse du taux de l'AMO, plus ambitieuse que celle envisagée par la CNSS, par exemple pour s'aligner avec le niveau de la Tunisie, n'aurait que des impacts limités sur les incitations au travail. Dans le scénario 1 (+0.14 pp pour les cotisations patronale et salariale, comme envisagé par la CNSS) et le scénario 2 (+0.91 pp pour les cotisations salariales et +0.97 pp pour les cotisations patronales, pour atteindre le niveau de la Tunisie), le coût du travail, le taux moyen net de l'impôt et le taux effectif d'imposition des coûts du travail (coin fiscal) augmentent de façon très modérée, tandis que la rémunération nette se réduit là aussi légèrement

(Tableau 5.3). Ces évolutions sont toutefois beaucoup plus importantes dans le scénario 3, caractérisé par une hausse de 5.21 pp pour la cotisation salariale, et de 0.89 pp pour la cotisation patronale. Ainsi, la hausse des taux au niveau envisagé par la CNSS pourrait être une première étape, vers une hausse plus ambitieuse, pour s'approcher des niveaux de la Tunisie.

Les tableaux suivants offrent des détails complémentaires, en comparant chaque scénario avec le benchmark actuel, pour chaque type de foyers. Dans tous les scénarios, les cotisations patronales augmentent, impactant à la hausse le coût total de la main d'œuvre (particulièrement dans le scénario 3). Dans le scénario 1, dans tous les types de foyers, le revenu net du salarié se réduit très légèrement (- 0.1%) en raison des effets contraires qui viennent s'annuler (hausse des cotisations salariales mais baisse de l'impôt sur le revenu) (Tableau 5.4). La logique opérant dans le scénario 2 est similaire, mais avec des amplitudes plus marquées. Autrement dit, compte tenu du barème actuel de l'IR, dans ces deux scénarios la hausse des cotisations salariales n'aura que très peu d'effet sur le revenu net des salariés : une hausse des cotisations employés revient à une réduction plus importante du revenu imposable soumis à l'IR, réduisant ainsi le montant effectif de l'IR à payer (Tableau 5.5). D'une certaine façon, une hausse des cotisations AMO employé correspond à un déplacement des recettes fiscales (générées par l'IR) vers le système de sécurité sociale. Toutefois, ceci pourrait être amené à changer si le Maroc révisait le barème et les taux de l'IR. Dans le scénario 3, l'effet « positif » pour le salarié de la baisse de son IR est moins marqué que dans les deux autres scénarios (Tableau 5.6). Autrement dit, si les baisses d'IR par rapport au cas benchmark apparaissent beaucoup plus importantes que dans les scénarios 1 et 2, la hausse des cotisations salariales l'étant davantage, la baisse du revenu net est aussi beaucoup plus marquée.

Ces observations renforcent l'idée que le Maroc peut accroître ses contributions pour l'AMO, de manière plus ambitieuses qu'affiché actuellement, sous réserve que la « population 114 » soit intégrée préalablement au système de l'AMO. Elles montrent également le besoin d'une réforme graduelle, qui privilégierait d'abord un élargissement de la base avant une hausse trop importante des taux de cotisations.

Tableau 5.4. Détails du Scénario 1 – Niveau CNSS

	Célibataire				Couple marié	
	67% salaire moyen, sans enfant	100% salaire moyen, sans enfant	167% salaire moyen, sans enfant	67% salaire moyen, 2 enfants	1 salaire (100-0% du salaire moyen), 2 enfants	2 salaires (100-67% du salaire moyen), 2 enfants
Coût total de la main d'œuvre	51 496 (+0.1%)	76 860 (+0.1%)	125 314 (+0.1%)	56 296 (+0.1%)	81 660 (+0.1%)	133 156 (+0.1%)
- Cotisations patronales	9 018 (+0.7%)	13 460 (+0.7%)	19 436 (+0.8%)	13 818 (+0.4%)	18 260 (+0.5%)	27 278 (+0.5%)
= Salaire brut	42 478 (0%)	63 400 (0%)	105 878 (0%)	42 478 (0%)	63 400 (0%)	105 878 (0%)
- Cotisations salariales	2 922 (+2.1%)	4 362 (+2.1%)	5 767 (+2.6%)	2 922 (+2.1%)	4 362 (+2.1%)	7 284 (+2.1%)
- Impôt sur le revenu personnes physiques	106 (-5.3%)	1 636 (-0.5%)	9 681 (-0.5%)	0 (0%)	556 (-1.5%)	662 (-2.2%)
+ prestations sociales	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 800 (0%)	4 800 (0%)	4 800 (0%)
Revenu net	39 450 (-0.1%)	57 402 (-0.1%)	90 431 (-0.1%)	44 356 (-0.1%)	63 282 (-0.1%)	102 732 (-0.1%)

Note: Entre parenthèse sont indiquées les variations par rapport au cas « Maroc benchmark » : cas éventuel futur, où la « population 114 » serait intégrée au système de l'AMO.

Source: OCDE.

Tableau 5.5. Détails du Scénario 2 – Niveau Tunisie

	Célibataire				Couple marié	
	67% salaire moyen, sans enfant	100% salaire moyen, sans enfant	167% salaire moyen, sans enfant	67% salaire moyen, 2 enfants	1 salaire (100-0% du salaire moyen), 2 enfants	2 salaires (100-67% du salaire moyen), 2 enfants
Coût total de la main d'œuvre	51 849 (+0.8%)	77 386 (+0.8%)	126 192 (+0.8%)	56 649 (+0.7%)	82 186 (+0.8%)	134 035 (+0.8%)
- Cotisations patronales	9 371 (+4.6%)	13 986 (+4.6%)	20 314 (+5.3%)	14 171 (+3%)	18 786 (+3.4%)	28 157 (+3.8%)
= Salaire brut	42 478 (0%)	63 400 (0%)	105 878 (0%)	42 478 (0%)	63 400 (0%)	105 878 (0%)
- Cotisations salariales	3 250 (+13.5%)	4 850 (+13.5%)	6 582 (+17.1%)	3 250 (+13.5%)	4 850 (+13.5%)	8 100 (+13.5%)
- Impôt sur le revenu personnes physiques	73 (-34.8%)	1 587 (-3.5%)	9 436 (-3%)	0 (0%)	507 (-10.2%)	580 (-14.3%)
+ prestations sociales	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 800 (0%)	4 800 (0%)	4 800 (0%)
Revenu net	39 155 (-0.9%)	56 963 (-0.9%)	89 860 (-0.7%)	44 028 (-0.9%)	62 843 (-0.8%)	101 998 (-0.8%)

Note: Entre parenthèse sont indiquées les variations par rapport au cas « Maroc benchmark » : cas éventuel futur, où la « population 114 » serait intégrée au système de l'AMO.

Source: OCDE.

Tableau 5.6. Détails du Scénario 3 – Niveau Turquie

	Célibataire				Couple marié	
	67% salaire moyen, sans enfant	100% salaire moyen, sans enfant	167% salaire moyen, sans enfant	67% salaire moyen, 2 enfants	1 salaire (100-0% du salaire moyen), 2 enfants	2 salaires (100-67% du salaire moyen), 2 enfants
Coût total de la main d'œuvre	55 001 (+6.9%)	82 090 (+6.9%)	134 049 (+7.1%)	59 801 (+6.3%)	86 890 (+6.5%)	141 891 (+6.7%)
- Cotisations patronales	12 523 (+39.8%)	18 690 (+39.8%)	28 171 (+46.1%)	17 323 (+25.9%)	23 490 (+29.3%)	36 013 (+32.7%)
= Salaire brut	42 478 (0%)	63 400 (0%)	105 878 (0%)	42 478 (0%)	63 400 (0%)	105 878 (0%)
- Cotisations salariales	5 089 (+77.7%)	7 595 (+77.7%)	11 166 (+98.7%)	5 089 (+77.7%)	7 595 (+77.7%)	12 684 (+77.7%)
- Impôt sur le revenu personnes physiques	0 (-100%)	1 312 (-20.2%)	8 061 (-17.1%)	0 (0%)	232 (-58.9%)	232 (-65.7%)
+ prestations sociales	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 800 (0%)	4 800 (0%)	4 800 (0%)
Revenu net	37 389 (-5.4%)	54 492 (-5.2%)	86 651 (-4.3%)	42 189 (-5%)	60 372 (-4.7%)	97 761 (-5%)

Note: Entre parenthèse sont indiquées les variations par rapport au cas « Maroc benchmark » : cas éventuel futur, où la « population 114 » serait intégrée au système de l'AMO.

Source: OCDE.

Dans le secteur public

Plusieurs arguments sous-tendent également une hausse des cotisations pour l'AMO dans le secteur public. D'une part, les taux n'ont jamais été réévalués à la hausse depuis 2006, malgré une augmentation importante des coûts et un déficit technique depuis trois ans. D'autre part, une hausse des cotisations pour l'AMO n'aurait pas, comme dans le cas de l'AMO privé, de répercussions négatives sur l'informalité. Enfin, parce que le salaire moyen brut dans la fonction publique est près de 2 fois plus élevé que dans le privé (9 338 MAD en 2017 d'après la Banque Al-Maghrib). Une hausse des cotisations, par exemple pour atteindre le niveau des cotisations sur la CNSS, pourrait ainsi être envisagée.

Dans le cas d'une homogénéisation de tous les taux et plafonds entre les régimes public et privé

Une des recommandations de la Conférence Nationale sur le Financement de la Santé (juin 2019) est d'assurer l'équité au niveau du financement en adoptant le même taux de cotisation pour tous les assurés et le même panier de soins pour l'harmonisation des régimes et leur convergence. Comme discuté ci-dessus, le relèvement (voir la suppression) du plafond mensuel pour les cotisations à l'AMO dans le secteur public (qui n'existe pas dans le secteur privé) est recommandé car il permettrait de dégager plus de marges financières pour la CNOPS tout en alignant davantage les régimes public et privé. Le relèvement des taux pour l'AMO du secteur privé est également à considérer, comme discuté plus haut. Un alignement des taux de la CNOPS avec ceux qui seront décidés par la CNSS pourrait aussi être envisager, sous réserve d'une analyse détaillée des impacts pour les salariés du secteur public (similaire à celle comme présentée ci-dessus).

La hausse de la participation sur le marché du travail, en particulier des femmes

Les difficultés du financement du système de santé sont exacerbées par la situation préoccupante sur le marché du travail avec une faible participation de la main d'œuvre, en particulier féminine, un taux de chômage élevé pour les jeunes et les diplômés du supérieur, et un fort secteur informel. Dans la mesure où de meilleures performances sur le marché du travail augmenteraient mécaniquement les revenus issus des cotisations sociales et de certains impôts (IR, TVA), il apparaît urgent de mettre en œuvre des mesures allant dans ce sens. Ceci permettrait d'améliorer la situation financière des deux caisses de l'AMO dans un contexte de vieillissement de la population. Au Maroc, la conception du système fiscal n'apparaît pas peser négativement sur la participation au marché du travail des femmes, qui représentent la majorité des seconds apporteurs⁹. De même, le Maroc a mis en place des mesures non fiscales devant favoriser leur participation¹⁰.

Néanmoins, compte tenu de la situation, avec moins de 30% des femmes de plus de 15 ans sur le marché de l'emploi, des dispositions fiscales particulières pour promouvoir leur participation pourraient néanmoins être adoptées par le Maroc. Ainsi, le Maroc pourrait envisager de mettre en œuvre un crédit d'impôt pour encourager l'intégration des femmes salariées ayant un bas revenu. Ce crédit

⁹ En matière de fiscalité, plusieurs éléments peuvent désinciter les seconds apporteurs à travailler : l'imposition du foyer fiscal plutôt que de l'individu, le recours à des allègements ou des crédits d'impôt pour conjoint à charge, ou l'utilisation de prestations et de crédits d'impôt basés sur le revenu du foyer plutôt que le revenu individuel. Au Maroc, l'unité pour l'imposition est l'individu, et non le foyer fiscal. Il n'y a de crédits d'impôts transférables. Par ailleurs, si le Maroc a recours à des allègements pour conjoint à charge, ceux-ci ne sont pas dépendants du niveau de revenu des femmes, et ne sont ainsi pas désincitatifs à participer au marché du travail. Seules les prestations sociales, basées sur le revenu du foyer, peuvent être désincitatives.

¹⁰ Par exemple, en 2014, le Maroc a développé le congé maternité, dont les caractéristiques remplissent celles recommandées par le Bureau international sur le travail (14 semaines de congés, maintien de 100 % du salaire, via le financement d'un fonds de sécurité sociale).

d'impôt devra pouvoir être obtenu avec un minimum d'heures travaillées dans le secteur formel, être remboursable, et se réduire progressivement au fur et à mesure de l'accroissement du revenu pour ne pas désinciter à obtenir un emploi mieux rémunéré. Les crédits d'impôt liés à l'exercice d'un emploi sont une des principales mesures utilisées par les pays OCDE pour réduire les trappes à chômage ou à inactivité. Ces mesures permettent également de réduire la pauvreté, lorsqu'elles sont ciblées sur les travailleurs les plus pauvres, et d'accroître les incitations à travailler.

De même, le Maroc devrait conserver l'individu comme unité fiscale, et ne pas se diriger vers une imposition par foyer fiscal comme recommandé lors des Assises Nationales sur la Fiscalité. En effet, ce type d'imposition a tendance à désinciter les seconds apporteurs à participer au marché du travail. De nombreux pays ont pour unité fiscale l'individu couplée à des dispositions fiscales basées sur le revenu du ménage. Si le Maroc devait s'engager dans cette direction, il s'agirait alors d'assurer que ces dispositions fiscales ne créent pas de freins à la participation des femmes sur le marché du travail.

Enfin, la formalisation de l'économie et des travailleurs aura également un impact positif sur le niveau des cotisations sociales qui sera collecté. Pour ce faire, la future introduction d'un régime d'assurance maladie pour les indépendants est une étape à saluer.

L'introduction du régime de l'assurance maladie des indépendants

Le régime de sécurité sociale des indépendants (AMI) n'est pas encore en vigueur. D'après les autorités marocaines, il permettra d'accroître le taux de couverture de la population à 90% en 2025. Ce régime sera géré par la CNSS, indépendamment du régime de l'AMO pour le secteur privé.

La conception de ce régime, actuellement à l'étude, risque d'entraîner des distorsions. Le taux serait aligné avec celui de la CNSS, à 6.37%. Toutefois, la base d'imposition ne dépendra pas des revenus réels, mais sera fixe. Il s'agira d'un multiple du SMIG, qui variera en fonction des catégories professionnelles et de leurs différents niveaux de revenus. Or cette caractéristique est difficile à justifier car elle risque de favoriser des comportements d'évasion fiscale et d'accroître l'informalité. Au lieu d'une base fixe multiple du SMIG, le système devrait se baser sur les revenus réels, avec éventuellement un plafond. Ceci d'autant plus que l'administration fiscale mène de nombreux efforts pour avoir une meilleure image des revenus réels gagnés par les professions libérales

6 Le recours accru aux recettes fiscales pour le financement de la santé

Des marges de manœuvre existent pour une hausse des taxes intérieures de consommation

Au Maroc, en 2019, les taxes intérieures de consommation (TIC) génèrent 27.6 Mds MAD, dont 59% par les produits énergétiques et 36% par le tabac. Hors produits énergétiques, les TIC représentent 1.1% du PIB ou 5.2% des recettes fiscales totales.

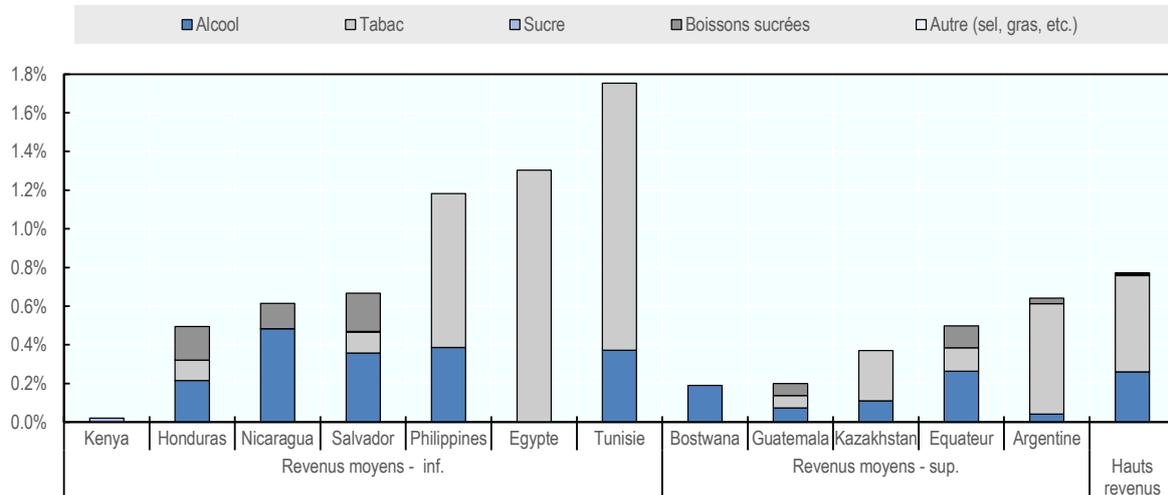
Caractéristiques générales des droits d'accise sur les produits néfastes à la santé

Les droits d'accise sur les produits néfastes à la santé (équivalent des taxes intérieures de consommation au Maroc) présentent de nombreux avantages. Ils permettent de lever des recettes fiscales (Graphique 6.1), tout en contribuant à améliorer la santé de la population (si la demande pour le produit est suffisamment élastique au prix), de corriger les défaillances de marché et d'information (car les consommateurs n'ont pas nécessairement une bonne connaissance des conséquences de ces produits sur leur santé), et peuvent – sous réserve de leur bonne conception - inciter les producteurs à ajuster le contenu de leurs produits, etc.

Toutefois, de tels impôts ont aussi des désavantages. Ils sont généralement régressifs, ne sont pas toujours répercutés sur le prix au consommateur (phénomènes d'ajustement des marges des producteurs), peuvent être associés à des pertes d'efficacité en raison de changements non anticipés des consommateurs (par exemple, phénomène de substitution d'un produit par un autre), et peuvent avoir pour répercussion d'accroître la contrebande. Enfin, s'ils génèrent des recettes fiscales, celles-ci peuvent parfois être limitées en comparaison de leurs coûts administratifs pour l'administration fiscale (de mise en application et de contrôle).

Graphique 6.1. Les droits d'accise sur les produits néfastes à la santé ont un potentiel pour lever des recettes fiscales

% du PIB



Note : Pour les hauts revenus, il s'agit d'une moyenne des pays OCDE et non OCDE pour lesquels une décomposition par type de droits d'accise existe dans la base de données Statistiques des recettes publiques (OCDE), soit 34 pays. Il est à noter que la base de données Statistiques des recettes publiques ne dispose pas d'informations désagrégées sur les droits d'accise pour le Maroc.

Source : Base de données : Statistiques des recettes publiques (OCDE).

Dans le long terme, la réduction de la consommation des produits néfastes à la santé peut réduire la base fiscale de ces impôts. Ceci aura pour conséquence de réduire la dépense publique de santé, mais aussi les recettes de cet impôt.

Plusieurs éléments sont à considérer dans le cadre de leur conception. Il s'agit de choisir de les faire porter sur le produit en soi ou sur le contenu de la substance nocive à la santé présente dans ce produit ; sur la valeur du produit (taxe ad valorem), la quantité (taxe ad quantum) ou les deux à la fois ; du taux d'imposition (avec éventuellement, de façon plus complexe, des hausses progressives dans le temps) ; de la présence ou non d'un seuil minimum ; ou encore du lieu où l'impôt est prélevé (producteur, importateur, ou au niveau du vendeur), etc.

Quel que soit leur conception, ces impôts ne sont qu'un des multiples instruments pour changer le comportement des consommateurs. En effet, les campagnes d'information, les réglementations (comme les interdictions de fumer dans les lieux publics) et la coopération avec le secteur privé, restent nécessaires.

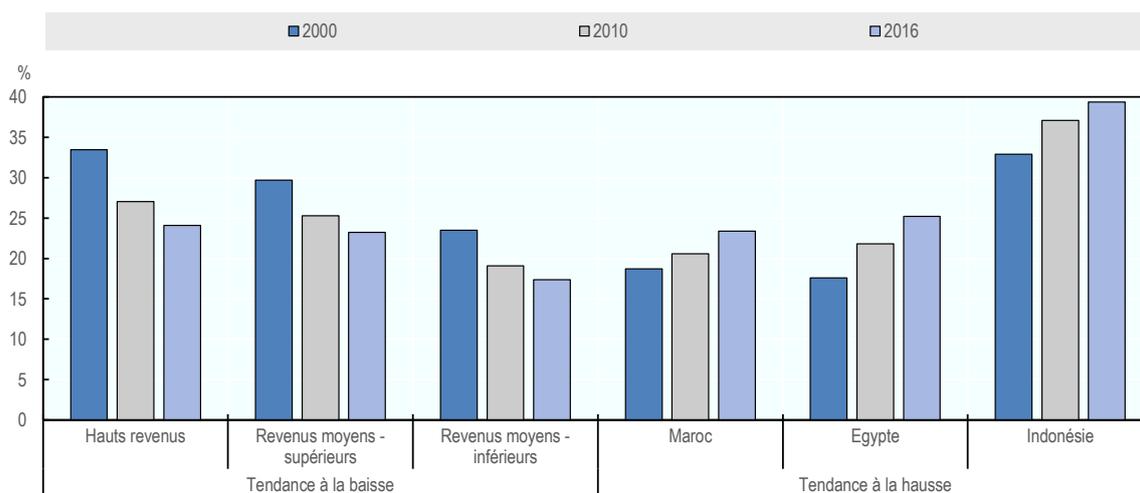
Enfin, l'économie politique entourant ce type de taxe est à prendre en compte. L'introduction de tels impôts est souvent soumise à la pression de lobbies. Ainsi par exemple en Grèce ou en Lettonie, les droits d'accise sur l'alcool ont été récemment réduits afin de soutenir la production locale. De nouveaux impôts peuvent également être mal perçus. Pour contourner cela, l'affectation des recettes de ces impôts peut faciliter leur acceptation par la population. Par exemple, le Mexique affecte les recettes de l'impôt sur les boissons sucrées au financement de la santé. En Hongrie, toutes les recettes des impôts sur les produits néfastes à la santé sont affectées à un Fonds dédié à la santé.

Taxe intérieure de consommation sur le tabac

La consommation de tabac au Maroc augmente (Graphique 6.2). 31% des marocains en consommeraient, ce qui causerait le quart des cancers et plus de 8% des décès (Ministère de la Santé, 2018^[11]), (Ministère de la Santé, 2017^[12]).

Graphique 6.2. Contrairement à la tendance internationale, le tabagisme augmente au Maroc

Prévalence du tabagisme (% de la population de plus de 15 ans qui fume de manière régulière)



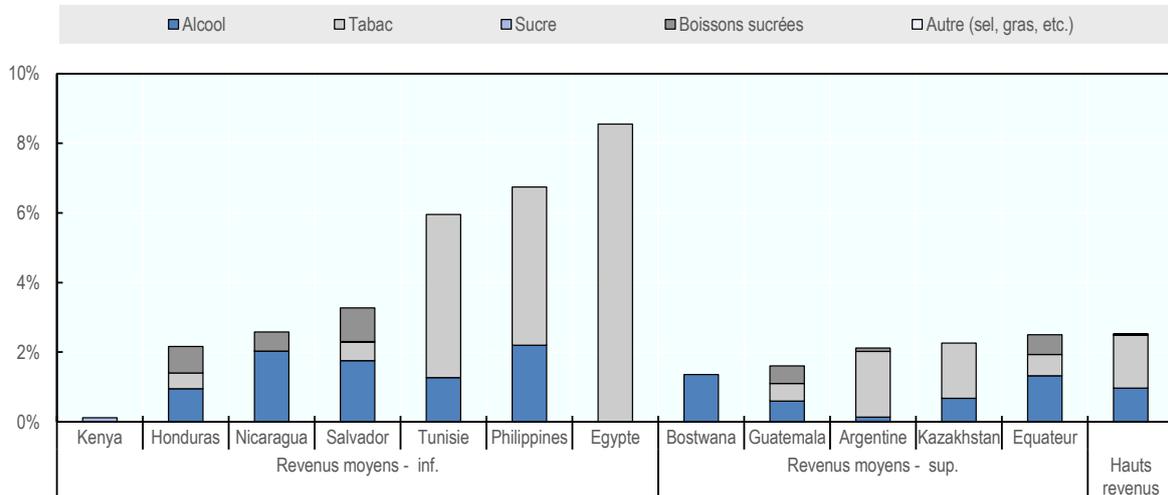
Source : OMS.

Parmi les TIC sur les produits néfastes à la santé, la TIC sur les tabacs est celle qui génère le plus de recettes fiscales. En 2019, elle représente environ 5% des recettes fiscales totales (ou 40/8% des TIC) avec une évolution stable sur longue période. Cela est proche des niveaux de la Tunisie ou des Philippines, mais inférieur à l'Égypte (Graphique 6.3). Plus généralement, cela correspond à ce qui est observé internationalement, les droits d'accise sur le tabac représentant la majorité des recettes des impôts sur les produits néfastes à la santé.

Le système de taxation des cigarettes au titre de la TIC, instauré depuis l'année 2013, se caractérise par trois composantes (Tableau 6.1) : 1) Une taxe intérieure de consommation dite normale avec une partie spécifique et une partie ad-valorem appliquée au prix de vente hors taxe ; 2) Un minimum de perception ; 3) Un minimum de pression fiscale. Ces trois composantes de la TIC sont calculées séparément et la recette perçue correspond au montant le plus élevé.

Graphique 6.3. Au sein des droits d'accise sur les produits nocifs à la santé, ceux sur le tabac et l'alcool génèrent le plus de recettes fiscales

% des recettes totales



Note : Pour les hauts revenus, il s'agit d'une moyenne des pays OCDE et non OCDE pour lesquels une décomposition par type de droits d'accise existe dans la base de données Statistiques des recettes publiques (OCDE), soit 34 pays. Il est à noter que la base de données Statistiques des recettes publiques ne dispose pas d'informations désagrégées sur les droits d'accise pour le Maroc.

Source : Base de données : Statistiques des recettes publiques (OCDE).

Tableau 6.1. Taxation du tabac

Produits	TIC				TVA	
	Composante 1		Composante 2	Composante 3		
	Droit d'accise spécifique	Droit d'accise ad valorem (% du prix de vente public hors TVA et TIC spécifique)	Minimum de perception	Pression fiscale		
Cigarettes	462 dirhams les 1000 cigarettes	25%	630 dirhams les 1000 cigarettes	58% du prix de vente public toutes taxes comprises	20%	
Cigares/cigarillos	500 dirhams les 1000 unités	35%	1000 dirhams les 1000 unités		20%	
Autres tabacs manufacturés	Tabacs à fumer destinés à rouler les cigarettes	750 dirhams les 1000 grammes	25%	950 dirhams les 1000 grammes		20%
	Tabacs pour pipe à eau	280 dirhams les 1000 grammes	25%	450 dirhams les 1000 grammes		20%
	Autres	158 dirhams les 1000 grammes	25%	220 dirhams les 1000 grammes		20%

Source: MEFRA.

Toutefois, comme indiqué dans le Tableau 6.2. , les trois composantes sont calculées séparément, puis comparées entre elles, la recette perçue correspondant au montant le plus élevé. Le Tableau 6.2. donne un aperçu des trois composantes pour les trois types de cigarettes (lignes A, B et C).

Pour les cigarettes les plus chères, la composante 3 (taux de pression fiscale minimale) est retenue dans la mesure où il s'agit de la plus élevée des trois. Avec la TVA, le taux de pression fiscale s'élève à 75% du prix de vente. Pour les cigarettes les plus vendues et les cigarettes les moins chères, la composante 2 (minimum de perception) est retenue, portant le taux de pression fiscale (inclus TVA) à 78% et 95% respectivement. Dans le cas des cigarettes les plus vendues, le taux de pression fiscale du Maroc est proche des pays comparateurs de la région (Graphique 6.5).

Deux constats peuvent être tirés de cette analyse. D'une part, le Maroc observe la norme conseillée par l'OMS d'avoir des taxes représentant au minimum 75% du prix de vente au détail, et ce, pour tous les types de cigarettes. D'autre part, si ces chiffres pourraient être comparés avec les études internes du Ministère de la Santé, l'analyse tend néanmoins à confirmer le constat selon lequel la TIC sur les tabacs est régressive (AFD, DEPF et ONDH, 2019^[17]) (Graphique 6.4). Cette analyse pourrait être étendue aux autres types de tabac (cigares, tabac à rouler, tabacs pour pipe à eau) sous réserve de disponibilité des informations sur les prix à la vente.

Toutefois, d'après l'OMS, il est plus accessible d'acheter des cigarettes en 2019 qu'en 2008. Acheter 2000 cigarettes en 2019 revient à dépenser 6.48% du PIB par habitant, contre 7.66% en 2008. Ceci peut refléter la hausse plus rapide du PIB par habitant comparée à la hausse du prix des cigarettes.

Ainsi, si le Maroc observe la norme de l'OMS d'imposition du tabac à hauteur de 75% du prix de vente au détail, la fiscalité sur le tabac pourrait être davantage renforcée pour rendre ce produit moins facilement accessible à la population, et ainsi réduire sa consommation.

Tableau 6.2. Calcul des trois composantes de la TIC, et de la TVA, sur les cigarettes

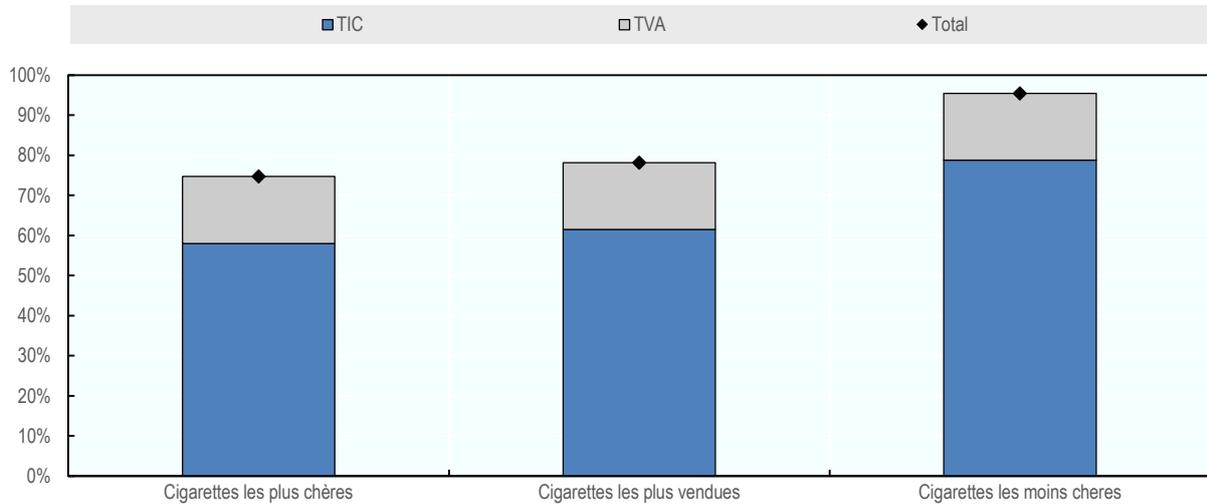
		Cigarettes les plus vendues	Cigarettes les moins chères	Cigarettes les plus chères
Prix de vente pour 1000 cigarettes		1025	800	1750
Droit d'accise spécifique		462	462	462
Droit ad valorem		25%	25%	25%
TVA		20%	20%	20%
Composante 1	Prix de vente hors taxe (MAD)	314	164	797
	A. Total TIC (MAD)	540	503	661
	Total TIC (% prix de vente)	53%	63%	38%
	Total TVA (MAD)	171	133	292
	Total TVA (% prix de vente)	17%	17%	17%
	Total taxe payée (MAD)	711	636	953
Total taxe payé (% prix de vente)		69%	80%	54%
Composante 2	B. Minimum de perception des TIC (MAD)	630	630	630
	Prix de vente hors taxe	224	37	828
	TVA (MAD)	171	133	292
	Total taxe payée (MAD)	801	763	922
	Total taxe payé (% prix de vente)	78%	95%	53%
Composante 3	C. Taux de pression fiscale minimale (MAD)	595	464	1015
	Prix de vente hors taxe	260	203	443
	TVA (MAD)	171	133	292
	Total taxe payée (MAD)	765	597	1307
	Total taxe payé (% prix de vente)	75%	75%	75%

Note : Il est à noter que dans le cas des cigarettes les plus vendues, si la composante 1 était retenue, le taux total de pression fiscale serait de 69%, proche du taux présenté dans la note pays de la publication 2019 de l'OMS (71%) (WHO, 2019^[31]).

Source : OCDE.

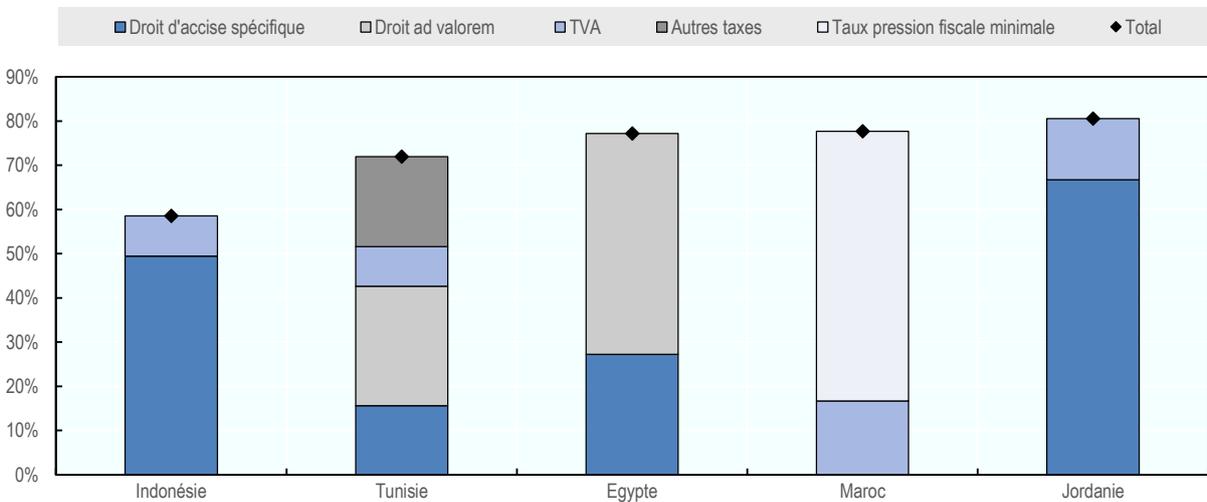
Graphique 6.4. La fiscalité qui s'applique sur les cigarettes est régressive

En % du prix de vente



Note : Composante 2 pour les cigarettes les plus vendues et les moins chères. Composante 3 pour les cigarettes les plus chères.
Source : OCDE.

Graphique 6.5. En matière de pression fiscale sur les cigarettes les plus vendues, le Maroc est aligné avec les pays comparateurs de la région



Source : OCDE et (WHO, 2019^[32]).

Taxe intérieure de consommation sur l'alcool

Comme dans les autres pays de la région, la TIC sur l'alcool rapporte peu de recettes fiscales. Il serait intéressant pour le Maroc d'avoir le détail précis des recettes générées par cette TIC sur longue durée pour analyser leurs évolutions au regard des mesures introduites au sein des Lois de Finances successives.

La taxation de l'alcool est organisée autour d'une TIC spécifique (800 ou 1000 MAD par hectolitre volume), une TVA ad-valorem de 20% et d'une taxe parafiscale (5 MAD par hectolitre) (Tableau 6.3).

L'annexe fiscale 2020 a supprimé la TVA spécifique de 100 MAD par hectolitre pour simplifier le système. Les comparaisons internationales montrent que les droits d'accise sur le vin peuvent être augmentés au Maroc (Graphique 6.6).

Tableau 6.3. Taxation de l'alcool

	TIC appliquée que les quantités	TVA ad-valorem	Taxe parafiscale pour le Croissant rouge (MAD par hectolitre)
Bière	1000 MAD par hectolitre volume	20%	5
Vin	800 MAD par hectolitre volume		

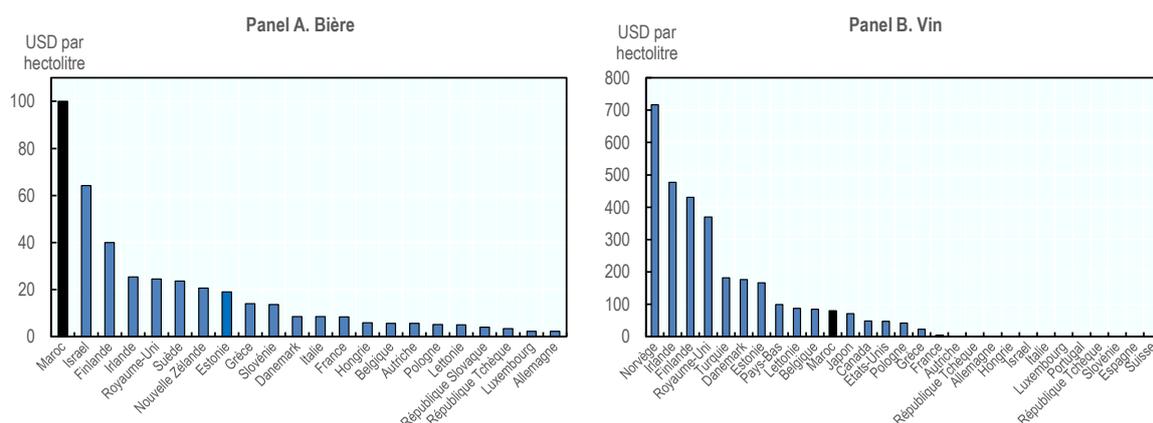
Note: Les alcools autres que la bière et le vin sont exclus de ce tableau.

La loi de finances pour l'année budgétaire 2020 a abrogé les dispositions de l'article 100 du Code Général des Impôts relatives aux tarifs spécifiques de la TVA. Ainsi, à partir du 1er janvier 2020, ces produits relèvent de la taxe intérieure de la consommation gérée par l'administration de la douane.

Source: MEFRA.

Graphique 6.6. Les droits d'accise spécifiques sur le vin peuvent être augmentés

Droits d'accises, par hectolitre par degré d'alcool



Note : Ces calculs ne prennent pas en compte la TVA ad-valorem (20 %) ni la taxe parafiscale pour le financement du Croissant rouge marocain (5 MAD par hectolitre).

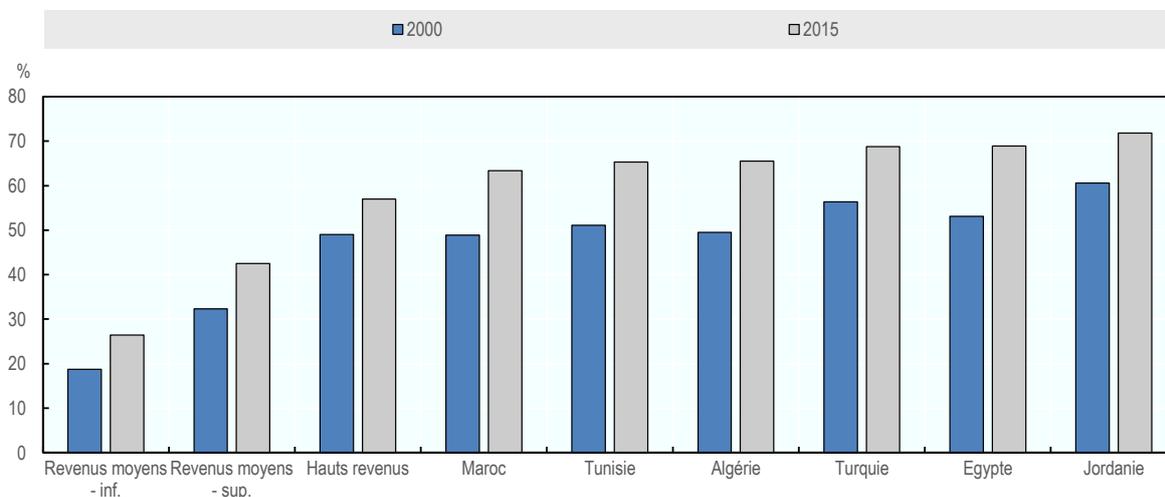
Source: (OCDE, 2018^[33])

Taxe intérieure de consommation sur les boissons sucrées

Au Maroc, la consommation de sucre est très élevée, ce qui accroît la prévalence de certaines maladies (Graphique 6.7). La consommation de sucre est de 36 kilos par an et par habitant au Maroc, soit 4 fois plus que la dose recommandée par l'OMS (CNOPS, 2018^[34]). 7% de la population a du diabète sucré, et 13% est en situation d'obésité (Ministère de la Santé, 2017^[12]).

Graphique 6.7. La population en surpoids s'accroît dans le monde, le Maroc ne faisant pas exception

% de la population de plus de 15 ans en situation de surpoids (avec un indice de masse corporelle supérieur à 25)



Source : OMS.

La Loi de Finance 2020 introduit de nombreux changements sur la TIC pour les boissons sucrées afin d'inciter les producteurs à réduire la teneur en sucre dans les boissons (Tableau 6.4.). Ceci inscrit le Maroc dans la tendance observée à l'échelle internationale, avec de très nombreux pays introduisant des impôts sur les boissons sucrées. S'il apparaît que les recettes générées par cette TIC sont modestes, reflétant là encore la tendance internationale, et que l'objectif principal vise davantage au changement de comportement des consommateurs, plus de détails sur les recettes générées par cet impôt seraient utiles (comme dans le cas de la TIC sur l'alcool).

Tableau 6.4. TIC sur les boissons sucrées

Quotité, en MAD

Unité de perception : hectolitre volume	Contenant de sucre		
	Par addition de 5g/100ml ou moins	Par addition de plus de 5g/100ml et moins de 10g/100ml	Par addition de 10g/100ml ou plus
Eaux gazeuses ou non gazeuses, eaux minérales, eaux de table ou autres, aromatisées par addition de moins de 10% de jus de fruits comestibles ou de son équivalent en jus concentré ; Limonades préparées avec moins de 6% de jus de citron ou de son équivalent en jus concentré	30	40	45
Eaux gazeuses ou non gazeuses, eaux minérales, eaux de table ou autres, aromatisées par addition de 10% ou plus de jus de fruits comestibles ou de son équivalent en jus concentré ; Limonades préparées avec 6% ou plus de jus de citron ou de son équivalent en jus concentré	10	12.5	15
Boissons énergisantes ¹	600		

1. Avec une teneur en caféine supérieure à 14,5 mg/100 ml et moins de 32 mg/100ml, additionnée le cas échéant d'autres substances stimulantes telles que la taurine, le glucuronolactone, le guarana, le ginseng, ou tout autre extrait de végétaux

Source: (Ministère des Finances, 2020^[23]).

Encadré 6.1. Exemples de pays ayant introduit des droits d'accise sur les produits néfastes à la santé

Islande. La taxe sur le sucre, introduite par l'Islande en 2013, avait un taux de 210 ISK par kilogramme de sucre. Pour minimiser les coûts administratifs et de mise en conformité, la taxe était basée sur le contenu moyen en sucre de chaque item du code de classification douanière. La taxe s'appliquait également aux édulcorants artificiels au taux de 42 ISK par gramme.

Norvège. La Norvège impose les boissons sucrées naturelles et artificielles (taxe introduite en 2007 en remplacement d'une taxe sur les boissons rafraîchissantes gazeuses et d'autres boissons sans alcool datant de 1924), le chocolat, les produits sucrés, et le sucre (7.93 NOK par kilo de sucre, imposée au niveau des producteurs ou importateurs). À l'origine, ces taxes ont été introduites pour accroître les recettes fiscales, mais ont continué à être utilisées à des fins de santé publique. La Norvège a aussi envisagé, mais n'a finalement pas introduit, des taxes basées sur les nutriments en raison de leur complexité (nécessité d'avoir des lois spécifiques régissant l'étiquetage des produits).

Brésil. Entre 2006 et 2011, le Brésil a augmenté les droits d'accise sur les cigarettes, conduisant à une hausse de 34% du prix réel du paquet et une réduction de 19% de la consommation de cigarettes. En 2012, les hausses de taux ont été supérieures au taux d'inflation. Ainsi, entre 2012 et 2016, la hausse des prix a atteint 33% et la consommation a baissé de 50%.

Russie. En 2005, la Russie a introduit des mesures de contrôle sur l'alcool : interdiction de publicité en lien avec l'alcool, restriction pour l'achat, et hausse du coût à travers des taxes et des prix planchers. En 2014, ces mesures avaient réduit d'un tiers la consommation d'alcool, entraînant une baisse des maladies non-transmissibles et du taux de mortalité.

Colombie. En 2016, la Colombie a augmenté la taxe spécifique sur les cigarettes de 200%, et introduit une hausse annuelle de 4 points de pourcentage venant s'ajouter au taux d'inflation. La consommation de cigarettes a ainsi chuté de 23% entre 2016 et 2017, et les recettes fiscales en lien avec les cigarettes ont augmenté de 54%. En 2016, la Colombie a également augmenté les taxes sur l'alcool, en adoptant une combinaison d'une taxe ad valorem (de 25%) et d'une taxe spécifique basée sur le contenu en alcool. Cette réforme a permis d'accroître les revenus de cette taxe de 17% en 2017.

Source: OCDE ; (Bloomberg Philanthropies, 2019^[35]).

Certains pays ont été plus loin, et ont introduit des droits d'accise sur le sucre, comme la Norvège (1981) ou l'Islande (introduit en 2013 puis retiré en 2015) (Encadré 6.1). **Au Maroc, plutôt que d'introduire une TIC sur le sucre à court terme, il s'agirait tout d'abord de supprimer le système de compensation sur le sucre introduit en 1996.** En 2018, la charge de compensation sur le sucre s'est élevée à 2.34 Mds MAD, soit 17.1% du total de la charge de compensation (MEFRA, 2019^[36]). Plusieurs limites existent au sein de ce système qui vise à stimuler la production locale de ce produit stratégique de première nécessité :

- Même s'il progresse, le taux de couverture de la consommation par la production locale reste inférieur à celui des importations (49% en 2019).
- Le prix à la consommation est anormalement bas par rapport à d'autres pays : le prix du sucre granulé est de 4,6 MAD au Maroc contre 10,2 MAD en Algérie, 9,9 MAD en Égypte et 8,9 MAD en Mauritanie (Cours des comptes, 2014^[37]).
- Depuis 2007, la restitution de la subvention du sucre raffiné par les industries agroalimentaires à base de sucre dont les produits ne sont pas destinés à l'export a été abandonnée, sauf pour les producteurs de boissons gazeuses et non gazeuses qui continuent de restituer la moitié de la

subvention au Fonds d'appui à la Cohésion Sociale (prélèvement forfaitaire de 1 000 MAD sur chaque tonne de sucre utilisée). Ainsi, les biscuiteries, chocolateries, confiseries, conserveries de fruits, dérivés de lait et crèmes glacées ne la restituent plus (Ministère de l'Economie et des Finances, 2018^[38]). En 2013, le montant restitué était de 88 M MAD (Cours des comptes, 2014^[37]).

La fiscalité environnementale devrait être mise plus en avant

Les Assises Nationales sur la Fiscalité ont abordé tous les types d'impôts aux niveaux central et local. Les orientations pour la réforme fiscale issues des Assises couvrent ainsi un large spectre de sujets.

Toutefois, la fiscalité environnementale, malgré son rôle important en matière de croissance soutenable et les répercussions positives sur la santé, a été absente des discussions. Seule une recommandation à l'issue des Assises mentionne l'institution d'une fiscalité dédiée à la protection de l'environnement dont le produit serait affecté aux régions. Ceci constitue une première étape, mais qui reste encore très générique, et qui mériterait d'être approfondie rapidement compte tenu des défis environnementaux et de santé auxquels fait face le Maroc. Ceci serait d'autant plus bénéfique que la structure fiscale du Maroc reste insuffisamment diversifiée, encore trop orientée autour des trois piliers TVA/IR/IS, avec peu de prise en compte des autres types d'impôts, en particulier ceux à caractère environnemental.

L'affectation des recettes de ces impôts aux régions pourrait être exploré. D'une part, car cela viendrait combler une partie des besoins en financement des collectivités territoriales. D'autre part, car cela leur donnerait une incitation à mettre en place ces impôts. Enfin, cela pourrait éventuellement venir soutenir le financement de certains programmes de santé dans le cadre de la régionalisation avancée et de la déconcentration, ou du Ramed que les collectivités peinent à financer.

L'affectation d'une partie des recettes de la TVA à la santé n'est pas recommandée

Une des recommandations des Assises Nationales sur la Fiscalité (mai 2019) est d'affecter une partie des recettes de la TVA à la généralisation de la couverture et des aides sociales, sur la base du Registre Social Unique. Cette recommandation a été reprise lors de la Conférence Nationale sur le Financement de la Santé (Encadré 1.1). Le Conseil Économique, Social et Environnemental a ainsi proposé d'affecter 2 à 4 points de TVA du taux de 20% pour le financement de la couverture sociale (venant ainsi en complément des revenus générés par les cotisations de sécurité sociale) ou pour alimenter le Fonds d'appui à la cohésion sociale. Le Tableau 6.5 donne un ordre de grandeur de ce que cela représenterait, et offre une comparaison avec le budget du Ministère de la Santé si l'intégralité de ces revenus était affectée à la santé.

L'affectation de 2 à 4 points de TVA au secteur de la protection sociale/santé apparaît être une mesure ambitieuse, notamment aux vues des montants représentés, et devrait de ce fait être considérée avec précaution (voir chapitre 5 pour une discussion sur les avantages et les risques associés au principe d'affectation des ressources). Dans le cas présent, affecter 2 à 4 points du taux standard de TVA de 20% au secteur de la santé représenterait entre 26 à 52% du budget du Ministère de la Santé. Or, dans les conditions actuelles de faible exécution de la dépense par le Ministère, l'affectation de tels montants semble être inadaptée. Enfin, une partie de la TVA est déjà affectée au financement des collectivités locales, dont une des prérogatives transférées concerne la santé. En 2018, il s'agit de 29 Mds MAD, soit 31% du total des recettes de TVA (TVA intérieure et à l'importation).

Tableau 6.5. Ordre de grandeur des recettes de TVA qui pourraient être affectées à la protection sociale/secteurs sociaux

	En Mds dirhams	En % du budget du Ministère de la Santé ³
Recettes issues de la TVA en 2019 (intérieure et à l'importation ¹)	60.7	
Recettes générées par le taux standard de TVA de 20%²	48.56	
Recettes de TVA générées par 1 point du taux standard	2.428	13%
Recettes de TVA générées par 2 points du taux standard	4.856	26%
Recettes de TVA générées par 4 point du taux standard	9.72	52%

1. TVA intérieure en 2019 est de 20.032 Mds MAD, et la TVA à l'importation de 40.6 Mds MAD (chiffres communiqués par la DEPF).

2. Le taux standard de TVA de 20% génère environ 80% des recettes totales de TVA.

3. Le budget du Ministère de la Santé comporte le budget de fonctionnement et le budget d'investissement pour l'année 2020, soit 18 684 Mds MAD (chiffres communiqués par la DEPF).

Source: OCDE.

Si le Maroc devait s'engager dans l'affectation d'une partie de la TVA à la santé, il s'agirait de mettre en place un cadre budgétaire solide pour assurer que les projections de dépenses et de financements soient bien évaluées et restent sous contrôle. En effet, affecter une partie de la TVA sans que le Ministère de la Santé ne dispose d'un budget précis indiquant ses coûts et justifiant des recettes supplémentaires apparaît sous-optimal. Une affectation automatique d'une partie de la TVA sans cadre budgétaire solide qui soit discuté et validé en amont par le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Économie, des Finances et de la Réforme de l'Administration, aboutirait à une dépense de santé inefficace et excessive, et placerait ainsi au second rang la recherche d'amélioration de l'efficacité de la dépense publique de santé.

À l'inverse, l'élargissement de l'assiette de la TVA constitue une mesure plus adaptée car elle permettra une hausse des recettes fiscales pour le budget général de l'État. D'une part, le nombre de taux réduits de TVA (0%, 7%, 10%, et 14%), important au regard d'autres pays, pourrait être rationalisé. Le taux standard de TVA (20%), relativement élevé en comparaison internationale, devrait être maintenu dans la mesure où une baisse éventuelle n'aurait pas nécessairement les répercussions attendues sur la baisse des prix à la consommation. D'autre part, la suppression de certaines exonérations de TVA, après analyse détaillée de leurs impacts respectifs, permettrait aussi d'élargir l'assiette fiscale de cet impôt.

Le soutien de la TVA au secteur de la santé se fait aussi de façon indirecte, par les dépenses fiscales. En 2019, 13 mesures de dépense fiscale ont un lien avec l'allègement du coût de la santé. Ces dernières sont principalement relatives à la TVA (exonération ou application de taux réduits). Elles représentent 446 M MAD, soit 1.6% du total des dépenses fiscales, ce qui est relativement modeste.

Certains médicaments continuent d'être imposés au taux réduit de TVA de 7%, contrairement à de nombreux pays OCDE et d'autres pays de la région Afrique du Nord/Moyen Orient qui ont davantage recours au taux 0%. Bien que les taux réduits de TVA, ou les taux 0%, soient généralement considérés comme étant sous-optimaux car ils bénéficient relativement plus aux ménages aisés qu'aux ménages pauvres (en pourcentage de leurs revenus), cet argument est moins valide dans le cas des médicaments qui sont consommés de manière sporadique en fonction des besoins des patients. Poursuivre l'effort d'exonération de la TVA sur les médicaments devrait ainsi être poursuivi (voir Encadré 1.1).

Enfin, les difficultés de récupération de la TVA affectent également le secteur de la santé. Par exemple, les organismes de la société civile, dont ceux engagés dans la lutte contre le sida et la tuberculose, peuvent être amenés à subir des délais importants dans ces démarches, pénalisant ainsi leur situation financière à court et moyen terme. L'amélioration de la récupération des crédits de TVA apparaît ainsi importante pour la société civile marocaine impliquée dans la santé.

La mise en place de déductions fiscales pour certaines dépenses de santé n'est pas recommandée

Lors des discussions au cours des Assises Nationales sur la Fiscalité, il a été avancé l'idée d'introduire des déductions fiscales pour les frais de mutuelles de santé, dont ont recours principalement les classes moyenne et supérieure. Or l'introduction de telles déductions réduirait l'impôt sur le revenu de manière conséquente, et poserait la question du financement du système public de santé. Si le Maroc décide de s'orienter vers l'introduction de telles dispositions, il s'agirait alors au préalable d'élargir très significativement l'assiette fiscale de l'impôt sur le revenu, tout en augmentant sa progressivité (par exemple en réduisant la générosité des abattements pour frais d'emploi, pour la constitution d'épargne-retraite, et pour les intérêts des prêts au logement, qui sont régressifs) (OCDE, 2019^[26]), et de cibler les dépenses de santé pouvant en bénéficier.

Les efforts menés par l'administration fiscale marocaine pour assurer que toutes les professions libérales, y compris celles opérant dans le secteur de la santé, payent leur juste part d'impôt sont à saluer et à poursuivre. L'administration fiscale a collecté de nombreuses informations et données dans le but d'avoir une image précise des contribuables qui ne payent pas leur juste part d'impôt. À ce titre, l'administration fiscale a récemment mis en lumière que certaines professions libérales contribuent très peu à l'impôt sur le revenu. Actuellement, environ 3% de l'impôt sur le revenu est levé sur les revenus professionnels, bien moins que dans d'autres pays comme la République Tchèque, le Ghana, ou encore Israël. Ainsi la lutte contre la fraude fiscale doit se poursuivre au sein de toutes les professions libérales, et s'accompagner d'un renforcement du système de pénalisation de la fraude.

Le renforcement des financements locaux est nécessaire pour la mise en œuvre des prérogatives de santé des collectivités

L'autonomie fiscale des collectivités locales est limitée, les recettes fiscales propres étant leur troisième source de financement. 64% des recettes des collectivités locales provient des dotations et des subventions versées par le budget général de l'État ; 26% des recettes fiscales ; 3.6% des recettes tarifaires et de redevance ; 3% des revenus du patrimoine et 3% d'autres sources. La dépendance à l'égard des transferts du gouvernement central est particulièrement marquée pour les régions (94% de leur financement total) et les préfectures/provinces (80%) (Tableau 6.6) (OCDE, 2018^[39]).

Dans le cadre de la régionalisation avancée, la santé fait partie des compétences transférées aux collectivités locales. Les préfectures/provinces sont en charge de l'offre de soins rurale, de la prévention/hygiène et de la détection des besoins des populations. Les municipalités quant à elles sont en charge des cliniques locales et des centres de soins de santé. En théorie, ces compétences transférées doivent s'accompagner d'un transfert des ressources financières nécessaires à leur exercice. Or dans les faits, les collectivités locales ne disposent pas des budgets nécessaires pour la mise en œuvre de leurs prérogatives.

Tableau 6.6. Financement des collectivités locales au Maroc

Sources de revenu	Détail des sources de revenu		Destination des revenus	2018	
64% de transferts de l'État central	Part des impôts affectés (86% du total)	TVA (80% des transferts total) à hauteur de 1% pour les régions, et 30% pour les préfectures, provinces et municipalités	100% au CAS Part des collectivités territoriales dans le produit de la TVA	29.1 Mds	
		IR à hauteur de 5% pour les régions	90% au CAS Fonds Spécial relatif au produit des parts d'impôts affectées aux régions	3.5 Mds	
		IS à hauteur de 5% pour les régions		517 M	
		Taxe sur les contrats d'assurance à hauteur de 20% pour les régions	10% alimente le Fonds de solidarité interrégionale	2.25 Mds	
	Subventions (14% du total, surtout destinées aux régions)	Crédit du budget général de l'État			
		Via le Fonds de concours et de Subventions			
		Fonds de solidarité interrégionale	Alimenté par 10% de l'IS, IR et TCA affectées	697 M	
	Fonds de mise à niveau sociale	Alimenté par une partie de la contribution générale du budget de l'État	10 M (dont 2 pour la santé)		
26% des recettes fiscales	5 impôts récurrents sur les biens immobiliers (16.5% du total du financement des collectivités territoriales ; 82% des recettes fiscales, soit 0.8% du PIB)	3 impôts collectés par la DGI au nom des collectivités locales (75%)	Taxe d'habitation	398 M	
			Taxe sur les services communaux	3.9 Mds	
			Taxe professionnelle	2.7 Mds	
				Taxes sur les terrains urbains non bâtis	1.5 Mds
		2 impôts collectés par les communes (25%)	Taxe sur la construction d'immeuble	728 M	
	Autres impôts gérés par les collectivités territoriales (18% des recettes fiscales)	Impôts levés par la municipalité (sur les boissons, le tourisme...)		730 M	
		Impôts levés par la préfecture/province			
		Impôts levés par la région			
	3.6% des recettes tarifaires et de redevance				
	3% des revenus du patrimoine				
3% d'autres sources					

Note: Le Fonds de solidarité interrégionale et le Fonds de mise à niveau sociale ont été créés en 2016 mais dotés de crédits pour la première fois en 2018. Les ordres de grandeurs figurant dans ce tableau ne sont pas nécessairement les chiffres définitifs pour 2018.

Source: (OCDE et SNGWOFI, 2019⁽⁴⁰⁾); MEFRA.

Les difficultés financières des collectivités locales dans le secteur de la santé se matérialisent à d'autres niveaux, par exemple dans le financement du Ramed. Alors que le Ramed est financé à hauteur de 15% par les communes rurales et urbaines (40 MAD par bénéficiaire considéré en situation de pauvreté, c'est à dire avec un revenu inférieur à 300 MAD par mois, ce qui représente 84% des Ramédistes), beaucoup de collectivités n'arrivent pas à honorer leurs engagements. Plusieurs raisons expliquent cette situation : i) Les communes avec la plus forte concentration de personnes pauvres sont également celles qui connaissent les plus grandes difficultés financières et donc le plus de transferts du gouvernement central ; ii) Les prévisions initiales de la part de la population pauvre (55%) se sont avérées erronées, avec 80% de population pauvre, augmentant le coût pour les collectivités locales ; iii) Des difficultés dans les procédures de versement des fonds au Fonds d'appui à la cohésion sociale (CAS en charge de financer le Ramed) sont observées. Ainsi, le déficit des collectivités locales serait estimé à 140 M MAD, pour un coût total annuel du Ramed de 4 Mds MAD (estimation de 3 Mds MAD par an avant sa mise en place).

Sous réserve d'une capacité d'absorption suffisante, la mise en œuvre des nouvelles compétences des collectivités locales, dont la santé fait partie, nécessite :

- **Qu'elles disposent des ressources nécessaires en provenance de l'État central** (recettes fiscales partagées, dotations et subventions). À ce titre, les possibilités de financement dont elles disposeront à travers le Fonds régional de mise à niveau sociale (destiné à la résorption des déficits en matière de développement humain, d'infrastructures et d'équipements) et le Fonds de solidarité interrégionale (pour la répartition des ressources en vue de réduire les disparités entre les régions) pourra constituer une première étape (OCDE, 2018^[39]). En particulier, le Fonds de mise à niveau sociale pourrait constituer une source de financement de l'offre de soin à l'échelle des régions (infrastructures de santé, couverture de certaines prestations, etc.).
- **Et qu'elles disposent de davantage de ressources propres, via le renforcement de la fiscalité des collectivités locales** (OCDE, 2018^[39]).

Toutefois, les ressources en provenance du niveau central pour le financement de la santé au niveau local devront jouer un rôle de premier ordre. D'une part, parce que les collectivités font déjà face à des difficultés pour financer d'autres programmes, comme le Ramed. D'autre part, parce que le rendement de fiscalité locale reste sous-optimal. Enfin, parce que les demandes de soins de santé sont importantes et devraient croître avec le temps. Ainsi, les capacités à collecter des recettes fiscales varient selon les régions (les régions les plus pauvres ont de plus faibles capacités pour collecter les recettes fiscales locales), le risque est d'avoir un système de santé public à deux vitesses, où les régions les plus riches pourront fournir une offre de santé meilleure que dans les régions les plus démunies, situation inéquitable et non désirable.

Un co-financement local par les collectivités peut néanmoins être souhaitable car il contribue à rationaliser la dépense de santé locale, ce qui nécessite de renforcer le rôle de la fiscalité locale. Pour ce faire, une approche graduelle sera nécessaire (OCDE, 2019^[26]). Par exemple, il s'agira, à court terme, de conserver la taxe professionnelle, mais de la supprimer à long terme quand la fiscalité foncière sera davantage développée (transformation du cadastre juridique en un cadastre fiscal, révision du recouvrement de la taxe d'habitation, révision des valeurs vénales des biens pour un plus grand recours aux impôts récurrents sur les biens immobiliers, etc.). À ce titre, une collaboration plus étroite entre la Direction Générale des Impôts et l'Agence Nationale de la Conservation Foncière du Cadastre et de la Cartographie, dont les données sont plus robustes, pourrait permettre la mise en place d'un système informatisé d'évaluation à grande échelle pour l'évaluation des biens immobiliers.

Les recommandations des Assises Nationales sur la Fiscalité vont dans ce sens en proposant des mesures pour renforcer la fiscalité locale :

- L'évaluation et la rationalisation des différents impôts locaux en vue d'examiner l'opportunité de leur maintien sur la base des critères objectifs.
- Le remplacement de la taxe professionnelle frappant actuellement l'investissement, par une taxe qui repose sur le critère de l'activité économique.
- Le remplacement des taxes locales assises sur la base de la valeur locative ainsi que la taxe sur les terrains urbains non bâtis par une taxe foncière locale assise sur la base de la valeur vénale.
- L'institution d'une fiscalité dédiée à la protection de l'environnement (éco-fiscalité) et l'affectation de son produit au profit des régions.

Quelle que soit l'option retenue pour le financement de la santé au niveau local (ressources transférées ou ressources propres), l'accès à des ressources financières suffisantes constitue une condition indispensable pour mettre en œuvre la politique de santé locale. Dans le cas contraire, le risque est une stagnation, voire une dégradation, de la qualité de l'offre de soins publique. La régionalisation avancée et la politique de déconcentration administrative (transfert de pouvoirs de

l'administration centrale aux services de l'État en région), corollaire d'une décentralisation réussie, constituent des opportunités pour améliorer l'action de l'État au niveau local (OCDE, 2018^[39]).

Encadré 6.2. Politique nationale de santé et décentralisation : exemples internationaux

En moyenne dans les pays de l'OCDE, la santé capte 18% des dépenses infranationales (2015). Toutefois, bien que la santé représente une part importante des dépenses infranationales, les gouvernements centraux continuent d'avoir un pouvoir décisionnel important. Ceci s'explique par le désir d'assurer une offre de soin de santé équitable et efficiente à l'échelle du territoire. Ainsi le pouvoir décisionnel des gouvernements infranationaux est souvent restreint par les normes, les régulations et la législation imposées à l'échelle nationale.

Le pouvoir des gouvernements centraux est souvent relatif aux aspects décisionnels des politiques de santé (par exemple en lien avec le cadre légal, la régulation des hôpitaux privés, etc.), aux objectifs de politique de santé, à la collection et à l'allocation des financements (fonds affectés à la santé, base et niveau des cotisations sociales de santé, etc.).

Par exemple, dans le cas du Danemark, 75% de la dépense publique est décentralisée (soit le taux le plus élevé). Toutefois, l'équivalent n'est pas observé en matière de décentralisation des revenus, et les régions continuent d'être largement financées par le gouvernement central. De même, la régulation de la dépense publique de santé des régions est très fortement dépendante du niveau central. Ainsi la mise en œuvre de la politique de santé régionale du Danemark s'apparente davantage à une délégation de pouvoir qu'à une véritable autonomie.

La tendance observée dans les pays de l'OCDE ces vingt dernières années a été la décentralisation du secteur de la santé. Toutefois, des pays comme le Chili, la Grèce ou l'Islande continuent d'avoir un système de santé très centralisé, contrairement à des pays comme le Canada, l'Espagne ou la Suisse. Enfin, des pays comme l'Allemagne, l'Australie, ou la Suède ont eu tendance à re-centraliser leur système de santé. En Norvège, la responsabilité de la politique de santé est (re)passée du niveau des municipalités aux régions qui ont désormais la compétence administrative. En effet, des observations à l'échelle internationale montrent qu'une décentralisation trop poussée de la dépense publique de santé peut aboutir à une fragmentation et une hausse des coûts de santé. Cette situation, propre au secteur de la santé, n'est pas observée dans le cas de l'éducation par exemple.

Source: Réunion annuelle du réseau sur le fédéralisme fiscal (2019) ; (James et al., 2019^[41]); (OCDE et SNGWOFI, 2019^[40]).

7 L'affectation des recettes fiscales pour la santé, un mécanisme à utiliser avec précaution

Malgré des désavantages, le recours à l'affectation des recettes fiscales reste répandu

De nombreux pays ont mis en place des mécanismes d'affectation des ressources. Ces dernières peuvent être rigides (*'hard earmarking'*) ou flexibles (*'soft earmarking'*). L'affectation rigide signifie que toutes les recettes d'un impôt sont tenues séparées des recettes générales de l'État, et ne peuvent être utilisées que pour financer, dans son intégralité, un programme de dépenses spécifique. Un autre cas d'affectation rigide est lorsqu'une part fixe des recettes d'un impôt finance dans son intégralité un programme de dépenses spécifique (par exemple x points de pourcentage de l'impôt sur le revenu est affecté à un programme de dépense donné). Dans le cas de l'affectation flexible, l'impôt affecté finance une partie seulement d'un programme de dépense, le reste étant financé par le budget général de l'État. Par exemple, les cotisations de sécurité sociale constituent une forme d'affectation des ressources. À l'international, l'affectation des impôts sur les produits néfastes à la santé est fréquente.

Plusieurs avantages existent au mécanisme d'affectation des ressources¹¹, notamment il :

- **Renforce la légitimité politique.** Il est plus facile d'obtenir un soutien populaire pour de (nouvelles) taxes qui sont affectées à des objectifs sociaux précis. Toutefois, l'affectation rigide des ressources peut aussi constituer un moyen facile de ne pas économiser dans le secteur, ni de réorganiser les priorités.
- **Fournit des indications aux contribuables sur le coût réel des programmes.** Dans la santé, ceci améliore l'information de la population sur les coûts importants du secteur. Cet argument est moins valide dans le cas de l'affectation flexible des ressources.
- **Soutient le principe selon lequel les individus contribuent à hauteur des bénéfices reçus d'un programme étatique.** Toutefois, dans le cas de la santé, ce principe ne devrait pas s'appliquer : une population affectée par une maladie ne devrait pas avoir à payer un impôt spécifique affecté au traitement de cette maladie.
- **Accroît la visibilité sur les sources de financement des programmes,** ce qui renforce la planification et la budgétisation à long terme, dépolitise un niveau minimum de revenu, et assure une certaine stabilité des financements. Cette caractéristique est particulièrement importante dans le secteur de la santé, où certaines dépenses sont incompressibles et ne peuvent pas être

¹¹ Cette discussion se base sur (Boakje, 2016_[43]) ; (Carling, 2007_[44]) ; (Murray, 2018_[45]) ; (OECD et World Bank, 2014_[46]) ; (WHO, 2016_[47]) ; (WHO, 2017_[48]) ; (Wright & al, 2017_[49]).

reportées dans le temps. Toutefois, dans certains cas, il sera difficile de savoir précisément à l'avance le montant des revenus qui sera affecté.

De nombreuses limites existent aussi, parmi lesquelles :

- **L'effet d'éviction des ressources publiques.** Du fait de l'affectation des ressources, d'autres sources de financement, telles que les recettes générales du budget de l'État, peuvent se voir réduites.
- **Renforcement des rigidités budgétaires.** L'affectation des ressources réduit le pouvoir discrétionnaire et la flexibilité des gouvernements. Ceci peut, dans certaines situations, compromettre la stabilité macroéconomique en entravant les possibilités d'ajustements budgétaires. Pour réduire ce risque, certains pays ont créé des fonds de réserve où les impôts affectés peuvent être dirigés si de nouvelles priorités émergent.
- **Absence de variation des financements en fonction des besoins réels des programmes.** Les fonds affectés ne varient pas en fonction de la taille des programmes ou projets qu'ils financent. Par conséquent, ils ne financent pas nécessairement l'intégralité des besoins. Dans le secteur de la santé, cela peut devenir non soutenable si les taux de couverture ou d'utilisation augmentent. En particulier, l'affectation rigide des ressources n'apparaît pas soutenable financièrement pour financer la couverture maladie universelle, du fait de l'ampleur de ce type de programme.
- **Risque d'inefficience des programmes financés par des ressources affectées** dans la mesure où ces programmes sont souvent moins soumis à évaluation. Dans le secteur de la santé, cela peut générer des inefficiences de la dépense publique.
- **Risque de financement pro-cyclique.** Certaines taxes affectées peuvent générer des revenus pro-cycliques, en particulier l'affectation d'une partie des revenus issus de l'impôt sur le revenu ou sur les salaires. Ceci peut entraîner des variations de financement très importantes, contraires au besoin de stabilité des fonds, en particulier dans le secteur de la santé. Toutefois, des programmes de santé financés par des taxes affectées contre-cycliques pourront être davantage protégés de coupes budgétaires.
- **Dans le cas de l'affectation flexible des ressources, la fragmentation des sources de financement** complexifie la gestion des programmes.

Au Maroc, le débat sur l'affectation de recettes supplémentaires à la santé est de nature politique, les montants en jeu étant limités

Beaucoup de ressources sont affectées au Maroc, à travers les Comptes Spéciaux du Trésor (CST).

Le périmètre du secteur public marocain se compose de l'administration centrale, 71 CST (dont 56 Comptes d'Affectation Spéciale - CAS) et 208 services de l'État gérés de manière autonome. Dans la Loi de Finances 2020, les CST représentent 85,1 Mds MAD soit 20% du total des ressources de l'État. Or les CAS sont juridiquement distincts du budget général de l'État. Leurs dépenses et recettes n'y figurant pas, ils échappent à la règle de non affectation de certaines recettes à certaines dépenses. Toutefois, les ressources des trois CAS relatifs à la santé représentent 2%¹² du total des ressources des CST.

Dans le secteur de la santé, la discussion sur une plus grande affectation des ressources apparaît nécessaire. D'après le Plan National de Santé 2025, le financement de la prévention, les soins de santé primaires et le rattrapage du déficit en matière d'équipement devrait passer par l'introduction de nouvelles dispositions fiscales visant les produits néfastes à la santé (tabac, alcool, sucre, sel, farine, boissons

¹² Voir Tableau 2.2: le Fonds de Cohésion sociale est pris en compte (2.45 Mds MAD), ainsi que le Fonds de soutien à l'INDH partie santé (410 M MAD), mais pas le Fonds de la Pharmacie Centrale dans la mesure où il est alimenté par le budget du Ministère de la Santé d'une part et le Fonds de Cohésion sociale d'autre part.

gazeuses/énergisantes, friandises, produits gras). D'après le Plan 2025, les revenus en émanant devraient être affectés au Fonds de la Pharmacie Centrale.

Dans les faits, les recettes fiscales à affecter, issues de la taxe intérieure de consommation (TIC) sur les produits néfastes à la santé, sont limitées. En 2018, elles ont représenté 12.58 Mds MAD (TIC tabac et TIC sur produits autres qu'énergétiques), soit 5.4% du total des recettes fiscales. Ainsi, la décision politique d'affecter davantage de ressources pour la santé reflètera davantage la priorité nationale qui y sera donnée par le gouvernement. En effet, s'il n'apparaît pas de lien causal entre ce mécanisme et de meilleures performances de santé, les pays l'ayant mis en place ont néanmoins observé une amélioration des performances de santé. Dans les faits, la mise en place de ce mécanisme reflète la volonté politique forte de renforcement du secteur de la santé, qui dépasse la simple affectation des ressources.

Aux vues des besoins financiers de la santé au Maroc, l'affectation des recettes issues des TIC sur les produits néfastes permettra d'augmenter, même de façon minime, le niveau général des ressources à la santé. Si l'affectation d'une partie des recettes de la TVA aux secteurs sociaux, entendu aux Assises Nationales sur la Fiscalité, n'apparaît pas être une mesure optimale compte tenu des montants en jeu et des capacités d'absorption des acteurs (voir Chapitre 4), il n'en reste pas moins que les pistes envisagées par le Ministère de la Santé décrites ci-dessus pourraient être discutées avec le Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Administration, et en particulier :

- **L'affectation de toutes les recettes fiscales de la TIC sur les tabacs**, et les nouvelles recettes qui émaneraient d'une hausse du taux d'imposition du tabac (voir Chapitre 4). Le Tableau 7.1 offre des exemples de pays affectant une grande part de la fiscalité du tabac à la santé.
- **L'affectation des autres TIC portant sur des produits néfastes à la santé**, comme l'alcool ou les boissons sucrées. À titre d'exemple, l'Ouganda a décidé d'affecter ses droits d'accise sur l'alcool et les boissons sucrées au financement des programmes contre le sida (2.5 M USD).
- **La poursuite de l'affectation des revenus générés par la réforme de la compensation aux secteurs sociaux.** Dans ce cadre, l'affectation des revenus générés par la suppression de la subvention pour le sucre devrait être envisagée. Ce constat est d'autant plus renforcé que les subventions pour le sucre sont moins progressives que les autres produits subventionnés (ce sont les populations les plus riches qui tirent le plus profit des subventions du sucre), ce qui a un faible impact en matière de réduction des inégalités (AFD, DEPF et ONDH, 2019^[17]).

Tableau 7.1. Exemples de pays affectant une grande part de la fiscalité du tabac à la santé

Pays	Descriptif
Argentine	Une taxe de 7% du prix de vente des cigarettes est affectée au financement des programmes sociaux et de santé.
Cap Vert	Toutes les recettes des droits d'accise sur le tabac sont affectées au sport et à la santé.
Colombie	La totalité des recettes émanant des droits d'accise ad valorem (10% du prix de vente) et la grande majorité des recettes des droits d'accise spécifiques (2100 CUP par paquet) sont affectées au financement de l'assurance maladie. Une petite partie des droits d'accise spécifiques est affectée au financement du sport.
Costa Rica	Toutes les recettes des droits d'accise spécifiques sont affectées au financement des programmes de prévention et de traitement des maladies liées au tabac, au traitement du cancer, et au sport.
Égypte	0.1 EGP supplémentaires sont prélevés sur chaque paquet de cigarette pour le financement de l'assurance maladie des étudiants. 0.75 EGP supplémentaires sont prélevés sur chaque paquet de cigarette pour financer le système d'assurance maladie.
Salvador	35% des recettes issues des droits d'accise sur le tabac, l'alcool et les armes sont affectées au financement du fonds de solidarité pour la santé.
Guatemala	Toutes les recettes des droits d'accise sur le tabac sont affectées au financement des programmes de santé.
Indonésie	Une surtaxe de 10% est imposée sur les droits d'accise sur le tabac. Au moins 50% des recettes en émanant sont affectées aux programmes de santé régionaux, dont 75% est affecté pour le financement du système d'assurance maladie. Par ailleurs, 2% des recettes de la fiscalité du tabac est affecté aux gouvernements régionaux, dont une proportion doit être utilisée pour la santé.
Panama	50% des recettes émanant de la fiscalité du tabac sont affectées à l'institut national contre le cancer et au Ministère de la Santé (pour la lutte contre la contrebande de cigarettes).
Paraguay	40% des recettes émanant des droits d'accise sur le tabac sont affectées au Ministère de la Santé pour la prévention et le traitement des maladies non transmissibles et 18% sont affectées au Fond national de développement du sport.

Source : (WHO, 2019^[32]).

Plusieurs conditions devraient être remplies avant d'opter pour une plus grande affectation des ressources

Si le Maroc devait s'engager dans la voie d'une plus grande affectation des ressources fiscales à la santé, plusieurs conditions devraient être mises en place pour assurer le succès d'une telle démarche. Un préalable sous-jacent à l'ensemble des conditions décrites ci-dessous est le besoin de rapprochement entre le Ministère de l'Économie, des Finances et de la Réforme de l'Administration et le Ministère de la Santé. En effet, la mise en place d'impôts affectés traduit le soutien politique à une (ou des) priorité(s) de santé, qui nécessite un alignement des deux ministères en termes d'objectif(s) à réaliser. Au-delà de ce rapprochement, d'autres conditions semblent nécessaires pour contrecarrer tout ou partie des limites de ce mode de financement décrites plus haut :

- Que l'introduction d'impôts affectés ne constitue pas une mesure isolée, mais fasse partie intégrante d'une stratégie globale de financement de la santé.
- Qu'elle s'accompagne de campagne de sensibilisation sur le rôle de l'impôt affecté et du programme de santé qui bénéficiera de son financement.
- Que les ressources affectées servent, en priorité, à financer des programmes de santé délimités (en termes budgétaires, d'ampleur et d'objectif), ces derniers faisant l'objet d'une évaluation, en amont, de leurs besoins pour prendre en compte les éventuelles hausses d'utilisation ou de couverture des programmes. À ce titre, l'affectation des ressources pour financer des programmes de santé, actuellement pris en charge par les bailleurs de fonds, et qui seront amenés à connaître une baisse de leurs financements à terme, a du sens.
- Que les mécanismes d'affectation flexible des ressources soient privilégiés afin de limiter les rigidités budgétaires.
- Que la mise en place de ressources affectées s'accompagne de mesures spécifiques de gestion des programmes de santé. Par exemple, l'acceptation de la mise en place d'impôts affectés par le Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Administration pourrait être dépendante d'une amélioration de la qualité et de l'efficacité de la dépense publique par le Ministère de la Santé.
- Que la mise en place de ressources affectées s'accompagne d'évaluations, à date régulière, des programmes qui en bénéficient, dans une logique de redevabilité des comptes.
- Que le nombre d'impôts affectés soit limité afin de contenir la fragmentation des sources de financement.
- Que les ressources affectées soient rapidement versées aux programmes de santé qu'elles financent.
- Que les ressources affectées soient conditionnées à des capacités d'absorption suffisantes de la part des organismes qui géreront l'afflux de nouveaux revenus.
- Que les contours du mécanisme d'affectation des ressources soient spécifiés de façon claire et transparente. À ce titre, le Paraguay constitue un contre-exemple (Encadré 7.1).

Encadré 7.1. L'affectation des recettes publiques pour la santé au Paraguay

Le Paraguay a mis en place une réforme fiscale en 2019 visant à la modernisation et la simplification du système fiscal (Loi 6380). Celle-ci contient une hausse des impôts sur le tabac, l'alcool, et les boissons sucrées, et crée un Fonds pour le renforcement des infrastructures et du capital humain (en particulier les programmes de protection sociale, de santé et d'éducation). Ce Fonds sera financé par un mécanisme d'affectation des recettes fiscales additionnelles générées par cette réforme. Toutefois, le mécanisme d'affectation des ressources n'est pas défini. La loi précise que le Ministère de l'Économie devra mettre en place la méthodologie à utiliser pour l'identification de ces recettes fiscales additionnelles générées par la réforme, ce qui laisse à ce stade peu de visibilité sur l'ampleur des revenus qui seront effectivement affectés.

Source: Paraguay MDCR Volume 2 and 3.

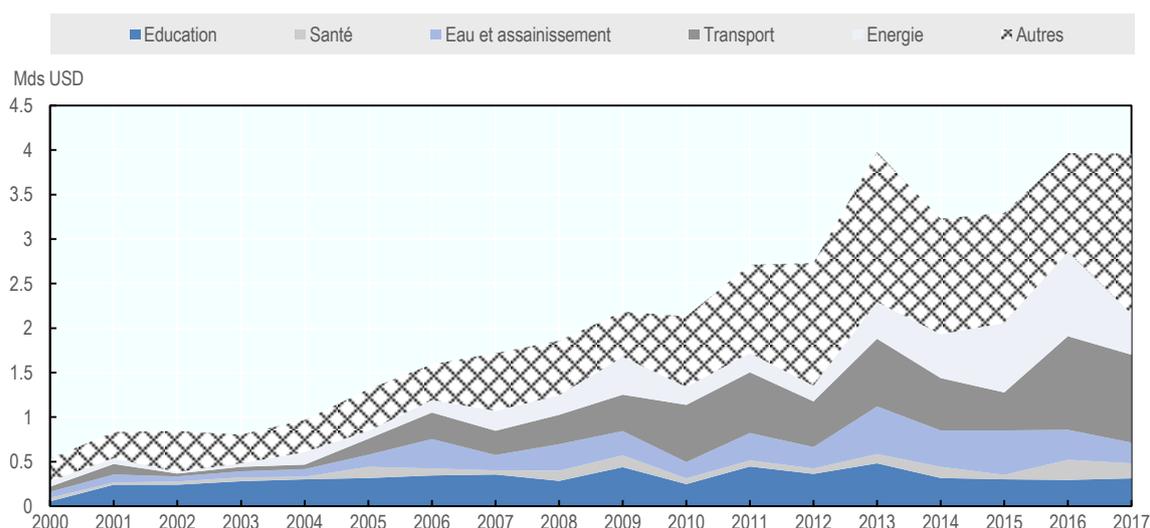
8 Après la transition, le financement de la lutte contre le VIH et la tuberculose par les recettes fiscales

Le Maroc devrait avoir les capacités financières pour gérer à bien la transition du Fonds mondial

La coopération internationale est relativement faiblement impliquée dans le secteur de la santé au Maroc (Graphique 8.1), de façon similaire à ce qui est observé dans les autres pays de la région. Ceci se reflète dans le rôle limité de ces flux dans le financement du secteur de la santé (voir Chapitre 2), et réduit sensiblement le risque de financement particulièrement élevé pour le secteur de la santé décrit dans le Chapitre 1.

Graphique 8.1. La santé représente une faible part des flux de la coopération internationale au Maroc

Versements de tous les bailleurs de fonds (bilatéraux, multilatéraux, privés)



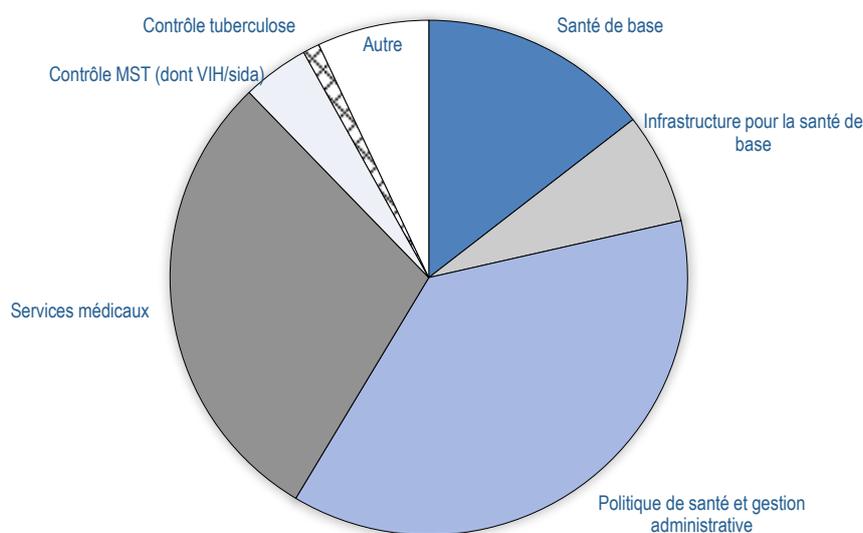
Note : La variable santé inclue les catégories santé et politiques et programme aux population et santé reproductive de la base de données CRS. La série « Autres » inclue l'aide à la société civile, secteur industriel, secteur agricole, etc.

Source : Base de données : Creditor Reporting System (OCDE).

Le Maroc devrait être en capacité de financer les programmes VIH/tuberculose par ses ressources domestiques après la transition. Au sein du secteur de la santé, le soutien de la coopération internationale pour le VIH/tuberculose est limité (Graphique 8.2; Tableau 8.1), mais celui-ci est capital dans la mesure où il est destiné à des populations vulnérables qui ne sont pas bien intégrées et acceptées dans la société.

Graphique 8.2. La lutte contre le sida et la tuberculose constitue une part faible de l'apport des bailleurs de fonds pour la santé

Moyenne des versements sur la période 2012-17



Note : Les catégories sélectionnées représentent 93% de l'aide du secteur de la santé. Les catégories santé et politiques et programme aux population et santé reproductive de la base de données CRS sont prises en compte dans le graphique.

Source : Base de données : Creditor Reporting System (OCDE).

Tableau 8.1. Le financement international pour la lutte contre le sida et la tuberculose provient essentiellement de bailleurs internationaux

Somme des versements sur la période 2012-17

	Bailleurs bilatéraux		Bailleurs multilatéraux		Total	
	Millions USD	%	Millions USD	%	Millions USD	% du total
Santé de base	54	51%	52	49%	106	15%
Infrastructure pour la santé de base	52	100%	0	0%	52	8%
Politique de santé et gestion administrative	130	47%	145	53%	275	40%
Services médicaux	215	100%	0	0%	215	31%
Contrôle MST, y inclus VIH/sida	1.3	4%	30	96%	31.3	5%
Contrôle tuberculose	1.4	18%	6.3	82%	7.7	1%
Total	454		233		687	100%

Note: Les catégories sélectionnées représentent 93% de l'aide du secteur de la santé.

Source: Base de données : Creditor Reporting System (OCDE).

Ce constat est renforcé par le fait la majorité des flux de la coopération internationale pour la santé passent par le budget de l'État marocain, ce qui lui confère une bonne visibilité sur le financement du secteur. Les financements de nombreux organismes œuvrant dans la santé à l'échelle internationale ne sont pas intégrés aux budgets des États. C'est le cas notamment des subventions du Fonds mondial, GAVI, PEPFAR et certaines organisations philanthropiques. Si ce mécanisme a pour avantage d'assurer une réponse rapide dans des contextes où les capacités et la gouvernance de l'administration sont parfois limitées, tout en assurant un certain contrôle de l'usage des fonds par le bailleur, cela a pour désavantage de réduire la visibilité du financement du secteur de la santé pour le gouvernement. Dans le cas du Maroc, la majorité des financements externes sont fournis sous forme de soutien budgétaire (comme ceux provenant de l'Union européenne, la Banque africaine de développement, ou l'Agence française de développement), les organismes tels que GAVI, PEPFAR ou Bill & Melinda Gate n'œuvrant pas au Maroc. Dans le cas du Fonds mondial, les financements ne passent pas par le budget général de l'État mais, comme discuté dans le Chapitre 1, les montants financiers en jeu sont limités.

Toutefois la transition peut menacer les activités de la société civile marocaine impliquée dans la lutte contre le sida et la tuberculose

Le risque financier lié à la transition réside dans la dépendance d'acteurs de la société civile au financement du Fonds mondial, notamment pour les programmes visant les populations clés. En effet, le Fonds mondial finance des organismes, tels que SOS Tuberculose ou l'Association de Lutte contre le sida (cette dernière à hauteur de 40%), qui interviennent sur le terrain auprès des populations cibles et prennent en charge une partie des activités de prévention.

Or d'une part, jusqu'à présent, les financements publics n'ont pris en charge que des aspects curatifs et les outils de prévention, et non les ressources humaines des organismes de la société civile. À titre d'exemple, dans le cas de l'Association de Lutte contre le Sida, sur un budget annuel d'environ 30 M MAD, les ressources humaines représentent 30% des dépenses (ou 40% si les indemnités versées aux 150 personnes sur le terrain sont comptabilisées). La structure de financement actuel de l'ALCS est répartie entre 40% du Fonds mondial, 20% de donateurs privés marocains (notamment collectés lors d'évènement comme le Sidaction), 20% par Coalition PLUS, 2% par les fonds publics marocains (notamment sous formes de dons des régions de 10 000 à 20 000 MAD), le reste des financements émanant d'autres partenaires. Les fonds publics, au-delà d'être limités, sont attribués de façon ad-hoc et uniquement dirigés à l'achat de médicaments ou de matériels, ne pouvant pas servir à financer les ressources humaines de l'association. Cet exemple illustre le besoin de financement des ressources humaines des associations de lutte contre le sida ou la tuberculose, par des ressources publiques, à l'issue de la transition du Fonds mondial. Toutefois, si les Assises Nationales de la Fiscalité ont abouti à la recommandation d'instituer des mesures pour le développement des secteurs culturel et associatif, il n'apparaît pas adapté d'introduire des exonérations d'IR ou de TVA pour les organismes de la société civile, cela allant à l'encontre du besoin de simplification des dépenses fiscales.

D'autre part, il s'agira d'augmenter la part des financements publics pour des programmes de prévention mis en œuvre par les organismes de la société civile et qui figurent dans les plans stratégiques nationaux VIH et tuberculose et destinés à des populations vulnérables illégales (professionnelles du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et usagers de drogues). Dans le cas du VIH, ces populations concentrent la maladie. Par exemple, les usagers de drogues sont infectés par le VIH à hauteur à 7% ; les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à hauteur de 4% avec des prévalences plus élevées dans certaines villes ; et 67% des nouvelles infections au VIH se produisent parmi les populations clés et leurs partenaires. Financer les programmes ayant pour cibles ces populations vulnérables aura donc une importance capitale dans la lutte contre l'épidémie.

Au-delà d’assurer la pérennité dans le temps des financements publics pour les organismes de la société civile impliqués dans la lutte contre le sida et la tuberculose, il s’agira également de mettre en place l’encadrement nécessaire à la poursuite de leurs activités. En particulier, si les financements publics de leurs activités prennent une part plus importante, la mise en place de « contrats sociaux » (pouvant être inspirés des contrats de performances entre secteur privé et État, et comme mis en œuvre dans certains pays comme l’Inde ou le Mexique) entre ces organismes et le Ministère de la Santé serait justifiée. Ces derniers pourraient prendre la forme de convention encadrant la prestation de services prédéfinis, avec des objectifs précis à réaliser (par exemple en matière de prévention, de dépistage, et d’appui psychosocial), des indicateurs de mesure de la performance, et un chiffrage budgétaire à respecter. Dans ce cadre, l’estimation précise des besoins de financement de ces organismes, en particulier pour les activités de prévention, sera nécessaire et à réaliser en amont par le Ministère de la Santé. De même, une étude pour définir le coût unitaire des prestations serait utile pour servir de base à l’établissement des contrats sociaux.

Par ailleurs, pour l’ensemble des parties prenantes, la CCM est un organisme qui fonctionne bien et dont l’existence devrait perdurer au-delà de la transition du Fonds mondial. La CCM permet de maintenir le dialogue entre l’État, les associations, et les représentants des populations affectées par la maladie. Il s’agirait alors de l’institutionnaliser, par exemple en la transformant en une fondation (ou autre statut pertinent) avec un but non lucratif et un conseil d’administration. Le financement du fonctionnement de la CCM pourrait provenir du Fonds d’appui à la cohésion sociale dans la mesure où ce dernier est dédié aux populations vulnérables.

Alors que la lutte contre la tuberculose pourra être financée par le budget général de l’État, celle contre le sida pourrait nécessiter plusieurs arrangements

Financement de la tuberculose

Indépendamment de la future transition du Fonds mondial, le plan stratégique national pour la prévention et le contrôle de la tuberculose 2018-23 est sous-financé. Le budget de 513 M MAD (hors masse salariale) est financé à hauteur de 65% par le Ministère de la Santé (achat de médicaments et moyens de diagnostic), 30% à travers d’autres sources nationales (collectivités locales, INDH) et 5% par le Fonds mondial (achat de médicaments, renforcement des compétences du personnel de terrain). Or, actuellement, 30% des besoins du plan ne sont pas couverts (OMS et Programme National de Lutte Antituberculeuse du Maroc, 2019^[13]).

La hausse du financement public pour la lutte contre la tuberculose est une nécessité. D’une part, pour venir combler le besoin de financement actuel. D’autre part, pour venir compenser les 5% de financement en provenance du Fonds mondial. Le budget général de l’État, émanant des recettes fiscales, peut venir jouer ce rôle. Ceci est d’autant plus important compte tenu de la prévalence encore forte de cette maladie au Maroc (voir Chapitre 2).

Financement du sida

Le plan stratégique national de lutte contre le Sida 2017-21 estime les besoins financiers à 612 M MAD. Le rapport NASA 2019 met en avant qu’en 2016 et 2017, les dépenses ont été financées comme suit : 57% par des financements publics (États et collectivités locales), 38% par l’international (dont 29% pour le Fonds mondial), et 4% par les ONG ou le secteur privé à but non lucratif (ONUSIDA et Fonds mondial, 2019^[42]). Les activités de prévention captent 46% des dépenses, suivi des soins et des traitements (32%). En 2017, ce rapport met en avant que les dépenses effectives ont été supérieures d’environ 20% par rapport au budget prévisionnel.

Après le retrait du Fonds mondial, plusieurs options existent pour le financement de la maladie. Elles visent à répondre à la spécificité de la lutte contre cette maladie qui touche en premier lieu des populations vulnérables illégales.

- **Par le Ministère de la Santé** : comme dans le cas de la tuberculose, la première option consiste en une hausse du budget du Ministère de la Santé. En particulier cela serait nécessaire pour financer la société civile et leurs activités de prévention. Ainsi, le Ministère de la Santé prendrait en charge financièrement le coût du dépistage et la prise en charge, ce dernier étant réalisé sur le terrain par les associations, comme c'est le cas dans d'autres pays comme la France.
- **Par le Fonds d'appui à la cohésion sociale** dans la mesure où il s'agit de populations vulnérables car illégales.
- **Par le CAS Fonds de soutien à l'INDH**, sous réserve que ce fonds autorise le financement des ressources humaines et les activités de prévention. Une partie du financement par ce biais aurait du sens dans la mesure où depuis 2018, il finance des programmes de santé mère-enfant.
- **Par la création d'un nouveau Fonds**, qui pourrait notamment financer la prévention. Toutefois, la fragmentation budgétaire, entre budget général, CST et Segma, étant déjà importante, il n'apparaît pas opportun d'opter pour cette option.
- **Par le financement des régions et collectivités territoriales.**

Cette dernière option, le financement de la riposte contre le sida par les régions, n'apparaît pas la plus adaptée dans la situation actuelle marquée par une insuffisance de financement local. D'une part, les régions ne financent pas davantage les ressources humaines et la prévention que le gouvernement central, et il s'agirait alors pour les différents organismes de la société civile de les convaincre unes à unes, travail long et fastidieux. D'autre part, la mise en place de la régionalisation avancée n'est pas finalisée et les régions souffrent encore d'une insuffisance de financement pour mettre en place leurs prérogatives, dont notamment la santé qui constitue l'une des compétences transférées. Enfin, parce que la riposte au sida nécessite une réponse coordonnée à l'échelle de tout le territoire mise en œuvre à temps. Or assurer que toutes les régions financent de manière suffisante, dans les temps opportuns, les postes de dépenses à financer après le retrait du Fonds mondial (ressources humaines et prévention), pour chacun des organismes de la société civile qui luttent contre le sida apparaît être un agenda ambitieux.

Références

- AFD, DEPF et ONDH (2019), *Les effets de la politique budgétaire sur la pauvreté et les inégalités au Maroc (non publié)*. [17]
- Autorité de contrôle des assurances et de la prévoyance sociale (2018), *Rapport annuel - secteur de la Prévoyance Sociale 2018*. [29]
- Banque mondiale (2018), *Intertemporal dynamics of public financing for universal health coverage: Accounting for Fiscal Space Across Countries*. [18]
- Banque mondiale (2018), *Le Maroc à l'horizon 2040*. [16]
- Bloomberg Philanthropies (2019), *The Task Force on Fiscal Policy for Health*. [35]
- Boakje (2016), *Revenue Earmarking in Ghana: Management and Performance Issues*. [43]
- Carling (2007), *Tax earmarking: Is it a good practice?*. [44]
- CNOPS (2018), *Bulletin Information*. [34]
- CNSS (2018), *Rapport annuel de la CNSS 2017*. [30]
- Cours des comptes (2019), *Rapport annuel de la Cour des comptes au titre de l'année 2018*. [28]
- Cours des comptes (2014), *Rapport sur le système de compensation au Maroc : Diagnostic et propositions de réformes*. [37]
- Direction Générale des Impôts (2020), *Les dispositions fiscales de la Loi de Finances 2020*. [24]
- FMI (2019), *Article IV Consultation for Cambodia*. [20]
- FMI (2019), *Fiscal Policy and Development: Human, Social, and Physical Investment for the SDGs*. [19]
- FMI (2019), *Rwanda : Staff Report for 2019 Article IV Consultation and a Request for a Three-Year Policy Coordination Instrument-Press Release; Staff Report; and Statement by the Executive Director for Rwanda*. [22]
- FMI (2018), *Benin : Third Review Under the Extended Credit Facility Arrangement and Request for Waiver of Nonobservance of Performance Criterion-Press Release; Staff Report; and Statement by the Executive Director for Benin*. [21]
- James, C. et al. (2019), *Decentralisation in the health sector and responsibilities across levels of government*. [41]
- Lorenzoni, L. et al. (2019), « Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology », *OECD Health Working Papers*, n° 110, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/5667f23d-en>. [15]
- MEFRA (2019), *Note sur les dépenses relatives aux charges communes, Projet de Loi de Finances pour l'année budgétaire 2020*. [36]

- Ministère de la Santé (2019), *Bilan d'étape du Plan Santé 2025 et dynamique de suivi PMO*. [9]
- Ministère de la Santé (2019), *Rapport synthétique de la Conférence Nationale sur le Financement de la Santé*. [1]
- Ministère de la Santé (2019), *Recommandations de la Conférence nationale sur le financement de la santé*. [25]
- Ministère de la Santé (2018), *Plan Santé 2025*. [11]
- Ministère de la Santé (2017), *Plan stratégique national pour la prévention et le contrôle de la tuberculose au Maroc 2018-2021*. [12]
- Ministère de la Santé (2015), *Comptes nationaux de la santé*. [8]
- Ministère de l'Economie et des Finances (2018), *Rapport sur la compensation pour la Loi de Finances 2019*. [38]
- Ministère des Finances (2020), *Loi de Finances 2020*. [23]
- Murray (2018), *Hypothecated funding for health and social care. How might it work?*. [45]
- Nouria Brikci et Dieudonné Bassonon (2018), *Préparation à la transition du Maroc pour le VIH/TB – une feuille de route*. [14]
- OCDE (2019), *Examen des Politiques Fiscales du Maroc (non publié)*. [26]
- OCDE (2018), *Consumption Tax Trends 2018*. [33]
- OCDE (2018), *Dialogue Maroc-OCDE sur les politiques de développement territorial: Enjeux et Recommandations pour une action publique coordonnée*, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264302884-fr>. [39]
- OCDE (2018), *Examen multidimensionnel du Maroc (Volume 2): Analyse approfondie et recommandations*, Les voies de développement, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264298699-fr>. [10]
- OCDE (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>. [27]
- OCDE et SNGWOFI (2019), *2019 Report World Observatory on Subnational Government Finance and Investment*. [40]
- OECD (2019), *OECD Economic Surveys: Mexico 2019*, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/a536d00e-en>. [2]
- OECD (2019), *Transition finance: Introducing a new concept*. [7]
- OECD (2018), *OECD Economic Surveys: Turkey 2018*, <http://dx.doi.org/10.1787/888933798504>. [3]
- OECD (2016), *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016*, OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>. [4]
- OECD (2008), *OECD Reviews of Health Systems: Turkey*, <http://www.sourceoecd.org/socialissues/9789264051089> (consulté le 17 février 2020). [5]

- OECD et World Bank (2014), « Government at a Glance - Latin America and the Caribbean 2014: Towards innovative public financial management », pp. 5-7, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264209480-en> (consulté le 17 février 2020). [46]
- OMS et Programme National de Lutte Antituberculeuse du Maroc (2019), *Rapport de mission conjointe - Mission OMS pour l'élaboration d'une feuille de route pour l'atteinte des objectifs de lutte contre la tuberculose à l'horizon 2030 au Maroc*. [13]
- ONUSIDA et Fonds mondial (2019), *Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le VIH/Sida: Maroc 2016-2017*. [42]
- WHO (2019), *Global tobacco epidemic*. [32]
- WHO (2019), *Global tobacco epidemic - Morocco country profile*. [31]
- WHO (2019), *Political Economy of Health Financing Reform*, <https://www.tandfonline.com/toc/khsr20/5/3?nav=toCList>. [6]
- WHO (2017), *Earmarking for health: from theory to practice*. [48]
- WHO (2016), *Earmarked tobacco taxes: lessons learnt from nine countries*. [47]
- Wright & al (2017), *Policy lessons from health taxes: a systematic review of empirical studies*. [49]

Lire également

OCDE (2020), **Mobilisation des recettes fiscales pour le financement de la santé au Côte d'Ivoire**, OCDE, Paris, www.oecd.org/fr/fiscalite/politiques-fiscales/mobilisation-des-recettes-fiscales-pour-le-financement-de-la-sante-au-cote-ivoire.htm.

OECD (2020), **Tax Co-operation for Development: Progress Report**, OECD, Paris. www.oecd.org/tax/tax-global/tax-co-operation-for-development-progress-report.htm

L'OCDE autorise librement l'utilisation de ce matériel à des fins non commerciales, à condition qu'une mention appropriée de la source et du titulaire du droit d'auteur soit donnée. Toutes les demandes d'utilisation commerciale de ce matériel ou de droits de traduction doivent être soumis à rights@oecd.org.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes : www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation.

Credits d'image : © Baseline Arts Ltd avec des éléments graphiques gracieuseté de Shutterstock.com

Ce rapport analyse les mesures fiscales en lien avec la santé qui permettront au Maroc de mobiliser davantage de recettes pour financer son système de santé. Si le Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui appuie le Maroc depuis 2003, n'a pas indiqué son retrait, il s'agit néanmoins pour le Maroc de considérer et se préparer à son éventuelle transition à moyen ou long terme afin d'assurer la pérennité des programmes suffisamment tôt. La prise en charge de la transition de ce soutien international nécessite de lever plus de recettes fiscales. Cet objectif est important en soi, mais également dans la mesure où le Maroc n'a pas encore atteint toutes les cibles des Objectifs de Développement Durable relatives à la santé.

En matière de financement de la santé, le Maroc fait face à deux défis. Les dépenses totales de santé sont faibles, à 5.2% du PIB en 2017, ce qui est inférieur aux pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. Une trop grande part de ce financement provient des paiements directs des ménages, rendant le financement du système de santé inéquitable et régressif.

Le rapport met en avant que le financement de la transition du Fonds mondial et l'atteinte des cibles des Objectifs de Développement Durable nécessitera une hausse des dépenses publiques de santé financée par une réforme fiscale. Le rapport présente des recommandations de politique fiscale détaillées sur la façon dont le Maroc peut améliorer la conception du système fiscal de façon générale, et des impôts sur les produits néfastes à la santé en particulier. Le rapport inclut notamment une discussion sur l'amélioration des contributions pour l'assurance maladie obligatoire, des pistes pour augmenter les recettes des impôts sur les produits néfastes à la santé, et met en avant la fiscalité environnementale pour renforcer la qualité de l'environnement et de la santé de la population marocaine dans son ensemble.

Pour plus d'informations :

 ctp.contact@oecd.org

 www.oecd.org/tax

 [@tax4dev](https://twitter.com/tax4dev)
