

Partenariat EU-Luxembourg-OMS sur la Couverture Sanitaire Universelle

Mission de définition des activités 21-23 Septembre 2016 – Rapport

1. Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé, l'Union Européenne et le Luxembourg ont conclu un accord de collaboration en 2011 visant à soutenir le dialogue politique sur les politiques et stratégies concernant la Couverture Sanitaire Universelle. Le Partenariat vise à renforcer les capacités des pays pour le développement, la négociation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques de santé nationales en vue de promouvoir la Couverture Sanitaire Universelle. Cet effort s'inscrit dans un cadre plus vaste, alors que la planification sanitaire nationale et la Couverture Sanitaire Universelle ont pris une place prépondérante dans l'ordre du jour mondial sur le développement au cours des dernières années, conduisant à un appui plus intensifié de la part de l'OMS pour la planification et le financement de la santé, ainsi que le dialogue politique.

Le Royaume du Maroc a rejoint le partenariat en 2016. Dans l'objectif de formuler la feuille de route des activités du Partenariat pour les trois années à venir, une mission de définition des activités a été organisée entre le 21 au 23 septembre 2016. Les contacts préliminaires avec le Ministère de la Santé ont permis d'identifier trois axes de travail, qui ont été explorés plus en détail lors de la mission :

1. Gouvernance du système de santé
2. Financement du système de santé
3. Ressources humaines en santé

La mission était composée du bureau pays de l'OMS (Yves Souteyrand et Hafid Hachri), du bureau régional (Gulin Gedik) et du siège de l'OMS à Genève (Inke Mathauer, Pascal Zurn et Maryam Bigdeli). En Annexe 1 figurent l'agenda détaillé de la mission, la liste des personnes rencontrées (Ministère de la Santé, Ministère de l'Enseignement Supérieur, Ministère des Finances, Agence Nationale de l'Assurance Maladie, Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale, Conseil National de l'Ordre des Médecins, Primature, Direction Régionale de Fès, Institut Supérieur des Professions Infirmières et Techniques de Santé de Fès, CHU de Fès, Banque Mondiale et Union Européenne).

Le présent document présente l'agenda de travail du Partenariat tel que défini par la mission, en consultation avec le Ministère de la Santé. Une feuille de route détaillée est présentée en Annexe 2.

2. Gouvernance du système de santé

2.1. Situation actuelle : description des enjeux et des défis

Le système de santé marocain fait face à un nombre croissant de défis, tant au niveau d'une transition démographique et épidémiologique qu'au niveau institutionnel, à travers la mise en œuvre de la régionalisation avancée et la croissance non régulée de l'offre privée de soins. La 2^{ème} Conférence Nationale sur la Santé, tenue à Marrakech en 2013, a défini les grandes orientations pour réformer la gouvernance du secteur de santé Marocain. En particulier l'Axe 3 – Moderniser la gouvernance de la santé, inclus un chantier important qui prévoit « *la mise en place des structures et capacités que la modernisation de la gouvernance impose et [de] contractualiser la complémentarité public-privé* ». ¹

Ce chantier reconnaît l'existence d'un certain nombre de leviers dans le secteur de santé marocain (cadres réglementaires, normes et standards, incitants financiers) mais insiste sur la nécessité de mettre en place des structures et pratiques de la gouvernance.

Toujours selon le Livre Blanc, qui nous donne en cela une direction stratégique claire et concise, la modernisation de la gouvernance du système de santé repose sur les principes suivants :

- La prise en compte de la diversité des éléments constituant le système de santé marocain : pluralisme du secteur de santé, multiplication des détenteurs d'enjeux à travers l'extension du secteur privé, l'agenda de régionalisation, la multisectoralité.
- La prise en compte de l'agenda de régionalisation et de la préparation des acteurs pour cette nouvelle mission, et la nécessité de saisir cette opportunité pour offrir un espace de créativité et de flexibilité et de prise de décision dans un cadre de proximité.
- L'impact des deux points précédents sur la structure et le mode opératoire du ministère de la santé, poussant le ministère à opérer comme régulateur et médiateur du contrat social plutôt que comme agent de mise en œuvre.

Par ailleurs, le plan stratégique du secteur de santé arrive à son terme en 2016 et un nouveau plan devra être formulé en 2017. Cette échéance est toujours un moment de dialogues et d'échanges entre les acteurs du système de santé et permet de donner un nouvel élan aux réformes en cours.

Basé sur la guidance que nous offre le Livre Blanc et sur l'opportunité de formulation d'un nouveau plan stratégique, la feuille de route pour le Partenariat CSU OMS-EU-Lux. propose trois axes de travail dans le domaine de la gouvernance :

- Les dialogues politiques
- L'engagement avec le secteur privé
- Le leadership du ministère de la santé

Ces axes de travail sont proposés en tenant compte du fait que le travail sur la formulation du nouveau plan stratégique ainsi que l'agenda de la régionalisation avancée poursuivent leur cours (et seront financés par ailleurs). La feuille de route du Partenariat CSU est donc complémentaire à ces deux chantiers et a pour ambition d'y contribuer. Il sera donc très important de maintenir un lien permanent entre les axes de travail élaborés dans cette feuille de route d'une part, la stratégie de

¹ Livre blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de santé. Royaume du Maroc. Ministère de la Santé.

coopération OMS-Maroc et le processus de formulation du plan stratégique et de la régionalisation d'autre part.

2.2. Axes de travail :

i. Dialogues politiques

La stratégie sectorielle de santé 2012-2016 arrive donc à échéance et un nouveau plan stratégique devra être formulé en 2017. Le nouveau plan stratégique, est une opportunité de renforcer l'agenda des réformes déjà engagées ou d'engager de nouvelles réformes visant à une modernisation du secteur de santé. Pour ce faire, il convient de tenir compte du pluralisme du secteur de santé et de la multiplicité des intervenants, tant dans le secteur privé que dans le secteur public. En effet, avec l'avènement des Objectifs de Développement Durables, il apparaît encore plus clairement que les détenteurs d'enjeux en dehors du secteur de santé, qu'ils soient politiques ou techniques, ont une influence considérable sur ce secteur. Par ailleurs, la formulation du nouveau plan stratégique est aussi une opportunité pour prendre en considération les besoins des citoyens documentés à travers le processus consultatif de « Intidarate » et de redonner la parole aux usagers des services de santé pour tenir compte d'éventuels nouveaux besoins et demandes. Au Maroc en particulier, les défis du système de santé dans les domaines du financement et des ressources humaines en santé sont importants (voir les paragraphes suivants) et posent des problèmes complexes pour lesquels une concertation des parties prenantes serait nécessaire. Par conséquent, les dialogues politiques entre les différents détenteurs d'enjeux permettront d'une part une convergence des politiques publiques autour de la santé et d'autre part, une meilleure adéquation du plan aux attentes des différents acteurs du système, tant au niveau de l'offre qu'au niveau de la demande et de ce fait leur engagement dans la mise en œuvre de la stratégie.

La feuille de route du Partenariat CSU propose une série de dialogues politiques au début de l'année 2017, afin que les résultats de ces dialogues puissent contribuer à la formulation du plan stratégique. Ces dialogues politiques devront avoir lieu au niveau central mais aussi au niveau régional, afin que les acteurs régionaux puissent également contribuer à la vision stratégique pour le secteur.

ii. Engagement avec le secteur privé

Une récente étude du secteur privé au Maroc a permis de faire le point sur la situation au niveau national². Cependant, la situation de l'offre de soins privée est différente d'une région à l'autre et à l'intérieur même de la même région, et l'agenda de la régionalisation devra prendre en compte ces différences dans le développement d'une offre de soins unifiée et équitable. Récemment, une coopération entre les deux secteurs a été mise en place, pour l'achat de services pour la dialyse. Par ailleurs, le secteur privé est traditionnellement réfractaire à une régulation de ses activités ainsi qu'à la mise en place d'outils de monitoring. L'engagement avec le secteur privé dans l'offre de soins au Maroc nécessite donc les activités suivantes :

² Majesté G. Diagnostic de l'état des lieux et approche méthodologique globale pour le développement d'un cadre partenarial public- privé

- Un état des lieux plus poussé de la situation du secteur privé et de ses relations contractuelles avec le secteur public, avec une analyse des différences régionales ainsi qu'un examen de la position, de la motivation et des incitants des acteurs du secteur privé.
- Une concertation des détenteurs d'enjeux sur le résultat de cet état des lieux et sur la marche à suivre pour l'implication et l'engagement du secteur privé pour une complémentarité de l'offre de soins
- La mise en place de la Commission Nationale Consultative de Coordination entre le secteur public et le secteur privé (prévue par la Loi cadre 34-09° sur la carte sanitaire et l'offre de soins) avec développement d'outils de travail pour cette commission

iii. Leadership du ministère de la santé

Dans un environnement de gouvernance moderne, les structures stratégiques de l'Etat tels que le ministère de la santé ne sont plus des agents de mise en œuvre mais des institutions de régulation, de coordination et de médiation entre les détenteurs d'enjeux. Tous les pays tels que le Maroc ont aujourd'hui à relever le défi de la transformation de leurs ministères de la santé. Dans tous les cas, il est nécessaire de soutenir cette transformation en renforçant la capacité des cadres du ministère pour le leadership, la négociation, l'utilisation des données et des études pour la prise de décision informée, la culture de l'échange et de la co-création de solutions avec les parties prenantes (personnels de santé, secteur privé, organismes de financement, régions, usagers).

Pour avancer dans cet agenda de travail, la feuille de route propose :

- Un ou des ateliers de réflexion autour de différents aspects de ce nouveau rôle que le ministère de la santé doit endosser en prenant en considération les prérogatives de la région sanitaire, et le développement outils de travail pour y arriver
- La mise en œuvre de ces mécanismes de leadership et de gouvernance dans le processus de monitoring de la mise en œuvre du plan stratégique, qui est une fonction essentielle du ministère de la santé

3. Financement du système de santé

3.1. Situation actuelle : description des enjeux et des défis

Le Maroc s'est engagé à aller vers la Couverture Universelle en Santé et a voté en 2005 la loi 65-00 relative à la Couverture Médicale de Base. La mise en œuvre de cette loi se fait progressivement à travers l'AMO, le RAMED et actuellement l'AMI. Les travailleurs du secteur formel et les agents étatiques sont affiliés à l'assurance maladie obligatoire, tandis que les populations vulnérables et les plus pauvres sont couverts par le RAMED (le régime d'assistance médicale). La quasi généralisation du RAMED a été mise en œuvre en peu de temps. Le Maroc a aussi récemment décidé d'établir un régime pour les travailleurs indépendants et le secteur informel. Suite à ces décisions, le financement public du secteur de la santé a augmenté en valeur absolue, et la santé a bénéficié d'une plus grande proportion de la part du financement public. Néanmoins, le secteur de santé reste relativement sous-financé au Maroc, comparé aux autres pays de même niveau de revenu. Le niveau des dépenses privées est resté important, du fait notamment du rôle et de l'influence du secteur privé à but lucratif, avec 53,6% des dépenses en santé totales venant des paiements directs des ménages selon les comptes nationaux de la santé en 2011.

Ce phasage des réformes d'extension a des conséquences que le pays essaie de dépasser aujourd'hui: le plus grand défi réside dans la fragmentation du système qui a mené à l'accès inéquitable pour différents groupes de population avec des paniers de soins de santé et des taux de remboursement différents, ce qui a créé un système à deux vitesses. Bien que la couverture de la population ait augmenté de manière substantielle, 36% de la population reste encore non couverte (le "missing middle"). Par ailleurs, la couverture de certains Ramedistes reste théorique du fait d'une large contribution de ces derniers aux dépenses de soins.

Un grand défi est de trouver les recettes fiscales nécessaires pour élargir la couverture à cette population (mécanismes de financement innovants) et de réduire les dépenses directes des ménages et de protéger la population contre les risques financiers des soins.

Enfin la réforme de la gouvernance de l'assurance maladie n'est pas achevée. Globalement, la cohérence des arrangements de gouvernance du financement de la santé devrait être renforcée, la CNOPS, la CNSS, le MS et l'ANAM jouant des rôles non-alignés quant à la gouvernance et l'achat. L'ANAM reste un acteur qui a peu d'autonomie et de marge de manœuvre pour imposer des réformes comme l'introduction des modalités d'achat stratégique ou encore la refonte et la fusion des systèmes de financement. La fragmentation du système et les incohérences dans la gouvernance sont aussi la cause d'un faible développement de la fonction de l'achat. Bien que la nécessité d'aller vers l'achat stratégique soit bien reconnue, le pays est encore loin de ce but. Les allocations basées sur des lignes budgétaires sont encore dominantes, comme le sont les paiements à l'acte d'une manière non contrôlée, créant des incitations de sur-prestations pour les prestataires, ce qui accroît la charge des paiements directs et conduit à une protection financière insuffisante. De plus, le remboursement du secteur privé par les régimes d'assurance maladie est plus important que celui du secteur public du fait notamment de l'attractivité du secteur privé et des tarifs plus élevés.

3.2. Axes de travail :

i. Architecture du système de financement

Un des objectifs principaux est de revoir, clarifier et restructurer l'architecture du système de financement pour réduire sa fragmentation et pour renforcer la gouvernance. Cette restructuration servira à

- Réduire ou même surmonter le système à deux vitesses
- Harmoniser le panier de soins de santé pour améliorer surtout l'accès aux soins de santé pour les Ramédistes
- Créer la base pour bouger vers et intensifier la fonction de l'achat stratégique

L'activité principale autour de cet objectif est la continuation et l'intensification du dialogue politique et la recherche des « fenêtres d'opportunités » pour avancer des réformes systémiques. Les différents régimes devraient être gérés par le même acheteur et le même régulateur, et à l'idéal, seraient fusionnés pour constituer un seul pool/fonds, avec l'option d'acheter une assurance complémentaire par les cotisants ou ceux qui en ont les moyens financiers.

ii. Financement public et extension de la couverture

Le deuxième objectif est d'augmenter la partie des dépenses administratives en santé afin de de financer un approfondissement de la couverture des soins de santé et coûts couverts pour les Ramedistes ; mais aussi pour élargir la couverture de la population du « missing middle ». L'approche contributive pour la population qui travaille dans le secteur informel est limitée, ce qui appelle un financement public avec une mise en commun accrue.

Mais un pays ne peut pas simplement augmenter les ressources pour arriver à la CSU. Cela nécessite l'achat stratégique, c.à.d. l'efficacité et l'efficacités dans les dépenses de santé et aussi un taux d'exécution élevé (voir le point suivant).

Les activités principales sont la continuation du dialogue politique et l'organisation des journées de réflexions avec les acteurs-clés gouvernementaux et non-gouvernementaux ainsi que les partenaires financiers et techniques.

iii. Achat stratégique

Dans le domaine de l'achat stratégique, l'objectif principal est de développer une stratégie et un plan d'action et leur réalisation pour progresser vers un achat plus stratégique par et pour tous les acheteurs de manière coordonnée et harmonisée.

Les activités principales incluent:

1. Une étude (état de lieux) de la situation actuelle quant à la fonction de l'achat avec un accent sur les méthodes de paiement des prestataires publics et privés, y compris l'analyse des mécanismes de co-paiement. Sur la base de cette étude, des options politiques et des mesures concrètes pourront être identifiées
2. Un atelier/journée de réflexion pour présenter les résultats et les options, pour partager des expériences d'autres pays et pour développer le plan d'action mentionné ci-dessus
3. Etablissement d'un groupe technique des experts marocains dans l'AS et organisation d'un échange virtuel avec des experts dans l'AS d'autres pays sélectionnés, utilisant le webex ;
4. Appui technique dans la réalisation du plan d'action et plus concrètement dans l'élaboration des outils d'achat stratégique.

4. Ressources humaines en santé

4.1. Situation actuelle : description des enjeux et des défis

La question des personnels de santé est un enjeu crucial pour le Maroc afin de parvenir avec succès à la couverture sanitaire universelle et atteindre les objectifs de développement durable. En effet, une des grandes faiblesses du système de santé au Maroc est liée aux ressources humaines. La situation actuelle est caractérisée par une pénurie aigüe des personnels de santé qui a d'importantes conséquences sur la performance du système de santé. Cette situation est accentuée par une répartition inéquitable de ces ressources humaines. la pénurie perdure depuis de nombreuses années et ceci malgré différents efforts entrepris en vue d'y faire face. Au cours de ces dernières années, différentes politiques en vue de renforcer le recrutement du personnel de santé ont bien permis des progrès mais elles n'ont pas été en mesure de couvrir les besoins pour

l'ensemble de la population du Maroc. Ainsi, la densité du personnel soignant au Maroc reste en deçà des normes mondiales.

De plus, il y a aussi un problème de répartition géographique des personnels de santé au Maroc. Il y a des différences notables en termes de personnels de santé par habitant entre les différentes régions du Maroc, et aussi entre les zones urbaines et rurales ou isolées.

Cette difficulté de recruter et de fidéliser les personnels de santé en particulier dans les régions rurales et isolées n'est pas simplement une question budgétaire. En effet, il semble y avoir un certain degré d'insatisfaction dans le secteur public se traduisant notamment par un certain manque de motivation. De plus, dans ce contexte le secteur public perd aussi de son attractivité au profit du secteur privé ce qui soulève la question du type de partenariat public privé à avoir.

La faiblesse des ressources humaines de la santé au Maroc reflète aussi un besoin de renforcer les capacités des institutions liées aux questions de personnels de santé tels que les structures administratives gérant les personnels de santé, les écoles et facultés formant les personnels de santé, ainsi que celles liées à la production d'informations sur les personnels de santé et de synthèse et analyse.

En ce qui concerne la gestion du personnel, plusieurs défis sapent la performance, notamment: l'absence de motivation, les faibles mécanismes de réglementation, la décentralisation inefficace de la gestion du personnel, et la double pratique.

Dans ce contexte, il est donc primordial de développer des axes de travail pouvant apporter une vision innovante sur la question des personnels de santé afin de pouvoir répondre aux nombreux défis présents et à venir.

Ainsi, les six axes de travail suivants ont été identifiés :

4.2. Axes de travail :

i. Analyse de situation

Il s'agit de faire un état des lieux des personnels de santé au Maroc et du marché du travail. Cette analyse permettra d'avoir une vision globale de la question des personnels de santé et de mieux comprendre les principaux facteurs déterminants l'offre et de la demande des personnels de santé au Maroc. Dans le cadre de cette analyse, en plus des éléments quantitatifs, une revue des politiques liées aux personnels de santé sera aussi entreprise. Cette analyse de situation sera un élément très importante en vue de développer un plan d'action stratégique.

ii. Satisfaction du personnel

Afin de mieux connaître les déterminants de la motivation et de la satisfaction des personnels de santé, une enquête sera réalisée qui combinera à la fois des éléments quantitatifs et qualitatifs. Cette étude est importante car elle permettra de mieux comprendre les problèmes de motivation des personnels de santé et ainsi de faciliter le développement de nouvelles politiques en vue d'améliorer la motivation et la performance des personnels de santé.

iii. Forum national

Le Forum National de Haut Niveau réunira les principaux acteurs du domaine des personnels de santé, ceci au niveau national et régional, public et privé, ainsi que les parties prenantes autres que le Ministère de la Santé, par exemple, ministère de l'éducation, Ministère de l'Enseignement Supérieur, etc. Ce forum discutera des résultats de l'analyse de situation ainsi que ceux de l'enquête de satisfaction. Ces discussions guideront le développement du plan d'action stratégique pour les ressources humaines en santé

iv. Plan d'actions stratégiques

Développement d'un plan d'action stratégique pour les ressources humaines en santé. Ce plan proposera une série d'actions en vue de pouvoir répondre aux principaux défis liés aux personnels de santé. Il sera développé sur la base de l'analyse de situation, de l'étude sur la satisfaction des personnels, et de diverses consultations, dont le forum national sur les personnels de santé. Ce plan d'action va refléter et compléter la Stratégie d'Action Sectorielle de la Santé du Maroc

v. Système d'information RH

Le but de cette activité est de faciliter le développement et la mise en place de l'observatoire des ressources humaines pour la santé. Dans le cadre de cette activité, un support sera apporté pour le développement d'une capacité de collecter, synthétiser et analyser les informations sur les personnels de santé des deux secteurs.

vi. Renforcement des capacités

Dans le cadre de cette activité, il est proposé de renforcer le "capacity building" de l'équipe nationale en charge des enquêtes sur les personnels de santé. Cette activité est liée à la précédente. Elle devra permettre d'avoir de meilleures données sur les personnels de santé et de renforcer le développement du module sur les personnels de santé de l'observatoire sur le système de santé.

5. Prochaine étapes

Un calendrier de travail détaillé devra être élaboré pour chaque axe de travail, en collaboration entre l'OMS et les partenaires nationaux participant à chaque chantier. Il s'agira de veiller à une parfaite synergie entre la feuille de route du Partenariat et les autres activités relatives à la formulation du Plan Stratégique pour le secteur de santé et la mise en œuvre de la régionalisation.

Les activités du Partenariat démarreront début 2017.

Annexe :

Feuille de route