

## **Perspectives de réformes des modes de financement des Hôpitaux Au Maroc**

### **Prospects for reforming hospital financing methods in Morocco**

**BENABDALLAH Anasse**

Doctorant

Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales Université

Université Sidi Mohamed Ben Abdellah

Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche en Economie, Finance et Management des  
Organisation

Maroc

**anassebenabdallah@gmail.com**

**FLILISS Abdelhaq**

Doctorant

Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales Université

Université Sidi Mohamed Ben Abdellah

Laboratoire études et recherche en management des organisations et des territoires  
Maroc

**abdelhaqfliliss@gmail.com**

**Date de soumission :** 29/03/2022

**Date d'acceptation :** 05/06/2022

**Pour citer cet article :**

BENABDALLAH A. & FLILISS A. (2022) «Perspectives de réformes des modes de financement des Hôpitaux Au Maroc», Revue Internationale du Chercheur «Volume 3 : Numéro 2» pp : 757 - 776

## Résumé

La généralisation de l'Assurance Maladie Obligatoire, à fin 2022, nécessite le renforcement du système de santé et la révision des modes de financement des Hôpitaux pour répondre aux nombres croissants des patients et au coût élevé des prestations de soins.

Les modes de financement hospitaliers ont connu une évolution notable dans, plusieurs pays. L'objectif de la présente recherche est d'explorer et de comparer les réformes de financement des hôpitaux entrepris par certains pays à revenu élevé et d'autres à moyen et faible revenu, afin de tirer des enseignements quant aux perspectives de réformes à mettre en œuvre dans le contexte Hospitalier marocain.

Nous avons sélectionné, les Etats-Unis, la France, la Belgique et le Canada comme des exemples des pays à revenu élevés. Pour les pays à revenu faible à moyen, nous avons retenu les pays suivants : la Tunisie, l'Iran, le Ghana et le Kenya.

Cette comparaison a mis en évidence les différences en matière de financement des hôpitaux entre les pays. Le passage du Maroc vers de nouvelles approches de financement hospitalier tel que la budgétisation basée sur les groupes de diagnostic (DRG) est primordial.

**Mots clés :** CSU ; Hôpital ; Financement ; Activité ; DRG.

## Abstract

The generalization of Compulsory Health Insurance, at the end of 2022, requires the strengthening of the health system and the revision of the methods of financing hospitals to respond to the growing number of patients and the high cost of the care services.

Hospital financing methods have undergone a notable evolution in several countries. The objective of this research is to explore and compare the hospital financing reforms undertaken by some high-income and other middle- and low-income countries, in order to draw lessons about the prospects for reforms to be implemented. works in the Moroccan Hospital context.

We have selected the United States, France, Belgium and Canada as examples of high-income countries. For low- to middle-income countries, we selected the following countries : Tunisia, Iran, Ghana and Kenya.

This comparison highlighted the differences in hospital financing between countries. Morocco's shift to new hospital financing approaches such as DRG-based budgeting is paramount.

**Keywords :** UHC ; Hospital ; Funding ; Activity ; DRG.

## Introduction

Aujourd'hui, le coût de prise en charge des patients ne cesse d'augmenter sous l'effet des nouvelles technologies et le développement des protocoles thérapeutiques. Il est donc important d'améliorer les performances financières des hôpitaux et de définir de nouvelles approches de remboursement et du financement Hospitalier.

Le système d'assurance maladie au Maroc souffre d'une iniquité entre ses régimes avec des modalités d'accès aux soins et des taux de cotisation différenciés. À cela s'ajoute l'inscription du pays dans un projet de grande envergure à savoir la génération de la couverture sanitaire à l'ensemble des citoyens. La réussite de ce projet est tributaire de la mise en place de plusieurs réformes de financement et de gouvernance. La révision des modes de financement des hôpitaux doit constituer une des priorités de réformes.

La généralisation de l'Assurance Maladie au Maroc va mettre sous pression les établissements de santé, principalement les hôpitaux secondaires et tertiaires spécialisés dans le traitement des cas complexes, plus graves, et dont les soins sont souvent plus coûteux que les soins primaires.

Au Maroc, le financement des hôpitaux par budget, qui correspond à un mode de financement ne tenant pas en compte la variation de l'activité hospitalier, semble ne répondre pas aux objectifs de modernisation hospitalière principalement le passage vers la couverture sanitaire universelle et la prise en charge d'un nombre supplémentaire des patients atteints des maladies chroniques et coûteuses tel que le cancer.

Les réformes de financement des hôpitaux à l'échelle internationale visent à faire évoluer le mode de financement des hôpitaux. En effet, les modes de remboursements des hôpitaux jouent un rôle essentiel dans la couverture sanitaire universelle en raison des incitations qu'ils créent pour les prestataires de soins de santé afin qu'ils fournissent les services, la qualité et l'efficacité nécessaires.

Nous allons à travers cette étude d'essayer d'explorer et de comparer les expériences étrangères avec l'expérience marocaine en matière de financement des hôpitaux et nous montrerons les perspectives de réformes à mettre en œuvre pour hisser la qualité des soins et accompagner la mise en place de la couverture sanitaire universelle au Maroc. La question problématique qui jalonne cette recherche peut donc se formuler comme suit : **quelles sont les perspectives de réformes de financement des hôpitaux à mettre en œuvre pour accompagner la mise en place de la couverture sanitaire universelle au Maroc ?**

Pour répondre à la présente question, nous procédons à une démarche structurée autour des points suivants :

Dans un premier point, nous présentons les principaux modes de financement des établissements de santé. Dans un deuxième point, nous montrons la démarche méthodologique utilisée dans cette étude. Dans un troisième point, nous procédons à la comparaison des certaines expériences en matière de financement hospitalier. Dans un dernier point, nous discutons les principales évolutions en matière de financement hospitaliers, ainsi que les perspectives de réforme à mettre en œuvre pour répondre aux différents défis du système de financement hospitalier au Maroc.

### 1. Cadre conceptuel : Présentation des modes de financement hospitaliers

Les modes de financement et de remboursement des hôpitaux ont une influence notable sur l'efficacité, la qualité et l'efficience des soins que reçoivent les patients. En se référant à plusieurs travaux : (Lance, 2013) ; (Sutherland, 2011) ; (Langenbrun & Dougherty, 2009), nous allons présenter ci-dessous, les principaux modes de financement hospitaliers dans un tableau comportant la définition, les avantages et les inconvénients de chacun de ces modes.

**Tableau N°1 : Présentation des modes de financement Hospitaliers**

Mode	Définition	Avantage	Inconvénient
<b>Financement à la journée</b>	Un tarif ou un prix est établi par journée de séjour (Lance, 2013)	*Financement au nombre de journées ; *Mode facilement mesurable.	*Augmentation de la durée de séjour et des dépenses ; *Aucune incitation à l'efficience.
<b>Financement à l'acte</b>	Les Hôpitaux sont remboursés pour chaque acte effectué (Sutherland, 2011)	*Financement égal au tarif de l'acte ; *Mode facilement mesurable.	*Incite à un sur service ; *Aucune incitation à l'efficience.
<b>Financement par budget historique</b>	*Financement par budget global : Un montant fixe est octroyé aux hôpitaux ; (Sutherland, 2011) * Financement par budget ligne : Une somme attribuée pour chaque ligne budgétaire. (Langenbrun & Dougherty, 2009)	*Plafonnement budgétaire et maîtrise des dépenses ; *Simplicité d'élaboration et d'exécution.	*Iniquités de financement interétablissements ; *Faible incitation à l'efficience ; *Favorise la réduction des admissions et augmentation de liste d'attente.

<b>Financement par budget basé sur les groupes de diagnostic (DRG)</b>	Le budget octroyé à l'hôpital tient en considération les cas historiquement traités (Langenbrun&Dougherty,2009)	*Maîtrise les dépenses ; *Répartition des ressources équitables entre les établissements	*Nécessité d'un système d'information sophistiqué
<b>Financement à l'activité (axé sur le patient)</b>	Les ressources financières sont attribuées pour une activité en fonction des patients traités, des types de services fournis et de leur volume. (Sutherland,2011)	*Stimuler la productivité et l'efficacité ; *Réduire les listes d'attente	*Système d'information lourd ; *Augmentation de l'activité
<b>Financement par capitation</b>	Somme forfaitaire octroyée par patient pour sa prise en charge globale (suivi, prévention, dépistage, etc.) indépendamment du volume de soins prodigués sur une période de temps défini (Lance,2013)	*Encourage la prévention *Encourage l'adoption de paquet de soins	*Encourage le prestataire à se limiter à des actes ; *Risque de sélection des patients
<b>Financement bundle payments</b>	Paiement forfaitaire est calculé en vue de couvrir toutes les activités nécessaires pour traiter une personne (Lance,2013): • Paiement à l'épisode : cible les actes chirurgicaux lourds et des soins médicaux aigus • Paiement par parcours de soins: cible les maladies chroniques, les cancers et les grossesses	-Incitation à une grande efficacité -Optimisation du parcours patient et de la coordination des soins	-Besoin de données de bonne qualité sur l'activité, les coûts et les résultats -Difficulté à établir le tarif forfaitaire
<b>Financement basé sur la performance (qualité)</b>	Le paiement est versé selon l'atteinte d'objectifs qualitatifs/quantitatifs définis par des indicateurs de résultat auquel est lié le paiement. (Lance,2013)	-Incite à la production des soins -Fournis les informations sur la qualité	-Coût administratif élevé pour suivre et mesurer les résultats

**Source :** Elaboré par nos soins

Traditionnellement, les hôpitaux ont été financés principalement par une subvention budgétaire globale ou par ligne. Cependant, dans plusieurs pays, il a été décidé de remplacer la budgétisation globale des Hôpitaux par le financement à l'activité (Lance, 2013). Ce dernier mode est devenu une tendance internationale pour les pays à revenu élevé (Busse R., et al., 2009). IL a comme objectif d'introduire plus d'efficacité et d'efficacité dans les soins

médicaux à travers l'établissement d'un lien étroit entre les services de soins fournis et les remboursements obtenus. Le financement basé sur la performance et le financement par capitation sont des modes qui concernent davantage les services de soins de santé primaires. Ils visent notamment le renforcement de ces derniers et l'amélioration de la qualité et le rendement des établissements de soins de première ligne. Le bundle payments appelé aussi le paiement groupé a été instauré ces dernières années aux États-Unis pour le remboursement des prestations complexes et coûteuses (Jellouli & Benabdallah, 2021). Le paiement groupé nécessite un système d'information centré sur les coûts par patient. Il vise à responsabiliser les fournisseurs de soins de la nécessité de maîtriser les coûts et de créer la valeur des services de soins. Cette dernière est définie par (Kaplan & Porter, 2011) comme le rapport entre les coûts et les résultats.

## 2. Méthodologie

Dans le cadre d'une revue de la littérature, nous essayerons de décrire et de comparer les modes de financement de certains pays à revenus élevés et d'autres à revenu faible à moyen afin de tirer des enseignements sur les perspectives de réforme à mettre en œuvre au Maroc. Pour ce faire, nous allons étudier les différentes publications et rapports publiés par les autorités de santé des différents pays ainsi que les études effectuées par d'autres acteurs du secteur de la santé.

Le choix des pays benchmark s'est limité à huit pays, dont quatre d'une catégorie à revenu élevé et quatre à faible et moyen revenu, ayant mis en œuvre un système de classification des patients de type (DRG) et dont les informations sont disponibles en français ou anglais.

Sur la base de ces critères, les États-Unis, la France, la Belgique et le Canada ont été sélectionnés. Pour les pays à revenu faible à moyen, nous avons retenu les pays qui ont annoncé des réformes progressives de leur mode de financement des hôpitaux de santé à savoir : la Tunisie, l'Iran, le Ghana et le Kenya.

## 3. Résultat : Présentation des modes de financement des hôpitaux dans les pays benchmark.

Dans cette section, nous allons présenter successivement les modes de financement de certains pays à revenu élevé et d'autres à revenu faible à moyen.

### 3.1. Les États-Unis

Les USA sont les pionniers dans l'instauration d'un système de remboursement par DRG. Les systèmes de classification DRG ont été adoptés par Medicare en 1983 pour servir de base à un système de paiement prospectif (PPS) pour les hôpitaux américains.

Le « paiement prospectif » désigne un financement des hôpitaux à l'activité. Il est nommé ainsi parce que le montant des paiements est déterminé prospectivement, au début de l'exercice financier. Le paiement prospectif a été mis en œuvre principalement afin de ralentir l'augmentation des coûts et de récompenser l'efficacité. Ce mode de financement a permis d'économiser plus de 50 milliards de dollars en paiements hospitaliers de Medicare jusqu'en 1990 et a prolongé la solvabilité du Medicare (Fetter, 1991).

Le tarif appliqué par Medicare pour chaque groupe de patient « DRG » représente le coût moyen révélé par les hôpitaux adhérant au programme de Medicare. Les tarifs des actes médicaux sont mis à jour annuellement. Les recettes de l'Hôpital sont obtenues alors en multipliant le tarif appliqué à chaque DRG par le nombre de patients traités.

Un financement prospectif demeure un mode de financement très utilisé dans le secteur public. Le paiement à l'acte est destiné pour le secteur privé. Cependant, d'autres modalités de financement ont été introduites ces dernières années pour rehausser le niveau de soin. Il s'agit principalement de :

- La capitation qui développe la prévention comme un élément clé. L'exemple des « Program of All Inclusive Care for the elderly » (PACE), qui sont des prestataires de soins de santé regroupant sur une zone une gamme complète de professionnels pour garantir l'intégration des patients âgés (55 ans et plus) qui en sont membres.
- Le bundle paiement : À l'épisode de soin, le remboursement forfaitaire par patient traité cible principalement les actes chirurgicaux lourds et les soins médicaux aigus. Le financement par parcours de soins concerne notamment les maladies chroniques, les cancers et les grossesses indépendamment des services fournis ;

### 3.2. La France

Inspiré des travaux réalisés par le Professeur Fetter R.B et son équipe de l'Université de Yale aux États-Unis, Jean de Kervasdoué, Directeur des Hôpitaux en France, initialise en 1981, le projet de médicalisation du système d'information. L'objectif du système de médicalisation de l'information est de disposer de données sur les deux axes du produit hospitalier : les services et les activités d'un côté et les malades de l'autre. Il vise à catégoriser les séjours des

patients hospitalisés dans des Groupes Homogènes de Malades (GHM), calqués sur les DRG américains.

En 2004, le PMSI a été utilisé comme système de classification et de tarification. Les données sur le coût par GHM ont servi le processus de tarification à l'activité (Or & Renaud, 2009).

L'analyse des informations administratives et médico-économiques (diagnostics, actes réalisés, comorbidités éventuelles...) fournies par le PMSI permet de classer le séjour de chaque malade dans un groupe homogène. Chaque GHM est lié à un tarif opposable à l'assurance maladie obligatoire (Groupe Homogène de Séjour). Ces tarifs sont nationaux et publiés par Arrêtés annuels du ministre en charge de la Santé.

L'objectif de la T2A est de financer les établissements de santé en fonction de leur activité, celle-ci étant décrite par le PMSI à travers la définition des Groupes homogènes de séjours (Andréoletti, 2007).

### 3.3. Le Canada

Au Canada, le financement des hôpitaux repose principalement sur un modèle de dotation globale (ICIS, 2013). Le financement axé sur les patients (corollaire du financement par activité) cible majoritairement des services hospitaliers très spécifiques :

- La Colombie-Britannique et l'Ontario ont appliqué le financement basé sur l'activité au traitement de certains soins aigus. Les soins aigus sont des soins spécifiques qui exigent des interventions rapides et concentrées, et cela à différents niveaux d'intensité.
- Au Québec, le financement basé sur l'activité a été mis en place principalement pour les actes de chirurgies électorives.
- L'Alberta a implanté le financement basé sur l'activité pour les soins de longue durée

Bien que le système de classification de groupes de diagnostic (GMA : Groupe de malade Analogue) soit largement diffusé au Canada depuis plus de 20 ans, l'application de ces outils s'est limitée à la gestion et l'analyse comparative de l'utilisation et n'est pas appuyée par des incitations économiques. Le recours aux méthodes de groupes de diagnostic est souvent fondé sur une utilisation croissante de la « capacité chirurgicale inutilisée » dans le système hospitalier. Par exemple, les gouvernements en Colombie-Britannique et en Ontario ont acheté aux hôpitaux des volumes accrus de procédures, en dehors des budgets globaux, pour réduire les listes d'attente pour certaines procédures. Ce « financement supplémentaire » a été fondé sur une liste de prix pré-négocié.



### 3.4. La Belgique

Le système de financement des hôpitaux belge est un système hybride, dans lequel le budget hospitalier (BMF) représente le mode de financement le plus dominant (Van de Voorde, 2013).

Le BMF est constitué d'une enveloppe fédérale globale fixe, qui est revue annuellement et qui se répartit entre les établissements selon les données antérieures. Le BMF couvre :

- Tous les frais résultants du séjour du patient en chambre à plus d'un lit.
- La dispensation au patient de soins dans l'hôpital, y compris en chirurgie de jour ...)
- Les frais de fonctionnement de la pharmacie (patients hospitalisés).
- Certains services médicotéchniques tels que la RMN (Résonance Magnétique Nucléaire), la radiothérapie et le Pet Scan.
- L'infrastructure des unités de soins, des urgences, du bloc d'accouche

Le système de classification en Belgique est l'APR DRG. Son algorithme se base sur les données américaines, mais son utilisation actuelle dans le système de financement belge se limite à la répartition du budget entre les hôpitaux. Cependant, les seules données sur les coûts disponibles en Belgique proviennent de quelques groupes hospitaliers, et sont collectées sur base volontaire. La tarification des groupes de classification est basée sur la durée moyenne de séjour (DMS) et non sur les coûts réels, ce qui ajoute à la divergence entre revenus et coûts. Les tarifs actuels des interventions médicales sont ainsi perçus comme des indicateurs insuffisants des coûts réels.

### 3.5. Le Ghana

Le gouvernement du Ghana a lancé le régime national d'assurance maladie (NHIS) en 2003 ; le NHIS du Ghana a été considéré comme un modèle de référence en Afrique visant la promotion et l'amélioration de l'accès aux services de la santé. Tous les paiements des fournisseurs au début de la mise en œuvre du NHS en 2004 se faisaient par une rémunération détaillée à l'acte. En mai 2008, un système de paiement des prestataires selon les groupements de services liés au diagnostic a été exploré et remplace progressivement le remboursement à l'acte (SodziTettey, et al., 2012).

Dans le cadre du système d'assurance NHIS, tous les hôpitaux accrédités ont été mandatés pour fournir des services de santé aux clients assurés, puis soumettre des demandes de remboursement.

Le nombre accru des dossiers de remboursements a confronté le système NHIS à des défis financiers, et de gestion. Le long délai de remboursement des réclamations a été attribué à l'incapacité de la NHIS à mobiliser suffisamment des ressources financières pour faire face au coût croissant des dossiers médicaux. En conséquence, un certain nombre de prestataires de soins de santé des services privés et publics ont menacé de retirer les services de santé fournis aux clients du NHIS en 2014.

### **3.6. La Tunisie**

La Tunisie présente actuellement l'un des meilleurs systèmes de santé en Afrique. En effet, l'assurance maladie couvre plus que 92% de la population tunisienne. La Tunisie a exploré l'introduction des DRG (Groupes Homogènes des Malades, GHM, la variante française des DRG) en 2003 avec le soutien d'un projet de coopération franco-belge. Par la suite, les DRG ont été testés pendant six mois dans un hôpital tunisien. En 2007, les nouveaux taux de paiement des DRG ont été introduits dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie, sous la responsabilité de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Le fondement de cette réforme est l'unification des caisses d'assurance dans une caisse et l'harmonisation progressive des cotisations. En 2010, il y avait 169 DRG pour les soins hospitaliers dans les hôpitaux publics et 163 DRG pour les soins hospitaliers dans les hôpitaux régionaux, couvrant 40 spécialités différentes (CNAM, 2011). Le système DRG est combiné avec un plafond budgétaire (Safa, 2015).

Le mode de facturation de la CNAM joue un rôle déterminant dans le financement du secteur hospitalier public. Celui-ci est fixé à partir d'un certain nombre de Groupes Homogènes de Malades (GHM) pour l'hospitalisation et par les actes pour l'ambulatoire.

Les plafonds sont négociés avec les bailleurs de fonds sur la base des activités prévues et en utilisant un logiciel assez sophistiqué prenant en compte de multiples facteurs (population, personnel, équipements, activités antérieures). Il s'agit presque de l'approbation d'un budget prévisionnel.

### **3.7. Le Kenya**

L'assurance maladie sociale du Kenya est gérée par la NHIF (National hospital insurance fund). La NHIF passe des contrats avec des prestataires de soins de santé publics et privés, et utilise différentes modalités de paiement pour payer les services convenus dans le contrat pour leurs adhérents. La NHIF utilise la capitation pour payer les services de soins primaires

et les indemnités journalières pour payer les services aux patients hospitalisés (Obadha M., et al., 2018). Le taux de rémunération journalier est fixe par malade hospitalisé avec des taux réduits après les premiers jours d'hospitalisation, afin de décourager les séjours excessifs. Le paiement à l'acte est destiné principalement pour les services ambulatoires et les actes médicaux d'hospitalisations. Les montants par capitation du NHIF variaient en fonction du type des prestataires de soins de santé (les prestataires de soins de santé privés recevaient un taux plus élevé par rapport aux prestataires publics) et du régime (le régime des fonctionnaires du NHIF a un taux de capitation par participant plus élevé que le régime général).

### **3.8. L'Iran**

Le mécanisme de paiement des hôpitaux s est principalement fondé sur le paiement à l'acte en Iran. Le ministère de la Santé et de l'Éducation médicale (Mo HME) verse un budget sous forme de ligne en ligne aux hôpitaux publics. Le paiement à l'acte est appliqué pour les consultations et les services ambulatoires. Dans le même temps, le salaire et les incitations financières versés aux professeurs d'université et aux autres médecins varient en fonction de critères tels que la complexité de la procédure ou de la spécialité. Les services fournis dans les hôpitaux privés sont remboursés selon la méthode du paiement à l'acte dont les barèmes d'honoraires sont déterminés en fonction des unités de valeur relative (Babashahy, et al., 2016). Le paiement par performance a été reconnu comme un moyen de paiement complémentaire qui favorise la qualité des soins de santé en Iran,

## **4. Discussion : Comparaison entre les méthodes de financement des hôpitaux utilisées dans différents pays et perspective de réforme pour le cas marocain**

### **4.1. Comparaison entre les méthodes de financement hospitaliers dans les pays benchmark**

Les systèmes de financement des pays à revenu faible à moyen tels que le Maroc cherchent principalement l'équilibre budgétaire. Le remboursement des hôpitaux basé sur le coût et l'activité réelle nécessite un système assurantiel bien gouverné avec des moyens de financement développés et disponible. En plus, une comptabilité analytique intégrée dans le système de classification et de tarification. Chose qui est difficile en raison du coût élevé d'acquisition et d'exploitations des systèmes d'information intégrés. Le tableau suivant présente la comparaison entre les modes de remboursements et de financements des hôpitaux utilisés dans différents pays :

**Tableau N°3 : Comparaison entre les méthodes de remboursements et de financements des hôpitaux utilisés dans différents pays**

Pays	Hôpital public	Hôpital privé
États-Unis	Païement à l'activité Païement à l'acte Bundle paiement	Païement à l'activité Païement à l'acte Capitation
France	Païement à l'activité	Païement à l'activité
Canada	Budget à base DRG Païement à l'activité Païement à la performance	Budget à base du DRG Païement à l'acte
Belgique	Budget à base du DRG	Budget à base du DRG
Tunisie	Budget global / Budget à base du DRG	Païement à l'acte
Ghana	Budget global / Budget à base du DRG	Païement à l'acte
Iran	Budget ligne en ligne Païement à l'acte Païement à la performance	Païement à l'acte
Maroc	Budget ligne en ligne Païement à l'acte	Païement à l'acte
Kenya	Païement à l'acte Païement journalier	Païement à l'acte Capitation

**Source :** Élaboré par nos soins

Les systèmes nationaux de santé du Canada et de la Belgique privilégient le budget global et à base du DRG comme des modes de paiement des hôpitaux. Seule la France et les États-Unis utilisent le paiement à l'activité pour rémunérer à la fois les hôpitaux publics et privé. La France a implanté le budget global à base du DRG comme une étape initiale vers un système de tarification basé sur l'activité réelle. Les États-Unis ont exploré davantage d'autres modes de financement tels que le bundle paiement pour réduire les dépenses totales de la santé qui voisinent 20% de leur PIB (Produit Intérieur Brut).

Dans un contexte marqué par une rareté des ressources financières, une absence des données sur les coûts réels des services, et la difficulté d'appropriation des systèmes d'information sophistiqués. Les pays à revenu faible à moyen utilisent principalement le budget ligne en ligne pour maîtriser les dépenses des hôpitaux publics. Il utilise aussi le paiement à l'acte

pour rembourser les hôpitaux privés. Ces méthodes de répartition sont considérées comme simples à administrer et à gérer. Cependant, elles ne favorisent pas la qualité et la demande excessive des services de soins. La Tunisie et le Ghana ont exploré la mise en place du système de classification à base de DRG pour fonder une partie du financement des hôpitaux publics. La Tunisie a associé au financement par DRG des plafonds budgétaires. Le remboursement des hôpitaux par DRG a engendré des difficultés de répartition des ressources financières aux hôpitaux de Ghana. Afin de renforcer les activités hospitalières, certains pays ont recours à des modes de remboursement supplémentaires pour augmenter la productivité et hisser la qualité de soin. Le cas de l'Iran qui a utilisé le financement basé sur la performance et le Kenya a exploré la capitation.

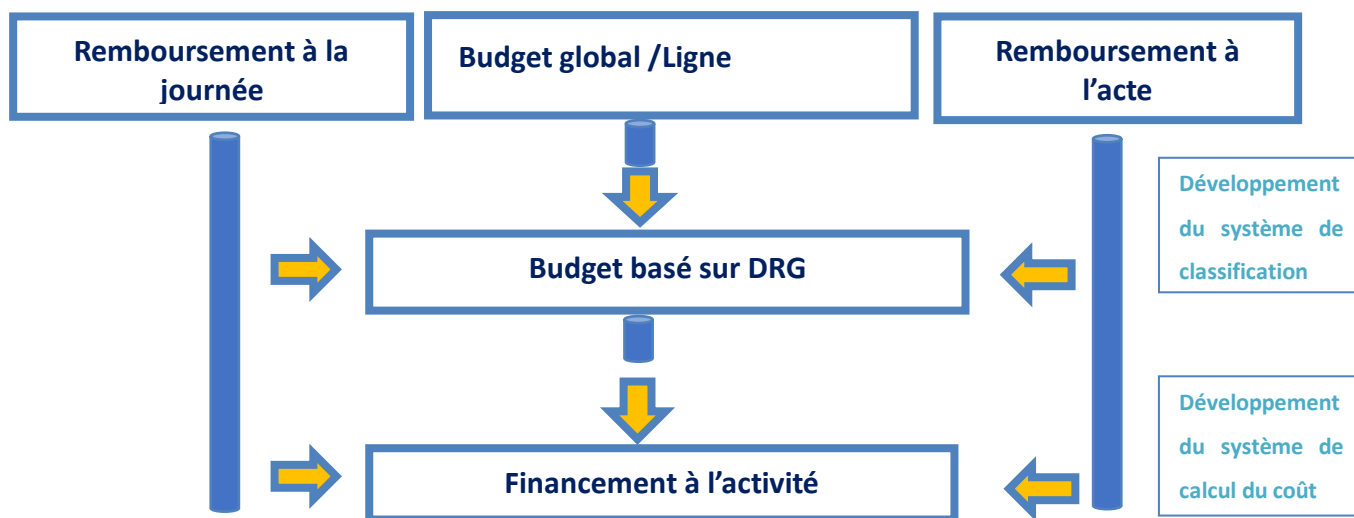
Le mode de financement des hôpitaux publics au Maroc repose principalement sur une budgétisation par ligne qui est souvent arbitraire, basée sur des données historiques et sans rapport avec le coût réel des services. Les budgets inférieurs au coût réel des soins entraînent une réduction de l'offre de soins alors que les budgets supérieurs aux coûts représentent un gaspillage financier. Ce mode de financement réduit aussi l'autonomie des hôpitaux et la marge de manœuvre des gestionnaires des hôpitaux.

Les organisations d'assurance maladie remboursent les hôpitaux publics et les établissements privés pour les services de soins fournis à ses adhérents selon le mode de paiement à l'acte ; ce mode incite à un sur service et rend le contrôle des coûts plus difficile.

#### **4.2 Principales évolutions qui ont connu les modes de financement hospitaliers**

Les objectifs tracés par les décideurs impactent le choix des modes de financement des hôpitaux. Si leur objectif vise à contrôler les dépenses élevées des soins. Les modes de financement budgétaires (globales ou par ligne) sont très efficaces. Bien que les modes de financement de l'établissement de soin se diffèrent d'un pays à l'autre. La figure suivante présente les principales évolutions qui ont marqué les financements hospitaliers dans les pays à revenu élevé :

Figure N°1 : Principales évolutions des modes de financement hospitalières



Source : Élaboré par nos soins

La figure montre qu'il existe deux principales évolutions qui ont marqué la réforme de financement hospitaliers dans les pays à revenu élevé : Le passage du budget historique (global ou par ligne) au budget basé sur les DRG et le passage vers le financement basé sur l'activité. En outre, certains systèmes de santé ont combiné ces deux modes.

#### 4.2.1. Passage du budget global ou par ligne au budget basé sur les DRG

La mise en place d'un mode de financement par Budget basé sur DRG a visé de maîtriser l'évolution des coûts, d'améliorer les services hospitaliers et d'être équitable dans la répartition des ressources sur les différents établissements de Santé. La naissance des systèmes de classifications selon les DRG a encouragé les décideurs hospitaliers des systèmes de santé à connaître et à suivre les activités de soins. En revanche les budgets sont déterminés en fonction de l'activité de soins.

#### 4.2.2. Passage vers le financement basé sur l'activité

Le passage d'une dotation globale ou d'un paiement à l'acte à un financement centré sur l'activité (tarification par DRG) a principalement pour vocation de ralentir l'augmentation des coûts et de renforcer l'efficacité intra hospitalière. Le financement à l'activité a nécessité des systèmes d'information intégrés dont la comptabilité analytique hospitalière fait partie intégrante du système. L'analyse des données sur les coûts hospitaliers recueillis permet aux décideurs de fixer des taux de paiement à l'activité pour les années à venir.

### **4.2.3. Combinaison du financement par budget avec celui du financement basé sur l'activité**

Dans certains systèmes de santé l'exemple du Canada et de la Belgique, on assiste à une utilisation mixte du financement budgétaire avec un financement centré sur l'activité principalement pour les activités d'hospitalisation en médecine et chirurgie.

L'objectif de combiner ces deux modes de financement hospitalier vise à tirer profit de leurs avantages et de limiter leurs inconvénients. L'utilisation du financement à l'activité pour un certain service a pour objectifs d'augmenter l'activité pour lesquels l'attente constitue une problématique majeure tout en conciliant l'avantage de maîtriser les budgets de fonctionnement.

### **4.2.4. Exploration du bundled payments et capitation**

Aujourd'hui, les nouvelles modalités de financement (bundled payments et capitation) ont pour vocation de renforcer l'intégration et la qualité des soins durant toute sa prise en charge. Ces modalités ont été initiées et explorées principalement aux États-Unis. Elles visent principalement à structurer les parcours de soins santé et la prise en charge des épisodes de soins avec comme objectif une orientation vers la valeur aux soins (Value-Based Healthcare). Ces modes de financement se fondent sur une logique qui transfère fortement le risque vers le prestataire, avec pour vocation d'encourager le renforcement du niveau de la prise en charge par l'ensemble des acteurs hospitaliers et de réduire les actes évitables.

## **4.3. Perspectives de réforme pour le cas marocain**

### **4.3.1 Modèle actuel du financement hospitalier marocain**

Le financement des hôpitaux publics au Maroc est fondé principalement sur une allocation budgétaire ligne en ligne dont les montants des crédits alloués aux différentes lignes budgétaires sont déterminés prospectivement. Le tableau suivant montre un exemple du mode de financement budgétaire ligne en ligne

**Tableau N°2 : Exemple du mode de financement budgétaire ligne en ligne**

TITRE DU BUDGET	Titre II: Dépense d'exploitation		Titre III: Dépense d'investissement
N° Chapitre	CHAPITRE I : le personnel	CHAPITRE II : matériel et dépense diverses	
N° Paragraphe (§)	exp: § 1 Rémunération du personnel	exp : § 10 Achat de matières et de fournitures consommables	exp: § 20 Matériel technique et informatique
N° Ligne (L)	exp: § 1 L1 Traitements des salaires	exp : § 10 L11 Achat de Médicament	exp: § 20 L11 Matériel informatique
Crédit alloué			

**Source : Élaboré par nos soins**

D'après le tableau, nous constatons que le financement budgétaire ligne en ligne attribue à chaque ligne budgétaire un montant fixe et plafonné de crédit. Ce mode limite la marge de manœuvre des gestionnaires hospitaliers dont la mesure où le pouvoir de transfert des crédits entre les lignes est limité. Il ne favorise pas aussi l'efficace parce que les hôpitaux doivent consommer les crédits disponibles afin de maintenir leur budget pendant les années à venir.

Le paiement à l'acte est destiné principalement pour les prestations rendues aux adhérents du système d'assurance maladie obligatoire (AMO), et ceux à la fois dans les hôpitaux privés et publics. Cependant, les remboursements obtenus ne reflètent pas les coûts réellement encourus par les hôpitaux en raison d'une sous-évaluation des tarifs appliqués aux actes médicaux.

#### **4.3.2 Perspective de réforme du financement hospitalier marocain**

Les hôpitaux au Maroc sont confrontés à de fortes évolutions qui leur imposent de maîtriser leurs dépenses et d'améliorer leurs recettes. Dans ce contexte, le choix du mode de financement et de remboursement des hôpitaux constitue une opportunité pour rationaliser les dépenses et d'allouer les ressources financières suffisantes.

Certes, chaque mode de financement est influencé par le contexte du système de santé du pays (réglementation en vigueur, ressources financières, caractéristiques organisationnelles et structurelles). Cette comparaison a comme objectif de comprendre les expériences étrangères en matière de financement des hôpitaux dans différents pays et d'en tirer les perspectives de réforme à mettre en œuvre pour répondre au nouveau défi du système de santé au Maroc, principalement la mise en place de la couverture sanitaire universelle.



D'après cette étude comparative, nous suggérons au Maroc l'exploration et l'introduction progressive d'un système de classification à base de DRG dans les hôpitaux et de fonder le financement par budget selon les classes des patients admis. Le financement par budget basé sur les groupes de diagnostics pourra renforcer les dépenses publiques aux patients hospitalisés, cela augmentera l'activité hospitalière et réduira les délais d'attente des patients. Cependant le coût d'acquisition d'un système de classification et l'appropriation de ce système par les acteurs hospitaliers constituent des entraves à leur développement dans les contextes hospitaliers des pays à revenu faible à moyen tel que le Maroc. En effet, l'adoption du système d'information dans le secteur hospitalier marocain est entravée par plusieurs raisons (Fechtane, et al., 2021).

Pour le secteur privé qui est fort au Maroc, mais peu régulé. Il est nécessaire de développer et de renforcer les mécanismes de gouvernance avec les différents établissements du secteur (réglementation, contractualisation, système d'information, mesure des résultats, contrôle interne...). La révision des tarifs se trouve nécessaire pour réduire les dépenses directes des ménages.

À côté des mécanismes de la gouvernance cités au-dessus, les établissements hospitaliers publics doivent en plus développer les capacités de gestion. Une autonomie financière et de gestion doit être accordée. Une responsabilité accrue des gestionnaires associés à une politique de mesure des résultats et de reddition des comptes doit être introduite.

## **Conclusion**

Les hôpitaux marocains sont confrontés à de fortes évolutions qui leur imposent de maîtriser leurs dépenses et d'améliorer leurs recettes. Dans ce contexte, le développement des nouveaux modèles de financement et de remboursement des hôpitaux constitue une opportunité pour rationaliser les dépenses et allouer les ressources financières suffisantes ainsi que de contribuer dans la réussite du projet de la couverture sanitaire universelle au Maroc.

Dans cette recherche, nous avons essayé de traiter, les différentes questions autour de la question de la mise en place des nouveaux modes de financement hospitaliers.

La question principale que nous avons essayée d'apporter une réponse est d'explorer les perspectives de réformes de financement des hôpitaux à mettre en œuvre pour accompagner la mise en place de la couverture sanitaire universelle au Maroc.

Dans le but de répondre à cette question, nous avons cherché tout d'abord à présenter les principaux modes de financement des établissements de santé décrits dans la littérature.

Ensuite, nous avons exploré les modes de financement hospitaliers utilisés dans les huit pays de benchmark retenus. Enfin, nous avons tiré de ces expériences étrangères l'évolution de ces modes de financement hospitaliers ainsi que les perspectives de réformes à mettre en place au Maroc.

Certes, chaque mode de financement est influencé par le contexte du système de santé du pays (réglementation en vigueur, ressources financières, caractéristiques organisationnelles et structurelles). Cette comparaison a eu comme objectif de comprendre les expériences étrangères en matière de financement des hôpitaux dans différents pays afin de répondre aux défis du système de santé au Maroc, principalement les objectifs de la qualité de soins et d'accompagner la mise en place de la couverture sanitaire universelle au Maroc.

Nous estimons que cette comparaison internationale a permis de comprendre certaines différences en matière d'approches de financement des hôpitaux. Le passage du Maroc vers de nouvelles approches de financement hospitalier tel que la budgétisation basée sur les DRG est primordial. Des modes supplémentaires tels que le financement à la performance ou la capitation peuvent être utilisés pour stimuler certaines activités des services de soins.

En outre, le passage vers ces nouveaux modes de financement est subordonné à un investissement important dans les systèmes de gouvernance, en particulier le développement du système d'information et de gestion. Le bon fonctionnement du système de gouvernance sanitaire et des mécanismes de financement représente des conditions préalables pour assurer des progrès efficaces et durables vers la Couverture sanitaire universelle. Dans de nombreux pays à revenu faible et moyen, les dispositions en matière de gouvernance sont peu développées et la transparence et la redevabilité sont limitées, ce qui entrave la performance des systèmes de santé.

## BIBLIOGRAPHIE

- Andréoletti C. (2007). La tarification à l'activité : réforme de l'allocation de ressources des établissements de santé, Ministère de la santé de la jeunesse et des sports. [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Présentation des grandes lignes de la réforme](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Présentation_des_grandes_lignes_de_la_réforme)
- ANAM (2015). Tarification des prestations médicales. Processus de calcul du coût des prestations médicales forfaitisables , document technique, Décembre 2015
- Busse R., et al., (2011). Diagnosis Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Open University Press
- Busse R. & Geissler A. & Scheller-Kreinsen D. (2009). The ABC of DRGs, Euro Observer, Vol. 11, n°4
- Babashahy S., et al., (2016). Towards Reforming Health Provider Payment Methods: Evidence from Iran. Health Scope Inpress, DOI: 10.5812/jhealthscope
- Fechtane W., et al., (2021). Evaluation du succès des systèmes d'information dans les hôpitaux publics marocains : un essai de modélisation. Revue Internationale des Sciences de Gestion, Volume 4 : numéro 2, pp : 507-525
- Fetter R.B. (1976). A system for cost and reimbursement control in hospitals. The yale journal of biology and medicine
- Fetter R.B. (1991). The DRG patient classification system. Health Administration Press
- Grolier J. & P. Médée & Y. Pérard (2014). Contrôle de gestion et pilotage de la performance médico-économique. Presses de l'école des hautes études en santé publique
- Grolier J. & P. Médée & Y. Pérard (2013). Comptabilité analytique hospitalière. Presses de l'école des hautes études en santé publique
- ICIS (2019). Document technique sur la Base de données canadienne sur les coûts par patient. [https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/mis\\_patient\\_cost\\_meth\\_fr\\_0.pdf](https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/mis_patient_cost_meth_fr_0.pdf)
- ICIS (2013). Financement par activité au Canada : guide à l'intention des bailleurs de fonds du système de santé et des gestionnaires des hôpitaux. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/ActivityBasedFundingManualFR-web\\_Nov2013.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/ActivityBasedFundingManualFR-web_Nov2013.pdf)
- Jellouli T. & Benabdallah A. (2021). Mise en place de la méthode ABC pilotée par le temps (TDABC) et la création de valeur dans les services hospitaliers d'oncologie : De la revue de littérature à l'esquisse de modèle d'analyse. Revue AME Vol 3, No 2
- Krief N. (2006). La mise en œuvre de la tarification à l'activité à l'hôpital : des enjeux économiques et sociaux compatibles. Revue comptabilité, contrôle, audit et institution.



- Kaplan R. S. & Porter M. E. (2011). How to solve the cost crisis in healthcare. Harvard Business Review
- Lance J-M. R. (2013). Le financement axé sur les patients. Revue de littérature sur les expériences étrangères, note informative, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, Quebec
- Langenbrunner J.C & O'Dougherty C. S. (2009). Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems. How-To Manuals, Banque Mondiale
- Moisdon J-C & Tonneau D. (2008). Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ? Politiques et management public, Vol. 26/1
- Or Z. & Renaud T. (2009) « Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). Institut de recherche et documentation en économie de la santé
- Obadha M., et al., (2018) .Health care purchasing in Kenya: Experiences of health care providers with capitation and fee-for-service provider payment mechanisms. The International Journal of Health Planning and Management, DOI: 10.1002/hpm.2707.33575
- Robert A.P. (2016). America's Healthcare Transformation: Strategies and Innovations. Rutgers University Press
- Sutherland J. M. (2011). Mécanismes de financement des hôpitaux : Aperçu et options pour le Canada. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, ISBN: 978-1-927024-01-0
- SodziTetty S., et al., (2012). Challenges in provider payment under the Ghana national health insurance scheme: a case study of claims management in two districts . Ghana medical journal , Volume 46, Number 4
- Safa I. (2015). Evaluation Economique de la réforme de l'assurance maladie en Tunisie. Economies et finances. Thèse Pour l'obtention du grade de Docteur en Sciences Économiques, Université Paris Dauphine - Paris. ffNNT : 2015PA090068ff. fftel-01300569
- Van de Voorde C., et al., (2013). A comparative analys of hospital care payment in five countries. Belgian Health Care Knowledge Centre : KCE report 207, health services research