

Le coût et la dépense dans le système de santé marocain

Cost and expenditure in the Moroccan health system

Ikram BENELBARAKA, (Doctorante)

LERSG

*Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales d'Agdal
 Université Mohammed V, Rabat*

Tarik LAKHAL, (Enseignant-Chercheur)

LERSG

*Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales d'Agdal
 Université Mohammed V, Rabat*

Adresse de correspondance :	Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales d'Agdal Avenue des Nations Unies B.P.721- Agdal- Rabat. Université Mohammed V, Rabat, Maroc, 10101. +212537 77 27 32
Déclaration de divulgation :	Les auteurs n'ont pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude et ils sont responsables de tout plagiat dans cet article.
Conflit d'intérêts :	Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.
Citer cet article	BENELBARAKA, I., & LAKHAL, T. (2025). Le coût et la dépense dans le système de santé marocain. <i>International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics</i> , 6(7), 187–204.
Licence	Cet article est publié en open Access sous licence CC BY-NC-ND

Received: 22/02/2025

Accepted: 30/06/2025

International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics - IJAFAME

ISSN: 2658-8455

Volume 6, Issue 07 (2025)

Le coût et la dépense dans le système de santé marocain

Résumé :

Étant donné que les ménages demeurent le principal acteur de financement de la santé au Maroc, certaines mesures sont prises actuellement pour déceler l'évolution du coût et des dépenses de la santé dans le système national de santé à travers les années. Pour ce, la réduction des dépenses des ménages en santé implique une extension de la couverture sanitaire universelle (CSU) pour toutes les catégories sociales ainsi de consacrer un budget des ressources humaines, des infrastructures et des matériels aux zones les plus défavorisées et de pallier le problème majeur des disparités territoriales.

Notre papier a pour objectif de porter une analyse sur le coût et la dépense en santé dans le système de santé marocain, à la fois pour percevoir un modèle de financement solide et pour garantir l'efficacité et l'efficience des dépenses allouées. Toutefois, pour garantir la viabilité du système de financement de la santé et sa pérennité, il faut mettre en place un modèle cohérent en tenant compte des postes de soins ayant plus de coûts/dépenses. Dans ce sens, l'effort budgétaire en faveur de la santé a connu une augmentation considérable durant les années, mais ceci est conditionné par d'autres facteurs endogènes et exogènes. Dans cet article, nous examinons ces facteurs et l'évolution des dépenses ainsi que la répartition de celles-ci par prestation de soins en vue de pousser l'analyse du côté de l'offre. Ensuite, on a abordé la notion de l'efficacité et de l'efficience pour l'optimisation des dépenses et une concentration sur les soins les plus adaptés. Il s'avère que l'approche comparative entre les systèmes de santé du Maroc et des pays de la région MENA semble très cruciale pour identifier les pays qui assurent une meilleure allocation des ressources en respectant les spécificités de chaque pays notamment en termes de qualité de vie, la gestion des maladies chroniques, la réduction du taux de mortalité infantile... Cet article est une revue de littérature empirique basée sur les données des comptes nationaux de la santé et les notes d'exécution des dépenses effectives de santé pour une évaluation intégrale de la politique de la santé au Maroc.

Mots clés : Dépense, efficacité, efficience, système de santé, région MENA.

JEL Classification : H51, I14, I18.

Type du papier : Recherche Théorique.

Abstract:

Given that households are still the main source of health funding in Morocco, a number of measures are currently being taken to slow down the increase in health costs and expenditure in the national health system over the years. Morocco has seen a significant improvement in infant and maternal mortality rates, the development of the pharmaceutical industry and an improvement in the range of healthcare services on offer. To achieve this, reducing household spending on health means extending universal health coverage (UHC) to all social categories, as well as allocating a budget for human resources, infrastructure and equipment to the most disadvantaged areas and overcoming the major problem of territorial disparities.

The aim of our paper is to provide an analysis of health costs and expenditure in the Moroccan health system, both to identify a sound financing model and to guarantee the effectiveness and efficiency of the expenditure allocated. However, in order to guarantee the viability and sustainability of the healthcare financing system, a coherent model needs to be put in place, taking into account the areas of care with the highest costs/expenditure. In this sense, the budgetary effort in favour of health has increased considerably over the years, but this is conditioned by other endogenous and exogenous factors. In this article, we examine the underlying factors and the evolution of health expenditures, as well as their distribution by type of care provision, with the aim of deepening the analysis from the supply-side perspective. We then address the concepts of efficiency and effectiveness in the optimization of health spending, with a focus on the most appropriate types of care. The comparative approach between the Moroccan healthcare system and those of other MENA countries proves to be crucial in identifying countries that achieve better resource allocation while taking into account each country's specific characteristics—particularly in terms of quality of life, chronic disease management, and infant mortality reduction. This article constitutes an empirical literature review based on data from national health accounts and health expenditure execution reports, with the objective of providing a comprehensive assessment of Morocco's health policy.

Keywords: Expenditure, effectiveness, efficiency, healthcare system, MENA region.

Classification JEL: H51, I14, I18.

Paper type: Theoretical Research.

1. Introduction

Conformément aux normes internationales et aux Objectifs de Développement Durable notamment l'ODD N°3, l'édition des indicateurs comparables relatifs aux composantes du système de santé semble indéniable pour adopter les meilleures décisions au moment opportun. Les comptes satellites de santé appelés également les comptes nationaux de santé permettent un aperçu sur les sources de financement avec nature de financement, les dépenses de santé par type, le budget alloué à la santé et son pourcentage par rapport au Budget Général de l'État. L'institutionnalisation des comptes nationaux de santé constitue un éclairage pour résoudre le financement du système de santé à travers les données sur les ressources mobilisées et les dépenses allouées.

Selon le classement des Nations Unies, le Maroc a été classé au 110^{ème} rang au niveau des systèmes de santé mondiaux et au 111^{ème} au niveau de l'équité d'accès aux soins. Certes, le financement constitue une issue permettant le dénouement de l'accès équitable aux soins, mais il convient de procéder à une analyse plus méticuleuse en termes de coût et de dépense de la santé.

Au Maroc, deux modèles types pour le financement du secteur de la santé : le système Bismarckien (AMO) et le système Beveridgien (AMO Tadamon). Le premier est basé sur les cotisations des assurés et vise le maintien de niveau de vie pour garantir la solidarité interprofessionnelle tandis que le second est basé sur l'impôt comme garant de la solidarité nationale et de la lutte contre la pauvreté. Il est à 80% Bismarckien et à 20% Beveridgien en raison de l'universalité théorique de la couverture et du risque dans un système inéquitable où le secteur privé est un acteur essentiel (Heikel, 2020). Evidemment, les dépenses consacrées à la santé ont connu une augmentation significative selon les derniers comptes nationaux de santé et les notes budgétaires du ministère des finances sauf que par rapport aux pays ayant un développement similaire cette augmentation reste insuffisante.

La croissance économique a été corrélée pendant longtemps au capital humain et la qualité de la main-d'œuvre. En effet, les prestations de base ont été pendant longtemps gratuites, mais l'évolution technologique, le coût des prestations et la demande induite ou non, a conduit plusieurs systèmes sanitaires à revoir l'universalité de l'accès, et ce même dans les pays à revenu élevé (Jamison et al., 2018). La santé a été apparue sous forme de l'espérance de vie dans de nombreuses estimations de l'effet de la santé sur la croissance économique (Barro & Bloom & Lau, 1996, 2000, 2001). Dès lors, il a été prouvé dans un modèle de la croissance économique que la santé a un impact statistiquement significatif sur celle-ci, puisqu'une augmentation de l'espérance de vie affecte la production à travers la productivité des travailleurs et donc la croissance s'accroît (Bloom et al., 2004). Dans une autre étude macro-économique, la santé est un bien supérieur puisque les dépenses de santé évoluent plus rapidement que le PIB (Newhouse, 1977). Et que l'accroissement des dépenses de santé ne s'explique pas seulement par la demande, mais par d'autres facteurs comme le revenu, le progrès technique et le cadre institutionnel du système de santé (système intégré, de remboursement ou contractuel). Dans ce sens, il a été démontré que ce dernier influence fortement le volume des dépenses de santé (Mahieu, 2002).

Toutefois, il y'a des modèles qui affirment que la demande en matière de santé diffère complètement des biens ordinaires de manière à ce que la demande en soins médicaux est surtout liée aux préférences des prestataires de soins. On parle également de la demande induite par les praticiens de santé due à l'asymétrie d'information puisque le patient n'a pas la capacité de juger de la pertinence du traitement qui lui est prescrit (Mahieu, 2000).

Dans le contexte national, le recours au parcours de soins est conditionné des fois par l'automédication, proximité géographique, moyens financiers, la confiance dans le système en question.... Et pour épargner les difficultés financières inhérentes à l'accès aux soins, la

couverture sanitaire universelle doit répondre à une analyse tridimensionnelle selon l'Organisation Mondiale de la Santé basée sur la population couverte, la proportion des coûts supportés directement par les ménages et la disponibilité des services de soins en vue de répondre à la demande exprimée. En revanche, les pays sont amenés à parachever l'offre de soins de manière à répondre aux exigences de toute catégorie de la population en l'occurrence l'accès aux structures de soins, aux technologies médicales de qualité et de disposer du personnel en nombre suffisant.

Cependant, quel que soit le système de santé en question, et tenant compte des évolutions démographiques, technologiques et systémiques, les défis économiques liés au coût et au financement ont toujours remis en cause les systèmes de santé mondiaux et spécialement la réflexion autour de la couverture sanitaire universelle. Bien que le recours aux soins préventifs (vaccination, planification familiale...) ne soit pas intégré dans la politique de la CSU sauf qu'ils avaient fait preuve de l'optimisation des dépenses éventuelles en matière de santé. À cet égard, cet article vise à répondre à la question centrale suivante : comment peut-on concilier les coûts et les dépenses en santé avec l'efficacité du système de financement et l'accessibilité et la qualité des soins ?

Dans le cadre de notre article, nous allons aborder au niveau de la première section les différents problèmes liés à la détermination du coût de la santé et à sa mesure pour le système de santé marocain. Ensuite, nous allons mettre en exergue au niveau de la deuxième section l'évolution des dépenses de santé par pourcentage du PIB et par habitant tout en se focalisant sur une approche comparative avec quelques pays de la région MENA. En dernier lieu, nous allons évoquer les principaux modèles d'évaluation du coût et des dépenses de santé et évaluer subséquemment leur faisabilité pour le système de santé marocain.

2. Problème de définition et de mesure du coût pour la santé

Sa Majesté dans son discours royal avait exhorté les responsables de haut niveau de repenser les mécanismes de financement du secteur de la santé : « ...Mettre en place des instruments novateurs de financement, particulièrement au vu d'un contexte général marqué par l'augmentation des dépenses de santé, le vieillissement rapide de la population mondiale, la prévalence des maladies chroniques et la disponibilité de nouveaux traitements à coût élevé... » (SM le roi Mohammed VI à l'occasion de la journée mondiale de la santé, 2019).

Certes, les coûts des différentes prestations de santé constituent un élément décisif et central pour le processus de la prise de décision au niveau stratégique. Il convient avant tout de déterminer la valeur des coûts d'une intervention médicale, des soins médicaux et des différents services de prévention pour optimiser même les ressources allouées. La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût, ainsi, les comptes nationaux ou les comptes satellites de santé fournissent des grandeurs statistiques à travers les agrégats les plus pertinents en l'occurrence les dépenses courantes¹, source de financement par nature, dépenses des ménages par type de prestation... permettant d'évaluer le coût total des soins et des biens médicaux consommés d'une année à l'autre (Drummond et al, 2015) .

Toutefois, l'objectif ultime de la couverture sanitaire universelle est d'alléger le coût des soins pour le patient notamment les groupes les plus vulnérables. Néanmoins, ceci n'était pas réalisé avec le RAMED puisque l'évolution de l'offre de soins de ce dernier n'était pas suffisante par rapport au nombre des Ramedistes qui s'est rajouté. D'où le recours a été constaté plus vers le secteur privé que pour le secteur public en dépit des prix élevés des organismes privés. En outre, les affections de longue durée (ALD) et les affections lourdes et coûteuses (ALC) coûtent plus chères dans le public que dans le privé, et entre la période entre 2018 et 2022, la répartition

¹Elles représentent l'ensemble des dépenses liées aux biens et prestations de santé à savoir les soins préventifs curatifs et palliatifs ainsi que les médicaments et les dispositifs médicaux.

des dépenses AMO pour la pharmacie a évolué de 92% qui s'explique par la consommation des anti-cancéreux et d'autres ALD.²

En effet, sur le plan pratique, ce qui détermine la perception du coût de la santé au Maroc sont généralement les coûts imprévisibles soit de consultation ou d'hospitalisation, ainsi les coûts qui varient selon la proximité géographique notamment pour le milieu rural (d'urgence, de transport...) et le régime de couverture détenu (AMO, RAMED, ou sans couverture). Généralement, dans un hôpital public, il existe un coût fixe soi-disant de caisse (40 dh pour les CHP et les CHR et 60 dh pour les CHU) et un coût variable qui dépend des coûts des actes médicaux et chirurgicaux, achats des médicaments, achat de matériel nécessaire, les tests réalisés (analyses, scanner...), et la durée de l'hospitalisation. En revanche, au niveau des cliniques privées, il est impossible de prévoir les coûts puisque le coût du matériel utilisé, des médicaments et des tests effectués font partie de l'intégralité des actes facturés par les cliniques et donc le patient se trouve dans l'incapacité de prévoir le coût à payer au préalable (Chami, 2025).

En outre, les dépenses en médicaments sont importantes chez les groupes les plus vulnérables, notamment les Ramedistes et les patients sans couverture médicale. Ainsi, les principales dépenses durant le parcours de soins sont celles du séjour, des médicaments et des « extra » dépenses (déplacement, nourriture, consommables et matériel) et au titre de ces mêmes dépenses, l'écart entre le secteur public et privé reste très significatif voire coûteux (Heikel, 2020).

En dépit de la cherté des services de santé privés, le recours à ces derniers s'est renforcé pour des raisons de qualité de la prise en charge médicale, le délai d'attente court, le comportement du personnel, la disponibilité des équipements de haute qualité...

Dans un contexte en perpétuelle transition démographique, épidémiologique et économique, les systèmes de santé connaissent éventuellement une augmentation des coûts des différentes prestations de santé (OMS, 2023). Pour cela, la couverture sanitaire universelle est censée jouer un rôle de drainage de la charge financière exercée sur les ménages. Pourtant, l'existence de l'iniquité en termes d'accès aux soins, de la contribution des ménages aux dépenses de santé et de l'adéquation des services de santé à la demande des patients fait que la couverture sociale n'a pas atteint l'objectif escompté.

D'où il convient de repenser les politiques publiques de santé afin de réaliser une justesse en termes d'accessibilité à l'utilisation des services de santé et des coûts supportés par les individus tout en assurant une base de données fiable au niveau du système. Par conséquent, le rôle de l'État consiste à trouver les ressources nécessaires pour la mise en œuvre de ses actions de visionnement, d'organisation et de régulation en vue de concrétiser la gouvernance sanitaire sur son territoire.

3. Evolution quantitative de la dépense pour la santé

Dans le système de santé marocain, le principal acteur dans les dépenses de la santé demeure les citoyens. Ainsi, ces dépenses proviennent principalement du budget général, des SEGMA (Services d'État Gérés de Manière Autonome) et des CST (Comptes Spéciaux de Trésor) sauf que la contribution de ces deux derniers reste pratiquement faible. Certes, d'après les rapports d'exécution et des extractions budgétaires du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS), les dépenses exécutées en matière de santé ont connu un accroissement sur la période 2017-2022, et pourtant ça reste loin des standards internationaux notamment ceux de l'OMS.

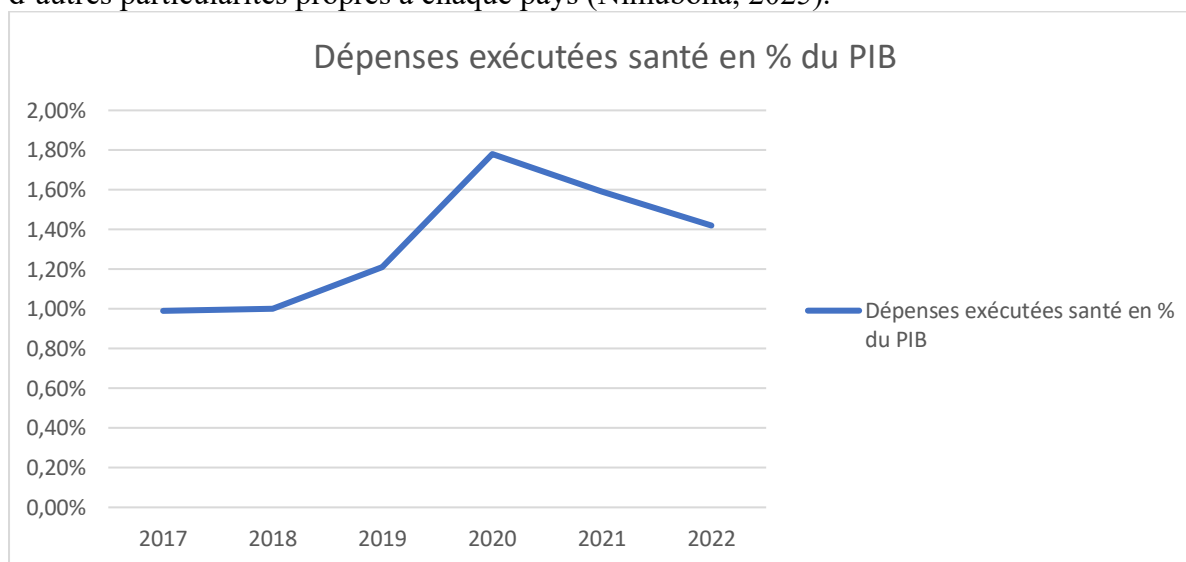
² Statistiques communiquées par la présidente de l'association des entreprises de médicaments au Maroc à l'occasion du webinaire « Le financement de la santé au Maroc entre progrès et défis », 2023.

En matière de contribution des ménages dans les dépenses de santé, l'OMS avait recommandé un taux entre 10% et 25%, mais la contribution directe des ménages dans les dépenses totales de santé a atteint 50% en 2019 (Khalid Ait Taleb, 2019). Il est en de même pour le financement de l'assurance maladie, les ménages contribuent à hauteur de 14,1% (Compte nationale de santé, 2018) par rapport aux autres contribuables à savoir l'État, les collectivités territoriales, les établissements et entreprises publics et les entreprises privées qui participent avec un taux faible.

Par ailleurs, la taille de financement pour un secteur préconise la place qu'occupe celui-ci dans les politiques publiques de l'État d'une façon générale (El Hajjouji, 2025). Au fil des années, on constate que le budget alloué au département de la santé connaît une augmentation et ceci revient aux réformes entretenues qu'a connues le secteur en l'occurrence la généralisation de la couverture médicale, le renforcement de l'offre de soins, l'augmentation du personnel médical et paramédical...

3.1. Dépenses de la santé en pourcentage de la richesse nationale et par habitant

L'agrégat des dépenses courantes et totales de la santé en pourcentage du PIB constitue un élément clé de comparaison objective entre pays au titre de la même année. Il concrétise l'effort des pays pour pérenniser et développer le secteur de la santé. Il est à noter qu'il n'y a pas un taux de référence standard pour les pays à meilleure stratégie de financement car ceci dépend d'autres particularités propres à chaque pays (Nimubona, 2025).

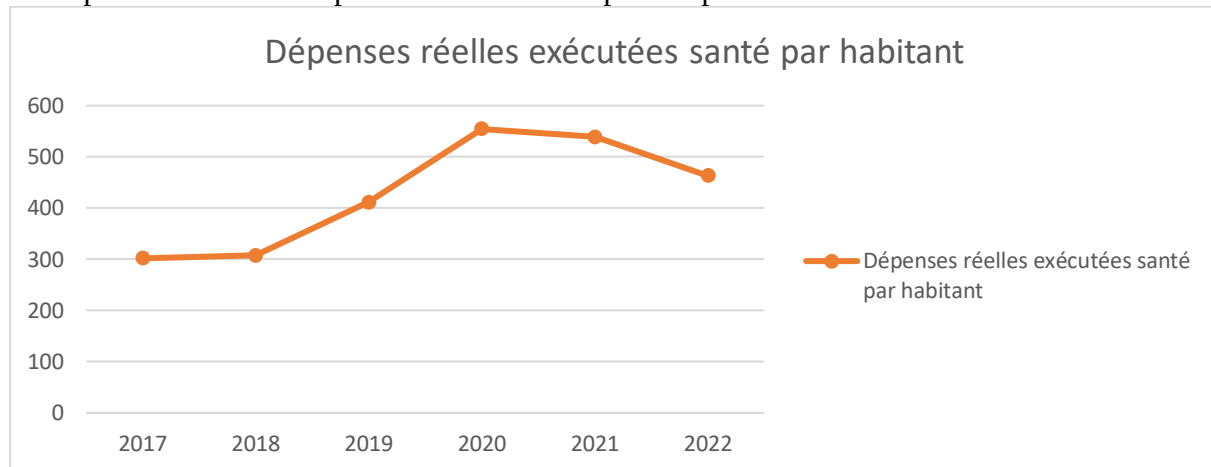


Source : d'après la note budgétaire du Ministère Délégué chargé du budget

Selon le graphique ci-dessus, on constate que les dépenses exécutées sur la période entre 2017 et 2022 ont connu une hausse significative allant de 0,99% à 1,42%, elles sont en moyenne de 1,33% au titre de cette même période. Il y'avait une certaine augmentation en 2020 et en 2021 avec des taux respectifs de 1,78% et 1,59% qu'on peut interpréter par les mesures budgétaires et financières pour faire face à la pandémie du Covid-19. Néanmoins, cette augmentation de la part des dépenses relatives à la santé dans le PIB reste insuffisante puisque l'OMS incite les pays à réserver une part de 5%. Parallèlement, l'évolution des dépenses globales de la santé par rapport à celle des dépenses du budget global a été plus importante durant cette période.

Par ailleurs, l'agrégat de la dépense totale de santé per capita ou par habitant reste un indicateur imminent reflétant l'effort de financement par habitant. Au niveau des comptes nationaux de la santé du 2018, on note une progression de la dépense totale par habitant depuis 1997 jusqu'à 2018. Ainsi, cet agrégat a connu une évolution de 9,6% par rapport au compte national de la santé de 2013.

On va essayer d'analyser à travers le graphique ci-dessous, les dépenses réelles exécutées de la santé par habitant et interpréter leur évolution pour la période 2017-2022.



Source : D'après les rapports d'exécution des dépenses du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

On peut déduire que la courbe relative aux dépenses réelles exécutées en matière de santé par habitant est généralement en hausse avec une dépense moyenne par habitant de 429,67 Dhs. Ces dépenses ont enregistré un pic de 554,23 Dhs et 539,07 Dhs au titre de l'année 2020 et 2021 respectivement.

En dépit de cette évolution positive, ce niveau de dépenses par habitant reste insuffisant par rapport aux recommandations de l'OMS qui est de 86 dollars (à peu près 853,12 Dhs). En outre de la comparaison par rapport aux normes internationales, cet indicateur permet également de se positionner à d'autres pays afin de repenser les stratégies et politiques de financement dans ce secteur.³

A l'échelle mondiale, et spécifiquement pour les pays en développement, la moyenne des dépenses de santé courantes par habitant en 2006 s'élevait à 79 dollars en Afrique Sub-saharienne, 271 dollars en Amérique Latine et Caraïbes et 173 dollars pour la région MENA. On note qu'au fur et à mesure que le revenu d'un pays augmente, on constate une augmentation de la part des dépenses publiques de la santé dans les dépenses totales publiques. D'après les comptes nationaux de la santé de l'année 2006, les pays à revenu intermédiaire élevé consacrent 64% des dépenses totales pour la santé alors que les pays à faible revenu consacrent 46% (Organisation Mondiale de la Santé, 2008).

L'aide extérieure constitue une source de financement très importante pour les pays à faible revenu, elle peut atteindre jusqu'à la moitié des dépenses consacrées à la santé (Dukhan, 2010). Le financement extérieur et le financement des acteurs privés ont connu une évolution croissante notamment après l'adoption des Objectifs de Développement Durable, ce qui explique également la montée des ressources extérieures de la santé pour ces pays. Un autre indicateur s'ajoute à la liste de la défaillance des pays à faible revenu est l'accroissement des paiements directs des ménages. A peu près la moitié des dépenses totales de santé sont à la charge des patients comme c'est le cas pour l'Afrique Sub-saharienne et l'Asie du Sud. Tel est le cas également pour des pays de l'Afrique Francophone, les dépenses supportées par les ménages dépassent les 60% en Burundi, Cameroun, Centrafrique, Tchad, Côte d'Ivoire, Congo Démocratique, Guinée, Sénégal et Togo. Ces chiffres témoignent la protection financière peu suffisante de couverture des individus contre les risques de maladies et de la vulnérabilité excessive pour les plus démunis.

Sur le plan de la couverture médicale, pour les pays de l'Afrique Francophone et Sub-saharienne, les régimes de l'assurance maladie sont classifiés soit en régime contributif ou non

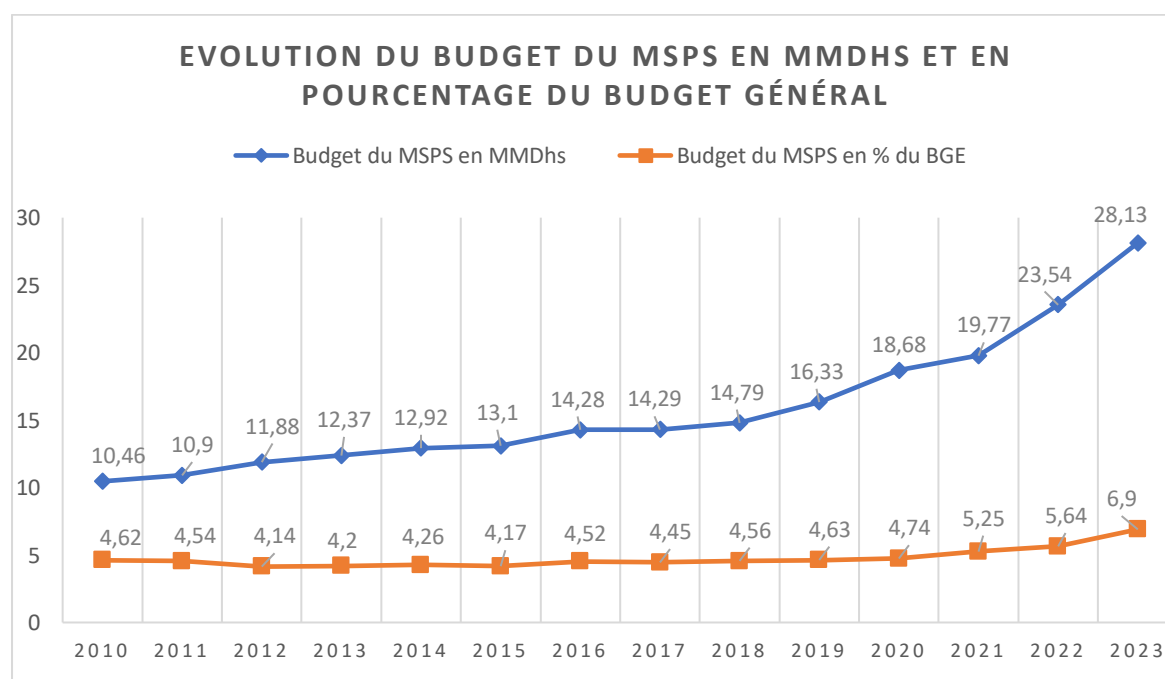
³ Voir la section du benchmark avec les pays de la région MENA.

contributif (par allocation budgétaire de l'État), mais les taux de couverture sont estimatifs en raison de l'indisponibilité de l'information, l'absence des dispositifs réglementaires des prestations de soins... Pourtant, une enquête a estimé théoriquement les taux de la population couverte, ainsi, le Rwanda enregistre un taux de 91% de la population couverte, le Sénégal 20,1%, le Burkina-Faso avec un taux très faible de 3% et le Niger d'un taux de 4% (Dukhan, 2010). Le Rwanda reste un cas d'école pour les autres pays du continent puisque l'AMO a été élargi même pour le secteur informel depuis 2006 grâce au développement rapide des mutuelles de santé et en s'alignant aux stratégies nationales.

3.2. L'effort public en faveur de la santé

Chaque pays aspire à un niveau de financement pérenne et efficace de son système de santé tout en palliant les insuffisances et les limites des stratégies de financement adoptées. Désormais le Maroc, avec les directives de Sa Majesté, s'engage à repenser son système de financement pour permettre la généralisation de la couverture médicale et de réduire la contribution directe des ménages. « Le financement est un outil certes. Mais avant de parler de financement, il faut d'abord analyser la productivité de notre système de santé » (Heikel, 2021). Il s'agit d'analyser ce que financent les dépenses à titre particulier afin de savoir si les finalités convergent vers la performance financière du système ou non.

Le graphique ci-dessous représente l'évolution du budget du MSPS en MMDhs et son évolution par rapport au budget général de l'État depuis 2010 jusqu'à 2023 :



Source : Direction du Budget du Ministère des Finances.

Le budget du ministère a passé de 10,46 milliards de dirhams en 2010 à 28,13 milliards de dirhams en 2023, une augmentation significative du budget dédié à la santé de 17,67 milliards de dirhams. Parallèlement à cette évolution, le budget du ministère par rapport au pourcentage du budget général a connu un accroissement durant la même période allant de 4,62% à 6,9%. Il s'agit de noter que l'année 2020 a fait l'objet d'une loi des finances rectificative et le pourcentage par rapport au BGE est passé à 4,76%.

En ce qui concerne le budget alloué à l'investissement, le montant de 8 milliards de Dhs est consacré au programme de renforcement, mise à niveau et préservation des infrastructures et des équipements de santé. Certes, le financement d'un secteur dépend de plusieurs facteurs

endogènes et exogènes notamment la situation économique du pays, ce qui explique d'ailleurs la variation d'une année à l'autre (Addi, 2023).

D'une façon explicite, les dépenses de santé au Maroc financent notamment le secteur privé, plus de 80% des dépenses de l'AMO vont vers le privé ce qui va à l'encontre de la finalité même de la couverture médicale obligatoire de base dont le fait d'alléger les charges supportées directement par les ménages (Heikel, 2021).

Dans ce sens, la refonte du système de santé essaie de pallier ces carences en matière de financement afin d'opérationnaliser une véritable régionalisation de l'offre de soins. Ceci dit, la couverture sanitaire universelle n'avait pas atteint les objectifs escomptés suite à une sorte d'inadaptation entre l'offre de soins et la demande accrue des citoyens.

Dans le contexte international, la Thaïlande avait inclus le remboursement de la thérapie de remplacement rénal alors qu'auparavant celle-ci n'était pas prise en considération vu sa cherté et son coût élevé. Cette inclusion a permis à la catégorie de la population la plus pauvre touchée par des maladies rénales de recevoir le traitement. Dans la plupart des pays à revenu faible et moyennement faible, les dépenses liées à une substitution du revenu pour les congés de maternité ne sont pas réalisées sachant que ce type de dépenses jouent un rôle incontournable dans la protection sociale. Sans ces indemnités, les femmes pourraient rejoindre tôt leur travail ce qui peut nuire à leur santé et à la santé de leurs nouveau-nés. Néanmoins, dans la même catégorie, des pays ont enregistré des avancées en matière de l'efficacité des ressources et l'équité à l'accès aux soins. Par exemple, le Gabon a ajouté une taxe sur l'utilisation des téléphones portables comme un moyen innovant de collecte de fonds en faveur de la santé, le Rwanda avec la mise en commun des fonds à travers la création des régimes d'assurance maladies pour l'universalité de la couverture sanitaire.

Cependant, même pour les pays à revenu élevé, il convient de réajuster et de mettre à jour les niveaux de dépenses allouées dans le secteur en fonction des attentes des citoyens et des coûts des soins, tel est le cas pour l'Allemagne, puisque la population tend vers le vieillissement ce qui peut affecter négativement son système de cohésion sociale et de mise en commun des fonds. Pour ce faire, le gouvernement a mobilisé des fonds additionnels émanant des sources fiscales (Organisation Mondiale de la Santé, 2010). Dans la même perspective, l'effort public en faveur de la couverture des différentes maladies doit reposer sur l'accessibilité, l'équité et le financement public compte tenu aussi des ressources disponibles pour ne pas miner le système de couverture sanitaire et puiser les fonds. A titre illustratif, en Royaume-Uni, le service de santé national a décidé de ne pas offrir certains médicaments du cancer rénal dont le coût était exorbitant en raison de la rationalité des ressources financières. Autrement dit, les diagnostics et les protocoles thérapeutiques peuvent surgir d'une manière plus rapide que les ressources financières (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009).

En outre, la problématique liée à l'efficacité et à l'efficacité de la politique de la santé d'un pays demeure ambiguë en raison de la multiplicité des facteurs déterminants. Dans la plupart des études, on ne trouve pas des déterminants standards ou unifiés pour mesurer l'efficacité et l'efficacité du système de santé, c'est ce qu'on va découvrir dans la section suivante.

4. Efficacité et efficacité des dépenses de santé : quels ajustements ?

L'approche conceptuelle de mesure de l'efficacité des différents systèmes de santé mondiaux repose sur la considération de la santé comme une fonction de production avec des inputs et des outputs. Ainsi, une amélioration accrue de la situation sanitaire ne peut être atteinte que si on se focalise, en niveau du financement, sur les gains d'efficacité technique et allocative (Hensher, 2001). Une unité est considérée comme techniquement efficace si elle produit autant d'output que possible avec un montant donné d'inputs, ou si elle produit un niveau donné d'output avec une quantité minimum d'inputs ; alors qu'une unité est allocativement efficace

si elle est, d'une part, techniquement efficiente, et si d'autre part, elle utilise les ressources et produit ses services dans des quantités telles que, après pris en compte des prix, elle minimise le coût de production ou maximise ses recettes (Farrell, 1957).

La plupart des études élaborées dans ce sens donnent une idée sur les facteurs expliquant les disparités de performances de ces systèmes au lieu de mesurer leur efficience (Dukhan, 2010). Ainsi, les dépenses totales de santé ne sont pas garantes d'une bonne efficacité et efficience dans certaines études (Gupta, Verhoeven, 2001). En revanche, d'autres auteurs soulignent une relation positive entre l'efficience du côté des résultats obtenus (outputs) tels que l'espérance de vie, la mortalité infantile... et les dépenses de santé par tête. Et qu'il existerait un seuil de dépenses en dessous duquel les systèmes de santé ne peuvent en aucun cas être efficaces. Néanmoins, ces études restent bornées puisqu'elles ne prennent pas en compte tous les facteurs ayant un impact sur l'efficience. Expressément, une mauvaise allocation des dépenses conduit certainement à une inefficience en raison de la concentration de ces dépenses dans les différents niveaux de soins (primaire, secondaire ou tertiaire). Ainsi que d'opter pour des soins curatifs plutôt que des soins préventifs ou promotionnels permet une optimisation des résultats (Mills, 1995). A cela s'ajoute également le défi persistant d'une inéquitable allocation géographique des ressources surtout que les dépenses de santé auront plus d'impact dans les zones les plus défavorisées.

Au contexte national, la performance perçue dans le secteur de la santé repose sur des indicateurs préétablis et sélectionnés au niveau des rapports de performance publiés par le MSPS, sauf que ces indicateurs ne sont pas orientés vers une logique de mesure de la performance du secteur (Oubal et al., 2025). Autrement dit, la catégorisation des indicateurs de performance ne suit pas une certaine hiérarchisation des outputs, des effets et des impacts comme ce qui est le cas pour les réformes du secteur, les stratégies nationales, les programmes de santé, les politiques pharmaceutiques... C'est ce qui a été rappelé dans le rapport annuel de la Cour des Comptes 2019-2020 : « ...Pour le développement du dispositif de gouvernance, la Cour des Comptes a recommandé au ministère de la santé et de la protection sociale...de veiller à évaluer l'efficacité et l'efficience du dispositif de gouvernance et de son impact sur la gestion du système de santé en général et sur l'offre des soins, en particulier. »

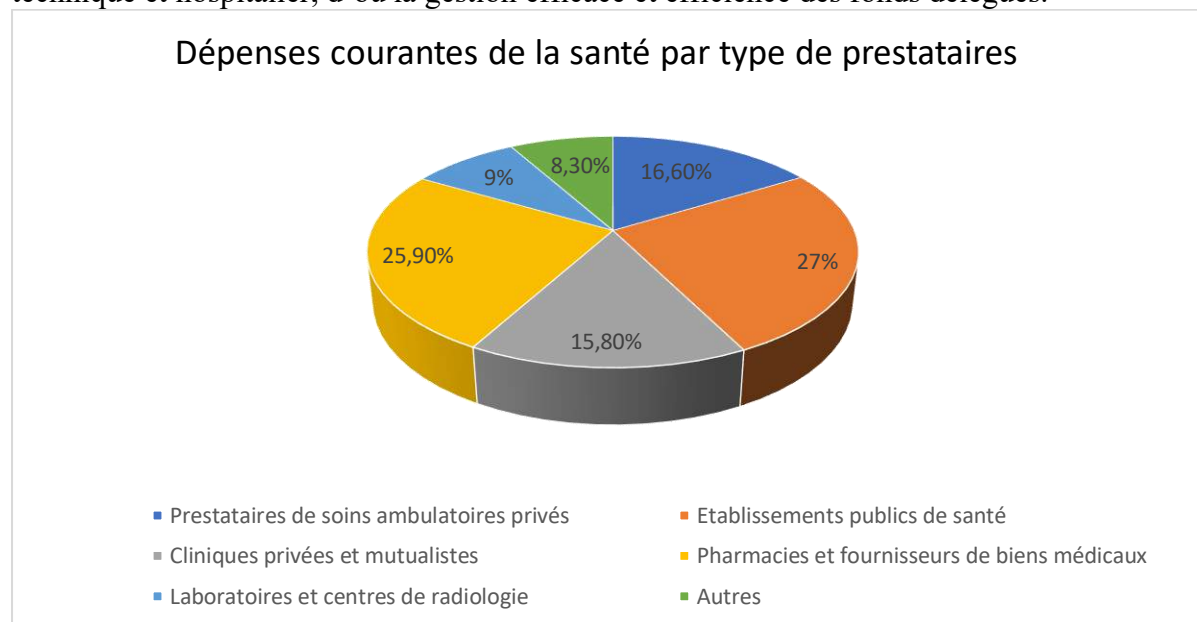
En revanche, les indicateurs liés à l'amélioration de la santé de la population notamment la santé maternelle et la santé infantile ont enregistré une croissance importante avec une augmentation de l'espérance de vie. En dépit de cette amélioration, le problème des inégalités territoriales existe toujours avec des taux de mortalité juvénile et néonatale beaucoup plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain.

Des analyses portées sur la répartition des dépenses courantes du MSPS par type de prestataires ont prouvé que ces dépenses sont plus orientées sur les soins hospitaliers au détriment des soins de santé primaire. Comme représente le graphique ci-dessous, la part des dépenses destinées aux établissements publics de santé est de 22% principalement allouée aux hôpitaux à hauteur de 61,7%, et pour le réseau des établissements de soins de santé primaire la part allouée n'est que de 27,6%. Dans ce sens, l'analyse en découlant recommande d'investir plus dans les soins primaires pour un système de santé performant, équitable et pérenne. En investissant dans ce type de soins, les ressources et les dépenses du secteur seront optimisées et la prise en charge holistique de la population sera réussie et mieux organisée (Bitton et al, 2016).

Or, l'investissement dans les soins de santé primaire permet la réduction des coûts à travers l'accroissement de la prévention et le renforcement des programmes de vaccination, la prise en charge des ALD ce qui contribue à l'allègement de la charge hospitalière et la diminution des inégalités en matière d'accès aux soins.

Par ailleurs, l'analyse des dépenses exécutées de santé met en relief une tendance vers la déconcentration des dépenses au niveau des directions régionales de la santé. Cette déconcentration ne peut être que bénéfique aux régions pour plus d'autonomie dans la prise de

décision et de répondre de près à leur besoin en matière d'équipements et de matériel médico-technique et hospitalier, d'où la gestion efficace et efficiente des fonds délégués.

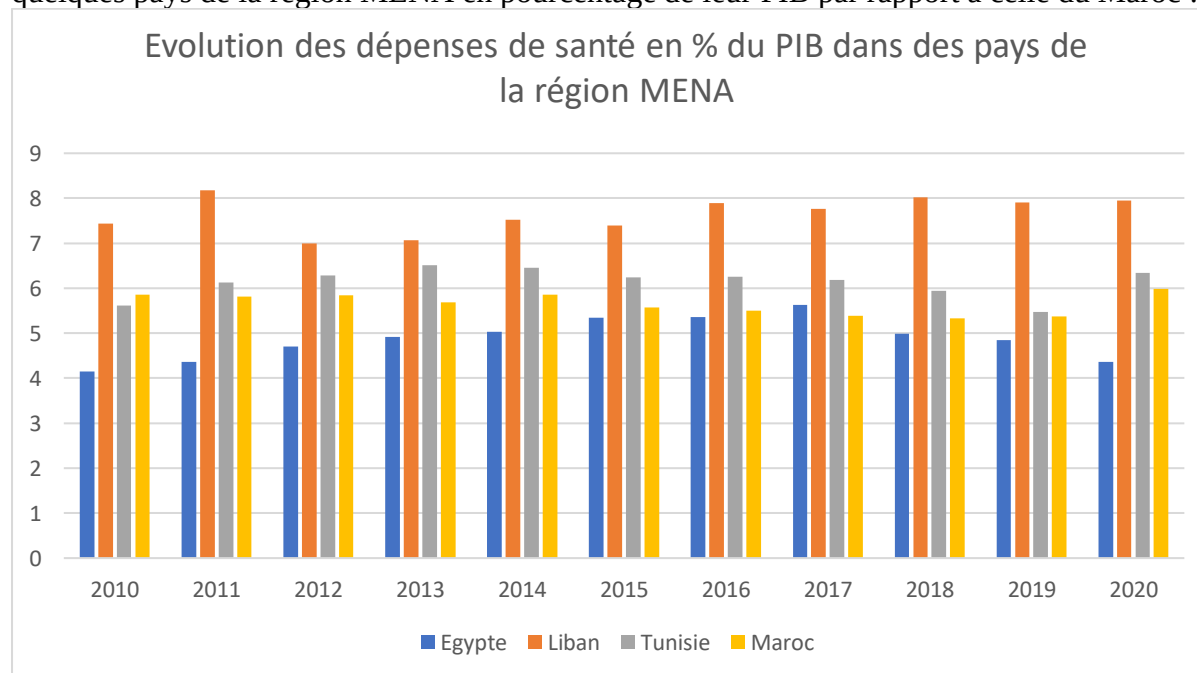


Source : Comptes nationaux de la santé, 2022.

5. Benchmark avec des pays de la région MENA

Dans cette section, nous allons procéder à une analyse comparative des dépenses courantes de la santé dans la région MENA particulièrement pour l'Égypte, le Liban et la Tunisie par rapport à notre pays. L'agrégat de comparaison est les dépenses courantes de la santé qui mesurent l'effort déployé par les financeurs du système de santé, et comprennent les sous-dépenses pour les malades, en faveur de système de soins, de prévention, de gestion générale de la santé, de recherche et de formations médicales.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution des dépenses courantes de la santé à la fois pour quelques pays de la région MENA en pourcentage de leur PIB par rapport à celle du Maroc :



Source : d'après le site officiel des statistiques de l'OMS, WHO Global Health Expenditure Update 2023.

Par comparaison avec d'autres pays de la région MENA, le Maroc se positionne en troisième rang après le Liban et la Tunisie tandis que l'Égypte occupe la dernière position, avec une moyenne des dépenses courantes en pourcentage de PIB de 7,65%, 6,13%, 5,65% et 4,88% respectivement. Certes, le Maroc avait redoublé les efforts en matière d'accroissement des dépenses allouées à la santé, en revanche par rapport à d'autres pays et aux normes internationales cet effort reste à combler.

Parallèlement, les dépenses de santé par habitant dans ces pays gardent la même position pendant la période entre 2010 et 2020. Le Liban dépense une moyenne de 668,18 USD par habitant, la Tunisie une moyenne de 242,29 USD, le Maroc de 174,39 USD et l'Égypte de 137,54 USD. Explicitement, rapportée à la taille de la population, la moyenne de la dépense de la santé par habitant au Maroc est de 1750 Dhs et a connu un accroissement de 190 Dhs avec une variation de l'ordre de 11,29% selon le taux de change de l'exercice 2018 en se référant aux comptes nationaux de santé au titre de cette même année.

Toutefois, il y'a des facteurs qui déterminent les dépenses de santé dans un pays donné liés d'une part à la demande tels que la démographie, le revenu des individus, niveau de la protection sociale... et d'autre part des facteurs liés à l'offre notamment le progrès technique et thérapeutique qui a une influence à son tour sur l'augmentation du coût des prestations offertes. Bien qu'il ait des efforts indéniables dans le financement du secteur de la santé afin de l'ériger comme l'un des secteurs vitaux au Maroc, il reste en deçà des normes internationales. D'où le fait de pousser les analyses jusqu'à évaluer l'efficacité et l'efficience des dépenses de la santé. Enfin pour remédier à la dualité du secteur, entre des prestataires publics peu redevables aux attentes des citoyens et des prestataires privés fournissant leurs services à des prix exorbitants en dépit de la tarification nationale de référence, il s'agit de repenser les mécanismes institutionnels de gestion, de coordination, de collaboration et de partenariat pour rétablir l'ordre social et atteindre la démocratie sanitaire.

Par ailleurs, le seuil de rentabilité par QALY (Quality-Adjusted Life Year) est une mesure utilisée couramment pour l'évaluation économique dans les domaines de la santé publique qui identifie les années de vie ajustées en fonction de la qualité, une année de vie vécue en parfaite santé. A l'échelle internationale, cet indicateur permet de savoir combien un pays peut dépenser ou investir pour gagner une année de vie supplémentaire par personne. La comparaison du seuil de rentabilité par QALY du Maroc avec les autres pays de la région MENA montre que le Maroc évalue la valeur d'une année de vie en bonne santé à un coût plus bas par rapport à d'autres pays du même échantillon. En fait, l'indicateur QALY de l'Égypte est estimé à 1172 USD, le Maroc avec 1528 USD, la Tunisie avec 2000 USD et le seuil le plus élevé est celui de Liban avec 7053 USD (Lancet Glob Health, 2023). Pourtant, cet indicateur est objet d'ajustements et de réévaluations suite aux réformes du secteur de la santé, ce qui est le cas pour le chantier de la réforme de la protection sociale au Maroc, on pourrait attendre une surévaluation du coût des interventions médicales.

A cet effet, les écarts des dépenses allouées au système de santé dans chaque pays dépendent du niveau de richesse puisque les pays riches consacrent une part plus importante du PIB à la santé. Néanmoins, les pays qui dépendent au financement public et à l'aide extérieure déclarent souvent leur inefficience (Dukhan, 2010). Ceci est un indice d'une mauvaise gestion des ressources qui pourrait donner lieu à un déficit budgétaire, la bureaucratie lourde, l'inégalité dans la répartition des dépenses budgétaires... La structure démographique est également un déterminant majeur des dépenses dans la mesure où une population plus âgée entraîne des dépenses plus coûteuses relatives à des ALD et des maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète...), ce qui explique les différences de dépenses entre les pays.

La couverture de santé universelle permet même aux plus démunis d'accéder aux soins avant que leur état de santé s'aggrave et dans ce cas, l'état doit dépenser beaucoup plus dans le curatif que dans le préventif. Et donc une couverture, si bien gérée, permet de réduire un processus de

soins si long et coûteux (les complications ultérieures, les hospitalisations de longue durée...). Quand l'état investit dans le long terme à travers une politique sanitaire préventive (la vaccination, la sensibilisation, le diagnostic précoce...), ceci génère un amoindrissement et une maîtrise des coûts de la plupart des maladies infectieuses et de longue durée. Enfin, d'autres déterminants non médicaux peuvent influencer significativement les dépenses de santé en l'occurrence le mode de vie, la consommation du tabagisme et l'apport calorifique (Tsomdzo et al, 2021). Dans le même sens, les caractéristiques sociales impactent indirectement, mais d'une façon notable le niveau des dépenses de santé en matière des inégalités des revenus, l'accès à une éducation de qualité, à un emploi stable et l'acquisition des compétences professionnelles puisque des citoyens mieux rémunérés ou bien éduqués auront tendance à prendre soin de leur bien-être et donc moins de dépenses lourdes. Les agrégats macroéconomiques comme le taux de change pour l'importation du matériel hospitalier et l'équipement de haute technologie, la hausse générale des prix pour l'achat du mobilier et fourniture hospitalier et les taux d'intérêt en cas d'endettement de l'état en faveur du système de santé conditionnent également les dépenses de santé publiques (Bouachi et al, 2014). Cependant, les écarts en matière de dépenses de santé au sein de la région MENA trouvent leur origine dans une diversité de facteurs structurels d'ordre économique, démographique, organisationnel, non médical ou socio-culturel et sanitaire (espérance de vie, morbidité...).

6. Revue de littérature empirique

Les études de l'évaluation économique des dépenses d'un secteur donné sont subdivisées généralement en deux classes : l'analyse coût-bénéfice (ACB) et l'analyse coût-efficacité (ACE). Dans le secteur de la santé, il est recommandé d'élaborer une analyse orientée coût-bénéfice en premier pour comparer les bénéfices d'une intervention sanitaire par rapport à son coût. Et si les bénéfices sont plus importants que les coûts encourus cela signifie que cette intervention est « rentable ». Ensuite, pour les interventions qu'on ne peut pas les évaluer financièrement, l'ACE permet de prendre en considération les conséquences néfastes sur la santé des patients. A titre d'exemple, malgré qu'une intervention sanitaire coûte plus chère que d'autres, mais elle évite les maladies chroniques ou les décès, elle reste la plus efficace. Le ratio coût-efficacité marginal mesure le coût additionnel que peut coûter un traitement pour obtenir un bénéfice de santé supplémentaire. Il est fréquemment exprimé par QALY (par exemple : si une personne vit une année en qualité réduite de 0,5 cela équivaut à 0,5 QALY).

Ces analyses sont utiles de manière à ce qu'elles permettent de choisir entre plusieurs interventions sanitaires (à titre d'exemple un traitement médicamenteux ou une opération chirurgicale), de rationaliser les coûts facultatifs et non importants. Même en matière de politique sanitaire, les décideurs favorisent les programmes nationaux de santé les plus efficaces et opter pour la technologie ou produit de santé à rembourser pour les mutuelles d'assurance. En revanche, les limites de l'ACB est qu'elle est rarement utilisée en santé en raison qu'elle fait abstraction de la monétisation de la vie humaine. Elle a été critiquée puisqu'on ne peut pas comptabiliser la souffrance ni la nuisance à la santé humaine (Antonopoulou & Targoutzidis, 2009). L'ACE n'offre pas la possibilité d'une comparaison de toutes les interventions ayant le même objectif et les mêmes effets, elle n'intègre pas la qualité de vie sauf si elle est complétée par une analyse coût-utilité (ACU) via l'indicateur QALY. Cette dernière présente également des insuffisances sur le plan de la subjectivité de la qualité de vie et la variation de celle-ci selon le contexte socio-culturel.

Toutefois, afin de réussir une évaluation économique intégrale et non biaisée, il faut être attentif aux éléments suivants : la référence de l'étude adoptée, la perspective de cette évaluation, les méthodes de calcul des coûts et des résultats des interventions sanitaires, les outils de mesure de l'efficacité de celles-ci, les méthodes et les modèles utilisés dans l'ACE, l'actualisation des

coûts et les résultats de l'intervention, les données épidémiologiques, l'évaluation de la sensibilité de l'étude et enfin la validation des résultats (Mosadeghrad et al, 2022). Pour ce faire, une évaluation économique doit être encadrée par un ensemble de grandes lignes en matière de type de coûts pour une mesure fiable et une évaluation exhaustive de ces coûts. En outre, une bonne estimation des coûts exige de fournir des informations sur les ressources et moyens mobilisés ainsi que leurs prix sinon l'étude sera invalide. Par conséquent, une analyse de sensibilité est effectuée pour les études dont le processus de collecte des données n'est pas mentionné. Cette analyse consiste à vérifier la fiabilité des résultats obtenus et si ceux-ci sont sensibles aux hypothèses de départ. Dans le cas où les résultats sont sensibles cela veut dire que le niveau d'incertitude est élevé puisqu'une légère modification des hypothèses entraîne d'autres résultats et donc une nouvelle interprétation (Mosadeghrad et al, 2022).

Lorsqu'il s'agit de la comparaison des coûts en santé à l'échelle internationale, les pays en développement ont tendance à convertir les coûts selon un taux de change officiel sauf cela ne reflète pas la valeur réelle ou le coût d'opportunité des biens et services de santé dans un pays. Pour remédier à ce problème, des études scientifiques ont eu recours dans leur analyse à la parité du pouvoir d'achat (PPA) pour ajuster la comparaison entre les pays.

Les études de l'évaluation économique de la santé doivent être soumises à un protocole de recherche assez rigoureux et solide ainsi qu'il faut être vigilant quant à la généralisation des résultats à d'autres contextes et à d'autres pays.

7. Conclusion et perspectives

Pour mener à bien les politiques publiques de santé, il faut prévoir une organisation optimisée des ressources et des dépenses, prendre en considération également les dysfonctionnements relevés et tirer les leçons des expériences précédentes. Les comptes nationaux permettent une évaluation systématique des différentes ressources mises à la disposition par le ministère et déployées par celui-ci, mais d'après les rapports des organismes mondiaux de financement et la Cour des Comptes il convient d'instaurer des indicateurs pertinents, régulièrement établis, permettant la mesure du degré d'atteinte des objectifs prédéfinis. Viser l'universalité de l'accès aux soins ne passe pas seulement par l'augmentation de l'effort budgétaire, mais par la prise en compte des besoins régionaux et des zones rurales et par la centralisation d'une base de données fiable des groupes vulnérables, modérément vulnérables ou pauvres.

Par ailleurs, le secteur hospitalier au Maroc présente des dysfonctionnements au niveau de la maîtrise de ses coûts, ce qui génère des « coûts cachés » dilués dans différents postes représentant des manques à gagner (Tamimy, 2023). Pour ce, leur maîtrise passe par la recherche des facteurs de causalité et d'estimation de ces coûts divers afin d'alléger leur impact sur la performance globale des différents services de santé.

Pour gagner en termes d'efficacité dans l'utilisation des ressources, il faut éliminer certaines dépenses inutiles et revoir les protocoles thérapeutiques qui coûtent le plus au secteur public, ainsi d'optimiser le fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement des médicaments (stockage, digitalisation et automatisation, la fabrication locale, la promotion des médicaments génériques...). En ce qui concerne le volet des ressources humaines, il faut procéder au paiement par acte et par rendement pour plus d'attractivité des professionnels de santé et des cadres médicaux. Et de répartir les compétences médicales d'une façon équitable sur les différentes régions du royaume. Ainsi, il faut concevoir une politique de prévention robuste pour réduire les charges au niveau du réseau des soins supérieurs et éviter même les coûts des ALD grâce à des programmes de sensibilisation des maladies chroniques.

Le secteur privé joue un rôle éminent en complément du rôle de l'état dans le financement des infrastructures de santé, l'échange des expertises des deux secteurs et l'instauration des moyens technologiques avancés. D'où l'incitation du secteur privé à investir davantage notamment dans les zones les plus défavorisées en matière d'offre de soins.

A titre récapitulatif, la stabilité d'un système de santé repose sur la reconfiguration de plusieurs paramètres essentiels, en particulier la médecine préventive soutenue par une approche rétrospective du diagnostic et du traitement pour éviter tout éventuel risque. Ensuite, investir dans la santé de la population grâce au financement innovant permet de soutenir davantage les projets de santé et de renforcer l'accès aux soins à toute la population sans barrière économique ou social. Les soins intégrés et la prise en charge globale, holistique et cohérente aux patients est tout aussi essentiels à partir de la médecine générale, la médecine spécialisée, les soins infirmiers, le suivi psychologique jusqu'à l'assistance sociale. Par ailleurs, la médecine personnalisée vient pour compléter le processus de soins en adaptant les traitements et les protocoles thérapeutiques selon les facteurs biologiques, génétiques, environnementaux et d'hygiène de vie de chaque patient.

Par ailleurs, un système de santé basé sur la valeur ou *value based healthcare* est le synonyme d'un système de santé axé sur les résultats autrement dit, le focus n'est pas sur le nombre de consultations ou le volume d'activité, mais plutôt sur la qualité des soins prodigués, la récupération fonctionnelle ou la réponse aux attentes des patients (Porter, 2010). Enfin, le patient n'est pas un acteur passif dans ce système, il est un acteur proactif, responsable du suivi régulier de son état de santé à travers le contrôle de ses facteurs de risque (maladies génétiques et héréditaires, maladies chroniques, âge, tabagisme...), la communication avec les professionnels de santé sur ses antécédents médicaux et le dépistage précoce. Ensemble, ces éléments constituent les piliers d'un système de santé pérenne, rationnel et satisfaisant pour ses usagers.

La conciliation des coûts et des dépenses en santé avec l'efficacité d'une part et la qualité et l'accessibilité des soins d'autre part est un carré magique pour tout système de santé. Minimiser les dépenses ne signifie pas forcément de réduire le volume des soins mais plutôt d'offrir mieux en généralisant les bonnes pratiques cliniques, mettre en place un système de santé mieux ciblé et basé sur la valeur pour éviter la redondance des interventions. Afin de garantir l'efficacité des soins, il convient de favoriser les soins préventifs et palliatifs au lieu des soins curatifs avec une répartition géographique équitable et équilibrée. Investir dans la qualité et l'hygiène des prestations de santé réduit considérablement les infections nosocomiales et le risque de contagion. Cependant, la performance du système de santé est conditionnée également par l'accessibilité universelle des soins même pour les régions désenclavées. A cela s'ajoute la durabilité financière et l'innovation de financement en santé ainsi que l'engagement des acteurs pour la régulation des soins. Dès lors, un équilibre peut être atteint entre la rationalisation des dépenses, les standards de la performance, l'équité sociale et la durabilité du système de soins global.

Notre étude s'est basée sur une analyse des chiffres et des données déjà préétablis par des organisations mondiales et des institutions nationales. Ce qui peut représenter certaines limites à savoir une dépendance aux statistiques disponibles qui peuvent mettre en exergue certains concepts (par exemple : dépenses totales de santé) et en négliger d'autres (par exemple : efficacité ou qualité). En termes de comparabilité, les dépenses de santé pour chaque pays (dans notre cas quelques pays de la région MENA) sont relatives et peuvent inclure d'autres éléments ou catégories de prestations, ce qui fausse le benchmarking. De surcroît, il faut repenser à des modèles statistiques qui relient les dépenses en santé à des indicateurs mesurables et pertinents pour tirer des conclusions fondées.

Références :

- (1) Agence Nationale de l'Assurance Maladie (2017). *Rapport annuel global sur l'assurance maladie au Maroc*. Disponible en ligne : <https://anam.ma/>
- (2) Agence Nationale de l'Assurance Maladie (2021). *Rapport annuel global sur l'assurance maladie au Maroc*. Disponible en ligne : <https://anam.ma/>
- (3) Amar A. & Berthier L. (2007). *Le nouveau management public : avantages et limites*. Revue Gestion et management publics, 5, pp. 1-14.
- (4) Audibert M. & Mathonnat, J., & Roodenbeke, E. (2003). *Évolutions et nouvelles orientations pour le financement de la santé dans les pays en développement à faible revenu*. Santé, 13(4), pp.209-214.
- (5) Boidin B. (2018). *Une couverture santé universelle sans politique intégrée de la santé est-elle possible en Afrique ?* Revue française des affaires sociales, pp. 85-105.
- (6) Boidin, B. (2019). *Thématique : L'ambiguïté des politiques de santé dans les pays en développement*. Mondes en développement, 187(3), pp.157-159.
- (7) Colloque International des Finances Publiques (2022). *Les grands défis des finances publiques du 21^{ème} siècle*. 14^{ème} Edition, organisé le 19 et 20 novembre 2022.
- (8) Dehbi S. & Angade K. (2017). *Contrôle et analyse des coûts-performances cachés liés aux dysfonctionnements au sein des hôpitaux, cas : hôpital régional marocain*. Institut International des Coûts. Disponible en ligne : <https://intercostos.org/documentos/congreso-15/DEHBI%20.pdf>
- (9) Dervaux B.& Rochaix L.& Meurisse B., et al. (2021). *L'évaluation socioéconomique des effets de santé des projets d'investissement public. Rapport du groupe de travail*. Disponible en ligne : <https://hal.science/hal-03664885v1>.
- (10) Direction de la Planification et des Ressources Financières du Ministère de la Santé (2018), *Comptes Nationaux de la Santé 2018*, disponible en ligne : <https://www.sante.gov.ma/>.
- (11) Donabedian A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI : Health Administration Press.
- (12) Dormont B. (2009). *Les dépenses de santé : une augmentation salubre ?* Collection du Centre pour la Recherche Economique et ses Applications. Ed. Rue d'Ulm/Presses de l'école normale supérieure.
- (13) Drummond M. & Sculpher M.J. & Claxton K. & Stoddart G.L & Torrance G.W. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Collection Oxford University Press. 4^{ème} Edition.
- (14) Dukhan Y. (2010). *Améliorer l'efficacité des systèmes de santé et la protection financière contre le risque maladie dans les pays en développement*. Thèse de doctorat. Université d'Auvergne Clermont-Ferrand 1.
- (15) El Hariti A. (1988). *Le système de santé au Maroc entre les contraintes financières et les exigences sociales*, Afrique et Développement. Vol. 13, No. 2, pp.5-27.
- (16) El Hajjouji T. (2025). *Les politiques publiques sanitaires au Maroc : vers une organisation territoriale ?* Revue électronique des études juridiques et de développement. N°4.
- (17) El Kadiri K. & El Aissaoui H. (2023). *La problématique de la santé et les inégalités sociales de la santé au Maroc*. African Scientific Journal. Vol 3, N°17. DOI : 10.5281/zenodo.7854889
- (18) Ferrié J.N & Omary Z. & Serhan O. (2018). *Le Régime d'assistance médicale (RAMed) au Maroc : les mécomptes du volontarisme et de l'opportunisme*. Revue française des affaires sociales, 1, pp.125-143.

- (19) Garcia S. & Pillon J.M. (2021). *Pour une socio-économie de l'État en recomposition*. Revue Française de Socio-économie. N°27, pp.33-51. Disponible en ligne sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-socio-economie-2021-2-page-33.htm&wt.src=pdf>
- (20) Geoffard Y. (2000). *Dépenses de santé : l'hypothèse d'aléa moral*. Économie & prévision, n°142, pp. 123-135. DOI : <https://doi.org/10.3406/ecop.2000.5992> .
- (21) Heikel J. (2020). *Evaluation des effets de la couverture sanitaire universelle (CSU) sur l'utilisation effective des services de santé au Maroc*. Thèse de doctorat. Université Sorbonne Paris Nord.
- (22) La Chambre de Commerce Britannique au Maroc (2023). *Le financement de la santé au Maroc entre progrès et défis*. Webinaire organisé le 08 juin 2023.
- (23) Martin S. & Rice N. & Smith P.C. (2008). *Does health care spending improve health outcomes? Evidence from English program budgeting data*. Journal of Health Economics, 27, pp. 826-842.
- (24) Ministère de la Santé (2013). *2^{ème} Conférence Nationale sur la Santé*. Rapport général. Disponible sur : <https://www.sante.gov.ma/> .
- (25) Ministère de la Santé et l'Organisation Mondiale de la Santé (2016). *Evaluation des fonctions essentielles de santé publique au Maroc*. Rapport technique.
- (26) Ministère de la Santé (2021a). *Santé en chiffres*. Disponible sur : <https://www.sante.gov.ma/>
- (27) Ministère de la Santé (2021b). *Stratégie nationale de financement de la santé*. Disponible sur : <https://www.sante.gov.ma/> .
- (28) Mosadeghrad A.M. & Jaafari-poooyan E. & Zamandi M. (2022). Economic evaluation of health interventions : a critical review. Iran J Public Health. Vol 51, N°10, pp.2159-2170.
- (29) Mousquès J. (2011). *Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ?* Revue française des affaires sociales. 2(2-3), pp.253-275.
- (30) Newhouse J. P. (1992). *Medical care costs: how much welfare loss?* Journal of Economic Perspectives, 6 (3), pp. 3-21.
- (31) Nimubona A. (2025). *Global strategies for implementing health financing equity-a state of the art review of political declarations*. International Journal for Equity in Health. 24:45. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02404-7>
- (32) Nutley S. & Smith P.C. (1998). *League tables for performance improvement in health care*. Journal of Health Services Research & Policy. Vol 3. N°1. pp.50-57.
- (33) Organisation de Coopération et de Développement Economique (2006). *Projecting OCDE health and long term care expenditures: what are the main drivers?* OCDE Economics Department Working papers, n° 477.
- (34) Or Z. & Jusot F. & Yilmaz E. (2009). *Inégalités de recours aux soins en Europe. Quel rôle*
- (35) *attribuable aux systèmes de santé?* Revue économique 2(60): 521-543.
- (36) Oubal R. & El Hansali S. & Amar T. (2025). *L'évaluation de la performance: Quels indicateurs pour le système de santé au Maroc?* Revista Multidisciplinar 7(2):39-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.23882/rmd.25292>
- (37) Pallegedara A. & Grimm M. (2017). *Demand for private healthcare in a universal public healthcare system: empirical evidence from Sri Lanka*. Health Policy & Planning, 32, pp. 1267-1284. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx085>
- (38) Perkowski P. & Rodberg L. (2015). *Cost sharing, health care expenditures, and utilization: an international comparison*. International Journal of Health Services.

- (39) Pichon-Riviere A. & Drummond M. & Palacios A. & Garcia-Marti S. & Augustovski F. (2023). *Determining the efficiency path to universal health coverage: cost-effectiveness thresholds for 174 countries based on growth in life expectancy and health expenditures*. Lancet Glob Health. Vol 11. Disponible sur : <http://www.thelancet.com/lancetgh>
- (40) Porter M.E. (2010). *What is value in health Care ?* The New England Journal of Medicine. 363 ;23.
- (41) Sebai J. (2015). *Evaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories ?* Santé Publique, 3(27), pp.395-403.
- (42) Smith P.C. (2005). *Performance measurement in health care: history, challenges and prospects*. Public Money & Management, 25(4), pp.213–220.
- (43) Sninate I. & Bennana A. (2020). *L'impact du vieillissement démographique sur la consommation médicale : assurance maladie obligatoire*, Pan African Medical Journal. Disponible en ligne : <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/35/93/full/> .
- (44) Stearns S.C. & Norton E.C. (2004). *Time to include time to death? the future of health care expenditure predictions*. Health Economics, 13, pp. 315-327.
- (45) Tsomdzo K.A.D & Sanoussi Y. & Wonyra K.O (2021). *Déterminants des dépenses publiques de santé en Afrique Subsaharienne*. Revue Internationale des Economistes de Langue Française. Vol 6, N°2. DOI: <https://doi.org/10.18559/RIELF.2021.2.6>
- (46) Wang H. & Yazbeck S.A. (2017). *Benchmarking Health Systems in Middle Eastern and North African Countries*, Health Systems & Reform, 3:1, pp.7-13. DOI: <https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080/23288604.2016.1272983>
- (47) Wenham C. & Katz R. & Birungi C. & Boden L. & Eccleston-Turner M. et al (2019). *Global health security and universal health coverage: from a marriage of convenience to a strategic, effective partnership*. BMJ Glob Health 2019;4: e001145. DOI :10.1136/bmjgh-2018-001145.