



Progress

Projet de Gestion Régionale
des Services de Santé

C/O Ministère de la Santé, km 4,5 route de Casablanca,
Rabat, Maroc.
Tél : (212)37298423/31 Fax : (212)37690664

RAPPORT DE MISSION du 19 au 30 mars 2001

PROPOSITION POUR UNE DECENTRALISATION DU SYSTEME DE SANTE AU MAROC

Thomas Bossert, Ecole de Santé de Publique
de Harvard

Liste de Distribution :

Dr Mostafa Tyane, Ministère de la Santé/DP
Dr Mohamed Abou Ouakil, Ministère de la Santé/DP
Dr Braikat, Ministère de la Santé/PNI
Dr Zerrari, Ministère de la Santé/DP
M. Bouazza, Ministère de la Santé/DIEC
Dr Cherradi, Ministère de la Santé/DSS
Dr Saïda Jronci, Ministère de la Santé/DHSA
Dr Nada Darkaoui, Ministère de la Santé/DHSA
Dr Ali Malki, Ministère de la Santé/DHSA
Dr Abdelali Belghiti, Responsable de l'UMER
M. Belkadi, Ministère de la Santé/DRH
Dr Mahjour, Ministère de la Santé/DELM
Mme Meshaq, Ministère de la Santé/DRC
M. Laaziri, Ministère de la Santé/DPRF
M. Idriss Zineddine, Ministère de la Santé/DPRF
M. Jilali Hazim, Ministère de la Santé/DPRF
M. Lagham, Ministère de la Santé/DEM
M. Ziani, Ministère des Affaires Générales
Dr Rachid Bekkali, Coordinateur Régional de Tanger-Tétouan
Dr Farouk Fasia, Coordinateur Régional de Souss-Mass-Drâa
Délégués provinciaux des régions SMD et TT
M. Peter Kresge, USAID/Maroc
Mme Susan Wright, USAID/Maroc
M. Taoufik Bakkali, USAID/Maroc
M. Vincent Fauveau, FNUAP
Mme Lafrance, UNICEF
Dr Benamar, OMS
Dr Ktiri, CMS
Dr Theo Lippeveld, JSI/Boston
Dr Bruno Bouchet, URC/Bethesda
Dr Volkan Cakir, JSI/Maroc
Mme Boutaina El Omari, JSI/Maroc
Mme Malika Laasri, JSI/Maroc
Mme Sati Sayah, JSI/Maroc

Activités I.A.1.1

Soumis : le 28 juin 2001

A

TABLE DE MATIERES

Résumé Exécutif	2
I. Introduction.....	4
II. Pourquoi décentraliser ?.....	5
III. Déconcentration, dévolution et espace de décision.....	8
IV. Etendre l'Espace de Décision – « Plan A ».....	11
V. Elargissement du champ de décision "Plan B"	23
VI. Processus de mise en oeuvre – Prochaines étapes	29
Annexes	30
Annexe 1 : Espace de décision comparatif: Eventails des choix actuels	31
Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées.....	41
Annexe 3 : Références bibliographiques	42

RESUME EXECUTIF

Le gouvernement marocain a entamé un processus de décentralisation qui implique la création d'un niveau régional de l'administration publique. Dans ce cadre, chaque ministère prépare un plan de création des autorités régionales pour leurs organismes respectifs. En même temps, il existe de fortes pressions pour décentraliser jusqu'au niveau provincial. En termes d'administration, la décentralisation régionale sous-entend la « déconcentration » vers une unité régionale du Ministère de la Santé. Une décentralisation plus profonde vers la province impliquerait la « dévolution » au pouvoir exécutif et aux collectivités locales. L'expérience internationale suggère que le Ministère de la Santé prépare des plans de mise en œuvre les deux types de décentralisation ; à savoir la décentralisation ou la dévolution.

Le présent rapport de consultation présente deux options à l'examen du Ministère de la Santé. Le Plan A consiste en une proposition limitée visant une déconcentration au niveau régional. Il correspond au processus actuel entamé par le gouvernement. Le Plan B est une proposition de dévolution au niveau de la province qui pourrait s'avérer appropriée si le gouvernement décidait d'adopter cette forme de décentralisation. Ces propositions sont présentées dans le cadre du dialogue continu au sein du Ministère de la Santé et du gouvernement marocain. Elles reflètent les opinions du consultant et non nécessairement celles des institutions commanditaires.

La décentralisation ne devrait pas être une fin en soi, mais elle devrait plutôt être conçue dans l'optique de meilleures équité, efficacité, qualité et efficacité financière du système de santé. Aussi bien le Plan A que le Plan B sont conçus en vue d'atteindre ces objectifs basés sur l'évaluation à long terme des expériences internationales par le consultant. La décentralisation peut également être définie en termes « de l'espace de décision » allouée aux autorités locales. L'espace de décision est définie comme un éventail de choix (de limitée à large) concernant chacune d'une série de fonctions importantes : financement, prestation de services, ressources humaines, ciblage et gouvernance. La conception d'un processus approprié de décentralisation implique un élargissement du choix local en matière de certaines de ces fonctions et par conséquent, l'adaptation des responsabilités des autorités centrales, régionales et provinciales.

Le Plan A est fondé sur l'hypothèse que les nouvelles autorités régionales devraient avoir un rôle et des responsabilités limités afin de ne pas ajouter un autre goulot d'étranglement (inefficace et coûteux) entre les autorités centrales et provinciales. Ce même plan suggère également qu'un certain degré de déconcentration devrait impliquer une plus forte responsabilité au niveau provincial. Plus précisément, les provinces devraient avoir davantage de contrôle sur leurs propositions budgétaires et une plus grande flexibilité en matière de dépenses. Elles devraient également avoir davantage de pouvoir de décision en matière de ressources humaines et de capacité de coordination en matière d'organisation locale des services et des relations avec la société civile. De plus, il faudrait accorder davantage de contrôle aux hôpitaux au niveau provincial sur leurs budgets et ressources humaines. Le rôle des autorités régionales devrait être de faciliter la coordination et la planification

entre provinces, et d'assurer les activités nécessitant des économies d'échelle au niveau régional (telles que la maintenance et, dans certains cas, les dépôts) ainsi que l'assistance technique dans des domaines clés comme l'observatoire d'épidémiologie. La région devrait également assurer la coordination avec les autorités locales et assumer certaines tâches de gestion des ressources humaines. Le rôle du niveau central serait d'établir les critères et schéma directeurs dont tiendront compte les autorités locales dans la gestion et l'exécution de leurs activités. Le niveau central suivra et évoluera les contrats projets/programmes des provinces/régions à travers un système d'information efficace et analytique. Le niveau central devrait également garder un certain contrôle sur les achats et la gestion logistique afin de préparer les économies d'échelles notamment pour les achats des médicaments.

Le Plan B envisage la dévolution de l'autorité aux pouvoirs locaux au niveau provincial. Il entend le transfert de ressources à ces autorités en fonction d'une formule basée sur les besoins qui tient compte de la population (critères vulnérabilité et ruralité). Des fonds compensatoires octroyés par les pouvoirs centraux serviraient à encourager les collectivités locales à financer en partie les priorités nationales. Les autorités locales auraient le droit à des « écarts » des normes pour d'éventuelles innovations dans l'organisation des services. Les contrats programmes serviraient au monitoring et à l'évaluation de l'efficacité de ces choix locaux. Les autorités provinciales auraient plus de choix en matière de recrutement, licenciement et transfert des ressources humaines dans le cadre d'un système basé sur le mérite. Les autorités provinciales devraient également avoir le droit de créer des entités semi-autonomes de gouvernance qui seraient séparées de l'administration provinciale.

Ces propositions permettraient au Maroc de développer un processus de décentralisation raisonnable et contrôlé qui aurait une bonne chance de réaliser davantage d'équité, d'efficacité, de qualité et d'efficience financière.

I. Introduction

Le système de santé marocain est fortement centralisé à l'instar du système administratif français. Bien que la capacité soit renforcée au niveau provincial, le système administratif avec son processus budgétaire très strict et ses lois rigides régissant la fonction publique limite considérablement les choix de ceux qui se trouvent à la périphérie du système. De plus, le processus de régionalisation amorcé impose actuellement des limites sur la responsabilisation de la périphérie du système. Il y a des conseils législatifs aux niveaux locaux – régions, provinces et communes. Alors que les assemblées communales sont élues directement, les échelons supérieurs sont élus indirectement par les assemblées de niveau inférieur. Il y a également, à chaque niveau, des autorités avec un fort pouvoir exécutif – Wali, Gouverneur et caïd – qui sont nommées et répondent directement au gouvernement.

Il semble, toutefois, être accepté qu'une meilleure administration du système et la promotion d'une responsabilisation accrue passe à travers la décentralisation. Cela s'est traduit par une accélération de l'effort, entamé dans les années 90, de décentralisation du pouvoir, axé plus récemment sur l'établissement d'une autorité régionale, entre les provinces et le gouvernement central. La loi de régionalisation de 1997 avait créé les autorités législatives et exécutives régionales et avait défini leurs fonctions en termes assez généraux (Loi No. 47-96). Plus récemment, le Ministère des Affaires Générales a été mandaté pour élaborer une « charte de la déconcentration » générale des ministères centraux (voir ci-dessous les définitions de « déconcentration » et « dévolution »). Par conséquent, chaque ministère a été impliqué dans un processus de révision et proposition d'options pour la déconcentration de son propre ministère vers le niveau des régions. Il semble que ce processus, qui n'a pas encore abouti, prévoit un cadre général sans limites et directives claires. Chaque ministère semble travailler à son propre processus sans peu d'intégration ou de communication entre les ministères. Il est attendu qu'il y aura, dans le futur, un processus d'intégration et de prise de décisions sur la base aussi bien d'un ensemble commun de règles que de fonctions spécifiques de chaque ministère.

Au Ministère de la Santé, ce processus interne s'est concrétisé à travers l'élaboration d'un Plan Quinquennal Stratégique (1999-2004) ainsi qu'une série de séminaires/ateliers au cours des années 1999-2000 pendant lesquels les directeurs des services, délégués provinciaux, coordonnateurs régionaux, directeurs des hôpitaux et directeurs des services ambulatoires ont discuté et développé des options pour une déconcentration vers les régions. Ce processus interne s'est traduit par un rapport de synthèse en février 2000. Le présent rapport de consultation prend ce processus interne comme point de départ et essaie d'introduire une analyse plus systématique, basée en partie sur d'autres expériences internationales, afin d'assister le Ministère dans la définition de sa proposition de déconcentration vers les régions.

Il y a également d'autres processus de réforme qui suggèrent qu'il est préférable d'adopter une vue plus large. Un processus de réforme générale a lieu au sein du Ministère pour examiner les options relatives à la création de deux systèmes d'assurance sociale qui changeraient drastiquement le financement du système de santé (i.e., la mise en place de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et du régime d'assistance médicale (RAMED)). Le nouveau Ministre a également appelé à une

révision plus générale de la Charte de la Santé. De plus, alors que l'actuel processus de la réforme générale du gouvernement est axé sur la déconcentration vers les régions, cela n'est considéré que comme une étape initiale dans un processus plus vaste de « dévolution » aux collectivités locales au niveau des provinces et communes. L'impulsion de ce processus parallèle (i.e., l'élaboration de la charte communale) s'inscrit dans le processus législatif et politique, mais il est aussi moins clair et prévisible. Dans ce cadre, ce rapport de consultation est également axé sur les options ouvertes au Ministère de la Santé visant une décentralisation plus entière de l'autorité à ces niveaux. Les expériences au Sénégal, aux Philippines et en Indonésie montrent que si le processus politique tend vers la dévolution de ces autorités et le ministère de la santé ne dispose pas d'un plan et d'une stratégie soigneusement élaborés pour ce processus, le ministère risque d'être submergé par un processus plus vaste et perdre le contrôle de ressources et procédures essentielles. Cela risque de se traduire par un bouleversement majeur et une détérioration du système de santé.

II. Pourquoi décentraliser ?

La raison initiale à l'engagement du Ministère de la Santé dans la décentralisation vient de l'extérieur du système de santé et constitue une initiative plus vaste à laquelle le Ministère de la Santé est invité à participer. Il existe, toutefois, de bonnes raisons pour réformer l'actuel système de santé et d'en décentraliser certaines parties. L'actuel système subit un certain nombre de pressions. L'apport du secteur public ne constitue que 27% des dépenses totales pour la santé et les dépenses totales sont faibles par rapport à des pays en situation similaire (4,4% du PIB) (CNS 2001). Aussi, le nombre de médecins du secteur privé est-il en accroissement, alors que le nombre de médecins employés par le secteur public a stagné (Santé en Chiffres 1999). Il y a, toutefois, des indices que l'utilisation des prestations du secteur privé a baissé au cours des années 1990 (de 63% en 1991 à 54% en 1998) avec un accroissement parallèle dans le secteur public (ENNVM 1998/99). Le secteur public est très sollicité par les ménages à revenu modeste, alors que les catégories socio-économiques favorisées utilisent plus les prestataires privés. En dépit de l'impression générale et certaines preuves de la mauvaise qualité, d'importantes inégalités, inefficacités, démoralisation du personnel, les formations sanitaires du secteur public restent en tête de liste des besoins prioritaires dans l'enquête des ménages. Bien qu'il semble que les salaires des prestataires soient suffisamment élevés pour décourager le double emploi public/privé, la productivité des prestataires ne semble pas augmenter proportionnellement à l'augmentation des salaires. Au niveau central, certains procédés administratifs (surtout en ressources humaines, systèmes d'information, budgétisation) se sont clairement transformés en goulots d'étranglement faisant que même des décisions administratives routinières sont retardées pendant des mois, voire des années. Par ailleurs, les responsables locaux de la santé hésitent souvent à prendre des décisions qui sont de leur ressort à cause d'un manque d'initiative et d'une culture bureaucratique qui décourage la responsabilisation individuelle aux échelons inférieurs.

Il semble que le moment opportun est arrivé pour faire avancer le processus qui se sert de la décentralisation comme moyen pour surmonter certains problèmes continus et naissants du système de santé. En dehors des processus externes

soutenant la déconcentration et dévolution décrits dans l'Introduction, il existe également le processus externe de la Charte de la Santé et les propositions de réforme du système d'assurance maladie, ainsi que de nouvelles initiatives techniques comme l'Observatoire Régionale d'Epidémiologie, et des propositions de chambres froides pour vaccins et d'unités de maintenance au niveau régional. Le nouveau Ministre semble intéressé à promouvoir des réformes.

Dans ce cadre, il est important de définir clairement quels résultats sont attendus de la décentralisation. Plusieurs personnes nous ont informé qu'elles s'attendent explicitement à ce que la décentralisation améliore l'équité, l'efficacité, la qualité et amène une meilleure mobilisation des ressources financières au niveau local. Ces objectifs sont également souvent mentionnés par de nombreux processus internationaux de décentralisation. Il est, toutefois, important de réexaminer ces attentes car il n'est pas toujours évident que la décentralisation pourra atteindre ces objectifs. Il y a plusieurs exemples de pays où l'introduction de la décentralisation s'est traduite par une plus mauvaise gestion des ressources et la création de plus de problèmes que de solutions. Il est probable que nous devons choisir les meilleurs types de décentralisation afin d'atteindre ces objectifs. Il est donc important de concevoir le processus de décentralisation de manière à ce qu'il ait une meilleure chance d'atteindre ces objectifs et n'empire pas la situation.

Equité : Il y a une forte disparité des dépenses par habitant entre les régions et les provinces. Les Comptes Nationaux de la Santé montrent que les dépenses par habitant varient de 1,83 Dh à El Gharb-Charda à 68,58 Dh à Oued Eddahab. Même excluant les zones à faible population, les écarts restent grands. Il se peut également que les provinces avec les populations les plus vulnérables reçoivent moins que les provinces les plus nanties. Bien que les informations concernant la répartition des formations sanitaires n'aient pas été analysées dans le présent rapport, il est fort probable que l'accès aux formations est également mal réparti entre les régions et à l'intérieur des provinces.

La décentralisation peut améliorer la ventilation des finances si elle change le mécanisme d'allocation en une formule transparente et s'éloigne de la budgétisation historique en vigueur qui renferme des iniquités historiques. Cela pourrait, toutefois, signifier que les provinces les plus nanties peuvent ajouter davantage de ressources à la santé que les moins nanties, empirant de ce fait l'état d'inégalité. La décentralisation peut améliorer l'accès des populations si les autorités locales considèrent cela comme une priorité majeure. Il semble, cependant, important d'allouer d'abord les ressources financières de manière plus équitable pour que des décisions d'investissement puissent se faire à partir du centre.

Efficiences : Les données sur les hôpitaux et l'administration, en tant que part du budget global, bien que non exorbitantes, semblent suggérer que les allocations puissent se faire de manière plus efficiente. Il y a de fortes disparités entre les régions comme le montre le tableau dans l'Annexe. Pour les dépenses dans l'administration non-hospitalière, l'écart est de pratiquement 10 points (de 5,12 à Taza-Al Hoceima à 13,42% à Doukkala-Abda, avec une moyenne de 9,08%). En excluant les cas spéciaux de Rabat et Casablanca (les dépenses des CHU ne sont pas comprises dans les données) et les régions du Sahara Occidental (avec une population faible et une préférence spéciale), les dépenses pour les soins de santé de base varient de pratiquement de 20 points. Les dépenses hospitalières varient

entre 34,93% à Taza-Al Hoceima et 52,11% à Marrakech-Tensift-El Haouz, avec une moyenne de 44%. Une telle variation suggère des différences considérables aussi bien dans l'efficacité d'allocation (qui devrait favoriser les dépenses en soins de santé de base) que l'efficacité technique (qui devrait s'efforcer à abaisser les dépenses administratives).

La décentralisation pourrait permettre aux responsables locaux d'exploiter plus efficacement les ressources s'ils disposent d'une certaine flexibilité d'allocation. Il y a peu de chance que cet objectif soit atteint si les autorités locales n'ont pas un contrôle suffisant sur la répartition des ressources humaines, les encouragements et la flexibilité de réallouer des articles budgétaires récurrents. L'objectif a également peu de chance d'être atteint si des limites ne sont pas imposées aux allocations à des services inefficaces et coûteux (comme les restrictions imposées aux allocations aux hôpitaux et services administratifs). Des mécanismes contractuels pourraient se traduire par une meilleure efficacité, sous réserve de certaines conditions (voir ci-dessous). Il est également possible de développer une réglementation qui impose des restrictions minimales et maximales aux dépenses pour les hôpitaux et l'administration (voir ci-dessous).

Qualité : Il existe peu d'informations sur l'actuelle qualité des services, bien que l'impression prévaille que les normes de qualité ne sont pas pleinement observées et que beaucoup pourraient être faites pour améliorer la qualité. Les améliorations de la qualité demandent une combinaison de normes et d'accréditation centrales ou une supervision rapprochée ainsi que des encouragements aux initiatives d'une amélioration constante des services. La décentralisation signifie donc toujours que les autorités centrales doivent définir les standards/normes et surveiller de près l'application de ces normes. Cela veut dire également qu'il faudrait permettre aux autorités locales de faire des choix concernant les priorités locales concernant l'assurance qualité et des initiatives locales d'assumer la responsabilité de démontrer qu'il y a eu amélioration de la qualité. Les Techniques de Gestion Totale de la Qualité nécessitent une autorité locale dans la prise de décisions pour avoir une certaine efficacité. La décentralisation peut également se traduire par une meilleure réponse du système local de santé à des indices locaux de satisfaction des patients.

Mobilisation : L'un des avantages de la dévolution aux autorités gouvernementales locales est qu'en leur accordant un certain rôle dans la prise de décisions cela pourrait les encourager à mobiliser des ressources locales. Etant donné que les autorités locales contrôlent maintenant certains revenus fiscaux, cette source de financement additionnelle pourrait s'avérer substantielle. Il y a des mécanismes de financement, tels que les fonds réservés et compensatoires (voir ci-dessous Plan B), qui pourraient servir à encourager les collectivités à octroyer davantage de ressources au secteur santé. Il existe également des mécanismes qui permettent d'assurer que les collectivités moins nanties disposent également de ressources qui peuvent être affectées à la santé afin que les inégalités entre collectivités ne dépendent de la richesse ou pauvreté d'une collectivité.

Innovations et projets pilotes : La décentralisation pourrait également constituer l'occasion pour les autorités locales de développer des approches et solutions innovatrices à des problèmes existants. Le fait d'accorder une telle flexibilité pourrait se traduire par de nouvelles approches que les autorités centrales n'avaient pas envisagées. Les innovations pourraient fournir la preuve de programmes efficaces.

Elles seraient d'autres autorités locales ou bien le niveau central pourrait répliquer par les adopter comme politique nationale.

III. Déconcentration, dévolution et espace de décision

Il y a deux questions de base lors de la conception de la décentralisation. La première consiste à identifier les institutions qui devront assumer cette nouvelle autorité et les responsabilités afférentes. Les options fondamentales quant aux réponses sont de :

- "Déconcentrer" l'autorité et la responsabilité vers les délégations provinciales et/ou régionales du ministère de la Santé.
- "Dévoluer" l'autorité et de la responsabilité aux collectivités locales, telles que les communes, conseils provinciaux ou conseil de la région.
- "Déléguer" l'autorité et la responsabilité à une agence semi-autonome comme un office de la santé ou un fonds sanitaire.

La deuxième question se rapporte au degré de choix à permettre aux décideurs locaux. A cet égard, nous avons mis au point une carte qui présente "l'espace de décision" de chaque niveau de décision. Cette espace de décision définit l'éventail de choix (de limité à large) des différentes fonctions (finances, prestation de services, ressources humaines, ciblage et gouvernement) disponible aux décideurs de chaque niveau.

Le tableau suivant présente les types de choix disponibles en matière de conception.

Tableau des Fonctions des Espaces de Décision

Fonctions espaces de décision	Description des décisions
Fonctions financement et dépenses	
Sources de financement	Choix concernant la provenance des ressources financières, i.e. les autorités locales seront-elles autorisées à affecter leurs recettes propres à la santé ?
Allocation des dépenses	Choix concernant l'allocation des fonds, i.e. les autorités locales seront-elles autorisées à affecter des fonds à différents programmes prioritaires ? Hôpitaux par rapport aux soins de santé de base ?
Tarification/ participations	Choix concernant les tarifs locaux, i.e. les autorités locales auront-elles le droit d'établir des tarifs propres? Et si oui, pourront-elles en déterminer les niveaux et les changer ?
Fonctions : Organisation des services	
Autonomie hospitalière	Les autorités locales pourraient-elles décider de l'autonomie hospitalière ainsi que du degré de cette autonomie ?
Plans d'assurance	Est-ce que les autorités locales concevront, géreront et régleront les plans d'assurance locaux ?
Mécanismes de paiement	Est-ce que les autorités locales auront-elles le choix sur le mode de paiement des prestations ? Par exemple, Par tête, salaire ou par épisode de prestation?
Programmes et services nécessaires	Dans quelle mesure les autorités locales définiront-elles les programmes et services que les formations sanitaires locales doivent offrir ?
Normes des services	Dans quelle mesure les autorités locales définiront-elles les normes des services, telles que la qualité des prestations ?
Programmes verticaux, produits et logistique	Les programmes verticaux seront-ils sous le contrôle du niveau central ou seront-ils transférés au niveau local ?

Fonctions espaces de décision	Description des décisions
	Est-ce que les médicaments et autres fongibles sont fournis par le niveau central ou est-ce qu'ils deviendront de la responsabilité locale ?
Fonctions ressources humaines	
Salaires	Dans quelle mesure les autorités locales définiront-elles les niveaux des salaires ? Pourront-elles décider des primes ?
Recrutement de vacataires	Les autorités locales pourront-elles passer des contrats à court terme pour le personnel et définir les termes des contrats et le niveau de rémunération ?
Recrutement de contractuels	Les autorités locales pourront-elles recruter et licencier le personnel contractuel sans approbation supérieure ?
Fonctions d'accès	
Règles d'accès	Les autorités locales pourront-elles décider qui aura accès aux établissements publics et qui sera couvert par l'assurance ?
Fonctions gouvernance	
Règles de gouvernance	Les autorités locales seront-elles responsables vis-à-vis de l'électorat ? Les autorités locales auront-elles le choix en matière de : Composition et taille des comités des hôpitaux ? Composition et taille des bureaux locaux de la santé ? Taille, nombre, composition et réglementation de la participation populaire ?
Planification stratégique et investissements	
Planification et Investissements	Les autorités locales seront-elles responsables de la planification stratégique et des investissements ?

Une fois appliquée à la réalité du contexte chaque fonction (ou ligne) de ce tableau va présenter une variation de « limité » à « large. » L'annexe 1 présente l'espace de décision comparatif pour trois pays qui ont eu expérience de dévolution de l'autorité aux collectivités locales.

L'analyse des espaces de décisions dans ces trois pays de l'Amérique latine présente de nombreuses fonctions dans l'éventail limité de choix, ce qui veut dire que les autorités centrales définissent ces choix. Un nombre significatif de fonctions se trouve, toutefois, dans l'éventail modéré de choix et pour quelques fonctions, les autorités locales disposent d'un choix large. La tendance est que pour les décisions eues égard à la génération de ressources, l'allocation de ressources, les mécanismes de paiement des prestataires, et la gestion des programmes verticaux, produits et logistiques, les choix sont relativement modérés. Les autorités locales ont un choix large quant aux fonctions liées à la responsabilité locale. Les fonctions concernant l'accès aux prestations, les normes des services, les modalités des contrats (telles que le salaire), et les plans d'assurances offrent un choix limité aux autorités locales.

Cependant, les décisions sur le transfert d'autorité ont connu des hauts et de bas. Dans plusieurs cas, un large éventail de choix était permis au départ – concernant l'allocation des dépenses et les ressources humaines - mais ces choix ont par la suite été limités. Un autre exemple est le choix important en matière de ressources humaines qui a provoqué des réactions de la part des syndicats et des associations professionnelles.

« Espace de Décision » actuel au Maroc

L'actuel « espace de décision » marocain ressemble beaucoup au système français très centralisé. Cependant, même dans ce système, certaines fonctions ont un éventail de choix.

Pour la fonction de financement, le niveau provincial (le niveau opérationnel) a éventuellement un choix de décision sur le budget de fonctionnement (pour les coûts récurrents non-salariales, autour de 16% du budget total du MS). Les communes, ainsi que les assemblées régionales et provinciales (après approbation du gouverneur) peuvent également allouer des ressources supplémentaires à la santé sans restrictions apparentes – salaires, investissements, et autres. Même les ONG peuvent offrir des ressources et du personnel au MS.

Certains hôpitaux, 2 CHU (et plus tard 4) et environ 20 hôpitaux SEGMA ont obtenu une certaine autonomie et peuvent facturer leurs services, mais reçoivent également une grande subvention de l'état (les fonds internes ne sont que de 15%). Cependant, ces hôpitaux n'ont pas de choix en ce qui concerne les prix de leurs services.

L'organisation des services suit des normes et standards définis en détail par le MS au niveau central. Comme dans la plupart des systèmes centralisés, ces normes sont strictes et définies techniquement par les directions au niveau central. Cependant, ces directions ont non seulement établi des normes strictes, mais sont impliqués dans la gestion directe des services – telle que planifier les journées de vaccination, fournir la logistique et les fongibles pour les services, et contrôler les activités de formation. Les directions au niveau central semblent intervenir souvent dans la gestion locale de façon verticale et non-coordonnée. Mais, la capacité des directions centrale pour le suivi et l'évaluation de la performance des services n'est pas claire. En effet, le système d'information ne semble pas offrir, actuellement, des informations fiables et rapides qui sont nécessaires pour le suivi des activités provinciales.

Actuellement, les autorités locales (les délégations provinciales) n'ont pas de choix de mécanismes de paiement. En effet, toutes les modalités contractuelles et de paiements sont définis par le niveau central par lois, décrets et circulaires. Les délégués des provinces n'ont pas l'autorité de rendre autonome les hôpitaux provinciaux, ainsi que la mise en place d'un système d'assurance locale.

Ressources Humaines. Pour le personnel régulier de la fonction publique, il y a très peu de choix au niveau local. Le personnel est réglementé par une loi unique qui devrait être changée. Ces règles rigides limitent la capacité du ministère au niveau central de recruter, de licencier et d'établir les niveaux de salaire du personnel. Cela a des conséquences énormes sur la flexibilité du budget vu que les coûts du personnel représentent plus de 60% du budget total du ministère.

L'autorité de recruter, d'affecter du staff à des postes de responsabilité vacants, d'entamer des procédures de discipline, et de transférer le personnel d'une province à une autre, est sous la responsabilité des autorités centrales. Le ministère n'a pas la capacité de changer les salaires individuels, ou de changer les règles générales sur les salaires qui restent entre les mains d'autres ministères (Finance, Affaires Générales). Cependant, les autorités provinciales ont un choix pour le recrutement

de certain staff – tels que les infirmières – et peuvent transférer le personnel au sein de la province. Cependant, la dotation globale de postes budgétaires est définie par le ministère des finances et leur répartition provinciale par le ministère de la Santé. Le ministère de la santé a certainement un pouvoir de négociation au niveau du gouvernement pour l'allocation du nombre de postes budgétaires par catégorie.

Actuellement, les provinces se plaignent que le MS effectue trop de redéploiement de personnel. En effet, elles cherchent à domicilier les postes au niveau régional, permettant ainsi une stabilité régionale. La Division des Ressources Humaines effectue environ 1 500 transferts par an pour un total de 42 000 employés au sein du MS. Le recrutement varie d'année en année selon les négociations entre les ministères dans une limite globale du gouvernement. L'année dernière, le MS a recruté autour de 1000 personnes. Les départs en retraite sont de plus en plus nombreux (autour de 450 l'année dernière) et le MS perd ainsi le poste quand la personne part en retraite. Les activités disciplinaires sont initiées par la province mais revues par le niveau central.

L'ensemble des ministères est maintenant obligé de faire un appel aux candidatures pour toutes les positions de responsabilité, ce qui permet à n'importe quel fonctionnaire public de soumettre sa candidature qui sera étudiée par un jury. Aujourd'hui, ce processus est très centralisé, mais pourrait être régionalisé ou provincialisé. Actuellement, les nouvelles recrues médecins peuvent être engagées sur titre. Cette politique exige que le plus ancien diplômé parmi les candidats qualifiés soit sélectionné. Un nouveau processus compétitif (concours) a été institué pour les autres catégories, mais il est également centralisé. Ce processus s'élargira à l'ensemble des catégories en 2002.

Les collectivités locales élues, peuvent engager du personnel avec leurs propres ressources sur accord du représentant du gouverneur. Ces recrues sont régies par une réglementation différente de la fonction publique (mais qui est également rigide). Les CHU ont également un processus différent de recrutement du personnel, similaire en cela à celui des régions, provinces et communes.

Ciblage¹ et Gouvernance. Les autorités centrales contrôlent l'accès et le « ciblage » des prestations de services. Le processus de mise en place de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et du régime d'assistance médicale (RAMED), pourrait amener un débat sur les choix de décision disponibles aux niveaux central et provincial. Il ne semble pas y avoir de choix dans la forme de gouvernance locale. L'administration centrale semble porter un intérêt à la collaboration avec la société civile, et par conséquent, les délégués semblent avoir un large choix dans le domaine de partenariat.

IV. Etendre l'Espace de Décision – « Plan A »

Cette option tient compte des contraintes institutionnelles actuelles. C'est à dire, toutes les propositions sont réalisables dans le cadre des lois actuelles ou avec des modifications mineures qui pourraient être supportées par un processus plus large

¹ Le mot « ciblage » est ici utilisé pour définir la sélection d'un groupe cible qui constitue une priorité pour les ressources publiques locales ou nationales.

de déconcentration du secteur public. Cette option met l'accent sur la définition du choix au niveau régional. Cependant, pour définir ce choix, il faut également définir les changements dans le choix central et provincial. Cette option met également l'accent sur la « déconcentration » sur les niveaux régionaux et provinciaux au sein du Ministère de la Santé, et ne répond pas directement aux possibilités de « dévolution » aux autorités locales telles que les conseils régionaux et provinciaux. La « Dévolution » est envisagée dans le plan B ci-dessous. Il est à noter que les lois actuelles sur le budget et la fonction publique sont des contraintes importantes sur ce qui est possible même dans le cadre de la déconcentration. Le consultant suggère certains changements internes et l'utilisation de la délégation de signature, ce qui n'est peut être pas possible avec la loi actuelle. Dans tous les cas, ces suggestions devraient être considérées comme des solutions temporaires jusqu'à ce que le processus de réforme effectue des changements considérables dans les lois.

Nous avons établi les critères suivants pour décider comment allouer les décisions et fonctions aux trois niveaux :

- Les changements proposés devraient garder ou étendre le choix au niveau provincial, plutôt que d'enlever les capacités actuelles ou potentielles des provinces
- Les responsabilités qui peuvent être assumées efficacement par le niveau central vis-à-vis des provinces devraient également rester à ce niveau – plutôt que de créer un potentiel goulot d'étranglement
- Un effort doit être fait pour minimiser les coûts – spécialement les coûts de fonctionnement (récurrent)– du nouveau niveau régional.

Le processus « interne » de discussion au sein du ministère a donné lieu à quelques suggestions spécifiques concernant les fonctions qui devraient être assumées par les niveaux central, régional et provincial. Le plan d'action de la stratégie sectorielle définit certaines règles générales sur les attributions des niveaux central, régional et provincial qui sont présentées en annexe 1. Le ministère a tenu plusieurs ateliers/séminaires pour débattre des options de régionalisation et a produit un document de synthèse qui résume un autre groupe de fonctions pour chaque niveau et deux options de structures organisationnelles (voir annexe 1).

Ces documents ont été utilisés par le consultant comme base pour une définition plus spécifique des fonctions et de l'organisation aux niveaux central, régional et provincial. Cependant, il est à noter que certaines fonctions que le processus « interne » a affecté aux différents niveaux, sont des fonctions qui existent déjà sous le système centralisé actuel – telles que la gestion des ressources humaines, l'amélioration de la qualité, la coordination et planification. Le transfert de ces fonctions ne nécessite pas un nouvel effort de déconcentration. De plus, certaines responsabilités ne sont pas possibles sous la réglementation actuelle, telles qu'imposer une équité au niveau des ressources financières entre les régions, ce qui ne peut pas être fait sous le processus budgétaire actuel. Puisqu'il existe une redondance considérable dans les fonctions décrites par le processus interne, et que ce processus n'a pas permis de développer des distinctions claires entre les fonctions aux différents niveaux, le consultant suggère quelques options en termes « d'espaces de décision » aux différents niveaux. Ensuite, le consultant expliquera comment les fonctions actuelles changeront dans ces cas précis.

a. Espaces de Décision Financiers

Augmenter la capacité décisionnelle au niveau local pourrait permettre une gestion efficiente des ressources. A cet égard, le contrôle sur les décisions budgétaires devrait être plus déconcentré vers les régions et provinces. L'expérience des hôpitaux SEGMA démontre qu'une gestion locale efficace nécessite une plus grande flexibilité au niveau des décisions budgétaires. Plusieurs autres pays tels que la Colombie, le Chili, la Bolivie, la Zambie et les Philippines ont expérimenté avec succès une extension du contrôle de la décision budgétaire aux autorités provinciales et municipales (voir annexe 1).

Elargir l'espace de décision à la fonction de décision budgétaire, a les implications suivantes:

- Un contrôle plus large sur le processus de planification et de budgétisation est nécessaire. Cette latitude permettra aux provinces de participer plus dans les décisions finales concernant leurs budgets et plans au début de l'année.
- Un contrôle plus large sur la gestion du budget une fois approuvée est nécessaire. Ceci permettra des choix et des ajustements plus rentables au cours de l'année

Un changement majeur dans la gestion budgétaire du secteur public n'est pas prévu dans un avenir proche. Le Plan B proposera des changements importants dans les lois et réglementations budgétaires. En absence de changement légal majeur, il serait possible de transférer d'une manière interne les responsabilités du ministère central aux provinces. A travers ce processus interne le ministre et les directeurs font savoir aux provinces et régions qu'ils limiteront les changements dans les plans et les budgets proposés et que tout changement par les autorités centrales sera revu par les régions et les provinces avant d'être négocié avec le Ministère des Finances. Cette démarche permettra également une plus claire compréhension du processus de prise de décision par l'ensemble des concernés.

Une fois le budget annuel approuvé, il est encore nécessaire d'avoir une latitude dans la répartition des lignes budgétaires, au cours de l'année, selon les besoins et contraintes imprévus. Pour ce faire, un mécanisme devra être trouvé afin de permettre aux autorités provinciales et régionales d'avoir plus de contrôle dans la gestion de leur budget. En effet, cette « autorité, » qui génère une souplesse de gestion, est possible en simplifiant, par exemple, les « chapitres » budgétaires et/ou en permettant aux autorités locales de réaffecter un large pourcentage d'un chapitre à un autre. Il semble y avoir un intérêt pour ce changement au sein du Ministère des Affaires Générales (Voir PNUD 1998). En absence de changement dans les lois et réglementations, le MS et les directeurs pourraient se mettre d'accord, d'une manière interne, pour seulement approuver ou refuser les décisions prises par les provinces et d'utiliser leur veto uniquement dans le cas où les réglementations ne seraient pas suivies.

Une alternative serait d'utiliser un processus appelé « délégation de signature » pour certaines décisions budgétaires – telles qu'une partie des budgets actuellement contrôlés par les directeurs (voir, ci-dessus, les mécanismes de financement). Cependant, cette mesure est lourde et temporaire et ne devrait être utilisée que si les lois ne peuvent être changées pour donner une autorité formelle. (Voir PNUD, 1998)

Dans tous les cas, un mécanisme légal ou une politique interne devra être trouvé pour permettre un contrôle budgétaire plus large aux niveaux provincial et régional leur permettant ainsi de définir leur budget de façon plus consistante au stade de planification, et d'ajuster les dépenses en cours d'année.

Dans ce processus, il n'est pas recommandé que les autorités régionales aient un contrôle sur les budgets provinciaux. Bien que les régions puissent être appelées à ajuster les budgets entre leurs provinces pour pallier les inégalités, il n'est pas clair comment cela pourrait se faire dans le cadre de la structure budgétaire actuelle. De plus, il est possible que ce mécanisme n'ait pas d'impact sur le problème d'équité entre les régions. Il est probablement mieux que le niveau central définisse une formule transparente et consistante pour une affectation équitable plutôt que de laisser ce choix au niveau régional. L'équité du budget entre les régions devrait être la tâche des autorités centrales pour tout le Maroc. Cependant, les autorités régionales devraient avoir le contrôle de leur propre budget qui devra être séparé et spécifique pour les nouvelles tâches qu'elles vont prendre (voir ci-dessous).

Il serait également possible de permettre un choix local plus grand pour décider des tarifs à appliquer dans les hôpitaux. D'autres pays (Colombie) ont expérimenté avec succès cette flexibilité. Elle est spécialement importante dans des systèmes où il y a une compétition entre prestataires publics et privés – qui pourra se déclarer avec les nouvelles propositions d'assurance sociale. Cette flexibilité pourra être obtenue en permettant aux hôpitaux de prendre des décisions dans un éventail déterminé par les autorités centrales. Cet éventail aiderait à maintenir une certaine équité tout en permettant aux gestionnaires de répondre aux conditions locales. L'éventail de choix pourrait également limiter les options lorsqu'il n'y a pas de marché compétitif.

Le choix relativement large donné aux élues des communes, provinces et régions pour allouer leurs propres ressources à la santé, est limité par les ressources disponibles et par les processus politiques locaux, mais pas par des restrictions sur l'espace de décision. La loi sur la régionalisation semble donner aux élus une importante latitude sur le budget des collectivités locales. Cependant, le gouverneur et le Wali, tous deux nommés par le Ministère de l'Intérieur, ont une influence importante sur la mise en œuvre des choix législatifs (Loi de 1997). Le Plan B suggère quelques changements dans ce domaine.

Même sans la décentralisation, le ministère pourrait utilement envisager de remplacer le processus de budgétisation historique de manière à allouer des ressources suivant une formule plus équitable tenant compte de la taille et densité de la population et d'indicateurs de vulnérabilité ou de pauvreté. Ce processus pourrait être appliqué aux décisions en matière de planification stratégique et budgétaire. Il pourrait être introduit, graduellement, pour permettre aux provinces, qui recevraient moins de ressources qu'elles ne l'avaient historiquement, de réduire les formations sanitaires et le personnel en conséquence. Par contre les provinces qui recevront plus qu'elles ne l'avaient historiquement, auront le temps d'augmenter leurs capacités et personnel. Il serait possible d'appliquer ce processus simplement avec la réglementation actuelle, mais demanderait probablement l'accord du Ministère des Finances.

b. Organisation des services

L'extension de l'espace de décision pour la fonction de l'organisation des services semble la plus probable étant donné la réglementation actuelle. En effet, il est certes important, d'une part, que les directions centrales gardent le contrôle sur les normes et standards liés aux prestations, d'autres parts, que la gestion des activités ne doit pas être de leur ressort. Les provinces doivent avoir plus de latitude dans la gestion journalière des programmes. Par ailleurs, les provinces ne doivent pas être sollicitées par les demandes non-coordonnées des directions centrales. Le niveau périphérique a accès rapidement à des informations pertinentes sur les besoins et les spécificités locales, et par conséquent, il doit être capable, dans le cadre des normes et standards prédéfinis, de prendre des décisions opérationnelles efficaces.

Il est important de transférer ces types de choix au niveau provincial, où le personnel, avec une formation complémentaire peut assumer les tâches. La responsabilité régionale doit se réaliser soit quand l'économie d'échelle est nécessaire (gestion du dépôt régional, de l'unité de maintenance), soit lorsqu'il y a une rareté dans les personnes ayant eu une formation pointue (surveillance épidémiologique). Il serait utile de réaliser des études de coûts afin de déterminer les niveaux critiques pour l'économie d'échelle et la rareté du personnel spécialisé.

Néanmoins, la responsabilité de supervision et de monitoring pour assurer la qualité, et offrir une assistance technique spécialisée de routine, doit être maintenue toujours à un niveau supérieur. Il existe deux options pour renforcer la supervision :

- Renforcer le rôle de la région dans le monitoring, la supervision, l'assurance qualité et l'assistance technique. Cette option nécessite de développer une capacité technique au niveau régional. Ceci peut se réaliser soit par un transfert de cadre du niveau central vers la région, soit par le recrutement de ces compétences parmi les provinciaux moyennant une formation et une incitation. Pour les profils rares ou non disponibles, il est possible de prévoir leur recrutement parmi les nouveaux postes attribués au ministère de la santé.
- Retenir le rôle au niveau central. Cette option nécessite d'améliorer le système d'information et de monitoring, mais également la capacité de visite des cadres du central à l'ensemble de provinces.

Le consultant recommande la première option, cependant il est peu probable que les cadres techniques du niveau central seront transférés aux régions en l'absence d'une initiative générale, et d'éventuelles mesures d'accompagnement. Par conséquent, la proposition sur la régionalisation dans ce rapport va concentrer le principal rôle de monitoring et supervision au niveau central, et attribuer une responsabilité relativement moindre au niveau régional. Avec le temps, il sera, toutefois, vraisemblablement possible de renforcer le rôle régional de supervision et monitoring et de sauvegarder une certaine responsabilité dans ce domaine tant au niveau du centre que de la région. Si un système contractuel de gestion est développé - voir ci-dessus - alors le rôle de supervision et monitoring assumera plus d'importance, rendant le renforcement de la capacité régionale encore plus préemptoire.

La réglementation budgétaire actuelle ne semble pas offrir un choix aux mécanismes de paiement ou contrats locaux. Par conséquent, le sujet sera abordé dans le cadre du « plan B. »

c. Ressources humaines

Le système actuel présente deux principales contraintes. D'abord, la bureaucratie centrale est surchargée par les dossiers individuels qui pourraient être gérés à un niveau inférieur. Cette contrainte peut être résolue en concédant aux provinces l'autorité décisionnelle de routine, dans le cadre des réglementations et procédures de la fonction publique. En second, les provinces ne peuvent pas recruter, redéployer et sanctionner le personnel. L'attribution de ces fonctions aux provinces pourrait améliorer la gestion des prestations et leur qualité. Cependant, cette contrainte est difficile à aborder dans le contexte actuel.

La discussion interne du ministère a proposé des changements dans la gestion des ressources humaines afin de domicilier les postes dans les provinces. A cet égard, un redéploiement du personnel ne serait possible qu'à travers une négociation entre les délégués. Cette option qui, à priori, semble augmenter l'autorité provinciale risque de créer un système de gestion des ressources humaines très rigide. En effet, elle peut engendrer des problèmes de motivations, d'une part, parmi le personnel qui désire partir, et d'autre part, parmi les gestionnaires qui veulent changer une partie de leur personnel.

Une meilleure solution serait de permettre aux délégués provinciaux ou régionaux de procéder soit à un concours soit à un appel de candidatures pour l'ensemble des postes de la province. Cette sélection nécessite, cependant, de bien établir les critères de sélection afin d'assurer le choix selon le mérite. Dans ce cas, le niveau central peut utiliser son droit de veto seulement si les règles ne sont pas respectées. Les candidats, pour toutes les positions, doivent pouvoir venir de l'ensemble du département, voire de la fonction publique, et non pas uniquement des provinces et régions concernées. Les sanctions disciplinaires, qui sont déjà partiellement transférées aux provinces, peuvent aussi être complètement transférées au niveau local à travers une démarche similaire.

Dans ce cadre, il n'y a pas de raisons valables pour que la région soit impliquée dans la gestion des ressources humaines, hormis le personnel potentiel des services régionaux (comme le dépôt des médicaments, contraceptifs et fongibles). La gestion décentralisée des ressources humaines nécessitera l'implication de la province et le contrôle au niveau central. La région ne doit pas constituer un goulot d'étranglement bureaucratique dans la gestion des ressources humaines.

d. Gouvernance et ciblage

Le débat interne au ministère sur la régionalisation n'a pas produit de suggestions en ce qui concerne le choix des régions ou des provinces pour la gouvernance, la mise en place des critères de ciblage ou accès aux services. Il n'est pas justifié de faire des recommandations dans ce domaine, puisqu'elles vont nécessiter des changements majeurs au préalable.

Pourtant, le consultant propose d'encourager les coordonnateurs des régions, ainsi que les délégués des provinces d'élargir leurs activités de coordination et de communication avec les collectivités locales dans la perspective d'une dévolution éventuelle. En effet, il serait opportun de développer des capacités de plaider pour convaincre les acteurs locaux concernés d'investir dans la santé, ainsi que d'élargir la coordination avec les ONG.

e. Planification stratégique et investissements

A l'heure actuelle, les décisions se rapportant à la planification stratégique et aux investissements, sont totalement centralisées et il ne semble pas y avoir de dispositions légales permettant le transfert aux autorités locales des décisions relatives aux investissements. Le consultant propose de maintenir ce type de décision au niveau central afin d'éviter une planification stratégique et des investissements inappropriés par les autorités locales. Dans beaucoup d'autres systèmes, les décisions locales d'investissement ont été prises en faveur de formations curatives plus coûteuses plutôt que pour des formations de soins de base nécessaires. Même aux Etats Unis, les autorités centrales essaient de contrôler les investissements locaux afin de minimiser l'escalade des coûts. Le système allemand empêche également les autorités locales de prendre des décisions en matière d'investissement.

Changements dans l'espace de décision pour une déconcentration vers la province : Plan A (pour une comparaison avec l'expérience internationale se référer à l'annexe 1)

Fonctions	Eventail de choix		
	Limité	Modéré	Large
Financement			
= Sources de revenu	X		
= Dépenses	X →		
= Revenus provenant de la tarification	X		
Organisation des services			
= Autonomie Hospitalière	X		
= Plans d'assurance	X		
= Mécanismes de paiement	X		
= Programmes et normes	X		
= Programmes verticaux, produits et logistique	X →		
Ressources humaines			

Fonctions	Eventail de choix		
	Limité	Modéré	Large
= Salaires	X		
= Vacataires	X →		
= Contractuels	X →		
Règles d'accès	X		
Gouvernement			
= Responsabilité locale	X		
= Comités des établissements	X		
= Bureaux de la Santé	X		
= Participation communautaire	X →		
Espace total de décision :			
Planification stratégique et investissements			
Planification et investissements	X		

Résumé des changements dans les fonctions selon le Plan A

Changements dans les fonctions au niveau de la province

Fonctions de financement

- ◆ Elargir les choix de la province dans les processus de planification et d'élaboration du budget– la province revoit l'ensemble des modifications proposées par le niveau central au plan d'action et au budget, avant négociation avec le ministère des Finances.
- ◆ Elargir le choix des provinces sur l'exécution du budget de fonctionnement (hors salaires et investissement), qui est actuellement contrôlé par les directions à travers les programmes de santé. Ceci peut être réalisé par une politique interne, des circulaires, et une renforcement de délégation des signatures (du sous-ordonnement?).

Organisation des services

- ◆ Améliorer la coordination entre l'hôpital et le SIAAP à travers la planification régionale ?.
- ◆ Exécution et gestion de l'ensemble des programmes par la province avec adhésion aux normes nationales (problème pour les programmes qui impliquent les hôpitaux dans la mise en œuvre des activités).
- ◆ Acquisition et maintenance de certains produits et équipements par la province, selon la décision de la direction.

Ressources humaines

- ◆ Décisions sur la gestion du personnel, telles que, le recrutement, l'affectation, le redéploiement au sein de la province ou la négociation pour transfert entre provinces, les sanctions sont transférées à travers une politique interne ou par délégation officielle du niveau central vers la province.

Changements dans les fonctions au niveau de la province (suite)

Gouvernance (c'est une fonction que les délégations ne pourront jamais assurer vu leur statut de service déconcentré)

- ◆ Coordination avec la société civile (les ONG et associations)
- ◆ Renforcer la coordination avec les collectivités et autorités locales.

Changements dans les fonctions au niveau de la région

Fonctions de financement

- ◆ Planification et budgétisation pour les activités, le personnel et les structures de la région, tels que les dépôts et l'atelier de maintenance. Par ailleurs, la région est capable de planifier et de budgétiser les subventions éventuelles du conseil de région.

Organisation des services

- ◆ Coordination et planification régionale
- ◆ Activités nécessitant des économies d'échelle, telles que la gestion du dépôt régional et de l'atelier de maintenance.
- ◆ Activités nécessitant une compétence technique pointue, telle que l'observatoire régional d'épidémiologie.
- ◆ Assistance technique aux provinces pour les programmes prioritaires.

Ressources humaines

- ◆ Gestion du personnel de la région (administrative), son recrutement, transfert de et à d'autres régions, et sanctions.

Gouvernance

- ◆ Autoriser la sélection et la nomination des conseils d'administration des hôpitaux autonomes de la région en respectant les critères établis par le ministère.
- ◆ Renforcer la coordination avec le conseil de la région et le Wali de la région pour préparer une éventuelle dévolution

Changements dans les hôpitaux à gestion autonome

Fonctions de financement

- ◆ Permettre un éventail de choix pour la tarification des prestations

Organisation des services

- ◆ Autoriser l'acquisition locale de certains produits et médicaments

Ressources humaines

- ◆ Pas de changement dans la situation actuelle

Changements des fonctions au niveau central

Fonctions de financement

- ◆ Concerter avec les provinces toutes les modifications apportées aux propositions de plan et de budget de la province, avant la négociation avec le ministère des Finances.
- ◆ Politique interne consentant aux provinces une souplesse d'allocation des crédits budgétaires de fonctionnement entre les chapitres budgétaires. Actuellement, les décisions sur les budgets de fonctionnement des programmes sont faites par les directions.

Organisation des services

- ◆ Définir les critères pour les domaines qui nécessitent une économie d'échelle, ainsi que les thèmes qui requièrent une compétence technique pointue.
-

Changements des fonctions au niveau central (suite)

- ◆ Etablir les normes pour les activités prioritaires, amener une assistance technique aux régions et provinces dans ces domaines.
- ◆ Achat des vaccins, équipements sophistiqués, médicaments (essentiels et spécialités) et les demandes d'ensemble des provinces.
- ◆ Améliorer le système d'information pour un suivi, monitoring et analyse des performances de régions et provinces.
- ◆ Renforcer la capacité analytique pour évaluer l'évaluation des performances du système

Ressources humaines

- ◆ Etablir les procédures pour la gestion régionale et provinciale des ressources humaines à travers une politique interne au département de délégation de la signature.
- ◆ Revoir les décisions régionales et provinciales dans la gestion des ressources humaines, utiliser le droit de veto si nécessaire.

Gouvernance

- ◆ Etablir les critères pour la sélection locale des conseils d'administration des hôpitaux autonomes.
-

f. Changements structurels et de processus pour le plan A

1. Mise en place des directions régionales :

a. Conflit d'intérêt entre la région et la province chef lieu

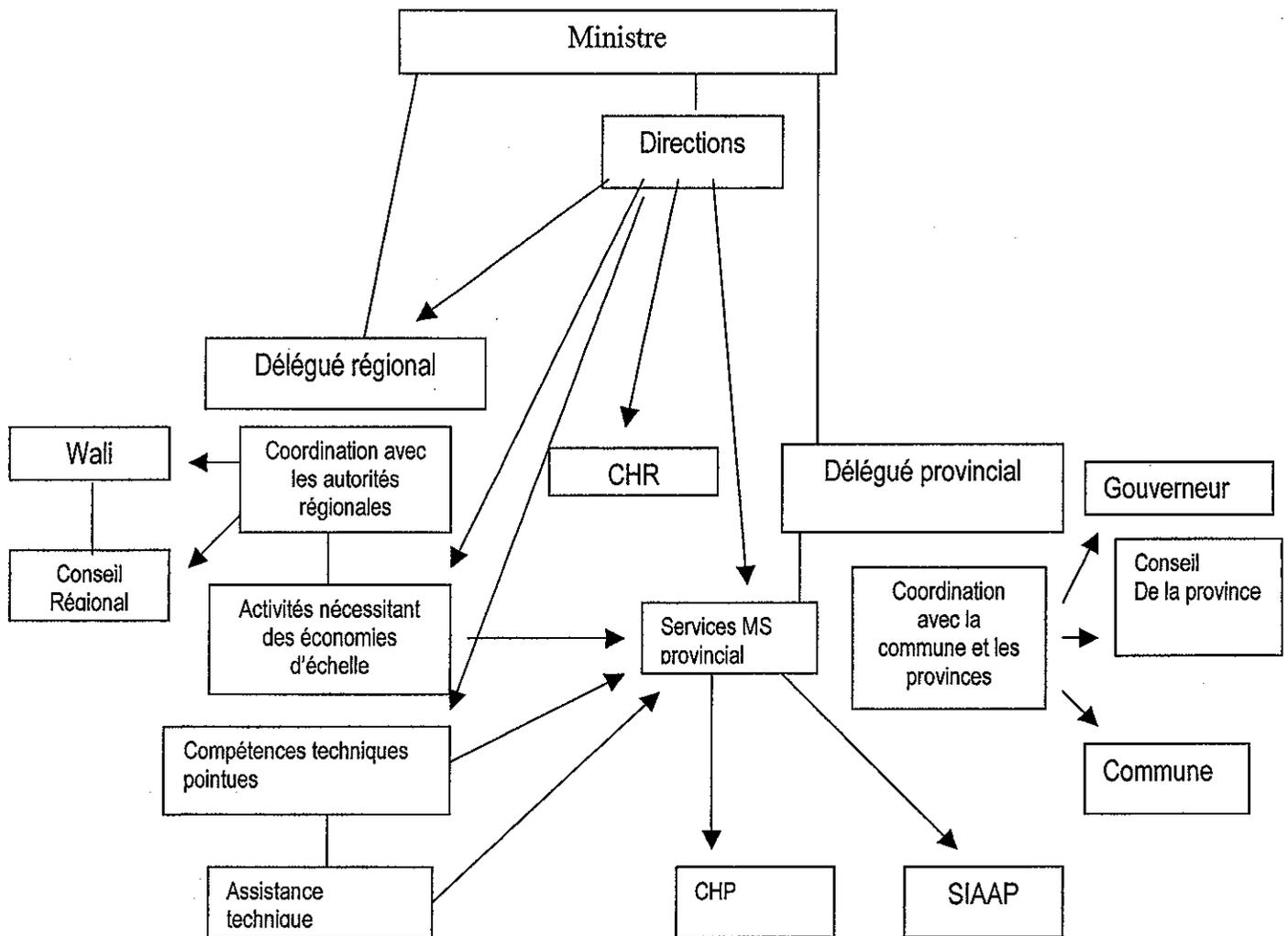
Il existe un risque de concentration régionale qui implique une aggravation des inégalités entre les provinces d'une région, du fait que le délégué du chef lieu de la région est aussi le coordinateur régional. Ce risque peut être atténué par la mise en place d'une petite structure de gestion régionale, comme une direction régionale. Comme nous l'avons déjà mentionné auparavant, la marge de manœuvre de la région est relativement limitée, puisque la majorité de l'éventail de choix sera transférée vers les provinces, entités opérationnelles. Le personnel de la région doit être sélectionné à travers un appel de candidatures. La priorité peut être donnée aux cadres du niveau central.

b. Pas de coût additionnel pour les directions régionales

Les directions régionales doivent être financées par les budgets actuellement alloués au niveau central et aux provinces, sans un ajout significatif au budget du ministère. Uniquement les coûts d'investissement associés aux équipements et structures physiques (comme les bureaux, ateliers et dépôt régional) peuvent être absorbés dans cette phase de transition. Ces structures permettront d'exécuter les activités régionales qui nécessitent des économies d'échelles. Par ailleurs, il y aura probablement un coût récurrent supplémentaire dû aux transports à travers la région.

c. Organigramme

Le schéma organisationnel suivant est une première suggestion pour établir les relations entre les niveaux central, régional et provincial, sans que la région devienne un goulot d'étranglement.



2. Mise en place des contrats programme

La réflexion interne du ministère sur la décentralisation a suggéré qu'une partie des procédures administratives soit remplacée par des contrats basés sur la performance entre les niveaux de décision administrative. L'idée est innovatrice, et elle a déjà été initiée en Angleterre, au Chili et au Costa Rica avec un certain succès. Cependant, le succès d'une telle initiative dépend de la mise en place de certains préalables. L'élaboration et la gestion des **contrats** sont des processus complexes, qui nécessitent un savoir-faire particulier, qui par ailleurs, n'est pas toujours disponible dans les départements publics. Les critères de performance doivent s'inscrire dans un large éventail pour éviter que la réalisation de certains objectifs se fassent au détriment des activités prioritaires. Il est aussi préférable de faire mesurer les performances par une institution/source indépendante, afin d'assurer la fiabilité des indicateurs. Enfin, il est important d'octroyer une souplesse budgétaire à l'autorité ordonnatrice afin de disposer d'une marge de manœuvre pour soit offrir une motivation supplémentaire pour encourager la réalisation des objectifs, soit à travers des sanctions les éventuels échecs.

Dans la perspective de préparer le terrain pour des contrats programmes/projets, le consultant propose une alternative, à savoir les conventions de gestion. Ces

conventions seront établies à travers une négociation entre le niveau central, d'une part, et les régions et les provinces, d'autre part. Ils vont définir, d'un commun accord, les objectifs et les indicateurs de performance. Ces conventions seront d'abord des objectifs pour initier les gestionnaires des régions et provinces à la relation contractuelle. Les gestionnaires pourront saisir l'utilité des indicateurs de performances, ainsi que des objectifs comme éléments de motivation. Durant la phase d'introduction, il n'est pas nécessaire d'avoir des stimulations ou des sanctions de nature financière. Durant cette phase, le mécanisme de motivation / sanction sera informel, basé sur la reconnaissance publique des succès et échec.

Les conventions de gestion peuvent être transformées en contrat programme/projet avec l'expérience acquise par le système à travers un modèle, et éventuellement un changement au niveau de la réglementation financière. La relation contractuelle comprendra des mesures de motivations et sanctions financières. Il est probable que la mise en place du modèle contractuel de gestion nécessite l'appui technique et financier des bailleurs de fonds.

3. Economie d'échelle et conditions spéciales

Les domaines demandant le développement d'une capacité locale requièrent l'analyse méticuleuse des économies d'échelle. Il faudrait réaliser des analyses coûts-efficacité des laboratoires, parcs automobiles, toutes sortes de services de maintenance et d'entreposage de médicaments régionaux par rapport à ceux du niveau central avant de décider de transférer ces responsabilités aux régions. Il faudrait également mener des études similaires concernant les ressources humaines convenant à des compétences techniques spécifiques avant de réattribuer des responsabilités et du personnel aux niveaux régionaux. La norme applicable à l'affectation des responsabilités aux régions devrait être le coût-efficacité et non l'adhésion servile à un modèle simple et formel de responsabilités régionales.

4. Amélioration du système d'information

Il est plus important de posséder un système d'information rapide, efficace et fiable dans un environnement de gestion décentralisée que centralisée. Il est essentiel de recevoir au niveau central, l'information sur les choix faits à la périphérie afin de mieux évaluer les performances. Ainsi, le niveau central peut ajuster l'espace de décision et le niveau du financement d'une province/région selon la convergence des objectifs locaux vers les orientations nationales. Le niveau central doit développer une capacité de monitoring et suivi de la qualité des services à travers des procédures d'accréditation basées sur des indicateurs de qualité (par exemple, taux d'infection intra-hospitalière).

5. "Groupe de plaidoirie": Développement d'une stratégie menant à l'adoption de propositions

En vue de réaliser un processus de décentralisation favorable au Ministère de la Santé, ce dernier devrait créer un « groupe de plaidoirie » composé de techniciens et officiels ayant des responsabilités politiques et qui développeront des stratégies menant à l'adoption des propositions de décentralisation. Au lieu de se contenter de réagir aux initiatives plus générales du gouvernement, le Ministère pourrait assumer

un rôle plus proactif afin de défendre ses intérêts dans le processus de décentralisation. Plusieurs outils de plaidoirie sont à sa disposition, tels que le logiciel *Policy Maker* qui a été mis au point par l'Ecole de Santé Publique de Harvard dans le but d'assister des groupes de plaidoirie à définir leurs propositions politiques, lister les intervenants les plus importants du système et évaluer leurs positions vis-à-vis des politiques proposées ainsi que leur pouvoir par rapport aux décisions politiques nécessaires. Par la suite, ce logiciel aidera l'équipe à développer un ensemble de stratégies visant à l'amélioration de la faisabilité politique de la politique proposée. Le groupe de plaidoirie peut recevoir une formation dans cet outil dans le cadre de ses activités.

V. Elargissement du champ de décision "Plan B"

Etant donné que le processus de réforme et de décentralisation n'est pas encore défini de manière claire, il serait prudent d'envisager des options qui iraient au-delà des restrictions imposées par les lois actuelles pour deux raisons : d'abord, il y a des pressions politiques qui peuvent induire des changements plus vastes qui augmenteraient les pouvoirs, les budgets et l'autorité des collectivités locales (entraînant ainsi une décentralisation en plus d'une déconcentration). Certains pensent que le processus de régionalisation constitue simplement une première étape qui mènera directement vers la décentralisation. Il importe de se préparer et doter le MS du meilleur moyen à même de lui permettre de s'adapter à cette décentralisation éventuelle. Ensuite, avec les changements dans les organigrammes de déconcentration, l'organigramme de la santé publique, et autres guides généraux, il y aurait possibilité de réfléchir à un processus plus profond de décentralisation. Troisièmement, il serait utile de procéder à une réflexion au sujet du Plan A actuel et voir si le MS a une vision sur les objectifs que ce processus devraient réaliser dans les années à venir.

La section suivante comporte les suggestions du consultant pour réfléchir à une décentralisation plus importante que ne le permettent les lois actuelles. Le Plan B requiert que le MS travaille avec les autres Ministères et institutions gouvernementales pour introduire des changements dans les lois et les règlements portant sur la budgétisation et les ressources humaines.

Le premier changement serait d'opérer une "décentralisation" vers les autorités provinciales et régionales – en transférant le pouvoir législatif et exécutif concernant la santé aux collectivités locales.

a. Les décisions en matière de financement

Le système budgétaire "classique" rigide actuel, empêche les directeurs locaux de faire des choix raisonnables une fois que les processus de planification et de budgétisation sont achevés. Le système les exclut de la négociation finale avec le Ministère des Finances mais leur demande de travailler dans les limites strictes de rubriques qui n'ont aucun lien avec les activités du programme et qui sont établies de manière arbitraire lors des négociations finales. Etant donné qu'une grande partie du budget est allouée aux salaires, les décisions budgétaires sont confinées à une très petite portion du budget dans tous les cas. En outre, le processus a été basé sur

"l'historique budgétaire" -- le budget de chaque année est basé sur le budget de l'année antérieure et puis ajusté suivant les augmentations ou les baisses anticipées dans le budget général. De nombreux autres processus budgétaires permettent une plus grande flexibilité au courant de l'année, et plus de choix pour les autorités locales dans la fixation initiale des priorités.

L'expérience dans d'autres pays montre qu'avec des mécanismes de financement appropriés, un élargissement notable dans le champs décisionnel peut être permis aux autorités locales. Ces mécanismes ont engendré une équité accrue dans l'allocation des ressources par habitant et peuvent avoir contribué à des choix plus efficaces dans l'utilisation de ces ressources (voir Annexe).

1. Allocation sur la base de la formule pour remplacer la budgétisation basée sur l'historique

Le budget central affecté actuellement par le biais d'une budgétisation basée sur l'historique, pourrait avec le temps être remplacé par un procédé basé sur une formule qui tient compte de la population et des indicateurs de vulnérabilité, pauvreté ou ruralité. Ce processus rendrait le système des affectations budgétaires aux provinces et régions plus équitable qu'il ne l'est actuellement et permettrait son ajustement aux autres besoins et priorités de santé. Il serait important de mettre au point un processus de transfert de ressources des provinces qui avaient historiquement des allocations budgétaires élevées non justifiées par la formule afin que ces provinces aient le temps de s'adapter aux baisses de leurs allocations. De plus, les provinces qui recevront des allocations plus importantes auraient aussi besoin de temps pour investir et augmenter leur capacité d'absorption.

2. Affectation restreinte de parts des budgets de l'état et/ou des budgets régionaux, provinciaux et communaux

Les régions, provinces et communes n'ont actuellement pas de contraintes eu égard à l'affectation de leurs propres revenus. Dans certains pays, les collectivités locales ont été requises d'affecter une part minimale ou un pourcentage minimum de leurs revenus au secteur de la santé. Il serait peut être possible d'exiger, par exemple, que 20% de ces revenus soient affectés à la santé. Une fois les revenus affectés au secteur de la santé, les collectivités locales auraient toute la liberté de les affecter à l'activité de santé qu'ils veulent. Une alternative, applicable même dans un système déconcentré, est d'exiger qu'une limite soit imposée à la proportion des ressources allouées à des activités non prioritaires ou inefficaces. En Zambie, par exemple, les allocations aux hôpitaux et services administratifs sont limitées à un éventail de pourcentages au sein du budget. En fonction des données présentées dans notre introduction, le Maroc pourrait se fixer des objectifs sur la base des allocations moyennes aux hôpitaux et services administratifs qui constitueront le plafond des allocations permises aux responsables locaux.

3. Fonds provincial de péréquation

Dans certains pays, tels que le Chili, les collectivités locales sont requises d'affecter une portion de leurs propres revenus provenant des impôts, etc., à un fond de péréquation qui réaffecterait ces revenus aux provinces suivant une formule qui tient compte du nombre d'habitants et des indicateurs de pauvreté et de la capacité de

générer des revenus locaux. C'est un mécanisme qui permet de mettre à niveau les provinces étant donné qu'il y a des différences considérables dans la capacité des provinces de générer leurs propres revenus.

4. Subventions d'appoint

Le budget du gouvernement central peut aussi utiliser des fonds en vue d'encourager les provinces à davantage affecter leurs propres revenus aux activités de soins de santé. Les subventions d'appoint sont utilisées aux USA pour le programme d'assistance médicale "Medicaid" et d'autres programmes et sont utilisées aux Philippines et dans d'autres pays. Afin de pouvoir bénéficier de ces subventions d'appoint du gouvernement central, les provinces se doivent d'affecter une portion de leurs propres ressources à une activité bien définie. C'est un mécanisme important pour mobiliser des ressources locales sans avoir à forcer les gouvernements à les affecter. Les provinces les plus pauvres pourraient être requises de contribuer par des montants inférieurs (disons 10 %) alors que les contributions des provinces les plus riches seraient plus élevées (disons 50%). Ce mécanisme requiert que le gouvernement central réserve un budget qui peut être affecté en tant que fonds d'appoint si les provinces locales consentent aux offres de subvention d'appoint.

5. Les implications des propositions de l'assurance maladie

Les deux types d'assurance proposés auront des implications considérables sur le financement des établissements de service public dans un système décentralisé. Les plans actuels ne sont pas suffisamment développés pour offrir une orientation claire, cependant les propositions suggèrent deux choses qui devraient être prises en considération dans le processus de décentralisation. D'abord, une partie du financement affectée, actuellement, directement aux installations sanitaires du MS serait réaffectée aux organismes d'assurance, ce qui signifie que les fonds du budget central alloués aux régions et provinces vont diminuer. Les formations sanitaires du MS pourraient avoir à rivaliser avec d'autres prestataires publics et avec des prestataires privés pour ces fonds qui vont probablement suivre le choix des malades pour les installations sanitaires. Ensuite, les formations sanitaires publiques devraient éventuellement devenir plus compétitives afin de retenir et attirer les patients qui auront dorénavant un certain choix concernant les prestations de services. Cela veut dire que les autorités provinciales et régionales auront à fonctionner avec des niveaux inférieurs de financement budgétaire direct et doivent devenir plus entreprenant dans la mesure où ils auront à fonctionner dans un marché où les patients disposant d'une assurance peuvent choisir d'autres prestataires de service de santé.

b. Organisation des Services

Procédure de "dérogation"

L'un des avantages de la décentralisation est de permettre aux autorités locales de faire des expériences et d'innover en vue de découvrir les meilleurs moyens pour réaliser les objectifs du système de santé. L'un des moyens permettant aux autorités locales d'innover, consiste à établir un processus formel pour accorder des

"dérogations" aux normes établies pour permettre aux provinces ou régions d'expérimenter des alternatives d'organisation du service. Cette procédure a été utilisée avec succès dans le système de santé gouvernemental d'assistance médicale « Medicaid » aux Etats Unis pour différents États (tel que l'Oregon) pour expérimenter des mécanismes innovateurs de financement et de paiement. Le MS établirait une procédure qui permettrait aux provinces et aux régions de demander une dérogation aux normes et politiques en vigueur pour essayer de nouvelles approches au sein de leur territoire. Ce processus est semblable à la mise en œuvre de programmes pilotes sauf qu'il viendrait d'initiatives locales plutôt que d'initiatives guidées par le gouvernement central ou les donateurs. Les critères et les procédures pour l'octroi de "dérogations" ne devraient pas être très rigides jusqu'à prévenir toute innovation, ni très souples au point d'autoriser des expériences qui ne sont clairement pas en mesure d'aboutir à des objectifs. L'assistance technique du gouvernement central et des donateurs pourrait être utilisée pour aider au développement de ces innovations.

c. Paiements et contrats

Comme discuté plus haut, la passation de contrats d'exécution parmi les niveaux pourrait être développée avec le temps si les compétences appropriées de passation de contrats sont disponibles et si les autorités à chaque niveau disposent d'une certaine flexibilité pour utiliser les budgets comme moyen de motivation et/ou de retirer le financement si les objectifs d'exécution ne sont pas satisfaits. L'option plus étendue pourrait inclure l'autorisation des autorités régionales et provinciales de passer des contrats de services avec des fournisseurs privés et de fixer les moyens de paiement – soit librement ou selon une marge fixée par les autorités centrales.

d. Ressources humaines

Le système actuel ne permet aux directeurs locaux que peu de choix en ce qui concerne l'embauche, le licenciement, les mutations, les mesures disciplinaires et les motivations et sanctions financières. Afin d'améliorer le choix de gestion locale, il est nécessaire de permettre aux autorités locales de jouer un rôle plus grand dans ces fonctions afin de leur permettre de gérer selon des méthodes à même d'améliorer l'efficacité et la qualité des services. De même, ce choix local devra être fait dans des contraintes qui protègent le personnel de toutes décisions arbitraires et qui empêchent les autorités locales d'embaucher et favoriser les amis, les membres de la famille ou sur la base d'appartenance politique. Cela requiert un système transparent de recrutement et promotion reposant sur le mérite ainsi qu'une procédure pour examiner des plaintes. Les propositions du Plan A applicables à un processus de déconcentration interne pourraient être transférées aux autorités locales par le biais d'un changement législatif relatif aussi bien aux fonctionnaires qu'aux ressources humaines des provinces.

e. Gouvernance

La déconcentration implique les collectivités locales directement dans les décisions relatives à l'allocation des ressources et augmente la responsabilisation du système

de santé eu égard à leurs priorités. Les responsables du Ministère au niveau local auront à travailler pour deux maîtres et devront se développer des compétences pour travailler avec ces autorités.

Dans de nombreux systèmes, les collectivités locales sont autorisées à définir la manière dont les bureaux locaux sont dirigés. Il leur est permis de choisir d'avoir ou pas un bureau de santé provincial qui gère directement le service, telle une unité gouvernementale. Ils peuvent également choisir de mettre en place une agence de santé semi-autonome qui gèrera le système de santé mais qui sera indépendante de la collectivité locale. L'avantage des unités semi-autonomes réside dans le fait qu'elles ont généralement un contrôle plus flexible des budgets et des ressources humaines et peuvent être moins influencées par la vie politique locale. L'inconvénient est qu'ils exigent un personnel hautement qualifié au niveau local. Les systèmes centralisés très bureaucratés comme au Maroc, en France et autres pays, n'autorisent généralement pas ce genre de choix. Il semble recommandé de garder au début le contrôle direct du gouvernement local, excepté peut-être dans les plus grandes villes, tel que Rabat, Casablanca, Marrakech, Fès où l'on dispose d'un personnel plus qualifié et où le choix pourraient être donné aux collectivités locales de mettre en place une agence de santé semi- autonome.

f.Option de la délégation à des Conseils de la Santé

Une alternative à la dévolution est la création de Conseils de la Santé au niveau provincial auxquels le ministère central pourrait déléguer l'autorité. Cette option impliquerait la création formelle de Conseils de la Santé ayant à leur tête le délégué du Ministère et composés de représentants des autorités provinciales locales, ainsi que d'autres notables de la société civile provinciale et les associations professionnelles. Ces membres officiels additionnels devraient être élus par les collectivités locales et non nommés par le Ministère, sinon ils n'auront aucune légitimité locale. Ce type de conseil avait été créé dans beaucoup de pays différents, y compris les USA, la Zambie et le Ghana. Ces conseils de la santé pourraient disposer du même espace de décision que celui proposé pour l'option de dévolution.

**Changements dans l'espace de décision pour une dévolution vers la province
"Plan B"**

Fonctions	Eventail de choix		
	Etroit	Modéré	Large
Financement			
= Sources de revenu	X	→	
= Dépenses	X	→	
= Revenus provenant de la tarification	X	→	
Organisation des services			
= Autonomie Hospitalière	X		
= Plans d'assurance	X		
= Mécanismes de paiement	X	→	
= Programmes et normes	X	→	
= Programmes verticaux, produits et logistique	X	→	
Ressources humaines			
= Salaires	X	→	
= Vacataires	X	→	
= Contractuels	X	→	
Règles d'accès	X		
Gouvernement			
= Responsabilité locale	X	→	
= Comités des établissements	X	→	
= Bureaux de la Santé	X	→	
= Participation communautaire	X	→	
Espace total de décision :			

VI. Processus de mise en oeuvre – Prochaines étapes

1. Revue du rapport par la DP et la DHSA.
2. Restitution du rapport aux niveaux vers une audience élargie du MS, directions, hôpitaux et délégations.
3. Voyage d'étude aux EU.
4. Réunion de travail dans certaines provinces des régions sélectionnées pour aborder la phase opérationnelle.
5. Etudes de coûts pour établir des critères d'économie d'échelle.
6. Table ronde pour discussion des propositions de l'élargissement de l'espace de décision dans le cadre du plan A. La table ronde peut élargir le débat aux représentants des ministères des Affaires générales, des Finances, de l'Intérieure ainsi que les bailleurs de fonds.
7. Préparer et revoir un "plan opérationnel."
8. Revoir les propositions du plan opérationnel avec M. le ministre et le comité directeur.
9. Etablissement d'une équipe de plaidoyer au sein du ministère pour la promotion de la décentralisation du secteur santé, selon le modèle retenu par le ministère.
10. Cours sur la décentralisation du secteur santé, les gestionnaires comme groupe cible.
11. Formation de l'équipe de plaidoirie en formulation et analyse de politique.

ANNEXES

Annexe 1 : Espace de décision comparatif

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 3 : Références bibliographiques

**Annexe 1 :
Espace de décision comparatif: Eventails des choix actuels**

Tableau 3

Fonctions	Eventail de choix		
	Etroit	Modéré	Large
Financement			
Sources de Revenus		Colombie Chili Bolivie	
Dépenses		Colombie Chili Bolivie	
Revenus provenant des cotisations	Chili Bolivie	Colombie	
Organisation des services			
Autonomie hospitalière	Colombie Chili	Bolivie	
Plans d'assurance	Colombie Chili Bolivie		
Mécanismes de paiement		Colombie Chili Bolivie	
Programmes & normes exigés	Colombie Chili Bolivie		
Programmes verticaux, fournitures et Logistique		Colombie Chili Bolivie	
Ressources humaines:			
Salaires	Colombie Chili Bolivie		
Contrats		Colombie Bolivie	Chili
Fonctionariat	Colombie Chili Bolivie		
Règles d'accès	Colombie Chili Bolivie		
Gouvernance			
Responsabilité locale			Colombie Chili Bolivie
Comités des établissements	Colombie Bolivie	Chili	
Bureaux de la santé	Colombie Bolivie	Chili	
Participation communautaire	Bolivie		Colombie Chili
Espace de décision total :			
Colombie	8	5	2
Chili	7	5	3
Bolivie	9	5	1

Comme il ressort de ce tableau des espaces de décision, de nombreuses fonctions se trouvent encore dans l'éventail étroit de choix, ce qui veut dire que les autorités

centrales déterminent ces choix. Un nombre significatif se trouve toutefois dans l'éventail modéré de choix et, pour quelques fonctions, les autorités locales disposent d'un large éventail de choix. La tendance est que l'éventail pour les décisions d'allocation, de contrats et de gouvernance est plus large que celui de l'organisation des prestations de service, du ciblage et des règles régissant les fonctionnaires salariés. Dans plusieurs cas, un grand éventail de choix était permis au départ – concernant l'allocation des dépenses et les ressources humaines – pour être limité par la suite. Un large éventail de choix en matière de ressources humaines a provoqué des réactions de la part des syndicats et associations professionnelles. Un grand choix en matière d'allocation des ressources financières avait amené les autorités centrales à réserver des fonds pour un usage spécifique ainsi qu'à imposer d'autres restrictions.

Meilleure équité du financement dans le cadre de la dévolution en Colombie

Le tableau, ci-dessous, montre comment au cours d'une période trois ans, les dépenses par tête se sont davantage égalisées entre collectivités locales. La colonne de gauche indique les déciles des municipalités en fonction de leur richesse, avec les 10% les plus pauvres dans le premier décile alors que les plus nanties se situent dans le 10^{ème} décile. Les fonds du « budget central » sont ceux octroyés par le budget du gouvernement central et les fonds « propres » sont ceux qui proviennent des impôts, ventes et cotisations locaux. Le tableau montre qu'en 1994, les fonds centraux, toujours alloués en fonction de la budgétisation historique, étaient répartis de manière très inégale, avec les plus nanties recevant 6 fois plus que les plus pauvres. Pareillement, les revenus « propres » locaux étaient alloués de manière inéquitable – les plus riches allouant 41 fois plus que les plus pauvres. Toutefois, trois ans plus tard, les allocations basées sur une formule gouvernementale (essentiellement basée sur la taille de la population) avaient pratiquement réalisé l'équité, avec les plus riches recevant seulement 1,2 fois plus que les plus pauvres. En ce concerne l'écart entre les allocations de revenus de source « propre », il a également baissé de 41 à 11 fois plus que les plus pauvres.

Colombie: Budget Central Moyen et Revenus de Source Propre par Tête et Décile de Revenu

Tableau 7

Déciles	1994		1995		1996		1997	
	Budget central	Propre						
1 pauvre	7,1	0,2	10,9	0,2	22,4	0,9	54,6	2,1
2	10,7	0,5	12,0	0,8	22,8	1,2	56,2	2,9
3	10,5	1,2	15,3	1,4	25,4	3,2	59,1	7,1
4	14,8	2,2	19,4	2,4	26,6	4,7	54,4	9,6
5	16,9	2,6	24,3	4,3	28,8	7,6	62,4	13,9
6	28,1	4,1	27,1	6,0	38,0	12,8	60,0	18,1
7	24,5	4,1	36,0	7,9	47,2	14,7	67,3	20,3
8	25,7	4,1	41,6	8,0	45,8	13,4	67,3	21,2
9	37,8	6,7	52,4	10,0	56,0	18,1	64,7	23,4
10 riche	43,4	8,3	58,7	14,0	52,7	21,2	64,6	25,0
Moyenne	21,9	3,4	29,7	5,4	36,6	9,8	61,1	14,4
10 ^e /1 ^{er}	6,11	41,5	5,38	70,0	2,35	23,55	1,18	11,9

Allocations actuelles aux hôpitaux et services administratifs

<i>Régions</i>	Administration	RSSB	Réseau hospitalier	IFCS	Total
Chaouia Ouardigha	11,14%	41,77%	47,09%	0,00%	100%
Doukkala-Abda	13,42%	46,62%	39,96%	0,00%	100%
El Gharb-Chrarda	8,33%	43,08%	48,59%	0,00%	100%
Fès-Boulemane	8,14%	39,38%	50,74%	1,74%	100%
Grand Casablanca	10,65%	38,85%	48,61%	1,89%	100%
Guelmim-Smara	12,56%	55,93%	31,50%	0,00%	100%
Laayoune -Boujdour	10,09%	28,20%	61,71%	0,01%	100%
Marrakech-Tensift-ElHaouz	4,46%	41,86%	52,11%	1,56%	100%
Meknès-Tafilalet	12,79%	42,05%	44,12%	1,05%	100%
Orientale	6,26%	47,26%	46,11%	0,38%	100%
Oued Eddahab	11,47%	34,39%	54,14%	0,00%	100%
Rabat-Salé-Zemmour-Zaer	12,84%	54,40%	27,29%	5,48%	100%
Souss-Massa-Draa	6,27%	52,71%	39,50%	1,52%	100%
Tadla-Azilal	10,75%	54,32%	34,93%	0,00%	100%
Taza-Al Hoceima	5,12%	58,76%	36,12%	0,00%	100%
Tanger-Tétouan	8,41%	41,77%	49,54%	0,28%	100%
<i>Total</i>	9,08%	45,67%	44,07%	1,17%	100%

Source: MS, Direction de la Planification et des Ressources Financières, Service de l'Economie Sanitaire. 2001.

Fonctions par niveau d'après le Plan Stratégique

1. Les actions de régulation et de coordination nationale

1.1. La Fonction de financement

a. Un financement suffisant et stable

Le financement du système de santé demeure la préoccupation première des pouvoirs publics. Toutes les modifications de l'organisation du système de santé, des prestations, des assurances, du cadre financier en général etc. impliquent une nouvelle évaluation économique pour anticiper les effets à moyen et long terme sur les différents éléments du système. Dans ce cadre, l'élaboration régulière et permanente des Comptes Nationaux de la Santé permettrait non seulement d'étudier les mécanismes du financement du système et ses flux, mais aussi d'anticiper leur évolution et de proposer des solutions pour l'amélioration de ce financement.

La croissance des coûts du secteur de la santé exige l'adoption prioritaire de mesures de gestion (Voir stratégie d'amélioration de la gestion).

Cependant, une bonne partie de cette croissance est due à des facteurs externes et non à la gestion des services tels que la démographie, les changements épidémiologiques, les attentes de la population, la croissance de la demande, les possibilités technologiques etc.

Ces pressions structurelles sur les ressources du système de santé exigent l'adoption de mesures appropriées pour que celui-ci puisse survivre à moyen terme. Dans ce contexte, les mécanismes de financement adoptés doivent garantir un cadre financier suffisant et stable pour le développement du système national de santé.

Par ailleurs, la mise en place de l'Assurance-Maladie exige l'établissement de mécanismes de coordination entre l'Administration Centrale, Régionale et les nouvelles structures d'assurance. Il est nécessaire d'établir un système d'accréditation et de suivi des services rendus par les assurances ce qui demande l'organisation, au niveau central, d'une part d'une base de données sur la population assurée et d'autre part sur les dépenses engendrées par les différents assureurs. Ce système devra permettre d'effectuer des analyses sur la consommation médicale.

b. Une allocation de ressources sur la base des besoins de santé de la population et de critères d'équité

Le processus de régionalisation et de réforme du secteur a induit une remise en question des bases actuelles d'allocation de ressources en général et financières en particulier.

Pour améliorer l'équité et orienter les services davantage vers l'amélioration de la santé, l'allocation des ressources devra être basée sur les besoins de la population et non pas sur les demandes des institutions selon des critères objectifs qui allient à la fois l'équité et la performance des institutions.

Ces besoins de santé de la population seront différents selon les régions car la morbidité varie d'une région à l'autre. Un système juste d'allocation de ressources devra partir d'une base per capita, pondérée par des éléments comme la

démographie, les taux de mortalité standardisés et des indicateurs des groupes des couches les plus défavorisées.

1.2. La fonction de régulation et de coordination du système

La réorganisation du système de santé et son adaptation continue aux nouveaux besoins sociaux nécessite la mise en place d'instruments efficaces de régulation. Cette fonction doit correspondre fondamentalement à celle du niveau régional.

Par ailleurs, la décentralisation/déconcentration du système de santé et la révision des fonctions de l'Administration centrale a créé un besoin de coordination nouveau. La création d'un Conseil inter-régional intégrant à la fois des représentants des Administrations Centrales et Régionales serait l'organe de coordination national qui permettrait de communiquer, de consulter et de mettre en commun certaines décisions d'intérêt national. Les fonctions de ce Conseil seraient :

- ◆ la consultation : échange d'informations sur les principaux problèmes du secteur et sur leurs solutions ;
- ◆ la participation à l'élaboration de la politique sanitaire ;
- ◆ la planification du développement du secteur ;
- ◆ la participation au processus d'élaboration des projets de budget ;
- ◆ la coordination de la mise en œuvre de la politique sanitaire.

1.3. La fonction de planification

Le système de santé est conçu comme une organisation planifiée des services de santé. L'instrument de cette planification est le Plan Intégré de Santé.

L'élaboration de ce plan à partir de la politique sanitaire définie, est basé sur les priorités fixées pour tout le territoire national. Il doit être fortement lié aux valeurs de solidarité et d'équité. Par conséquent, il doit rechercher une répartition équilibrée des ressources sanitaires sur l'ensemble du territoire national.

Ce plan intégré, en plus de l'agrégation des Plans Régionaux fixera un catalogue des services de hautes technologies lesquels, pour des raisons d'économie d'échelle, seront développés au niveau de certains centres d'intérêt national (Supra-régional).

Ce Plan sera élaboré en coordination avec les Administrations Régionales puisque la plupart des objectifs de ce Plan National devront être exécutés par les Régions.

Le Conseil Inter-régional servirait comme forum pour ce processus de planification conjointe.

1.4. Le système d'information sanitaire

L'existence d'un système national d'information sanitaire qui apporte des données comparables est une nécessité pour la planification et la gestion efficace du système de santé.

Ceci revêt une importance particulière pour les raisons suivantes:

- ◆ les données socio-sanitaires et épidémiologiques sont essentielles pour la définition des priorités de santé et pour l'évaluation des résultats des politiques de santé aux niveaux national et régional,
- ◆ la distribution efficiente et solidaire des ressources n'est pas possible sans l'existence d'informations fiables,

- ◆ l'incitation à une meilleure gestion par tous les acteurs du système, dépend de l'existence d'indicateurs des coûts et des résultats de santé.

1.5. La politique du médicament

Le MS se doit de définir une politique du médicament plus ambitieuse. Cette politique doit impérativement passer par un renforcement des capacités et des actions du Laboratoire National du Contrôle des Médicaments et des Spécialités Pharmaceutiques (LNCMSP) et celles de l'Administration Centrale. Le premier renforcement vise l'amélioration de la qualité des médicaments alors que le second a pour objectif de permettre au MS de jouer pleinement le rôle de régulateur qui est le sien en ayant comme principal objectif non seulement l'amélioration de la qualité du médicament mais aussi son accessibilité (physique et financière).

1.6. La politique des ressources humaines

Afin de renforcer les capacités du personnel du MS, de maintenir des critères d'homogénéité des professionnels de santé dans tout le système et de garantir un degré de polyvalence qui facilite la possibilité que tous professionnels puissent travailler dans toutes les institutions sanitaires du système, il est indispensable de renforcer la formation à plusieurs niveaux.

Premièrement, concernant La formation Médicale, les principales mesures à entreprendre sont les suivantes :

- a. Redéfinir le profil du Médecin généraliste dans le cadre d'un atelier de consensus associant les facultés de Médecine, de pharmacie et de médecine dentaire et le département de la santé.
- b. Instituer un partenariat entre les Facultés de Médecine, de pharmacie et de médecine dentaire et le département de la santé (Direction, Délégations et autres institutions du Ministère de la Santé)
- c. Arrêter et mettre en œuvre un plan de formation des médecins généralistes, des médecins spécialistes, de chirurgiens dentistes et des pharmaciens tenant compte des besoins du secteur de la santé dans le cadre de la régionalisation et des possibilités d'encadrement.
- d. Développer au profit des médecins généralistes, en particulier, des activités de formation continue pour leur permettre une meilleure intégration dans les structures des soins de santé de base, notamment.
- e. Réformer le statut du résidant pour le rendre plus attrayant pour les candidats à la spécialité.
- f. Améliorer la performance des facultés en collaboration avec le département chargé de l'enseignement supérieur.

Deuxièmement, l'amélioration de la formation en administration sanitaire

- a. Renforcer les capacités de l'INAS.
- b. Consolider et développer l'expérience de l'enseignement à distance.
- c. Développer la recherche sur le système de santé en adéquation avec les problèmes et priorités du département.

- d. Renforcer la coopération internationale pour une plus grande mobilisation des ressources.
- e. Soutenir l'INAS dans ses efforts de restructuration et d'adaptation aux besoins du secteur (particulièrement en management).

Troisièmement, concernant la formation de base du personnel paramédical, il est nécessaire de mettre œuvre les mesures suivantes.

- a. Renforcer les ressources humaines des IFCS pour l'encadrement.
- b. Développer les curricula et le matériel pédagogique.
- c. Renforcer les équipements didactiques des Instituts.
- d. Mise en place d'approche qualité dans le processus de formation initiale.
- e. Diversifier les profils de formation et étendre le dispositif de formation.
- f. Améliorer la gestion et favoriser l'autonomie des établissements de formation.
- g. Améliorer et renforcer les infrastructures de formation.
- h. Mettre en place des mécanismes de coordination avec les départements concernés pour organiser l'enseignement paramédical dans le secteur privé.
- i. Impliquer les IFCS dans la conception et la mise en œuvre des réformes portant sur la formation.

Enfin, pour la formation Continue, il s'agira de :

- a. Consolider et améliorer les acquis par la mise en œuvre de la nouvelle stratégie de formation continue (SNFC) par :
 - L'institutionnalisation des structures et organes chargés de la mise en œuvre de la SNFC.
 - La sensibilisation des acteurs au niveau provincial, régional et national.
 - L'élaboration du plan de mise en œuvre par niveau.
- b. Assurer et maintenir une meilleure coordination des activités de FC.
- c. Institutionnaliser et systématiser les activités de FC au profit de tous les professionnels employés dans le système national de santé.
- d. Renforcer les moyens d'action des structures centrales, régionales et provinciales chargées de la FC.
- e. Mettre en place un système d'approche qualité dans le dispositif de FC.

1.7. La coordination de la santé publique²

La fonction **santé publique** est généralement considérée comme prioritaire. Mais elle ne reçoit que très peu de ressources. Le processus de décentralisation des services de santé curatifs (réseau hospitalier) risque de faire oublier l'importance des actions de **santé publique** dans l'amélioration de la santé.

² Pour la fonction santé publique, il s'agit d'une série d'activités fondamentales et indispensables destinées à protéger la santé de la population et à traiter les maladies, et visant l'environnement et la communauté. Elles sont vitales pour le maintien et l'amélioration de la santé. Les pays, à tous les niveaux, doivent veiller à ce que ses services respectent des normes minimales. Leur application doit être surveillée par des services de l'Etat (document « la santé pour tous au XXI ème siècle » Organisation Mondiale de la santé- document du conseil exécutif EB101/8).

Le modèle territorial régional décrit plus haut indique que la fonction **santé publique** serait dévolue en partie aux Régions. Il est donc nécessaire de coordonner ces actions par le niveau central et de mettre en relation cette coordination avec le Conseil Inter-régional.

Cette coordination est extrêmement importante dans les situations de problèmes majeurs de **santé publique** (exemple : épidémie etc.) et le Conseil Inter-régional devra, pour les crises de cette nature, avoir un rôle décisionnel et non seulement de coordination.

1.8. Développement et actualisation de la législation sanitaire

L'utilisation judicieuse des outils juridiques implique une démarche rationnelle principalement axée sur :

Une analyse approfondie des besoins réels permettant de rassembler les données relatives aux différents domaines et qui réclament un effort particulier en terme :

- d'organisation, réforme ou performance des prestations sanitaires,
- de développement et valorisation des ressources humaines,
- de renforcement des ressources financières des établissements de santé,
- d'interaction entre les éléments du système de santé,
- d'équilibre entre le secteur public et le secteur privé,
- d'accessibilité maximale aux soins etc.

La conception des textes juridiques susceptibles de servir de support et d'appui à ces différents domaines.

Conformément à cette approche juridique fondée sur des critères objectifs, l'outil juridique devient le moyen incontournable d'opérer les changements souhaitables. Le recours aux outils juridiques, aura l'avantage d'impliquer juridiquement le secteur public et le secteur privé de santé qui seront légalement responsables du respect des dispositions des lois et de leurs textes

Fonctions par niveau d'après le document de synthèse

DEFINITION DES MANDATS ET DES ATTRIBUTIONS

La politique de régionalisation aura nécessairement un effet sur la définition et le partage des mandats entre l'administration centrale, le palier régional et la province. L'exercice de définition des mandats réalisés par deux groupes de travail confirme en fait la place et le rôle qu'on souhaite pour la tutelle ou l'administration centrale. Il s'agit des attributions classiques d'un Ministère de la santé et du retrait de ce dernier, sauf en cas de catastrophe, du jour à jour de la gestion et du fonctionnement des établissements et services de santé. Ces attributions peuvent être résumées comme suit:

- Définition d'une politique nationale de santé
- Planification sectorielle
- Allocation des ressources dans une perspective d'équité inter-régionale
- Appui d'expertise aux régions
- Inspection et contrôle
- Régulation sur les grands paramètres du système de santé (financement, règles du jeu pour le privé, disponibilité et formation du capital humain...)
- Coordination des actions des différents ministères et des différentes directions du Ministère de la Santé afin de soutenir le développement de l'offre de soins et des programmes et politiques de santé dans les régions

Le mandat du palier régional a été défini en fonction de quatre catégories soit : le rôle de la région dans la gestion, le financement, la production et l'utilisation de l'information et le développement des projets cliniques. Il est présenté ici sans tenir compte de ces catégories pour éviter les redondances. Les attributions du palier régional proposées par peuvent être résumées comme suit:

- Représentation du ministère dans la région
- Planification de l'offre de soins et des interventions en santé
- Identification des besoins entre autres par le biais de l'Observatoire régional d'épidémiologie
- Gestion de la performance et de la qualité
- Gestion des ressources humaines
- Gestion du redéploiement de ressources humaines, matérielles et financières du central vers la région
- Coordination intersectorielle
- Mobilisation de ressources financières additionnelles
- Allocation des ressources financières
- Engagement des dépenses
- Regroupement des achats lorsque pertinent
- Suivi et coordination des marchés lorsque pertinent
- Production d'indicateurs de besoins, de monitoring de la qualité et de la performance
- Favoriser le développement de recherches appliquées

De telles attributions au palier régional vont, comme on le verra, avoir des conséquences quant au modèle d'organisation régionale qui sera proposé. Les attributions des provinces reprennent en partie celles qui ont été énoncées pour le niveau régional mais en se centrant sur les aspects opérationnels, de la planification et de la gestion des soins et des interventions en santé. Brièvement, ces attributions peuvent être résumées comme suit:

- Gestion directe et courante des ressources humaines et financières incluant les fonctions de suivi, d'évaluation et de contrôle au niveau de la province ou des établissements selon le cas
- Réalisation des projets d'aménagements physiques
- Réalisation de filières de soins pour mieux coordonner les ressources hospitalières et ambulatoires
- Collaboration et implication dans des projets ou initiatives d'envergure régionale

L'exercice de définition des attributions ou mandats de ces différents niveaux a permis aux acteurs d'identifier la manière dont ils peuvent assumer leurs responsabilités dans une perspective de régionalisation. Ce travail reste incomplet dans la mesure où nous n'avons pas été en mesure de spécifier les écarts entre ces attributions, qui représentent en fait une situation idéale du point de vue des participants, et la situation réelle de ces différents niveaux en terme de partage des mandats et des responsabilités. De plus, sans une démarche visant à approfondir concrètement le fonctionnement du niveau provincial, entre autres sur le plan de l'intégration et de la coordination des soins et des services, il devient difficile de tester le réalisme de ce partage théorique des mandats.

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

Ministère de la Santé

Dr Cherradi, Chef de la division de la santé scolaire et universitaire, DP
Dr Jroni, Directeur de la DHSA
Dr Darkaoui, Chef de division des soins ambulatoires, DHSA
Dr Belghiti, Responsable UMER, DHSA
M. Lagham, Directeur de la DEM
Dr Mahjour, Directeur de la DELM
M. Jalil Hazim, Chef de division financière, DPRF
Dr Braikat, Chef du programme national d'immunisation, DP
M. Belkadi, Directeur de la DRH
M. Idriss Zineddine, Chef de service de l'Economie Sanitaire, DPRF
Melle Asmaa El Alami F, Cadre du service de l'Economie Sanitaire, DPRF

Ministère des Affaires Générales

M. Ziani

USAID

M. Peter Kresge, General Development Officer
Mme Susan Wright, Population and Health Team Leader
M. Dawn Traut, Consultant
M. Taoufik Bakkali, Project Management Specialist

Progress - JSI

M. Volkan Cakir, Directeur, JSI
Mme Boutaina El Omari, Conseiller technique, JSI

Annexe 3 : Références bibliographiques

Bossert, Thomas J. Decentralization of Health Systems in Latin America: A Comparative Study of Chili, Colombia, and Bolivia. Harvard School of Public Health, June 2000

Bossert, Thomas J. Directives pour la Promotion de la Décentralisation des Systèmes de Santé. Harvard School of Public Health, June 2000

Conférence sur le financement des programmes de santé de la reproduction et de santé de l'enfant. Tanger. Juillet 2000

Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires. Ministère de la Santé. Séminaire/Atelier sur l'Organisation du Système de Santé dans le Cadre de la Régionalisation. Settat. Novembre 2000, et documents de travail ayant servis à la préparation du présent rapport.

Loi No. 47-96 relative à l'organisation de la région

Ministère des Affaires Sociales. Données sur le Découpage Régional. (sans date)

Ministère de la Fonction Publique et de la Reforme Administrative. Etude sur la Déconcentration Administrative. 1998.

Ministère de la Prévision Economique et du Plan. Enquête Nationale sur les Niveaux de Vie des Ménages 1998/1999 (ENNVM 1998/9)

Ministère de la Santé. Comptes Nationaux de la Santé 1997/98. Mars 2001

Ministère de la Santé, Santé en Chiffres 1999

Ministère de la Santé, Santé en Chiffres 2000

Ministère de la Santé, Stratégie Sectorielle et Plan d'Action, octobre 1999

Project de Planification Familiale et Santé Infantile au Maroc, Phase V. Rapport Final, mai 1994 - septembre 2000. JSI Maroc. 2000