

LIVRE BLANC

HORIZON
2027
2035

SE SOIGNER SANS SE RUINER

Pour tous, partout et tout le temps

Le bon soin,
au bon endroit,
au juste prix

POUR UNE DEUXIÈME
GÉNÉRATION DE LA
RÉFORME SANITAIRE
AU MAROC



ÉQUITÉ
D'ACCÈS



PROXIMITÉ
TERRITORIALE



QUALITÉ
DES SOINS



SOUTENABILITÉ
FINANCIÈRE



EFFICACITÉ
ÉCONOMIQUE



“ Passer de l'assurance maladie
à la politique de santé.
De la couverture au soin.
Du remboursement à la valeur.
De la dépense à la santé produite. ”



JUSTICE SOCIALE
Personne laissée
de côté



COHÉSION TERRITORIALE
Réduire les inégalités
d'accès



PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ
Complémentarité
et performance



PRÉVENTION
Mieux vaut prévenir
que guérir



BON USAGE
Le bon soin, au bon endroit,
au juste prix

SE SOIGNER SANS SE RUINER

Pour tous, partout et tout le temps

Le bon soin, au bon endroit, au juste prix
Pour une deuxième génération de la réforme sanitaire au Maroc

Horizon 2027-2035

Livre blanc de réflexion et de propositions - Version - Août 2026

**Par A2I – Adnane Benchakroun et Mahmoud Oudghiri membre du bureau de
l'Alliance des économistes istiglaliens**

NOTE MÉTHODOLOGIQUE

Ce Livre blanc distingue quatre niveaux : (1) données officielles publiées ; (2) calculs dérivés à partir de ces données ; (3) hypothèses de travail ; (4) objectifs et choix de politique publique. Les simulations économiques ne valent pas étude actuarielle définitive. Elles servent à identifier les ordres de grandeur et les arbitrages à instruire. Mahmoud Oudghiri

Avant-propos - Pourquoi ce Livre blanc maintenant ?

Le Maroc a franchi une étape historique avec la généralisation de l'Assurance maladie obligatoire. Le centre de gravité de la politique sanitaire se déplace désormais. La question n'est plus seulement de savoir qui possède un droit à la couverture ; elle est de savoir qui peut réellement consulter, diagnostiquer, se faire traiter, acheter ses médicaments et accéder à une urgence sans renoncer pour des raisons financières ou territoriales.

Cette évolution impose une deuxième génération de réforme. Elle doit réconcilier trois ambitions qui peuvent entrer en tension : protéger davantage les ménages, améliorer l'offre et la qualité des soins, et préserver les équilibres financiers de l'AMO. Un système qui rembourse davantage sans maîtriser les volumes ni les coûts devient fragile. Un système qui maîtrise la dépense en reportant le coût sur le patient cesse d'être social. Un système qui investit sans mesurer ce qu'il produit finit par perdre en efficacité.

Le présent Livre blanc propose donc une doctrine pragmatique : se soigner sans se ruiner ; pour tous, partout et tout le temps ; le bon soin, au bon endroit, au juste prix ; sans mettre en danger la solidarité nationale. Il ne propose ni la gratuité générale ni un modèle exclusivement public ou privé. Il propose d'utiliser la solidarité collective comme un acheteur stratégique de santé.

« Après avoir universalisé la couverture, il faut universaliser l'accès - et réussir cette deuxième révolution sans compromettre financièrement la première. »

Résumé exécutif

Le diagnostic tient en quelques chiffres. Les Comptes nationaux de la santé 2022 évaluent la dépense totale de santé à environ 81,7 milliards de dirhams ; les paiements directs des ménages en représentent encore 38 %, contre 45,6 % en 2018. En 2025, la généralisation de l'AMO couvre plus de 32 millions de bénéficiaires, soit environ 88 % de la population, tandis qu'AMO-Tadamon couvre près de 11 millions de personnes. Mais le taux de bénéficiaires effectivement couverts au sens de la Cour des comptes reste inférieur au taux d'immatriculation.

Le deuxième signal est financier : entre 2022 et 2024, les dépenses des régimes AMO sont passées de 13,62 à 24,95 milliards de dirhams, soit +83 %, alors que les ressources n'ont augmenté que de 36 %. La Cour des comptes observe par ailleurs qu'en 2024 le secteur privé a capté près de 91 % des dépenses de prestations AMO facturées, contre 9 % pour le secteur public. Ces données ne signifient pas que le privé produit 91 % de tous les soins ; elles montrent que le flux financier remboursé par l'AMO se dirige massivement vers le privé.

Le Livre blanc propose quatorze chantiers cohérents : fermer les trous résiduels de couverture ; réduire le reste à charge ; généraliser progressivement le tiers payant ; lutter contre les déserts médicaux ; construire une chaîne nationale d'urgence ; renforcer le public ; contractualiser avec le privé ; connaître le coût réel du soin ; réformer la TNR ; développer les forfaits et la capitation ; agir sur les médicaments ; investir dans la prévention ; exploiter les données et l'IA ; et publier chaque année une trajectoire de soutenabilité de l'AMO.

ORDRE DE GRANDEUR

Sur la base de la dépense de santé 2022, faire passer mécaniquement les paiements directs des ménages de 38 % à 30 % représenterait environ 6,5 MMDH de dépenses à transférer vers des mécanismes mutualisés si la dépense totale restait constante. Ce n'est pas un coût budgétaire à inscrire tel quel : une partie doit être absorbée par l'AMO, la maîtrise des coûts, la prévention, le médicament, le recouvrement et une meilleure production publique.

Indicateur	Repère
Dépense totale de santé 2022	= 81,7 MMDH
Paiements directs des ménages	38 % en 2022
Population couverte AMO	> 32 millions en 2025
AMO-Tadamon	= 11 millions de bénéficiaires
Dépenses AMO	13,62 MMDH (2022) → 24,95 MMDH (2024)
Orientation des dépenses AMO 2024	= 91 % privé / 9 % public
Cible proposée 2031	Paiements directs : 30-32 %
Horizon proposé 2035	Convergence vers 25 % ou moins

Sommaire

I. Le Maroc face à sa nouvelle équation sanitaire - Ch. 1 à 3

II. Pour tous - Lever les barrières financières - Ch. 4 à 6

III. Partout - Réduire les inégalités territoriales - Ch. 7 à 9

IV. Tout le temps - Sauver la soutenabilité de l'AMO - Ch. 10 à 12

V. Qui produit les soins et à quel coût ? - Ch. 13 à 16

VI. Combien coûte réellement un soin ? - Ch. 17 à 18

VII. Dix cas concrets pour changer le système - Ch. 19 à 26

VIII. La grande réforme de la TNR - Ch. 27 à 32

IX. Médicaments - Ch. 33 à 35

X. La prévention - Ch. 36 à 38

XI. Données, numérique et IA - Ch. 39 à 41

XII. Combien coûterait la réforme ? - Ch. 42 à 45

XIII. Le contrat sanitaire 2035 - Ch. 46 à 48

XIV. La feuille de route - Ch. 49 à 53

Conclusion générale - De l'assurance maladie à la politique de santé

Annexes techniques et bibliographie

PARTIE I

Le Maroc face à sa nouvelle équation sanitaire

SE SOIGNER SANS SE RUINER

Chapitre 1 - Ce que le Maroc a déjà réussi

Le point de départ de toute stratégie crédible est de reconnaître les transformations déjà engagées. La généralisation de l'AMO, le basculement des populations anciennement couvertes par le RAMED vers AMO-Tadamon, l'augmentation des budgets publics, la réforme de la gouvernance hospitalière et la montée en puissance de la formation constituent une rupture structurelle. La réforme suivante ne doit donc pas être racontée comme si le pays partait de zéro.

En 2025, plus de 32 millions de bénéficiaires sont couverts par l'AMO, soit environ 88 % de la population selon les données de présentation du PLF 2026. AMO-Tadamon concerne près de 11 millions de bénéficiaires. L'État a pris en charge 25,51 milliards de dirhams de cotisations entre décembre 2022 et les trois premiers trimestres de 2025. La solidarité nationale a ainsi créé une demande de soins solvable à une échelle inconnue auparavant.

Cette réussite déplace les exigences. Un système qui couvre davantage de personnes voit mécaniquement apparaître davantage de consultations, d'examens, de médicaments et d'hospitalisations. Ce phénomène n'est pas un échec : c'est précisément l'effet attendu de la couverture. Il devient néanmoins un défi lorsque la capacité de production, le financement et les outils de régulation n'évoluent pas au même rythme.

PRINCIPE

La réforme de deuxième génération doit prolonger la généralisation de l'AMO, non la remettre en cause. Son ambition est d'en rendre la promesse concrète et durable.

Chapitre 2 - Couvert, mais peut-on réellement se soigner ?

La couverture juridique n'est qu'une première étape. Un assuré peut renoncer à consulter parce qu'il doit avancer l'intégralité de la dépense ; ne pas réaliser une imagerie parce que son reste à charge est trop élevé ; repousser l'achat d'un médicament ; ou vivre trop loin du professionnel requis. Le taux de couverture ne mesure donc pas à lui seul l'accès effectif.

Les Comptes nationaux de la santé montrent que les paiements directs des ménages représentaient encore 38 % de la dépense en 2022. Le recul par rapport à 2018 est réel et important, mais le niveau reste élevé. Il existe donc un angle mort : la protection sociale peut progresser statistiquement tandis que la contrainte de trésorerie reste forte au moment exact où la maladie survient.

La politique sanitaire doit désormais produire une deuxième génération d'indicateurs : reste à charge médian, taux de renoncement, délais, distance, avance de frais, prix des médicaments, taux de recours aux soins primaires et part des dépenses catastrophiques. La question centrale devient : combien coûte réellement la maladie pour le ménage après toutes les prises en charge ?

Chapitre 3 - La bombe à retardement financière de l'AMO

La Cour des comptes a lancé un avertissement particulièrement clair : les dépenses AMO ont progressé de 83 % entre 2022 et 2024, passant de 13,62 à 24,95 milliards de dirhams, alors que les ressources n'ont augmenté que de 36 %. La majorité des régimes, à l'exception de celui des salariés du privé, connaissent des déséquilibres financiers.

Cette divergence n'appelle pas une réduction aveugle des prestations. Elle exige une politique complète de maîtrise médicalisée : protocoles, pertinence des actes, développement de la prévention, politique du médicament, meilleure collecte des cotisations, lutte ciblée contre les abus, meilleure organisation du parcours et capacité publique accrue.

L'autre facteur est démographique. Les dépenses liées aux maladies chroniques, aux cancers, aux pathologies cardiovasculaires, à la dialyse et au vieillissement augmenteront même si le système est parfaitement géré. Il faut donc construire dès maintenant une vision 2035 et 2040, plutôt que d'attendre que les déficits dictent une réforme d'urgence.

« L'enjeu n'est pas de freiner l'accès aux soins, mais d'éviter que l'accès élargi ne produise une dépense incontrôlée. »

PARTIE II

Pour tous - Lever les barrières financières

SE SOIGNER SANS SE RUINER

Chapitre 4 - Fermer les derniers trous de la couverture

Le document programmatique à l'origine de ce Livre blanc propose d'aligner certains seuils d'éligibilité à l'aide sociale directe et à AMO-Tadamon, en avançant un potentiel d'environ deux millions de personnes restant hors couverture. Ce chiffre doit faire l'objet d'un audit avant d'être retenu comme engagement ferme, mais le principe politique est solide : une personne reconnue vulnérable par la solidarité nationale ne devrait pas être exclue de la protection sanitaire pour une différence de seuil difficilement compréhensible.

La réforme doit donc analyser les effets de seuil liés au Registre social unifié, les ruptures de droits lors des changements de statut et la situation des personnes dont les revenus sont irréguliers. L'objectif doit être une continuité des droits plutôt qu'une succession d'entrées et de sorties de couverture.

Une mission technique devrait publier le nombre exact de personnes concernées, leur profil, le coût actuariel de leur intégration et les éventuels effets d'aubaine. Si le chiffre de deux millions était confirmé, l'ordre de grandeur budgétaire serait de l'ordre de 1,5 à 2 milliards de dirhams annuels, selon la contribution publique moyenne retenue.

Chapitre 5 - Faire du reste à charge le nouvel indicateur national

Le Maroc a beaucoup communiqué sur le nombre de personnes immatriculées. La prochaine étape doit consister à mesurer ce que le citoyen paie réellement. La TNR et le pourcentage de remboursement ne donnent pas nécessairement le reste à charge réel lorsque la facture dépasse la référence.

Il est proposé de publier annuellement un compte national du reste à charge : par âge, revenu, région, régime, pathologie, médicament et type de prestataire. L'objectif central serait de ramener les paiements directs des ménages vers 30 à 32 % à l'horizon 2031, puis de converger vers 25 % ou moins à l'horizon 2035.

Cette trajectoire doit être graduelle. Sur la base de 81,7 milliards de dirhams de dépenses en 2022, huit points de baisse correspondent à environ 6,5 milliards de dirhams. Ce montant ne doit pas être lu comme une nouvelle ligne budgétaire unique : il doit être absorbé progressivement par la mutualisation, les économies, le recouvrement, la prévention et une production plus efficiente.

Chapitre 6 - Le tiers payant : la réforme du pouvoir d'achat sanitaire

Le tiers payant est l'une des mesures les plus simples à comprendre politiquement. Un assuré dont l'AMO rembourse 70 % ne devrait pas être obligé d'avancer 100 % puis d'attendre. La contrainte de trésorerie est souvent aussi déterminante que le taux final de remboursement.

La généralisation doit être progressive, en commençant par AMO-Tadamon, les maladies chroniques, les affections coûteuses, les personnes âgées et certains médicaments essentiels. Elle exige une chaîne numérique robuste capable de vérifier les droits en temps réel et de limiter les doubles facturations ou actes fictifs.

Le coût direct du tiers payant est surtout informatique et organisationnel ; le principal risque budgétaire vient de l'augmentation de la consommation rendue possible. Il faut l'assumer : une partie de cette hausse correspond à du soin auparavant différé. Mais elle doit s'accompagner d'un parcours coordonné pour éviter le recours inutile à des actes coûteux.

PARTIE III

Partout - Réduire les inégalités territoriales

SE SOIGNER SANS SE RUINER

Chapitre 7 - Le code postal ne doit plus déterminer l'accès aux soins

Une assurance universelle n'est pleinement utile que si une offre existe à une distance acceptable. Les moyennes nationales masquent les écarts entre métropoles, villes moyennes, zones rurales et territoires montagneux ou éloignés. La justice sanitaire est donc également territoriale.

Le Livre blanc propose un Indice territorial d'accès aux soins, publié au moins au niveau régional et provincial. Il mesurerait la densité de médecins et d'infirmiers, le temps d'accès à une structure, la disponibilité des spécialités, les délais de rendez-vous, l'accès aux équipements lourds et le temps moyen d'intervention en urgence.

Cet indicateur aurait une fonction de transparence, mais aussi d'allocation des ressources. Les investissements, primes, formations, installations et achats de capacité privée devraient être orientés prioritairement vers les territoires affichant les plus grands déficits.

Chapitre 8 - Former davantage ne suffit pas

L'augmentation des capacités de formation est indispensable, mais le nombre national de diplômés ne résout pas automatiquement la répartition. Il faut simultanément former, retenir, répartir et utiliser plus efficacement le temps médical disponible.

Le pacte proposé combine amélioration des conditions de travail, progression de carrière, logements ou facilités d'installation dans certains territoires, primes ciblées, rémunération liée à certaines obligations de service et modulation territoriale des tarifs conventionnés. L'objectif n'est pas de contraindre durablement les professionnels, mais de rendre les territoires sous-dotés économiquement et professionnellement attractifs.

Le système doit également traiter la question du temps plein aménagé et de la double activité avec des règles lisibles, traçables et équitables. Plus de moyens publics doivent s'accompagner d'une exigence de présence, de productivité et de transparence.

Chapitre 9 - Faire des urgences une infrastructure nationale

Les urgences constituent un service de disponibilité : elles doivent fonctionner même lorsque l'activité est faible. Leur financement ne peut donc reposer uniquement sur le nombre d'actes. Le Maroc doit construire une chaîne nationale associant régulation médicale, SAMU, SMUR, Protection civile, établissements publics et privés et systèmes de géolocalisation.

La Coupe du monde 2030 offre une échéance utile pour accélérer les capacités. Mais l'objectif doit être durable et national : aucun territoire ne doit rester sans solution claire pour l'urgence vitale. La performance doit être mesurée par le temps de réponse, le temps jusqu'au traitement, l'orientation correcte et les résultats cliniques.

Un schéma de financement hybride est recommandé : dotation de disponibilité pour le personnel et les équipements permanents, paiement lié à l'activité, et composante qualité. Une enveloppe de planification de 3 à 5 milliards de dirhams d'investissement cumulés entre 2027 et 2030, puis 1 à 2 milliards annuels de fonctionnement à maturité, doit être expertisée techniquement.

PARTIE IV

Tout le temps - Sauver la soutenabilité de l'AMO

SE SOIGNER SANS SE RUINER

Chapitre 10 - Combien coûtera réellement la santé de demain ?

La dépense de santé augmente dans presque tous les pays à mesure que les sociétés vieillissent, que les techniques progressent et que les patients vivent plus longtemps avec des maladies chroniques. Le Maroc ne fera pas exception. La soutenabilité n'est donc pas une question de mauvaise gestion seulement ; elle est aussi une question de structure démographique et technologique.

La projection doit intégrer l'âge, la prévalence du diabète et de l'hypertension, les cancers, la dialyse, les médicaments biologiques et les nouvelles thérapies. Elle doit aussi intégrer les gains possibles : ambulatoire, prévention, dépistage précoce, génériques, biosimilaires et meilleure organisation des parcours.

Une trajectoire publique à dix ans doit devenir obligatoire. Chaque nouvelle extension de prestation devrait être accompagnée de son coût à un, cinq et dix ans, de sa population cible et de son financement permanent.

Chapitre 11 - Les recettes : le problème oublié

La maîtrise des dépenses ne suffira pas. La Cour des comptes a relevé un recouvrement faible dans certains régimes de travailleurs non salariés. Le système doit donc améliorer les recettes sans exclure les personnes dont la capacité contributive est réellement faible.

La stratégie repose sur la simplification, l'automatisation des paiements, les régularisations, l'adaptation des contributions aux revenus, le croisement des informations disponibles et un meilleur traitement des périodes d'activité irrégulière. L'objectif n'est pas de sanctionner avant de comprendre, mais de réduire les comportements opportunistes et les ruptures de cotisation.

Un relèvement significatif du recouvrement TNS pourrait générer plusieurs centaines de millions de dirhams supplémentaires par an. Cet effort doit être traité comme un chantier de soutenabilité aussi important que la réduction des coûts.

Chapitre 12 - La règle d'or de l'AMO

Le Livre blanc propose une règle simple : aucun droit permanent nouveau sans financement permanent identifié. Cela ne signifie pas qu'une réforme sociale doit s'autofinancer immédiatement ; cela signifie que son coût futur doit être explicite et assumé.

Un Conseil annuel de soutenabilité devrait publier les recettes, les dépenses, les soldes par régime, le poids des médicaments, les dix principales pathologies, la part public-privé, les dépenses par âge, les réserves et des projections à dix ans. Cette publication précéderait la préparation de la loi de finances.

L'AMO doit être considérée comme une infrastructure sociale stratégique. Elle a besoin d'une gouvernance comparable à celle des grands équilibres budgétaires : données consolidées, scénarios, mécanismes d'alerte et décisions documentées.

PARTIE V

Qui produit les soins et à quel coût ?

SE SOIGNER SANS SE RUINER

Chapitre 13 - Le paradoxe des 91 %

En 2024, selon la Cour des comptes, le secteur privé a capté près de 91 % des dépenses de prestations de soins des régimes AMO, contre 9 % pour le secteur public. Ce chiffre doit être correctement interprété : il décrit l'orientation des dépenses facturées et remboursées, non la part du privé dans l'ensemble de la production sanitaire nationale.

Il révèle néanmoins un paradoxe. La collectivité finance les infrastructures, la formation, les salaires et l'investissement public ; elle finance également les cotisations des populations vulnérables ; puis une grande partie du flux de remboursement AMO se dirige vers le privé. Cette situation peut être rationnelle si le privé apporte une capacité indispensable au meilleur coût, mais elle devient préoccupante si elle traduit simplement l'incapacité du public à produire et facturer suffisamment de soins.

Le rééquilibrage doit donc être fondé sur la performance et non sur une logique de quota. L'objectif politique de 50 % de capacité publique peut rester un horizon, mais la métrique décisive est le rapport coût-qualité-délai.

Chapitre 14 - Réarmer l'hôpital public

L'hôpital public ne se renforcera pas uniquement par de nouveaux bâtiments. Il a besoin de ressources humaines, de médicaments, de maintenance, d'équipements utilisés à leur plein potentiel, de systèmes d'information et d'une capacité à récupérer une partie des recettes générées par son activité AMO.

Le financement doit progressivement passer d'une logique essentiellement budgétaire à une combinaison : dotation pour les missions de service public, rémunération de l'activité, ajustement à la complexité et composante qualité. Une partie des recettes AMO générées doit revenir à l'établissement pour créer un cercle vertueux : plus d'activité, plus de recettes, plus de moyens, meilleure qualité, plus d'attractivité.

Le contrat est symétrique : plus d'autonomie et de moyens contre plus de résultats, de présence, de transparence et de responsabilité.

Chapitre 15 - Le privé : d'un prestataire remboursé à un partenaire contractuel

Le secteur privé a répondu à une demande que le public ne pouvait pas toujours absorber. Il ne doit donc pas être présenté comme l'adversaire. La réforme vise à transformer la relation : passer d'un remboursement passif de factures à une contractualisation sur les volumes, les prix, la qualité, les délais et les données.

Pour certains actes standardisés, l'AMO ou les GTS pourraient acheter des volumes à tarif conventionné, en échange d'un paiement rapide et d'un accès facilité au réseau. Pour les territoires où la capacité publique est insuffisante, acheter une prestation privée peut être plus rationnel que construire immédiatement une nouvelle structure.

En contrepartie, la transparence, le respect des tarifs opposables, la pertinence des actes et l'interopérabilité doivent devenir des obligations contractuelles.

Chapitre 16 - Public contre privé : la mauvaise question

Dire que le public est toujours moins cher serait aussi fragile que dire que le privé est toujours plus efficace. Les coûts fixes, la sous-utilisation des équipements, la complexité des cas et les missions de service public rendent les comparaisons difficiles. La bonne question est : où cet épisode de soins peut-il être produit avec la qualité requise, dans le délai nécessaire et au meilleur coût collectif ?

La V3 de cette réflexion avait testé des transferts de 10, 20 et 30 points d'activité AMO vers le public. Sur une base de 24,95 milliards de dirhams de dépenses, cela représente respectivement 2,5, 5 et 7,5 milliards d'activité. Si le différentiel réel de coût était de 20 %, le gain théorique serait de 0,5, 1 et 1,5 milliard.

Ces chiffres sont des simulations, non des économies acquises. Leur intérêt est précisément de montrer pourquoi une comptabilité analytique nationale du soin est nécessaire avant de fixer un objectif rigide de part publique.

Activité réorientée	Valeur approximative	Gain si -10 %	Gain si -20 %	Gain si -30 %
10 points	2,50 MMDH	0,25	0,50	0,75
20 points	4,99 MMDH	0,50	1,00	1,50
30 points	7,49 MMDH	0,75	1,50	2,25

PARTIE VI

Combien coûte réellement un soin ?

SE SOIGNER SANS SE RUINER

Chapitre 17 - Construire la comptabilité analytique nationale de la santé

Le prix facturé, la TNR et le coût économique réel sont trois notions distinctes. Le coût complet doit intégrer personnel, médicaments, dispositifs, consommables, énergie, maintenance, amortissement, systèmes d'information, administration et complications. Pour comparer correctement public et privé, il faut mesurer l'épisode complet, pas seulement la ligne facturée.

Un hôpital public sous-utilisé peut afficher un coût moyen élevé à cause de ses coûts fixes. Un établissement privé peut afficher un prix plus élevé que son coût en raison de la rémunération du capital et du risque. La politique d'achat doit donc construire un coût efficient, c'est-à-dire celui d'une structure normalement organisée, correctement utilisée et produisant une qualité définie.

La base nationale des coûts doit couvrir un échantillon représentatif d'établissements publics et privés. Elle doit publier des médianes, des quartiles et des coûts ajustés au risque, plutôt qu'une moyenne brute qui peut être tirée vers le haut par les structures les moins efficientes.

Chapitre 18 - Créer l'Observatoire économique du soin

L'Observatoire économique du soin aurait pour mission de rendre visibles les coûts, les prix et les résultats. Il publierait chaque année une cinquantaine de fiches couvrant les actes et pathologies les plus fréquents ou les plus coûteux.

Chaque fiche présenterait : coût public, coût privé, TNR, prix réellement facturé, remboursement AMO, reste à charge, durée moyenne, réadmission, complications, délai et résultats sanitaires. Ce dispositif permettrait de déplacer les négociations tarifaires du terrain des rapports de force vers celui des données partagées.

L'Observatoire devrait être techniquement indépendant, associant économistes de la santé, actuaires, professionnels, patients, gestionnaires de l'AMO et statisticiens. Son rôle n'est pas de fixer seul les tarifs, mais de produire la vérité économique nécessaire à la décision.

PARTIE VII

Dix cas concrets pour changer le système

SE SOIGNER SANS SE RUINER

Chapitre 19 - Accouchement et césarienne

La maternité constitue un laboratoire idéal pour le paiement par épisode. La TNR publiée pour une césarienne dans le secteur libéral est de 8 000 DH et couvre un ensemble d'éléments : séjour, honoraires, anesthésie, bloc, consommables, pharmacie et surveillance. L'existence de ce forfait montre que le système sait déjà regrouper plusieurs prestations en un prix unique.

La réforme proposée consiste à construire un forfait maternité couvrant fin de grossesse, accouchement, séjour et suivi immédiat du nouveau-né. Le paiement doit être ajusté au risque obstétrical afin de neutraliser les incitations à privilégier un mode d'accouchement pour des raisons financières.

L'indicateur principal doit devenir le résultat maternel et néonatal, complété par un taux de césariennes ajusté au risque. Le système ne doit jamais rémunérer davantage un établissement simplement parce qu'il multiplie les actes lourds.

Chapitre 20 - Cataracte

La cataracte est standardisable, fréquente et souvent compatible avec l'ambulatoire. La TNR publiée est de 6 500 DH pour le forfait de chirurgie de la cataracte, avec des variantes selon les techniques et pathologies associées.

Le paiement recommandé est un forfait d'épisode incluant la consultation préopératoire, l'implant standard, l'intervention, l'anesthésie, le contrôle postopératoire et certaines complications précoces. Une composante qualité peut récompenser le résultat visuel et un faible taux de réintervention.

Cette approche transforme la métrique : on ne paie plus seulement une opération, on paie une vision restaurée dans de bonnes conditions.

Chapitre 21 - Dialyse

La dialyse illustre l'intérêt d'une approche annuelle. Les tarifs publiés par la CNOPS ont historiquement distingué 850 DH par séance dans le privé, 700 DH dans les CHU et hôpitaux militaires et 400 DH dans les hôpitaux publics. À trois séances par semaine, cela représente des références annuelles très différentes.

Ces écarts tarifaires ne démontrent pas les coûts réels. Ils justifient précisément un audit national. Le paiement devrait évoluer vers un forfait annuel de prise en charge de l'insuffisance rénale terminale, incluant dialyse, suivi, biologie, médicaments associés et prévention des complications.

Le système doit également valoriser les alternatives lorsqu'elles sont médicalement adaptées : dialyse péritonéale, transplantation et prévention en amont de l'insuffisance rénale terminale.

Chapitre 22 - IRM et scanner

L'imagerie dépend fortement du taux d'utilisation des machines. Une IRM publique peu utilisée peut coûter plus cher par examen qu'une machine privée à forte activité. Inversement, un équipement public déjà amorti et utilisé intensivement peut produire à coût marginal faible.

La TNR publiée situe l'IRM à 2 200 DH et la TDM/scanner à 1 000 DH dans les grilles de référence disponibles. La réforme doit introduire un achat territorial de capacité : optimiser d'abord le parc public existant, puis acheter des créneaux privés lorsque les délais médicalement acceptables ne peuvent pas être tenus.

Les indicateurs doivent être le coût par examen, le délai, le taux d'utilisation, la qualité et le taux d'examens répétés inutilement.

Chapitre 23 - Diabète et hypertension

Le paiement à l'acte fonctionne mal pour les maladies chroniques : plus le patient se complique, plus le système génère de dépenses. Or le but est exactement inverse. Pour le diabète, le Livre blanc recommande un forfait annuel ajusté au risque couvrant suivi, analyses, dépistage ophtalmologique, prévention rénale et cardiovasculaire et éducation thérapeutique.

Pour l'hypertension, une capitation de soins primaires peut rémunérer la continuité : un montant annuel par patient suivi, complété par des indicateurs de contrôle tensionnel et de maintien dans le parcours. Cette approche valorise le temps de suivi et la prévention plutôt que la multiplication des consultations.

Les modèles doivent être ajustés à la complexité afin de ne pas inciter les prestataires à sélectionner les patients les plus faciles.

Chapitre 24 - Cancer

Le cancer concentre les difficultés des systèmes modernes : médicaments coûteux, protocoles complexes, imagerie répétée, chirurgie, radiothérapie et effets indésirables. La logique doit évoluer de la facturation fragmentée vers un paiement par protocole ou épisode, lorsque cela est pertinent.

Pour certaines thérapies à très forte valeur et coût élevé, des contrats de performance avec les fournisseurs peuvent être expérimentés : une partie du prix dépend du résultat clinique défini à l'avance. Ces mécanismes doivent rester prudents, transparents et centrés sur des critères médicaux robustes.

La pharmaco-économie doit devenir une compétence institutionnelle permanente pour arbitrer entre innovation, bénéfice clinique et soutenabilité.

Chapitre 25 - Chirurgie programmée

La chirurgie programmée est le terrain naturel des paiements par épisode ou groupes homogènes. Le forfait doit couvrir le préopératoire, l'intervention, l'anesthésie, le séjour et une fenêtre de réadmission. Ainsi, une complication évitable ne devient pas automatiquement une nouvelle source de revenu.

Les tarifs doivent être ajustés à l'âge, aux comorbidités et à la complexité afin d'éviter la sélection des cas simples. La qualité doit inclure les infections, les réadmissions, la durée de séjour et les résultats fonctionnels.

Chapitre 26 - Urgences

Les urgences et le SAMU ne peuvent pas vivre d'un paiement à l'acte. Il faut financer la disponibilité : équipes, ambulances, réanimation, régulation et garde. Le modèle doit donc combiner dotation structurelle, activité et qualité.

La bonne performance ne se mesure pas au nombre d'interventions, mais au délai de réponse, au temps jusqu'au traitement, à l'orientation et à la mortalité évitable. C'est un changement important : l'argent rémunère une capacité à sauver des vies, y compris lorsque cette capacité attend sans être mobilisée.

PARTIE VIII

La grande réforme de la TNR

SE SOIGNER SANS SE RUINER

Chapitre 27 - Une tarification héritée du passé

Le gouvernement a reconnu en 2025 que la TNR demeurait largement héritée de l'architecture de 2006. Une grille tarifaire ne peut rester figée pendant deux décennies sans créer un écart entre référence, coût et prix réel. Cet écart se répercute sur le patient et sur les professionnels.

Le Conseil de la concurrence avait déjà pointé l'insuffisance de la méthodologie de calcul historique et la nécessité d'une tarification fondée sur des coûts plus réalistes. La réforme ne doit donc pas être une simple négociation de pourcentages : elle doit reconstruire la méthode.

Chapitre 28 - Pourquoi une hausse générale serait une erreur

Augmenter tous les tarifs de 20 ou 30 % serait administrativement simple, mais économiquement mauvais. Certains actes peuvent être aujourd'hui sous-évalués, d'autres correctement valorisés, certains ayant même vu leur coût unitaire diminuer grâce à la technologie ou au volume.

Une hausse uniforme augmenterait la dépense AMO sans corriger les distorsions. Elle pourrait aussi accroître le reste à charge si le remboursement ne suit pas. La bonne réforme doit revaloriser les actes insuffisamment rémunérés, stabiliser les autres et réduire éventuellement certains tarifs lorsque le coût efficient le justifie.

Chapitre 29 - Reconstruire la TNR à partir du coût efficient

Le coût efficient doit intégrer toutes les composantes normales de production et exclure les inefficiences manifestes. Pour le privé, il doit inclure une marge raisonnable permettant l'investissement, le risque et le renouvellement du capital. Pour le public, il doit tenir compte du fait que certains coûts fixes sont déjà financés par le budget.

Cette différenciation ne constitue pas une discrimination ; elle reflète des structures économiques différentes. La méthodologie doit cependant être publique afin que chaque acteur sache pourquoi un tarif est fixé à un niveau donné.

Chapitre 30 - Une TNR intelligente

La nouvelle architecture doit utiliser plusieurs modes : acte pour les prestations simples ; épisode pour la chirurgie et la maternité ; forfait annuel pour certaines maladies chroniques ; capitation pour les soins primaires ; dotation pour les services permanents. Elle doit aussi introduire des coefficients de complexité et de territoire.

La TNR devient ainsi un outil de politique sanitaire. Elle peut mieux rémunérer la prévention, la médecine générale, l'ambulatoire et l'exercice dans les territoires déficitaires, plutôt que de valoriser presque exclusivement la technicité.

Chapitre 31 - Indexer sans fabriquer l'inflation médicale

Une tarification moderne doit être révisée régulièrement, mais l'indexation ne doit pas être une augmentation automatique identique pour tous les actes. Le Livre blanc recommande un indice marocain des coûts de production des soins : salaires, médicaments, dispositifs, énergie, maintenance et technologie.

Une mise à jour technique annuelle, un audit de cohérence tous les trois ans et une refonte complète tous les cinq ans permettraient d'éviter un nouveau gel de vingt ans. Les révisions doivent être faites par familles de soins, en tenant compte des gains de productivité possibles.

Chapitre 32 - Le tarif opposable et le devis sanitaire

Pour certains actes standardisés, le patient doit connaître son reste à charge avant le soin. Un tarif conventionné opposable peut être proposé aux prestataires en échange du tiers payant, d'un paiement rapide et d'un référencement dans le réseau AMO.

Au-delà d'un seuil de dépense, un devis sanitaire numérique indiquerait prix total, TNR, remboursement AMO, complémentaire éventuelle et reste à charge prévisionnel. La prévisibilité financière devient une composante de la protection sociale.

« Un taux de remboursement n'a de sens pour le citoyen que s'il sait combien il paiera réellement. »

PARTIE IX

Médicaments - Soigner mieux en payant plus justement

SE SOIGNER SANS SE RUINER

Chapitre 33 - Pourquoi le médicament est stratégique

Le médicament représente une part importante des dépenses AMO et des paiements directs. C'est l'un des rares postes où une politique de prix, de prescription et de substitution peut simultanément améliorer le pouvoir d'achat et la soutenabilité, à condition de préserver la disponibilité et la qualité.

La stratégie doit distinguer les médicaments courants, les génériques, les biosimilaires, les innovations très coûteuses et les produits hospitaliers. Une politique unique ne peut pas convenir à toutes ces catégories.

Chapitre 34 - Génériques et biosimilaires

Le document initial proposait de faire progresser fortement la part des génériques. L'objectif chiffré doit être redéfini selon une métrique claire - volume, unités ou valeur - mais la direction est justifiée. Lorsque l'équivalence est établie, le système collectif doit favoriser l'option efficiente.

Le droit de substitution du pharmacien, la prescription en dénomination commune, l'information du patient et les achats publics constituent les leviers principaux. La réforme doit être construite avec l'industrie et les pharmaciens pour éviter pénuries et effets pervers.

Chapitre 35 - Acheter autrement les médicaments coûteux

Pour les thérapies innovantes à prix élevé, la négociation nationale, les achats groupés et les contrats de performance peuvent limiter l'impact budgétaire. La comparaison ne doit pas porter seulement sur le prix d'une boîte, mais sur le coût par résultat clinique obtenu.

Le Maroc doit développer une fonction de pharmaco-économie capable d'évaluer le bénéfice additionnel d'une innovation, le nombre de patients concernés, le coût budgétaire global et les alternatives disponibles.

PARTIE X

La prévention - Le quatrième pilier

SE SOIGNER SANS SE RUINER

Chapitre 36 - Une AMO ne peut pas seulement rembourser les maladies

Une assurance qui intervient essentiellement lorsque la maladie est installée est condamnée à subir l'inflation médicale. La prévention ne doit pas être un supplément moral au système ; elle doit devenir une composante de sa stratégie financière.

Toutefois, la prévention ne produit pas toujours des économies immédiates. Certaines interventions augmentent même les dépenses à court terme parce qu'elles dépistent davantage de personnes. Son intérêt se juge en santé gagnée, en complications évitées et en soutenabilité à moyen terme.

Chapitre 37 - Les grandes priorités

Les priorités sont celles qui combinent forte prévalence et complications coûteuses : diabète, hypertension, obésité, cancers dépistables, maladies cardiovasculaires, santé mentale, addictions et vieillissement. Le dépistage doit être relié à une capacité réelle de prise en charge, faute de quoi il crée seulement de l'anxiété et des files d'attente.

La médecine scolaire, la médecine générale, la pharmacie de proximité, la santé au travail et le numérique peuvent constituer un réseau de prévention beaucoup plus large que l'hôpital.

Chapitre 38 - Payer pour éviter la maladie

Les modes de financement doivent récompenser le suivi et la prévention. Capitation, forfait annuel, bonus de qualité et rémunération de la coordination peuvent être expérimentés. Le système doit éviter les indicateurs trop simples qui incitent à sélectionner les patients faciles.

L'objectif est de faire évoluer la logique économique : ne plus payer davantage parce que le patient se complique ; payer mieux pour réduire la probabilité qu'il se complique.

PARTIE XI

Données, numérique et intelligence artificielle

SE SOIGNER SANS SE RUINER

Chapitre 39 - Le dossier économique et médical du parcours

Aucun achat stratégique de soins n'est possible si les données restent fragmentées entre hôpitaux, cliniques, médecins, pharmacies, laboratoires et gestionnaires. L'interopérabilité est l'infrastructure invisible de la réforme.

Le système doit pouvoir suivre un épisode de soins sans créer une surveillance intrusive : prescription, acte, facture, remboursement, résultat. Les règles de protection des données doivent être intégrées dès la conception, avec accès limité, journalisation et finalité clairement définie.

Chapitre 40 - Détecter les anomalies sans suspecter tout le monde

La lutte contre la fraude doit être ciblée et fondée sur les données. Les outils peuvent repérer doublons, profils de prescriptions atypiques, actes incompatibles, facturations en série ou consommations anormales. Un signal algorithmique ne doit jamais être assimilé automatiquement à une fraude.

L'analyse humaine, le contradictoire et les voies de recours restent indispensables. La technologie doit réduire le bruit et concentrer le contrôle sur les cas à haut risque.

Chapitre 41 - L'IA au service de la soutenabilité

L'IA peut contribuer à prévoir les risques de complications, identifier les patients à rappeler, analyser les variations de coûts entre établissements et détecter les incohérences de facturation. Elle peut aussi aider à optimiser les rendez-vous, les équipements et les stocks.

La règle doit rester simple : l'algorithme signale et assiste ; le professionnel décide. La médecine et la décision de couverture ne doivent pas devenir des boîtes noires automatisées.

PARTIE XII

Combien coûterait la réforme ?

SE SOIGNER SANS SE RUINER

Chapitre 42 - Le coût brut

À maturité, la V2 de ce travail estimait un besoin brut supplémentaire de l'ordre de 10 à 13 milliards de dirhams par an pour un paquet comprenant extension de couverture, réduction ciblée du reste à charge, tiers payant, offre publique, urgences et prévention. Ces ordres de grandeur doivent être considérés comme une enveloppe de travail.

Mesure	Fourchette annuelle à maturité
Extension potentielle AMO-Tadamon	+1,5 à +2,0 MMDH
Réduction ciblée du reste à charge	+2,0 à +3,0
Tiers payant - fonctionnement	+0,1 à +0,3
Renforcement supplémentaire du public	+2,0 à +4,0
SAMU/SMUR - fonctionnement	+1,0 à +2,0
Prévention	+0,8 à +1,5

La plupart de ces dépenses doivent monter progressivement en charge. Le coût brut n'est pas le coût net pour la collectivité, car certaines mesures génèrent des recettes ou évitent des dépenses ailleurs.

Chapitre 43 - Les économies

Trois gisements sont immédiatement identifiables : médicament, pertinence/fraude et productivité/parcours. Des économies annuelles de 0,7 à 1,2 milliard sur le médicament, 0,5 à 1 milliard sur les anomalies et 1 à 2 milliards sur les parcours et la productivité constituent des hypothèses raisonnables à tester, non des garanties.

Le rééquilibrage public-privé peut ajouter un dividende potentiel de 0,5 à 1,5 milliard si la comptabilité analytique démontre un différentiel de coût sur les activités transférables. Par prudence, ce dividende ne doit pas être budgété avant d'être observé.

Chapitre 44 - Les recettes nouvelles

Le meilleur recouvrement des travailleurs non salariés, la croissance naturelle des recettes, et l'augmentation de l'activité AMO facturée par les établissements publics constituent les principales ressources nouvelles. Le gain de recouvrement peut représenter plusieurs centaines de millions de dirhams selon la trajectoire retenue.

Le financement doit rester pluraliste. La totalité de la réforme ne peut pas reposer sur le budget général, pas plus qu'elle ne peut reposer sur des cotisations plus élevées. Elle doit résulter d'un mix : recettes, économies, croissance et redéploiements.

Chapitre 45 - Le coût net et les trois scénarios

Le scénario prudent limiterait l'effort net à 3-4 milliards de dirhams par an à maturité et viserait des paiements directs autour de 32-34 %. Le scénario équilibré, recommandé, mobiliserait 5-8 milliards nets et viserait 30-32 %. Le scénario accéléré, à 9-12 milliards nets, chercherait à approcher plus rapidement 25-28 %, mais augmenterait le risque budgétaire.

Scénario	Effort net annuel	Cible paiements directs	Lecture
Prudent	3-4 MMDH	32-34 %	Risque budgétaire faible, impact social plus lent
Équilibré	5-8 MMDH	30-32 %	Compromis recommandé
Accéléré	9-12 MMDH	25-28 %	Impact rapide, forte exigence de financement

La trajectoire doit rester conditionnelle à la croissance, aux recettes et aux économies réellement obtenues. Les droits sociaux doivent être durables, pas seulement finançables l'année de leur annonce.

PARTIE XIII

Le contrat sanitaire 2035

SE SOIGNER SANS SE RUINER

Chapitre 46 - Dix engagements mesurables

1. Fermer les exclusions injustifiées de couverture pour les ménages vulnérables.
2. Ramener les paiements directs des ménages vers 30-32 % en 2031.
3. Généraliser progressivement le tiers payant, d'abord pour les plus vulnérables.
4. Publier un indice territorial d'accès aux soins.
5. Construire une chaîne SAMU-SMUR-Protection civile couvrant progressivement le territoire.
6. Augmenter fortement la capacité du public à produire et facturer des soins AMO.
7. Réformer la TNR sur la base du coût efficient et de la qualité.
8. Réduire le coût des médicaments par génériques, biosimilaires et achats intelligents.
9. Porter le recouvrement des régimes fragiles à un niveau nettement supérieur.
10. Publier chaque année un bilan actuariel AMO à dix ans.

Chapitre 47 - Les indicateurs qui permettront de juger la réforme

Une réforme crédible doit pouvoir être évaluée. Le tableau de bord public doit combiner des indicateurs financiers et sanitaires : dépenses et recettes AMO, reste à charge, part public-privé, médicaments, coûts des principales pathologies, délais, réadmissions, couverture territoriale, satisfaction et résultats de prévention.

La publication trimestrielle d'un nombre limité d'indicateurs et un rapport annuel plus complet permettront d'installer une culture de résultat. Les données doivent être comparables dans le temps et entre territoires.

Chapitre 48 - Qui doit rendre des comptes ?

La réforme mobilise le gouvernement, le ministère, la CNSS, les GTS, les hôpitaux, les cliniques, les médecins et les pharmaciens. La gouvernance doit éviter la dispersion des responsabilités. Chaque niveau doit disposer d'objectifs, de moyens et d'indicateurs clairement définis.

Une gouvernance indépendante de la méthodologie des coûts et de l'évaluation peut réduire la conflictualité. Les décisions politiques restent légitimes, mais elles doivent être éclairées par des données que toutes les parties peuvent auditer.

PARTIE XIV

La feuille de route 2027-2035

SE SOIGNER SANS SE RUINER

Chapitre 49 - Les 100 premiers jours

- Audit actuariel consolidé de tous les régimes AMO.
- Audit des derniers exclus et des effets de seuil.
- Lancement de la base nationale des coûts.
- Mesure nationale du reste à charge réel.
- Sélection des cinq territoires et dix parcours pilotes.
- Préparation de la première vague de révision TNR.

La priorité n'est pas d'annoncer immédiatement cinquante mesures. Elle est de produire les données manquantes qui conditionnent les arbitrages et de lancer les expérimentations dont les résultats pourront être mesurés rapidement.

Chapitre 50 - 2027 : expérimenter

L'année 2027 doit être celle des pilotes : tiers payant ciblé, maternité, cataracte, dialyse, diabète, imagerie, premiers tarifs opposables, et contrats de performance dans plusieurs GTS. Chaque pilote doit comporter une situation avant/après, un groupe de comparaison lorsque possible et des indicateurs publics.

Chapitre 51 - 2028-2029 : généraliser ce qui fonctionne

Les modèles efficaces sont ensuite étendus : forfaits, capitation, achats de volumes, modulation territoriale, révision de la TNR et récupération des recettes AMO par les établissements publics. Les programmes qui ne produisent pas les résultats attendus sont corrigés ou arrêtés.

Chapitre 52 - 2030-2031 : rendre les résultats visibles

La réforme doit produire des résultats ressentis : moins d'avance de frais, reste à charge plus bas, délais réduits, chaîne d'urgence opérationnelle, plus grande capacité publique, meilleure disponibilité des médicaments et suivi renforcé des maladies chroniques. Le scénario équilibré viserait des paiements directs proches de 30-32 %.

Chapitre 53 - 2035 : consolider

À l'horizon 2035, l'objectif est un système organisé autour du parcours, avec des paiements directs convergeant vers 25 % ou moins, une capacité publique nettement renforcée, un privé contractualisé, une TNR régulièrement actualisée et une AMO pilotée par les données et la prévention.

Le succès ne se mesurera pas seulement au volume des budgets. Il se mesurera au nombre de jours de maladie évités, aux soins accessibles à temps, aux ménages protégés contre l'appauvrissement et à la capacité de financer durablement la solidarité.

Conclusion générale - De l'assurance maladie à la politique de santé

La première génération de réforme devait répondre à une question : qui est couvert ? La deuxième doit répondre à une question plus exigeante : qui se soigne réellement ? Puis vient une troisième question, économique et sanitaire à la fois : à quel coût, avec quelle qualité et avec quels résultats ?

Le Maroc doit progressivement passer de la couverture au soin, du remboursement à l'achat stratégique, de l'acte au parcours, du tarif historique au coût efficient, de la maladie à la prévention et de la dépense à la valeur sanitaire. Ce déplacement n'est pas technocratique. Il est au cœur du contrat social : une protection qui existe dans les textes mais reste inaccessible au moment de la maladie est incomplète.

La réforme devra également assumer la complémentarité. Le public doit redevenir puissant et attractif ; le privé doit être un partenaire contractuel responsable ; l'AMO doit devenir un acheteur capable de comparer, négocier et mesurer ; le patient doit disposer d'une information claire et d'un reste à charge soutenable.

« Se soigner sans se ruiner. Pour tous, partout et tout le temps. Le bon soin, au bon endroit, au juste prix, avec la bonne qualité, sans mettre en danger la solidarité nationale. »

ANNEXES

Données, simulations, méthode et sources

SE SOIGNER SANS SE RUINER

Annexe 1 - Données structurantes

Donnée	Valeur / date	Statut
Dépense totale de santé	≈81,7 MMDH en 2022	Donnée officielle - Comptes nationaux de la santé
Paielements directs ménages	38 % en 2022	Donnée officielle
Financement collectif et solidaire	61,3 % en 2022	Donnée officielle
Bénéficiaires AMO	>32 millions en 2025	Donnée officielle / PLF 2026
AMO-Tadamon	≈11 millions en 2025	Donnée officielle
Dépenses AMO	24,95 MMDH en 2024	Donnée Cour des comptes
Croissance dépenses 2022-2024	+83 %	Calcul officiel cité par la Cour
Croissance ressources 2022-2024	+36 %	Donnée Cour des comptes
Dépenses AMO vers privé	≈91 % en 2024	Donnée Cour des comptes

Annexe 2 - Matrice des dix parcours pilotes

Parcours	Mode actuel dominant	Modèle proposé	Indicateur principal
Maternité	Actes + forfaits	Forfait épisode ajusté au risque	Résultats mère/enfant
Cataracte	Forfait	Épisode complet	Vision restaurée
Dialyse	Séance	Forfait annuel	Coût annuel + qualité
IRM	Acte	Achat de capacité	Coût + délai
Scanner	Acte	Achat territorial	Coût + délai
Diabète	Actes multiples	Forfait annuel	Complications évitées
Hypertension	Consultations	Capitation	Contrôle tensionnel
Cancer	Actes + médicaments	Protocole/épisode	Résultat clinique
Chirurgie	Forfaits hétérogènes	Épisode ajusté au risque	Réadmission/qualité
Urgences	Budget + actes	Dotation + activité + qualité	Temps de réponse

Annexe 3 - Méthode de calcul du coût efficient

- Personnel médical et paramédical réellement mobilisé.
- Médicaments, dispositifs et consommables.
- Utilisation et amortissement des équipements.
- Maintenance, énergie et infrastructure.
- Administration et systèmes d'information.
- Durée de séjour, complications et réadmissions.
- Ajustement au risque et à la complexité.
- Exclusion des inefficiences anormales.
- Marge raisonnable pour les prestataires privés conventionnés.

Annexe 4 - Scénarios de soutenabilité

Les fourchettes retenues dans le Livre blanc sont volontairement prudentes. Elles doivent être recalculées lorsque les comptes 2025-2026 consolidés, les données de consommation par régime et la base nationale des coûts seront disponibles. Le scénario équilibré reste la référence de travail : effort net de 5 à 8 MMDH à maturité, financé par un mélange de recettes nouvelles, économies et crédits supplémentaires.

Annexe 5 - Sources institutionnelles principales

Ministère de la Santé et de la Protection sociale - Comptes nationaux de la santé 2022:

https://www.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/2025/Comptes%20Nationaux%20de%20la%20Sant%C3%A9%20-2022.pdf

Cour des comptes - Rapport annuel 2024-2025 / axes principaux:

https://www.courdescomptes.ma/wp-content/uploads/2026/01/Axes-principaux_Rapport-annuel-de-la-CDC-au-titre-2024-2025.pdf

Maroc.ma - Généralisation de l'AMO : plus de 32 millions de bénéficiaires en 2025:

<https://www.maroc.ma/fr/actualites/generalisation-de-lamo-plus-de-32-millions-de-beneficiaires-en-2025>

Maroc.ma - AMO des personnes incapables de s'acquitter des cotisations:

<https://www.maroc.ma/fr/actualites/plus-de-4-millions-de-menages-beneficiaires-du-regime-de-lamo-de-base-pour-les-personnes-incapables-de>

ANAM - Tarification nationale de référence: <https://anam.ma/anam/regulation/tarification-nationale-de-reference/>

ACAPS - Loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base:

https://www.acaps.ma/sites/default/files/publication_documents/loi_65.00_fr.pdf

Conseil de la concurrence - Avis sur le fonctionnement concurrentiel du marché des soins médicaux:

<https://conseil-concurrence.ma/wp-content/uploads/2023/10/Avis-du-Conseil-de-la-Concurrence-Avis-A.4.22-FR-.pdf>

Annexe 6 - Limites et précautions

Plusieurs données tarifaires disponibles publiquement sont anciennes. Elles sont utilisées pour montrer les écarts de méthode et la nécessité de la réforme, non pour affirmer qu'elles correspondent aux coûts de 2026. Les chiffres de transferts public-privé sont des scénarios. Les économies sur médicaments, fraude, productivité ou prévention sont des fourchettes de travail et doivent faire l'objet d'études spécifiques.

Le présent Livre blanc constitue une proposition stratégique et économique. Il ne remplace ni une étude actuarielle, ni une étude d'impact budgétaire, ni une analyse juridique détaillée des textes d'application.

SE SOIGNER SANS SE RUINER

Pour tous, partout et tout le temps

Le bon soin, au bon endroit, au juste prix.

Horizon 2027-2035

Livre blanc de réflexion et de propositions sur la deuxième génération de la réforme sanitaire au Maroc.

