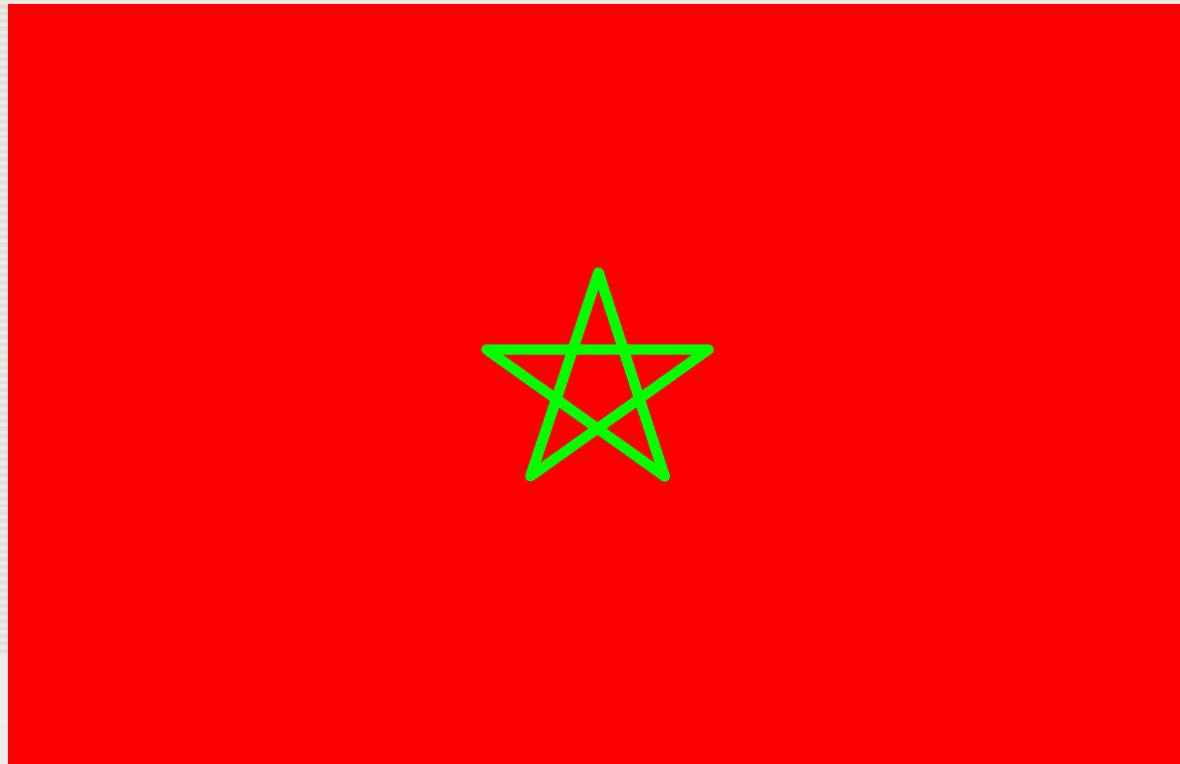


ROYAUME DU MAROC



Ministère de la Santé



وزارة الصحة

L'expérience de contractualisation au Ministère de la Santé - MAROC

TUNIS 26-27 JUIN 2006

Atouts majeurs (Niveau national)

- Volonté politique au plus haut niveau : « le droit à la scolarité, **à la santé**, à l'alimentation, à l'habitat et à un environnement sain entre autres, constitue en effet, un aspect essentiel de la dignité de l'Homme » ;
- Politique de proximité ;
- Lutte contre l'exclusion sous toutes ses formes;
- Initiative Nationale de Développement Humain (INDH)
- Nouveau concept de l'autorité ;
- Consolidation du processus démocratique et des droits de l'homme;
- Nouvelle dynamique de la société civile.
- Réforme de l'Administration publique

Atouts majeurs (Niveau Sectoriel)

- Concrétisation de la priorité du secteur de la santé par le législateur: Loi 65-00 : La couverture médicale « l'une des priorités de l'Etat en matière de santé et ce pour permettre d'assurer à toute la population l'égalité et l'équité dans l'accès aux soins »
- Cette réforme qui vise la mise en place du Code de la Couverture Médicale de Base(AMO et RAMED) est aussi une opportunité qui contribuera au renforcement du financement du secteur

Atouts majeurs (Niveau sectoriel)

- **La régionalisation**

- Comme palier de régulation, de rationalisation de l'offre de soins et de redistribution des ressources sur des bases plus équitables
- Comme niveau d'intégration des établissements de santé dans le processus de développement régional
- Comme instrument pour dynamiser le partenariat entre le Ministère de la Santé et les collectivités locales ...



SYSTEME NATIONAL DE SANTE

SECTEUR PUBLIC

- Réseau hospitalier public (Hôpitaux EP, SEGMA, REGIE)
- Réseau de soins de santé de base
- Instituts et Laboratoires nationaux
- Services de santé des Forces Armées Royales
- Bureaux municipaux et communaux d'hygiène

Total des lits : 25 901

SECTEUR PRIVE A BUT NON LUCRATIF

- Hôpitaux et étbs de soins de la C.N.S.S., des mutuelles, de l'O.C.P et l'O.N.E
- Cabinets dentaires et laboratoires d'analyses des mutuelles
- Hôpitaux et centres de soins du Croissant Rouge
- Hôpitaux et centres de soins des Ligues et Fondations

Total des lits : 1 817

SECTEUR PRIVE A BUT LUCRATIF

- Hôpitaux et cliniques privés
- Cabinets privés : (consultation, soins, diagnostics et rééducation...)
- Opticiens et prothésistes
- Officines

Total des lits : 5 054

P O P U L A T I O N

Organisation du Ministère de la santé

- Secrétariat Général.....01
- Inspection Générale.....01
- Directions centrales... ..08
- Instituts et laboratoires.....06
- Établissements Publics (CHU).....05
- Régions sanitaires.....16
- Instituts de formations aux
carrières de santé.....21
- Délégations68
- Hôpitaux SEGMA.....57



I. Contexte et objectifs

- **Mise en oeuvre des réformes suivantes:**
 - **Réforme de financement;**
 - **Réforme hospitalière;**
 - **Réforme institutionnelle;**
- **Développement d'une vision stratégique à moyen et à long terme visant l'amélioration de la performance du système et la concrétisation de la politique de proximité.**
- **plan d'action 2003-2007 et**
- **Vision 2015 qui vient d'être validé par tous les partenaires dans un atelier**





I. Contexte et objectif (suite)

- Renforcement de la déconcentration;
- Amélioration de la gestion des deniers de l'État pour plus d'efficacité et d'efficience de la dépense publique;
- Assouplissement et simplification des procédures budgétaires;
- Utilisation de l'Administration territoriale comme locomotive d'amélioration des capacités de gestion des ressources;

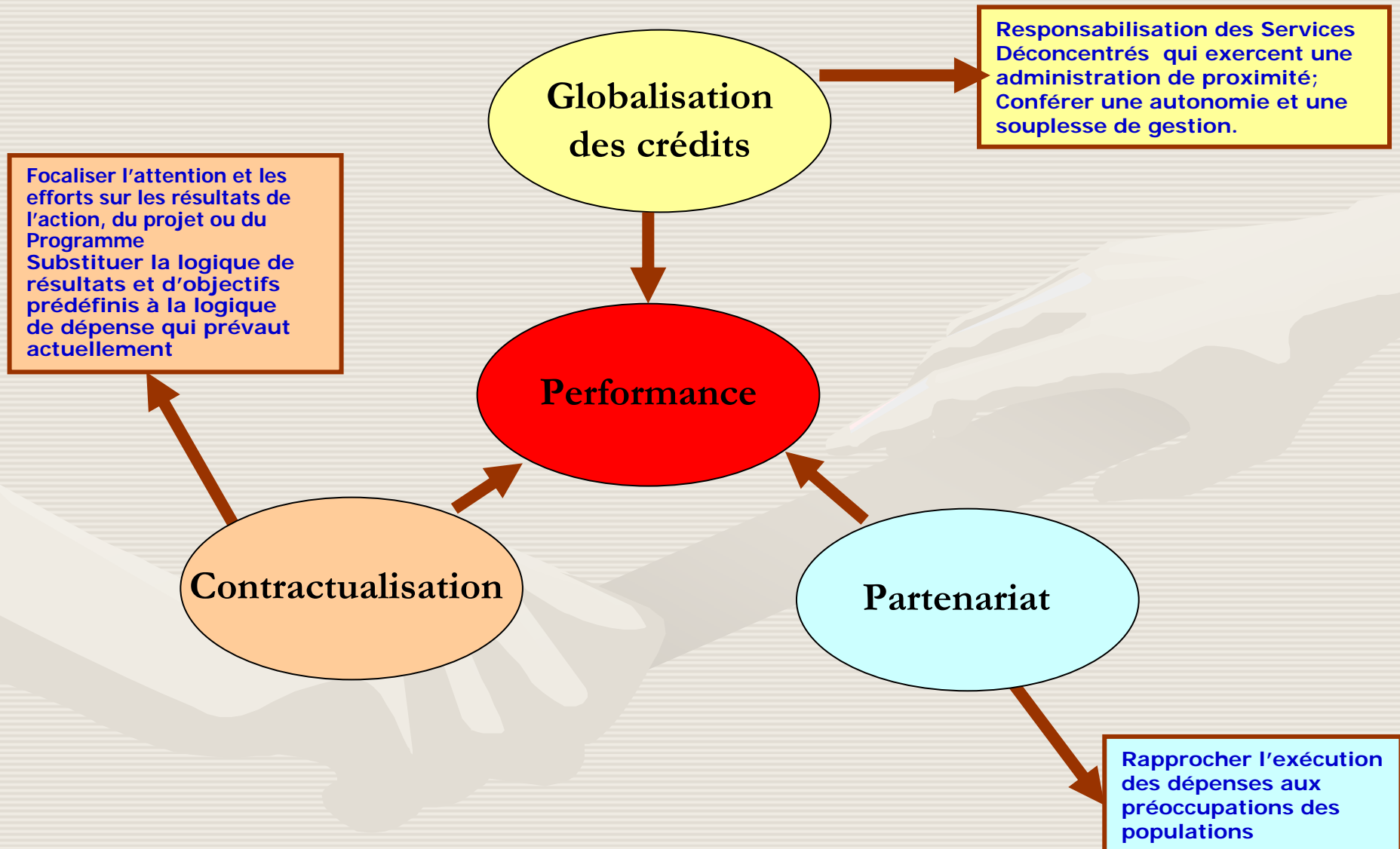


Améliorer la qualité des services rendus par les établissements de santé





II. Axes de la Réforme de la dépense publique





III. Actions de mise en œuvre

- Appropriation dès l'année 2002 de la réforme de la dépense publique par le secteur de la santé à travers l'introduction de la globalisation des crédits;
- Formation des gestionnaires (délégués, directeurs des hôpitaux, chefs des services administratifs et économiques, responsables du réseaux des soins de santé de base, directeurs des IFCS et autres);
- Élaboration d'une lettre de cadrage déclinant les orientations stratégiques du plan d'action en domaines stratégiques de résultats (DSR);
- Elaboration des premiers budgets programme 2004-2006 par les régions sanitaires;





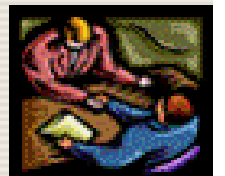
III. Actions de mise en œuvre (suite)

- Elaboration en 2004 à titre expérimental des premiers «contrats programmes» avec 15 hôpitaux SEGMA.
- Réalisation en 2005 avec l'appui de l'OMS d'une étude d'état des lieux des relations contractuelles dans le système de santé;
- Elaboration et validation d'un document de stratégie de contractualisation avec les services déconcentrés ayant cerné tout le dispositif de la gestion axée sur les résultats construit autour de l'approche « Budget-Programme »
- Conception en cours (avec l'appui du FNUAP) des outils méthodologiques et pédagogiques d'opérationnalisation de la stratégie de contractualisation avec les services déconcentrés, et préparation des modules de formation y afférents



**IV- La stratégie de contractualisation
interne avec les services déconcentrés basée
sur l'approche "budgets-programme"**

***Planification
Budgétisation &
Contractualisation***



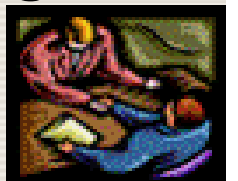
État des lieux au MS avant 2004

- **Ancienneté des relations contractuelles**
- **Diversité des relations contractuelles**
- **Inexistence de cadre normatif ou de vision intégrée**
- **Certaines expériences sont jugées innovantes**
 - ✓ Achat assisté (vaccins)
 - ✓ Leasing (Dialyse)
 - ✓ Maîtrise d'ouvrage déléguée (CGI)
 - ✓ Contrats d'objectifs et de moyens (GMPI)



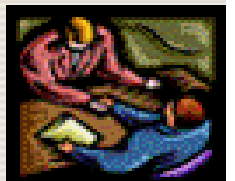
Principes fondateurs de la stratégie de contractualisation avec les services déconcentrés

- La **régionalisation** : Si contractualisation il y a, c'est entre le niveau central et la région sanitaire qui peut de son côté contractualiser le cas échéant avec ses composantes;
- La **technique des budgets programme** comme outil de planification régionale et condition sine qua non à la contractualisation;
- L'**intégration** dans la conception sectorielle quant à la performance du système à travers l'insémination mutuelle des visions entre le niveau central et la région sanitaire.



Principes fondateurs de la stratégie de contractualisation avec les services déconcentrés

- L'éligibilité comme condition préalable à la contractualisation, ce qui crée un climat de compétition entre les régions sanitaires;
- La progressivité dans la mise en œuvre de la contractualisation;
- La normalisation des outils et des procédures;
- La cohérence avec les autres réformes institutionnelles;
- La recherche d'un effet système visant l'amélioration générale de la performance.



Le processus de mise en place

Les trois phases du dispositif « budget-programme »:

Phase 1: L'élaboration et l'entente sur le budget-programme

Phase 2: La mise en œuvre du budget-programme

Phase 3 : L'évaluation de la performance



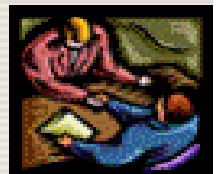
Phase 1: Élaboration du budget-programme

C'est une méthode moderne de planification à partir de la base:

*Définition de stratégie, vision à moyen terme, objectifs, actions, indicateurs de résultats et de performance : Approche globale = **plan de développement de la région sanitaire***

Négociations du budget programme avec le niveau central

Entente mais pas contrat = (engagement moral)



Phase 2: Mise en oeuvre du budget-programme

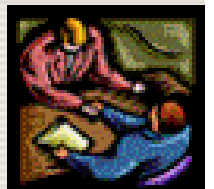
❑ Le budget annuel

- *Processus d'élaboration du budget du M.S (lettre de cadrage, note d'orientation, discipline budgétaire)*
- *Les budget annuels sont préparés en référence au budget-programme*

❑ La contractualisation interne

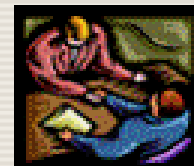
Éligibilité: pour la structure et pour le programme d'actions

- 3 scénarios:
 - Pas de contractualisation
 - Contractualisation partielle sur des axes stratégiques : priorités, performance...
 - Contractualisation sur la totalité du BP
- *Contractualisation en cascade*

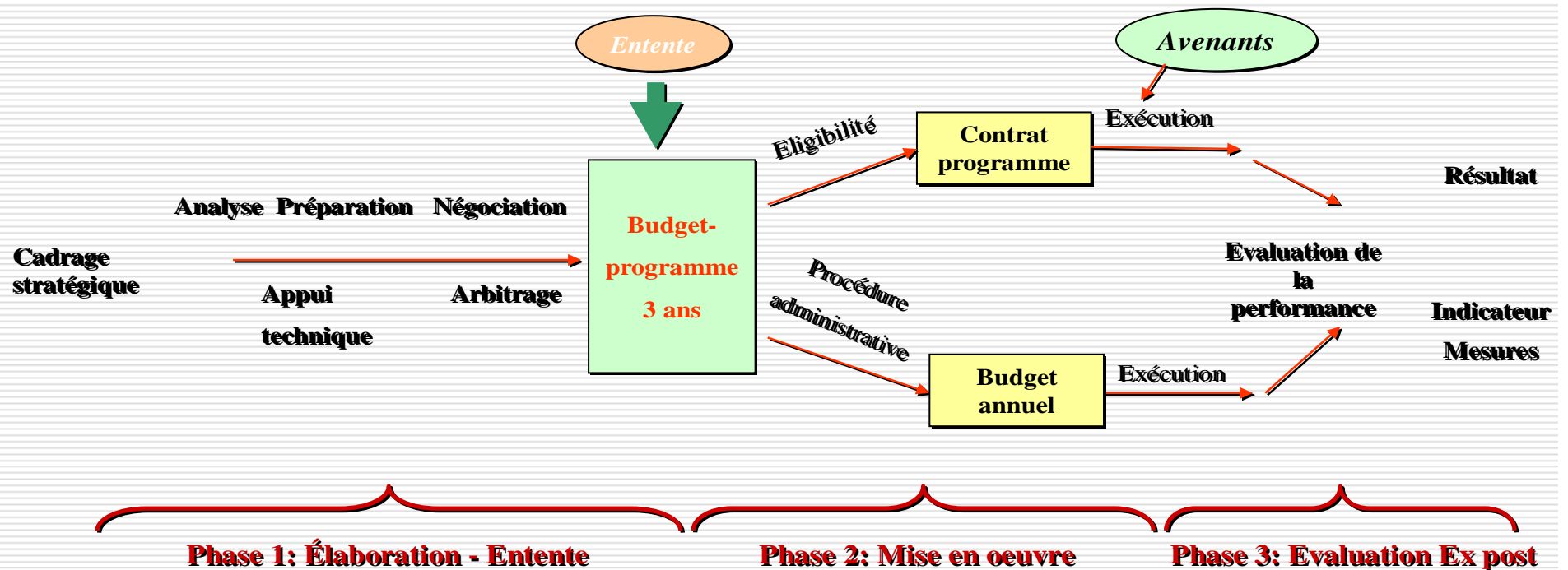


Phase 3: Évaluation de la performance

- ❑ L'évaluation des performances des services déconcentrés repose sur :
 - Les indicateurs de routines issus du système d'information;
 - La concertation à propos des indicateurs notamment de processus et de résultats lors de l'étape d'entente;
 - Les outils développés par le Ministère de la Santé tels que le concours qualité;
 - Les enquêtes, etc.
 - **Le guide et les outils de l'analyse et évaluation de la performance sont en cours d'élaboration**



Le processus d'entente contractuelle



Mesures d'accompagnement

- La conception d'un schéma directeur du SNIS-NTC;
- La conception d'un schéma interne de déconcentration (les textes de réorganisation de l'AC et des SD y compris les hôpitaux)
- La mise en place d'un schéma directeur informatique + Mise en place d'une application budgétaire et comptable compatible avec GID;
- La mise en place de critères d'allocation des ressources inter région et infra région;
- Régulation de l'offre de soins par une loi sur la carte sanitaire (projet de loi en cours) .
- Etude en cours pour élaborer une stratégie de RH/ le REC santé est élaboré + GMPI + marché cadre pour la FC...





Enseignements tirés

- ❑ Le budget programme a permis aux services déconcentrés de devenir des acteurs plus actifs et plus impliqués dans le processus d'élaboration de la politique générale et du budget du MS;
- ❑ Le budget programme a permis la création d'espaces de dialogue à tous les niveaux;
- ❑ Le budget programme a permis de mettre en liaison les concepts de :
 - ❑ Planification stratégique,
 - ❑ Déconcentration budgétaire
 - ❑ Contractualisation et
 - ❑ L'introduction de l'approche d'évaluation de la performance comme outil générateur d'un effet system local et national



MERCI DE VOTRE ATTENTION

