

Équité et efficacité dans le financement de la santé : opposition classique ou complémentarité possible ? Une revue narrative critique avec implications pour le Maroc

Equity and Efficiency in Health Financing: Classical Opposition or Potential Complementarity? A Critical Narrative Review with Implications for Morocco

Abdeljalil HASSANI 

Laboratoire MAEGE, Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales d'Ain Sebâa, Université Hassan II, Casablanca, Maroc.

Mohcine BAKHAT 

Laboratoire MAEGE, Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales d'Ain Sebâa, Université Hassan II, Casablanca, Maroc.

Résumé. La relation entre équité et efficacité occupe une place centrale dans le financement de la santé et est souvent présentée comme un arbitrage inévitable entre justice distributive et optimisation des ressources. Cet article propose une revue narrative critique de la littérature afin d'examiner si cette opposition doit être considérée comme structurelle ou si elle résulte, en partie, de cadres analytiques trop étroits. L'analyse montre que les approches conventionnelles ont fréquemment réduit l'efficacité à une logique productive agrégée, tout en traitant l'équité comme une contrainte externe ou une correction secondaire. Une telle perspective tend à fragmenter l'analyse entre protection financière, performance du système, allocation des ressources et distribution des effets. L'article soutient que, si des arbitrages réels existent dans certaines situations de rareté et de priorisation, ils ne résument pas l'ensemble de la relation entre équité et efficacité. Dans de nombreuses configurations, la réduction des paiements directs, la mutualisation des risques, le renforcement des soins primaires, l'achat stratégique et la prise en compte explicite des effets distributifs peuvent améliorer simultanément la protection financière, l'accès aux soins et l'efficacité sociale du système. Les approches récentes, notamment l'Extended Cost-Effectiveness Analysis (ECEA) et la Distributional Cost-Effectiveness Analysis (DCEA), apportent à cet égard des outils utiles pour intégrer plus explicitement les conséquences distributives dans l'évaluation économique. L'article conclut qu'une lecture plus intégrée du financement de la santé permet de mieux identifier les arbitrages véritables, mais aussi les synergies possibles entre justice sociale et performance, avec des implications particulièrement importantes pour le Maroc et les pays à revenu faible et intermédiaire.

Mots-clés : *Équité ; Efficacité ; Financement de la santé ; Couverture sanitaire universelle ; Protection financière ; Maroc ; Revue narrative.*

Abstract. The relationship between equity and efficiency is central to health financing and is often presented as an unavoidable trade-off between distributive justice and the optimal use of scarce resources. This article provides a critical narrative review of the literature to examine whether this opposition should be considered structural or whether it partly results from narrow analytical frameworks. The review shows that conventional approaches have often reduced efficiency to

aggregate productive or budgetary performance, while treating equity as an external constraint or a secondary distributive correction. Such a perspective tends to fragment the analysis of financial protection, health system performance, resource allocation and the distribution of policy effects. The article argues that although real trade-offs exist in some contexts of scarcity and priority setting, they do not fully capture the relationship between equity and efficiency. In many settings, reducing out-of-pocket payments, strengthening risk pooling, investing in primary health care, improving strategic purchasing and explicitly considering distributive effects may enhance financial protection, access to care and the social efficiency of health systems. Recent approaches, particularly Extended Cost-Effectiveness Analysis and Distributional Cost-Effectiveness Analysis, provide useful tools for integrating distributional consequences into economic evaluation. The article concludes that a more integrated approach to health financing can better identify both genuine trade-offs and potential synergies between social justice and system performance, with important implications for Morocco and other low- and middle-income countries.

Keywords: *Equity; Efficiency; Health financing; Universal health coverage; Financial protection; Morocco; Narrative review.*

1. Introduction

Au cours des dernières décennies, le financement de la santé s'est progressivement imposé comme un levier central de réforme des systèmes de santé. Longtemps abordé comme une question essentiellement technique, centrée sur la mobilisation des ressources et le contrôle des dépenses, il est désormais au cœur de débats plus larges portant sur la justice sociale, la protection contre le risque financier, la soutenabilité budgétaire et la performance des systèmes de santé (Chisholm et al., 2010 ; Kutzin et al., 2017 ; World Health Organization, 2007). Cette évolution s'explique par la montée en puissance de la couverture sanitaire universelle comme horizon normatif, mais aussi par la persistance, dans de nombreux pays, d'inégalités d'accès, d'une forte dépendance aux paiements directs des ménages et de tensions croissantes entre besoins sociaux et contraintes budgétaires.

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, ces tensions sont particulièrement marquées. Les réformes de couverture y sont souvent portées par une ambition forte d'inclusion sociale, mais elles se déploient dans des contextes caractérisés par des marges budgétaires limitées, une offre de soins inégalement répartie, des dispositifs de mutualisation encore incomplets et une exposition persistante des ménages aux dépenses de santé à la charge directe. L'enjeu n'est donc pas seulement d'élargir la couverture formelle, mais de transformer cette couverture en accès effectif, en protection financière réelle et en amélioration durable de la performance du système (V. Tangcharoensathien et al., 2018).

Le Maroc s'inscrit pleinement dans cette dynamique. Les réformes engagées depuis deux décennies ont permis une extension progressive de la couverture médicale, notamment à travers l'assurance maladie obligatoire (AMO), le régime d'assistance médicale (RAMED) puis la généralisation plus récente de la protection sociale. Cette trajectoire constitue une avancée importante sur le plan institutionnel et politique. Toutefois, comme le montrent plusieurs analyses sur les réformes marocaines, l'extension de la couverture formelle ne garantit pas, à elle seule, l'accès effectif aux soins, la réduction des dépenses catastrophiques ou appauvrissantes, ni l'amélioration automatique de la performance du système de santé (Akhniif et al., 2020 ; Heikel, 2021; MSPS & OMS, 2021). C'est dans ce cadre que la relation entre équité et efficacité prend toute son importance. Dans la littérature comme dans les débats de politique publique, ces deux objectifs sont souvent présentés comme étant en tension. D'un côté, l'équité renvoie à l'idée selon laquelle le système de santé doit

réduire les inégalités injustes, protéger les populations vulnérables et garantir un accès aux soins fondé sur le besoin plutôt que sur la capacité de paiement. De l'autre, l'efficacité renvoie à l'exigence d'utiliser au mieux des ressources limitées, de contenir les gaspillages et de maximiser les résultats produits (Cookson et al., 2017; Culyer, 2015). Dans cette perspective classique, les politiques les plus favorables à l'équité sont parfois perçues comme coûteuses ou moins efficaces, tandis que les politiques jugées efficaces au sens agrégé sont parfois critiquées pour leur faible sensibilité distributive.

Cette manière de poser le débat a fortement structuré la littérature sur le financement de la santé. Une partie importante des travaux a longtemps privilégié une lecture dans laquelle l'efficacité est appréciée à partir de gains agrégés, alors que l'équité apparaît comme une contrainte externe ou une correction secondaire. Les analyses de la protection financière se sont souvent concentrées sur les dépenses catastrophiques, l'appauvrissement et la vulnérabilité des ménages, sans établir un lien explicite avec la performance du système. À l'inverse, les travaux sur l'efficacité des systèmes de santé ont surtout porté sur les relations entre intrants, extrants et résultats moyens, avec une prise en compte plus limitée de la distribution des bénéficiaires, de la qualité des soins ou des conséquences financières pour les ménages (Lötscher-Stamm & Lenzin, 2024; Mbau et al., 2023). Il en résulte une fragmentation analytique qui tend à séparer des dimensions pourtant étroitement liées dans les processus réels de réforme.

Or, cette opposition entre équité et efficacité mérite d'être interrogée de manière plus critique. Elle repose souvent sur une conception étroite de l'efficacité, réduite à sa dimension productive ou budgétaire, alors même que la performance d'un système de santé dépend aussi de la qualité des soins, de l'allocation selon les besoins, de la continuité des parcours et de la capacité à produire une valeur sociale durable (Lötscher-Stamm & Lenzin, 2024). Elle repose également sur une conception incomplète de l'équité, fréquemment assimilée à une simple redistribution des ressources ou à une priorité accordée aux groupes défavorisés, sans prendre en compte l'ensemble de ses dimensions : équité de financement, équité d'accès, équité d'utilisation, équité des résultats et protection contre le risque financier (Cookson et al., 2017; Wagstaff et al., 1989).

Pourtant, plusieurs travaux récents suggèrent que les arbitrages entre équité et efficacité ne sont ni uniformes ni automatiques. La réduction des paiements directs peut améliorer la protection financière, mais aussi favoriser un recours plus précoce et plus approprié aux soins, éviter des complications coûteuses et réduire certaines inefficiences liées au renoncement ou au retard thérapeutique. La mutualisation des risques peut renforcer l'équité de financement tout en améliorant la rationalité collective du système. L'investissement dans les soins primaires peut réduire les inégalités d'accès tout en limitant le recours tardif à des soins hospitaliers plus coûteux (Starfield, 2012; V. Tangcharoensathien et al., 2018). De même, des instruments tels que l'achat stratégique ou une fiscalité sanitaire bien conçue peuvent contribuer à rapprocher justice distributive et bonne utilisation des ressources (Verguet et al., 2016).

L'originalité de cet article réside dans sa volonté de dépasser une lecture binaire de la relation entre équité et efficacité dans le financement de la santé. Contrairement aux approches qui traitent séparément la protection financière, la performance du système et les effets distributifs des politiques publiques, cette revue propose une lecture intégrée de ces dimensions. Sa contribution est triple. Premièrement, elle clarifie les fondements conceptuels de l'opposition classique entre équité et efficacité en montrant que celle-ci dépend fortement des définitions retenues, des indicateurs mobilisés et de l'horizon temporel de l'évaluation. Deuxièmement, elle met en évidence les conditions dans lesquelles ces deux objectifs peuvent entrer en tension ou, au contraire, devenir complémentaires à travers les instruments de financement, la mutualisation, l'achat stratégique, les

soins primaires et la gouvernance. Troisièmement, elle transpose ce débat au contexte marocain en montrant que la généralisation de la couverture médicale ne peut être évaluée uniquement par l'extension formelle de l'affiliation, mais doit être appréciée à travers la protection financière réelle, l'accès effectif, la répartition territoriale des ressources et la soutenabilité du système de santé.

L'article est organisé comme suit : La section suivante précise les fondements conceptuels de l'équité et de l'efficacité dans le financement de la santé. La troisième section discute les limites des approches conventionnelles. La quatrième examine les situations où les arbitrages sont réels ainsi que celles où des complémentarités peuvent apparaître. La cinquième présente les apports des approches contemporaines, notamment l'ECEA et la DCEA. La sixième discute les enseignements pour les pays à revenu faible et intermédiaire et leurs implications pour le Maroc. Enfin, la conclusion revient sur l'idée centrale de l'article : dans le financement de la santé, l'enjeu n'est pas de choisir abstraitement entre équité et efficacité, mais d'identifier les arrangements institutionnels et financiers permettant de les articuler de manière socialement juste et économiquement soutenable.

2. Cadre conceptuel : équité, efficacité et financement de la santé

a. L'efficacité : au-delà de la seule performance productive

Dans l'économie de la santé, l'efficacité renvoie généralement à la capacité d'un système, d'une organisation ou d'une politique à produire le maximum de résultats à partir de ressources données, ou à atteindre un niveau de résultats donné au moindre coût. Cette définition reste utile, mais elle devient réductrice lorsqu'elle est appliquée au financement de la santé dans une perspective strictement technique. En effet, un système de santé ne transforme pas seulement des ressources en volumes de services ou en indicateurs agrégés de santé ; il produit aussi de l'accès, de la qualité, de la continuité des soins et de la protection financière.

La littérature a longtemps privilégié une lecture productive de l'efficacité, centrée sur la relation entre intrants et extrants. Cette approche a fortement structuré les travaux comparatifs sur la performance des systèmes de santé, notamment à travers les méthodes de frontière¹, mais elle reste incomplète. La distinction entre efficacité technique et efficacité allocative est ici essentielle. L'efficacité technique concerne la transformation des ressources en résultats, tandis que l'efficacité allocative renvoie à la manière dont les ressources sont orientées entre usages alternatifs afin de répondre au mieux aux besoins sociaux et sanitaires (Lötscher-Stamm & Lenzin, 2024; Wranik, 2012).

Cette seconde dimension est particulièrement importante dans le financement de la santé, car une allocation peut être techniquement performante tout en restant mal orientée si elle ne bénéficie pas aux interventions, aux groupes ou aux territoires où sa valeur sociale est la plus élevée. À cela s'ajoutent d'autres dimensions de plus en plus discutées, notamment l'efficacité intégrant la qualité et l'efficacité dynamique. Un système ne peut être considéré comme efficace s'il produit davantage de services au prix d'une faible qualité, d'une continuité insuffisante des soins ou d'un transfert implicite des coûts vers les ménages. L'efficacité doit donc être comprise comme une

¹ Les méthodes de frontière désignent des approches quantitatives d'évaluation de l'efficacité qui comparent la performance observée d'unités de production, telles que les hôpitaux ou les systèmes de santé, à une frontière théorique représentant le niveau maximal de résultats pouvant être obtenu pour un niveau donné de ressources. Elles incluent notamment l'analyse par enveloppement des données (DEA) et les modèles de frontière stochastique (SFA).

propriété multidimensionnelle, qui dépend de la manière dont les ressources sont mobilisées, mutualisées, allouées et transformées en services socialement utiles.

b. L'équité : financement, accès et protection contre le risque financier

L'équité constitue l'autre pilier normatif du financement de la santé. Elle renvoie à la manière dont les charges, les bénéfices, les opportunités et les risques sont distribués entre les individus et les groupes sociaux. Contrairement à une interprétation simplifiée, l'équité ne se confond pas avec l'égalité stricte. Traiter toutes les personnes de manière identique peut être inéquitable lorsque les besoins, les capacités contributives, les risques ou les obstacles d'accès diffèrent profondément (Fleurbaey & Schokkaert, 2011).

La littérature distingue plusieurs dimensions de l'équité. L'équité de financement concerne la répartition de l'effort contributif : qui paie pour le système, selon quelle capacité à payer, et avec quel degré de progressivité ou de régressivité. L'équité d'accès renvoie à la possibilité d'obtenir les soins nécessaires sans barrière financière, géographique ou sociale excessive. L'équité d'utilisation interroge la correspondance entre le recours effectif aux services et les besoins de santé. L'équité des résultats, enfin, concerne la distribution des gains de santé entre groupes sociaux. La protection contre le risque financier occupe une place particulière dans cette architecture, car elle vise à empêcher que le recours aux soins ne se traduise par des dépenses catastrophiques, un appauvrissement ou des stratégies de financement destructrices (Wagstaff & Eozenou, 2014; Xu et al., 2003).

Cette pluralité est importante, car une réforme peut progresser sur une dimension sans améliorer les autres. Une extension de la couverture médicale peut accroître l'affiliation formelle sans réduire les paiements directs. Une politique de gratuité peut diminuer la barrière financière immédiate sans corriger les inégalités territoriales d'offre ou de qualité. Un système peut être relativement progressif dans son financement tout en distribuant ses bénéfices de manière inéquitable si les ménages les plus pauvres utilisent moins les services ou accèdent à des soins de moindre qualité. Ainsi, l'équité dans le financement de la santé ne doit pas être conçue comme une correction extérieure appliquée après l'évaluation économique ; elle fait partie de la définition même d'un système de financement juste.

c. Pourquoi l'opposition classique s'est imposée

L'opposition entre équité et efficacité trouve en partie son origine dans l'économie du bien-être classique. Dans ce cadre, l'efficacité a longtemps été associée à la maximisation du bien-être agrégé, alors que l'équité renvoyait à la distribution de ce bien-être entre individus. Dans le domaine de la santé, cette tension a été renforcée par les outils conventionnels d'évaluation économique. L'analyse coût-efficacité classique vise principalement à identifier les interventions qui produisent le plus grand gain de santé pour un niveau donné de ressources. Cette logique a une utilité importante pour la décision publique, mais elle peut marginaliser les questions de distribution lorsqu'elle est appliquée de manière strictement agrégée (Cookson et al., 2017; Johri & Norheim, 2012).

Cette opposition a aussi été entretenue par la fragmentation des champs de recherche. Les études sur la protection financière se sont surtout concentrées sur les dépenses catastrophiques, l'appauvrissement et la vulnérabilité des ménages. Les travaux sur l'efficacité ont principalement porté sur les relations entre ressources, services et résultats agrégés. Les approches distributionnelles, plus récentes, ont cherché à intégrer explicitement les inégalités dans

l'évaluation économique. Il en résulte une simplification du débat : lorsque l'efficacité est mesurée sans tenir compte de la distribution des bénéfices et des charges, elle apparaît comme une logique purement agrégative ; lorsque l'équité est envisagée uniquement comme redistribution ou ciblage social, elle apparaît comme une contrainte coûteuse imposée à l'optimisation.

Or, cette opposition n'est ni uniforme ni automatique. Elle dépend du cadre d'analyse, des indicateurs retenus, de l'horizon temporel et de la qualité des institutions. C'est précisément ce qui justifie de discuter les limites des approches conventionnelles.

3. Limites des approches conventionnelles

a. Une efficacité trop souvent réduite à une performance agrégée

L'une des principales limites des approches conventionnelles tient à leur tendance à appréhender l'efficacité à un niveau fortement agrégé. Dans de nombreux travaux, la performance est évaluée à partir de la relation entre ressources mobilisées et résultats produits, qu'il s'agisse d'indicateurs de santé, de volumes de services ou de scores synthétiques. Cette approche a permis d'améliorer l'analyse comparative des systèmes de santé, mais elle présente une faiblesse importante : elle peut conduire à considérer comme efficaces des configurations qui produisent de bons résultats moyens tout en laissant persister des inégalités marquées entre groupes sociaux, territoires ou catégories de ménages (Mbau et al., 2023; Smith & Street, 2005).

Les indicateurs agrégés peuvent masquer des processus divergents. Une amélioration moyenne peut bénéficier principalement aux groupes déjà favorisés, tandis que les plus vulnérables continuent de faire face à des barrières d'accès, à une faible qualité des soins ou à une protection financière insuffisante. De la même manière, un système peut sembler efficace parce qu'il limite la dépense publique, alors même qu'une partie du coût réel est transférée vers les ménages à travers les paiements directs, les renoncements aux soins ou les retards de recours. En outre, cette approche sous-estime souvent l'importance de l'horizon temporel : certaines politiques peuvent produire des gains immédiats de maîtrise budgétaire, mais entraîner à moyen terme des coûts plus élevés si elles aggravent le renoncement aux soins ou les complications évitables.

b. Une conception parfois étroite de l'équité

Les approches conventionnelles présentent également des limites dans leur manière d'appréhender l'équité. Celle-ci est souvent traitée comme une question de redistribution monétaire, de ciblage des pauvres ou de correction sociale venant s'ajouter à une évaluation d'abord fondée sur l'efficacité. Une telle lecture reste incomplète. D'abord, l'équité ne se confond pas avec l'égalité stricte. Ensuite, elle ne peut pas être réduite à la seule question du financement. La progressivité des contributions est importante, mais elle ne garantit pas à elle seule une distribution équitable des bénéfices. Un système peut être relativement progressif dans son mode de financement et pourtant rester inéquitable si les ménages défavorisés utilisent moins les services ou restent davantage exposés aux dépenses directes (Asante et al., 2016; Mills et al., 2012).

Une autre limite tient à la tendance à traiter l'équité comme une préférence extérieure à l'analyse économique. Dans cette perspective, l'évaluation établirait d'abord ce qui est efficace, puis les décideurs introduiraient éventuellement des considérations distributives. Or, cette séparation est en partie artificielle. Les choix d'indicateurs, d'horizon temporel, de variables retenues ou ignorées et la décision d'intégrer ou non la protection financière ont déjà des implications normatives. L'équité

n'intervient donc pas seulement après l'analyse ; elle est aussi présente dans la manière dont le problème est formulé.

c. Une fragmentation entre protection financière, performance et distribution

La troisième limite majeure réside dans la fragmentation des champs d'analyse. La littérature sur le financement de la santé s'est développée autour de traditions relativement spécialisées. Les travaux sur la protection financière ont principalement étudié les dépenses catastrophiques, l'appauvrissement et la vulnérabilité des ménages. Les travaux sur l'efficacité se sont concentrés sur les relations entre ressources, services et résultats agrégés. Les approches distributionnelles plus récentes se sont intéressées à la répartition des coûts, des bénéfices et des gains de santé. Chacune de ces traditions apporte des éclairages utiles, mais elles ont longtemps progressé en parallèle.

Cette séparation tend à isoler des dimensions qui, dans la réalité, sont profondément liées. Une même réforme de financement peut modifier simultanément la protection financière des ménages, le recours aux soins, la structure des incitations, la distribution des bénéfices et la performance globale du système. Or, lorsqu'elle est analysée dans un seul registre, une partie importante de ses effets échappe à l'évaluation. En définitive, la fragmentation de la littérature contribue elle-même à rigidifier l'opposition entre équité et efficacité. À l'inverse, une approche intégrée permet de mieux identifier les chaînes causales, les effets indirects et les conditions institutionnelles sous lesquelles ces deux objectifs peuvent converger ou diverger.

4. Arbitrages réels et complémentarités possibles

a. Quand l'arbitrage est réel

Reconnaître les limites des approches conventionnelles ne signifie pas nier l'existence d'arbitrages réels entre équité et efficacité. Dans un contexte de ressources rares, toute décision d'allocation implique un coût d'opportunité. Financer une intervention, un territoire ou un groupe de population signifie nécessairement renoncer, au moins partiellement, à d'autres usages possibles des ressources disponibles. L'arbitrage entre équité et efficacité correspond donc, dans certaines situations, à une tension réelle de politique publique.

Ces arbitrages apparaissent notamment lorsque les décideurs doivent choisir entre maximiser le gain global de santé et donner davantage de poids à des groupes particulièrement défavorisés. Une intervention ciblant des populations pauvres, rurales, isolées ou cumulant plusieurs désavantages peut être plus coûteuse par unité de résultat, non parce qu'elle serait moins légitime, mais parce que ces populations sont plus difficiles à atteindre ou présentent des besoins plus complexes. Dans ce cas, une logique strictement agrégative tend à privilégier les interventions produisant le plus grand bénéfice total immédiat, tandis qu'une logique plus distributive peut justifier une allocation plus importante vers les groupes dont les besoins sont les plus élevés ou dont l'exclusion est jugée socialement inacceptable (Bleichrodt et al., 2005; Ubel et al., 2000).

La tension peut être particulièrement visible dans l'allocation territoriale des ressources. Garantir un accès minimal dans des zones rurales, enclavées ou faiblement peuplées peut exiger de maintenir des structures ou des services dont le coût moyen est plus élevé que dans les zones urbaines densément peuplées. Une telle allocation peut sembler moins efficace du point de vue productif, alors qu'elle est indispensable du point de vue de l'équité d'accès. Ces arbitrages dépendent aussi de l'horizon temporel retenu. Une politique favorable à l'équité peut sembler coûteuse à court terme, mais devenir plus efficace à moyen terme si elle réduit les complications

évitables, favorise le recours précoce ou protège les ménages contre des trajectoires d'appauvrissement.

b. Quand équité et efficacité peuvent se renforcer

S'il existe des situations de tension, il serait réducteur d'en conclure que l'équité et l'efficacité sont structurellement opposées. Dans de nombreuses configurations, elles peuvent au contraire se renforcer mutuellement. Cette complémentarité apparaît dès lors que l'on dépasse une conception étroite de l'efficacité et que l'on prend en compte l'accès effectif, la protection contre le risque financier, les effets indirects des politiques et leur horizon temporel.

Un premier mécanisme de complémentarité concerne la réduction des barrières financières. Lorsque les paiements directs sont élevés, les ménages pauvres ou vulnérables retardent plus fréquemment les soins, interrompent les traitements ou renoncent à certaines prestations nécessaires. Ces comportements peuvent conduire à une aggravation de l'état de santé, à des recours tardifs plus coûteux et à une perte de productivité. Dans ce cas, réduire le reste à charge ne relève pas seulement de la justice sociale ; cela peut aussi améliorer l'allocation des ressources en favorisant un recours plus précoce et plus approprié aux soins (O. O'Donnell, 2007; Peters et al., 2008).

Un deuxième mécanisme repose sur la mutualisation des risques. Les systèmes fondés sur le prépaiement et la mise en commun des ressources réduisent la dépendance au paiement au moment de la maladie. Cela améliore la protection financière, mais peut aussi renforcer l'efficacité du système en limitant les ruptures de soins, les stratégies de financement destructrices et les retards de recours. De même, une allocation davantage orientée vers les besoins peut être interprétée non seulement comme une exigence d'équité, mais aussi comme une condition d'efficacité allocative lorsque les ressources sont dirigées vers les usages où leur valeur sociale est la plus élevée.

L'investissement dans les soins primaires illustre également cette complémentarité. Des soins primaires accessibles et de qualité peuvent réduire les inégalités d'accès, améliorer la prise en charge précoce et limiter le recours tardif à des soins hospitaliers plus coûteux. Dans ce type de configuration, une politique favorable à l'équité d'accès peut aussi produire des gains d'efficacité pour le système (Starfield, 2012). L'enjeu n'est donc pas de nier les arbitrages, mais de reconnaître qu'ils ne résument pas l'ensemble de la relation entre équité et efficacité.

c. Le rôle des instruments de financement et des conditions institutionnelles

La possibilité de complémentarité dépend largement des instruments mobilisés et des conditions institutionnelles de leur mise en œuvre. Tous les mécanismes de financement ne produisent pas les mêmes effets distributifs, ni les mêmes incitations, ni les mêmes conséquences sur l'accès et la performance globale du système. Les paiements directs constituent à cet égard l'exemple le plus problématique. Ils exposent les ménages aux dépenses catastrophiques, découragent le recours aux services nécessaires et sont donc généralement défavorables à l'équité et, potentiellement, à l'efficacité sociale (Asante et al., 2016; Luyten & Tubeuf, 2025).

À l'inverse, les mécanismes de prépaiement et de mutualisation peuvent rapprocher ces deux objectifs en répartissant mieux le risque et en facilitant l'accès aux soins utiles. L'achat stratégique joue également un rôle central. Augmenter les ressources ou élargir la couverture ne suffit pas si les fonds ne sont pas utilisés pour acheter des services pertinents, accessibles et de qualité. Une réforme peut être socialement ambitieuse mais produire peu d'effets si elle s'accompagne d'un achat passif, d'une régulation insuffisante ou d'une offre mal répartie. En définitive, les arbitrages

entre équité et efficience sont réels, mais ils ne sont ni automatiques ni uniformes. Une approche intégrée cherche moins à faire disparaître les tensions qu'à distinguer les situations où elles sont inévitables de celles où des synergies peuvent être obtenues grâce à un meilleur design des politiques de financement.

5. Les approches contemporaines pour dépasser l'opposition binaire

a. Des approches plus sensibles à la distribution

L'un des apports majeurs des développements récents en économie de la santé est d'avoir remis en cause l'idée selon laquelle l'évaluation des politiques devrait se limiter à une comparaison agrégée entre coûts et résultats. Les approches sensibles à la distribution partent du constat qu'une politique de santé ne peut être correctement appréciée sans tenir compte de la manière dont ses bénéficiaires, ses coûts et ses effets protecteurs sont répartis entre groupes sociaux (Dukhanin et al., 2018; Johri & Norheim, 2012).

Ce déplacement est particulièrement important pour le financement de la santé. Les réformes de financement modifient presque toujours la distribution des contributions, l'exposition aux paiements directs, l'accès effectif aux services et la protection contre le risque financier. Une réforme peut améliorer certains indicateurs moyens tout en laissant les ménages pauvres exposés à des dépenses catastrophiques. À l'inverse, une politique peut sembler coûteuse à court terme, mais produire des gains substantiels si elle réduit l'appauvrissement, les retards de recours et les complications évitables. Les approches contemporaines permettent précisément de rendre visibles ces effets souvent occultés par les évaluations strictement agrégées.

b. L'Extended Cost-Effectiveness Analysis

L'Extended Cost-Effectiveness Analysis (ECEA) constitue l'une des réponses les plus importantes aux limites de l'analyse coût-efficacité conventionnelle. Alors que cette dernière se concentre principalement sur les coûts et les gains de santé agrégés, l'ECEA élargit le périmètre de l'évaluation en intégrant d'autres résultats d'intérêt public, notamment les dépenses privées évitées, la réduction de l'appauvrissement lié aux soins et la distribution des effets entre groupes socioéconomiques (Verguet et al., 2016).

L'intérêt de cette approche est double. D'une part, elle reconnaît que les politiques de santé produisent des effets qui ne se résument pas à des gains de santé. Elles peuvent aussi modifier les dépenses directes supportées par les ménages, réduire le risque d'endettement ou protéger certaines catégories de population contre les conséquences économiques de la maladie. D'autre part, elle permet d'examiner simultanément plusieurs dimensions de la performance publique : santé, finances publiques, dépenses privées, pauvreté et distribution des bénéficiaires.

c. La Distributional Cost-Effectiveness Analysis

La *Distributional Cost-Effectiveness Analysis (DCEA)* pousse plus loin encore l'intégration de l'équité dans l'évaluation économique. Là où l'ECEA met en évidence plusieurs catégories de conséquences, la DCEA cherche à quantifier plus explicitement la distribution des gains de santé et les arbitrages entre amélioration du niveau total de santé et réduction des inégalités. Elle introduit ainsi une formalisation plus avancée du problème distributif, notamment à travers l'utilisation de fonctions de bien-être social, de pondérations d'équité ou de paramètres d'aversion à l'inégalité (Asaria et al., 2016 ; Cookson et al., 2021).

Son principal apport est de rendre explicite ce qui reste souvent implicite dans la décision publique. Une politique peut produire un gain total important, mais accroître les inégalités si ses bénéficiaires profitent surtout aux groupes favorisés. Une autre peut produire un gain total plus faible, mais réduire davantage les inégalités en bénéficiant aux plus défavorisés. La DCEA permet de comparer ces situations de manière plus transparente, en posant clairement la question de la valeur accordée à la réduction des inégalités relativement au gain agrégé.

d. Préférences sociales et arbitrages explicites

Ces approches contemporaines posent également une question essentielle : comment connaître les préférences sociales relatives à l'équité et à l'efficacité ? Les arbitrages entre gain agrégé et réduction des inégalités ne peuvent pas être entièrement déduits de modèles techniques ; ils reposent aussi sur des valeurs collectives. La littérature sur l'élicitation des préférences sociales montre que ces valeurs sont hétérogènes. Les études disponibles mettent en évidence une diversité importante des méthodes, des échantillons, des formulations et des contextes nationaux, ce qui rend difficile l'identification d'un paramètre universel d'aversion à l'inégalité (Cadham & Prosser, 2023).

Cette hétérogénéité a une implication importante : il n'existe pas de seuil unique à partir duquel une société accepterait toujours de sacrifier un certain niveau d'efficacité en échange d'un gain d'équité. Les arbitrages ne sont donc pas seulement techniques ; ils relèvent aussi de choix politiques et de jugements sociaux. L'intérêt des approches contemporaines est moins de supprimer les conflits de valeurs que de les rendre plus explicites, plus transparents et plus justifiables dans la décision publique.

e. Ce que ces approches changent pour l'évaluation du financement de la santé

Pris ensemble, ces développements modifient profondément la manière d'évaluer les politiques de financement de la santé. Une réforme ne doit plus être jugée uniquement à partir de la dépense publique, du gain moyen de santé ou du nombre de personnes couvertes ; elle doit aussi être appréciée selon ses effets sur les paiements directs, la protection financière, la distribution des bénéficiaires et les inégalités entre groupes sociaux. Une évaluation étroite, centrée sur des gains agrégés de court terme, fera plus facilement apparaître l'équité comme une contrainte. Une évaluation plus large, intégrant les effets redistributifs et la protection financière, peut révéler des complémentarités jusque-là invisibles.

6. Discussion : enseignements pour les pays à revenu faible et intermédiaire et implications pour le Maroc

a. La couverture sanitaire universelle au-delà de l'extension formelle

Les expériences internationales montrent que la couverture sanitaire universelle ne peut être réduite à une déclaration politique, à une réforme juridique ou à une extension administrative de l'affiliation. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, la progression vers la couverture se heurte souvent à des contraintes simultanées : espace budgétaire limité, faiblesse des mécanismes de prépaiement, inégalités d'offre, fragmentation institutionnelle et persistance des paiements directs (V. Tangcharoensathien et al., 2021). Dès lors, l'enjeu n'est pas seulement d'étendre des droits formels, mais de faire en sorte que ces droits se traduisent en accès effectif, en protection financière réelle et en amélioration tangible de la performance du système.

Cette distinction est particulièrement importante pour le Maroc. Les réformes engagées ont permis d'élargir progressivement la couverture médicale et de renforcer l'ambition sociale du système. Toutefois, la couverture formelle ne garantit pas en elle-même l'accès réel aux soins, ni la réduction des dépenses catastrophiques ou appauvrissantes (Akhniif et al., 2020; Heikel, 2021). Dans un contexte où les paiements directs demeurent élevés, où l'offre reste inégalement répartie et où les fonctions de financement, de prestation et de régulation ne sont pas encore pleinement articulées, l'évaluation des réformes ne peut se limiter au nombre de personnes couvertes. Elle doit porter sur la capacité effective du système à protéger les ménages, à améliorer le recours utile aux soins et à réduire les inégalités injustes.

b. Paiements directs, allocation des ressources, gouvernance et préférences sociales

Un deuxième enseignement majeur concerne la structure du financement. Les comparaisons internationales montrent que les paiements directs constituent généralement l'un des instruments les plus problématiques du point de vue de l'équité, car ils font dépendre l'accès aux soins de la capacité de paiement au moment du besoin. Ils posent également un problème d'efficacité sociale : en retardant le recours, en interrompant les traitements ou en favorisant le renoncement aux soins, ils peuvent conduire à des complications évitables, à des prises en charge plus coûteuses et à une perte de productivité. La réduction de leur poids ne relève donc pas seulement d'une exigence de justice distributive ; elle peut aussi constituer une condition d'une meilleure allocation des ressources et d'un recours plus précoce et plus approprié aux soins (Asante et al., 2016; Rahman et al., 2022).

Pour le Maroc, ce point est central. Tant que les ménages continuent d'assumer une part importante du coût des soins, la couverture médicale risque de rester partielle dans ses effets réels. Une réforme qui élargit l'affiliation sans réduire suffisamment le reste à charge, sans garantir un panier de soins effectivement accessible ou sans renforcer l'offre disponible peut produire une équité formelle sans protection financière réelle. Dans ce cas, l'efficacité du financement devient elle-même discutable, puisque les ressources mobilisées ne sont pas pleinement transformées en recours utile, en continuité des soins ou en amélioration de l'état de santé.

La question de l'allocation territoriale prolonge directement ce raisonnement. Une couverture financière plus large ne produit pas les mêmes effets selon que l'offre de soins est disponible ou non, proche ou éloignée, de qualité suffisante ou insuffisante. Dans le contexte marocain, les inégalités territoriales d'offre restent donc au cœur du débat équité-efficacité. Orienter davantage de ressources vers des territoires sous-dotés peut apparaître moins efficace si l'analyse se limite au coût moyen par service produit, notamment lorsque les volumes d'activité sont plus faibles. Toutefois, une telle orientation peut être socialement justifiée si l'objectif est de réduire les inégalités d'accès, de répondre aux besoins des populations les plus éloignées du système de soins et d'éviter des recours tardifs plus coûteux. L'allocation territoriale des ressources ne doit donc pas être évaluée uniquement selon une logique productive de court terme, mais aussi selon sa contribution à l'équité d'accès et à l'efficacité sociale du système.

Ces choix ne sont pas seulement techniques. Ils traduisent des préférences sociales implicites concernant les groupes à protéger en priorité, les besoins à financer collectivement et les niveaux d'inégalités jugés acceptables. Les décisions relatives au panier de soins, au niveau de remboursement, aux subventions publiques, à la réduction du reste à charge ou à la répartition territoriale des ressources incorporent nécessairement des arbitrages entre gain agrégé, protection des ménages vulnérables, réduction des inégalités et soutenabilité financière. Les rendre explicites

permettrait de mieux relier les réformes marocaines aux débats contemporains sur les préférences sociales et les arbitrages équité–efficacité.

Enfin, la gouvernance constitue une condition transversale de cette complémentarité. Mobiliser davantage de ressources est nécessaire, mais ne suffit pas. Encore faut-il que ces ressources soient correctement mutualisées, allouées, achetées et régulées. L'achat stratégique, la coordination entre institutions, la régulation des prestataires, la transparence des priorités et la disponibilité de données pertinentes jouent ici un rôle décisif (MSPS & OMS, 2021). Sans amélioration de la gouvernance, une réforme peut rester socialement ambitieuse mais produire peu d'effets sur l'accès réel, la qualité, la protection financière ou l'efficacité de l'utilisation des ressources.

c. Vers une évaluation intégrée des réformes marocaines

Ces éléments conduisent à une conclusion opérationnelle : les réformes marocaines du financement de la santé doivent être évaluées dans un cadre intégré. Un suivi limité à l'extension de la couverture ou au volume des ressources mobilisées serait insuffisant. Il faut également suivre l'évolution des paiements directs, des dépenses catastrophiques, du renoncement aux soins, de la distribution territoriale des ressources, de la qualité des services et de l'efficacité de l'allocation. Pour le Maroc, le débat entre équité et efficacité gagne donc à être reformulé. Il ne s'agit pas de choisir entre une réforme sociale mais coûteuse et une réforme efficace mais restrictive. Il s'agit plutôt de concevoir des arrangements de financement capables de rendre la protection sociale soutenable parce qu'elle est mieux organisée, mieux ciblée, mieux régulée et mieux articulée à l'offre de soins. La généralisation de la couverture médicale ne pourra produire pleinement ses effets que si elle s'accompagne d'une réduction effective du poids des paiements directs, d'un renforcement de l'offre publique, d'une meilleure allocation territoriale des ressources et d'un achat stratégique orienté vers les besoins prioritaires.

En définitive, les enseignements internationaux et le cas marocain convergent sur un point essentiel : l'équité et l'efficacité ne doivent pas être pensées comme deux objectifs séparés, mais comme deux dimensions interdépendantes d'un même problème public. Dans le financement de la santé, la question centrale est de savoir comment mobiliser, mutualiser et utiliser les ressources de manière à protéger les ménages, améliorer l'accès réel, réduire les inégalités injustes et produire une valeur sociale durable.

d. Discussion critique : convergences, divergences et controverses dans la littérature

La littérature examinée fait apparaître plusieurs points de convergence. Premièrement, un consensus relativement solide existe sur le caractère problématique des paiements directs. Ceux-ci sont généralement défavorables à l'équité car ils font dépendre l'accès aux soins de la capacité de paiement au moment du besoin, exposent les ménages aux dépenses catastrophiques et peuvent conduire au renoncement aux soins. Deuxièmement, les travaux convergent sur l'importance du prépaiement, de la mutualisation des risques, du renforcement des soins primaires et de l'achat stratégique comme conditions permettant de rapprocher les objectifs d'équité et d'efficacité. Troisièmement, les approches contemporaines d'évaluation économique reconnaissent de plus en plus que les politiques de santé doivent être évaluées non seulement à partir de leurs effets moyens, mais aussi à partir de la distribution de leurs bénéfices, de leurs coûts et de leurs effets de protection financière.

Cependant, plusieurs divergences demeurent. La première concerne la définition même de l'efficacité. Certains travaux privilégient une conception productive ou technique, centrée sur la

transformation des ressources en résultats mesurables, tandis que d'autres défendent une conception plus large intégrant la qualité, l'accès effectif, la valeur sociale et l'horizon temporel des effets. La deuxième divergence concerne l'importance à accorder aux préférences sociales. Certaines approches cherchent à intégrer explicitement l'aversion aux inégalités dans l'évaluation économique, alors que d'autres considèrent que ces choix doivent rester du ressort de la décision politique. La troisième divergence porte sur les instruments de financement. Les financements fiscaux, l'assurance sociale, les taxes sanitaires ou les mécanismes de co-paiement peuvent produire des effets très différents selon leur conception institutionnelle, leur niveau de progressivité, leur capacité de mutualisation et les mécanismes d'exemption prévus pour les ménages vulnérables.

Plusieurs controverses traversent également la littérature. La première concerne le statut de l'arbitrage équité–efficacité : s'agit-il d'une tension structurelle ou d'un résultat dépendant du cadre d'évaluation retenu ? Les travaux récents suggèrent que certains arbitrages sont réels, mais que d'autres sont amplifiés par des évaluations trop étroites centrées sur les gains agrégés de court terme. La deuxième controverse concerne les taxes sanitaires, notamment sur le tabac ou les produits nocifs. Elles peuvent apparaître régressives si l'on considère uniquement la charge monétaire immédiate, mais leur appréciation change lorsque l'on intègre les gains de santé, les dépenses médicales évitées, les recettes publiques mobilisées et la protection contre l'appauvrissement. La troisième controverse concerne la transférabilité des modèles internationaux. Les comparaisons entre systèmes de type Beveridge, Bismarck ou mixtes montrent qu'aucun modèle ne garantit automatiquement l'équilibre entre équité et efficacité ; ce sont plutôt le niveau de mutualisation, la progressivité du financement, la régulation, l'achat stratégique et la qualité de la gouvernance qui déterminent les résultats obtenus.

Cette discussion critique conduit à considérer que la relation entre équité et efficacité n'est pas fixe. Elle dépend des instruments de financement, des conditions institutionnelles, des préférences sociales, des indicateurs retenus et du niveau d'analyse. La contribution de cette revue est précisément de montrer que les arbitrages doivent être identifiés sans être exagérés, et que les complémentarités doivent être recherchées sans être présumées automatiques.

e. Pistes de recherche futures pour le Maroc

Les implications pour la recherche au Maroc sont nombreuses. Premièrement, il serait nécessaire de produire des analyses actualisées de la progressivité du financement de la santé par source de financement, en distinguant les impôts, les cotisations sociales, les primes éventuelles, les paiements directs et les dépenses privées. Deuxièmement, des analyses d'incidence des bénéficiaires devraient être menées afin d'identifier quels groupes sociaux et quels territoires bénéficient effectivement des dépenses publiques de santé, en tenant compte non seulement de l'utilisation des services mais aussi de leur qualité. Troisièmement, les futures recherches devraient mesurer l'évolution des dépenses catastrophiques, de l'appauvrissement médical et du renoncement aux soins après la généralisation de la protection sociale, afin de distinguer l'extension formelle de la couverture de la protection financière réelle.

Quatrièmement, des analyses infranationales sont nécessaires pour étudier les inégalités territoriales d'allocation des ressources, de disponibilité de l'offre, d'accès aux soins primaires et de qualité des services. Cinquièmement, des travaux empiriques devraient explorer les préférences sociales des citoyens, des décideurs et des professionnels de santé marocains concernant les arbitrages entre maximisation des gains de santé, protection des ménages pauvres, réduction des

inégalités territoriales et priorité aux maladies graves ou chroniques. Sixièmement, l'application d'approches telles que l'ECEA ou la DCEA à des politiques marocaines concrètes, comme la fiscalité du tabac et des produits nocifs pour la santé, l'élargissement du panier de soins, les subventions aux ménages vulnérables ou le renforcement des soins primaires, permettrait de mieux quantifier les effets distributifs et les arbitrages implicites des réformes.

Ces pistes permettraient de passer d'un débat général sur l'équité et l'efficacité à une évaluation empirique plus précise des choix de financement au Maroc. Elles contribueraient aussi à éclairer la décision publique en rendant plus visibles les groupes bénéficiaires, les ménages encore exposés au risque financier, les territoires sous-dotés et les politiques susceptibles de produire simultanément plus de justice sociale et une meilleure utilisation des ressources.

7. Conclusion

Cet article avait pour objectif d'examiner si la relation entre équité et efficacité dans le financement de la santé devait être pensée comme une opposition classique et structurelle, ou comme une relation plus nuancée, susceptible de faire apparaître des complémentarités. L'analyse conduite conduit à une conclusion centrale : les arbitrages entre équité et efficacité existent dans certaines configurations, mais ils ne peuvent être érigés en principe général. Leur importance dépend du cadre d'évaluation retenu, du type de politique considéré, de l'horizon temporel de l'analyse et des arrangements institutionnels dans lesquels les réformes sont mises en œuvre.

L'un des principaux enseignements de cette revue est que l'opposition classique entre équité et efficacité a souvent été renforcée par des approches trop étroites. D'un côté, l'efficacité a fréquemment été réduite à une performance productive ou budgétaire agrégée, sans prise en compte suffisante de l'accès effectif, de la qualité des soins, de la protection financière ou de la distribution des bénéfices. De l'autre, l'équité a parfois été traitée comme une contrainte extérieure ou une correction redistributive secondaire, plutôt que comme une dimension constitutive d'un bon système de financement de la santé.

À l'inverse, une lecture plus intégrée montre que les relations entre équité et efficacité sont plus complexes. Certaines politiques peuvent effectivement impliquer des arbitrages, notamment lorsque les ressources sont rares et que les décideurs doivent choisir entre gain agrégé et priorité aux groupes les plus défavorisés. Mais dans d'autres situations, les deux objectifs peuvent se renforcer mutuellement. La réduction des paiements directs, le développement du prépaiement, la mutualisation des risques, l'investissement dans les soins primaires, l'achat stratégique et une meilleure allocation selon les besoins peuvent améliorer simultanément la protection financière, l'accès aux soins et l'efficacité sociale du système.

Sur le plan théorique, cette revue contribue à déplacer le débat d'une opposition binaire vers une analyse conditionnelle de la relation entre équité et efficacité. Elle montre que les tensions entre ces deux objectifs ne peuvent être comprises qu'en tenant compte des instruments de financement, des préférences sociales, de l'horizon temporel et des conditions institutionnelles de mise en œuvre. Elle suggère également que l'équité ne doit pas être traitée uniquement comme une contrainte morale extérieure à l'efficacité, mais comme une dimension constitutive de l'efficacité sociale d'un système de santé.

Pour le Maroc, cette perspective ouvre un agenda de recherche prioritaire : mesurer la progressivité réelle du financement, évaluer la distribution sociale et territoriale des bénéfices des dépenses publiques, analyser les préférences sociales relatives aux arbitrages équité–efficacité, et appliquer

des approches distributionnelles comme l'ECEA et la DCEA à des politiques concrètes. Ces recherches permettraient de mieux apprécier si la généralisation de la couverture médicale se traduit effectivement par une réduction des paiements directs, une amélioration de l'accès réel et une allocation plus juste et plus efficiente des ressources.

8. Références

- Akhnif, E. H., Hachri, H., Belmadani, A., Mataria, A., & Bigdeli, M. (2020). Policy dialogue and participation: A new way of crafting a national health financing strategy in Morocco. *Health Research Policy and Systems*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00629-2>
- Asante, A., Price, J., Hayen, A., Jan, S., & Wiseman, V. (2016). Equity In Health care financing in low-and middle-income countries: A systematic review of evidence from studies using benefit and financing incidence analyses. *PLoS ONE*, 11(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152866>
- Asaria, M., Griffin, S., & Cookson, R. (2016). Distributional cost-effectiveness analysis: A tutorial. *Medical Decision Making*, 36(1), 8–19. <https://doi.org/10.1177/0272989X15583266>
- Bleichrodt, H., Doctor, J., & Stolk, E. (2005). A nonparametric elicitation of the equity-efficiency trade-off in cost-utility analysis. *Journal of Health Economics*, 24(4), 655–678. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.10.001>
- Cadham, C. J., & Prosser, L. A. (2023). Eliciting Trade-Offs Between Equity and Efficiency: A Methodological Scoping Review. In *Value in Health* (Vol. 26, Number 6, pp. 943–952). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2023.02.006>
- Chisholm, D., Kutzin, J., Russell, S., Saksena, P., Xu, K., Doetinchem, O., Fernandes Antunes, A., Hsu, J., Indikadahena, C. K., Lauer, J., van de Maele, N., Sabri, B., Salehi, H., Scheil-Adlung, X., Stenberg, K., Abegunde, D., Adelhardt, M., Arreola, H., Baghdadi-Sabeti, G., ... Watson, J. (2010). *HEALTH SYSTEMS FINANCING The path to universal coverage*. WHO. <http://edeltripp.daportfolio.com>
- Cookson, R., Mirelman, A. J., Griffin, S., Asaria, M., Dawkins, B., Norheim, O. F., Verguet, S., & J. Culyer, A. (2017). Using Cost-Effectiveness Analysis to Address Health Equity Concerns. *Value in Health*, 20(2), 206–212. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.11.027>
- Culyer, A. J. (2015). *Efficiency, Equity and Equality in Health and Health Care. Discussion Paper. CHE Research Paper . Centre for Health Economics, University of York , York, UK*. <https://eprints.whiterose.ac.uk/id/eprint/135881/>
- Dukhanin, V., Searle, A., Zwerling, A., Dowdy, D. W., Taylor, H. A., & Merritt, M. W. (2018). Integrating social justice concerns into economic evaluation for healthcare and public health: A systematic review. *Social Science and Medicine*, 198, 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.12.012>
- Fleurbaey, M., & Schokkaert, E. (2011). Equity in health and health care. In *Handbook of health economics* (Vol. 2, pp. 1003–1092). Elsevier.
- Heikel, J. (2021). *Évaluation des effets de la couverture sanitaire universelle (CSU) sur l'utilisation effective des services de santé au Maroc*. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03357656>

- Johri, M., & Norheim, O. F. (2012). Can cost-effectiveness analysis integrate concerns for equity? Systematic review. In *International Journal of Technology Assessment in Health Care* (Vol. 28, Number 2, pp. 125–132). <https://doi.org/10.1017/S0266462312000050>
- Kutzin, Joseph., Witter, Sophie., Jowett, Matthew., & Bayarsaikhan, Dorjsuren. (2017). *Developing a national health financing strategy: a reference guide*. World Health Organization.
- Lötscher-Stamm, M., & Lenzin, G. (2024). Definition and understanding of “efficiency” in healthcare provision research: a scoping review. In *Frontiers in Public Health* (Vol. 12). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1439788>
- Luyten, E., & Tubeuf, S. (2025). Equity in healthcare financing: A review of evidence. *Health Policy*, 152. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105218>
- Mbau, R., Musiega, A., Nyawira, L., Tsofa, B., Mulwa, A., Molyneux, S., Maina, I., Jemutai, J., Normand, C., Hanson, K., & Barasa, E. (2023). Analysing the Efficiency of Health Systems: A Systematic Review of the Literature. In *Applied Health Economics and Health Policy* (Vol. 21, Number 2, pp. 205–224). Adis. <https://doi.org/10.1007/s40258-022-00785-2>
- Mills, A., Akazili, J., Ataguba, J. E., Borghi, J., Garshong, B., Makawia, S., Mtei, G., Harris, B., Macha, J., Meheus, F., McIntyre, D., Mills, L. A., Borghi, J., McIntyre, D., Ataguba MPH, J., & Macha, J. M. (2012). Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa and Tanzania: implications for paths to universal coverage. *The Lancet*, 380(9837), 126-133. https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/21118/1/Equity%20in%20financing%20and%20use_GREEN%20AAM.pdf
- MSPS & OMS. (2021). *Stratégie nationale du financement de la santé-MAROC*. <https://meurthe-et-moselle.chambre-agriculture.fr/>
- O. O'Donnell. (2007). Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cadernos de Saude Publica*, 23(12), 2820-2834.
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. In *Annals of the New York Academy of Sciences* (Vol. 1136, pp. 161–171). Blackwell Publishing Inc. <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>
- Rahman, T., Gasbarro, D., & Alam, K. (2022). Financial risk protection from out-of-pocket health spending in low- and middle-income countries: a scoping review of the literature. *Health Research Policy and Systems*, 20(1), 1–23. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00886-3>
- Richard Cookson, Susan Griffin, Ole F. Norheim, & Anthony J. Culyer (Eds.). (2021). *Distributional Cost-Effectiveness Analysis: Quantifying Health Equity Impacts and Trade-Offs*. Oxford University Press.
- Smith, P. C., & Street, A. (2005). Measuring the efficiency of public services: the limits of analysis. In *J. R. Statist. Soc. A* (Vol. 168, Number 2).
- Starfield, B. (2012). Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. In *Gaceta Sanitaria* (Vol. 26, Number SUPPL.1, pp. 20–26). <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.009>

- Tangcharoensathien, V., Patcharanarumol, W., Kulthanmanusorn, A., & Pablos-Mendez, A. (2021). Paths towards universal health coverage: Beyond political commitments. *Journal of Global Health, 11*. <https://doi.org/10.7189/JOGH.11.16002>
- Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of Universal Health Coverage. *The Lancet, 391*(10126), 1205-1223.
- Ubel, Peter. A., Baron, Jonathan., Nash, Beth., Asch, & David. A. (2000). Are Preferences for Equity Over Efficiency in Health Care Allocation “All or Nothing”? *Medical Care, 38*(4), 366–373.
- Verguet, S., Kim, J. J., & Jamison, D. T. (2016). Extended Cost-Effectiveness Analysis for Health Policy Assessment: A Tutorial. *PharmacoEconomics, 34*(9), 913–923. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0414-z>
- Wagstaff, A., & Eozenou, P. H.-V. (2014). *CATA meets IMPOV: a unified approach to measuring financial protection in health*. (May), 1–41. <http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/05/19458222/cata-meets-impov-unified-approach-measuring-financial-protection-health>
- Wagstaff, A., Doorslaer, E. Van, & Paq, P. (1989). EQUITY IN THE FINANCE AND DELIVERY OF HEALTH CARE: SOME TENTATIVE CROSS-COUNTRY COMPARISONS. *OXFORD REVIEW OF ECONOMIC POLICY, 5*(1). <https://repub.eur.nl/pub/11703/89.pdf>
- World Health Organization. (2007). *Everybody’s business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO’s framework for action*. World Health Organization.
- Wranik, D. (2012). Healthcare policy tools as determinants of health-system efficiency: Evidence from the OECD. In *Health Economics, Policy and Law* (Vol. 7, Number 2, pp. 197–226). <https://doi.org/10.1017/S1744133111000211>
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. L. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *LANCET, 362*(9378), 111–117. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13861-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13861-5)