

FICHE ACTION MAROC

1. IDENTIFICATION

Intitulé	Programme d'Appui à la Consolidation de la Couverture Médicale de Base (CMB) au Maroc		
Coût total	40 millions d'Euros		
Méthode d'assistance / Mode de gestion	Programme d'appui à la politique sectorielle: appui budgétaire sectoriel (gestion centralisée)		
Code CAD	12110	Secteur	Politique de la santé et gestion administrative

2. MOTIF ET CONTEXTE NATIONAL

2.1. Situation économique et sociale

Après les bons résultats économiques de 2006 présentés lors de la 5^{ème} session du dialogue économique UE-Maroc, l'économie marocaine se doit désormais de pérenniser un chemin de **croissance** structurelle suffisamment élevée pouvant dégager les ressources et les marges de manœuvre suffisantes, particulièrement dans la perspective d'une ouverture accrue à la concurrence étrangère (Accord d'Association, Accord de Libre Echange), afin de résoudre les nombreux défis économiques et sociaux du pays. Si le Maroc respecte globalement sa contrainte budgétaire, bénéficie d'une abondante capacité de financement interne et d'une situation d'endettement soutenable, le double excès d'offre observé sur les marchés des facteurs de production (générant un niveau de chômage important et une sous utilisation de l'épargne nationale), témoigne d'obstacles structurels à l'initiative privée, à l'investissement et à la croissance. De plus, les indicateurs de développement humain (pauvreté, éducation, santé) restent bien en deçà des potentialités réelles du pays et révèlent des indices préoccupants concernant le développement social. Le niveau de **pauvreté** générale au Maroc s'est établi à 14,3% en 2004. Le chômage, l'emploi informel et le sous emploi restent inquiétants : le taux de **chômage** étant de 18,4% au niveau urbain (2005) et de 32,7% au niveau des jeunes (2005), en hausse pour 2006. L'analphabétisme et les mauvaises conditions de santé et d'éducation fragilisent des couches très larges de la population qu'ils soient diplômés ou non.

Le dernier rapport du PNUD sur le Développement Humain (2006) a classé le Maroc au 123^{ème} rang mondial alors qu'il figure en 105^{ème} position en matière de revenu par tête. Une problématique nationale relative à une meilleure participation de la population à la croissance économique du pays et à une meilleure allocation et redistribution des richesses s'impose. Celle-ci ne peut pas être abordée ni résolue à travers le seul prisme des équilibres macroéconomiques mais essentiellement en terme de réformes structurelles visant entre autres l'efficacité et l'efficience des services publics, la promotion d'une meilleure gouvernance publique

institutionnelle, économique, financière et juridique, la promotion du capital humain et l'accès aux services sociaux, ainsi qu'une meilleure fluidité des canaux de transmissions des ressources financières nationales vers le secteur privé productif et générateur d'emplois.

2.2. Politique de coopération du pays bénéficiaire

Le Maroc a défini une politique générale qui repose sur trois piliers distincts mais hautement complémentaires: tout d'abord, une **évolution politique progressive** mais ferme vers l'établissement d'un régime démocratique plein et d'un Etat de Droit comparable à celui de ses voisins européens ; ensuite, **l'obtention d'une croissance économique plus forte et plus stable**, seule à même de créer des emplois en nombre et de qualité diversifier les sources de la croissance économique, en favorisant le développement de nouveaux secteurs, en améliorant le climat des affaires et d'investissement, en poursuivant la réforme du cadre légal, la protection des investisseurs, le droit de propriété et le renforcement des contrats, ainsi que la soutenabilité des finances publiques; finalement, **le renforcement de la cohésion sociale et la lutte contre la pauvreté**, la réduction des déficits sociaux et l'aide aux personnes les plus démunies. L'Accord d'Association ainsi que le Plan d'Action représentent, de ce point de vue, une priorité majeure de la politique du pays. Le Maroc considère que le Plan d'Action Voisinage est ambitieux et qu'il représente une première réponse positive de l'Europe à la demande d'un statut avancé formulée par S.M. le Roi Mohammed VI en 2005.

En matière de développement social et de lutte contre la pauvreté, la Maroc a élaboré une série de mesures réglementaires et législatives, ainsi que des stratégies d'intervention dans différents secteurs, couvrant ainsi l'ensemble des champs d'action du domaine social.

2.3. Programme sectoriel du gouvernement

L'analyse de l'état d'avancement des composantes du programme du Gouvernement pour le secteur de la santé indique l'amorce d'un processus de mise en place d'un cadre stratégique sectoriel et de sa projection budgétaire pluriannuelle, ainsi que d'un système de suivi des performances, mais pas encore une vision sectorielle claire pour le volet de la réforme relatif au financement du secteur et plus spécifiquement à la mise en place de la couverture médicale de base. Cette analyse met en lumière une approche fragmentée et un manque de vision prospective:

Le document de politique sectorielle du Gouvernement. Le Gouvernement prépare sa Stratégie Santé "Vision 2015". Ce document de politique sectorielle, pour la première fois au Maroc, devrait apporter une vision globale et systémique du secteur de la santé. Le projet de stratégie replace les objectifs et contraintes de ce secteur dans le cadre plus large du développement économique et de lutte contre la pauvreté et identifie les principaux points de faiblesse. Il reprend également des éléments de la réforme de la couverture médicale, bien que la visibilité dans ce domaine ne soit pas encore aussi clairement établie à ce stade. Ce document de stratégie n'a pas encore été adopté par le Gouvernement.

Le budget sectoriel et sa projection à moyen terme. Un premier Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) a été élaboré pour la période 2007-2009. Il s'agit à ce stade

d'un premier exercice. Un nouveau CDMT (2008-2010) devrait être initié dans le courant de l'année 2007 pour être intégré à la loi de finances 2008. Il devrait ainsi devenir progressivement un outil de programmation budgétaire opérationnel. Le financement destiné à la prise en charge du Régime d'assistance médicale aux démunis (RAMED) et de l'ensemble des mesures financières d'accompagnement de la mise en place de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) ainsi que la réactivité du système après la mise en place de l'AMO devront être pris en compte dans le CDMT 2008-2010.

Un système de suivi de la performance : Il n'existe pas un seul système intégré de mesure de la performance du secteur de la santé. Certaines composantes devront être renforcées et/ou complétées avec le soutien de l'assistance technique prévue dans le cadre du programme.

Un des axes principaux du programme envisagé sera dès lors de renforcer le pilotage et la cohérence, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la réforme de la couverture médicale par le biais d'un important volet d'assistance technique.

2.4. Enseignements tirés

Sont rassemblés ici des enseignements généraux tirés de la mise en œuvre des deux programmes financés par la CE en appui à la réforme du secteur de la santé (y compris la phase I de l'appui à la couverture médicale) :

- Lenteur dans la définition et surtout la mise en œuvre des réformes, suite aux difficultés financières, techniques et politiques non explicitement appréhendées aux différentes étapes de la réforme.
- Fragmentation des structures impliquées dans la conduite des réformes et absence d'une chaîne de commandement claire dans la coordination. Cette situation entrave l'adoption d'une vision globale et rend difficile le pilotage d'ensemble de la réforme.
- Difficulté du Ministère de la Santé à traduire les orientations politiques en modalités pratiques de mises en œuvre.

2.5. Actions complémentaires

La présente action, dont l'objectif est de consolider le premier programme d'appui financé par la CE qui a principalement consisté en un appui à la mise en place du cadre législatif et réglementaire de la réforme, se concentrera sur le volet social de la réforme et sera articulée et complétée par les appuis donnés par d'autres acteurs du développement et notamment la France (qui appuie les organismes gestionnaires de l'assurance). D'autres bailleurs pourraient décider d'appuyer ou de consolider (Banque Africaine de Développement, Banque mondiale,..) leur appui à ce volet de la réforme, mais les programmes ne sont pas encore décidés. D'autres actions en cours ou à venir complètent le présent programme sur le volet offre de soin (CE, BEI, France, Espagne, etc.).

2.6. Coordination des bailleurs de fonds

Un processus de coordination existe entre les bailleurs de fonds (pilote par le groupe thématique santé UE), mais il y n'y a pas de système permanent de coordination piloté par les autorités marocaines. Ce processus sera mis en place comme préalable dans le cadre de la mise en place de ce programme. L'approche systémique poursuivie dans la conception de ce programme offre un cadre approprié pour coordonner les actions du secteur.

3. DESCRIPTION

3.1. Objectifs

L'objectif global du programme est l'amélioration de l'état de santé de la population marocaine. L'objectif spécifique du programme est de contribuer à l'amélioration durable des conditions d'accès à des services de santé de base de qualité aux populations pauvres et vulnérables à travers une extension de la couverture médicale de base.

3.2. Résultats escomptés et principales activités

Les axes et composantes du programme répondent à la priorité de la Commission d'appuyer le Gouvernement du Maroc à parvenir à traduire les principes d'équité et de solidarité, qui constituent l'esprit même de la Loi 65-00, sous formes de mécanismes et de modalités concrètes permettant le financement pérenne d'un ensemble de services de santé prioritaires accessibles à l'ensemble de la population et en particulier aux plus démunis. Dans cette perspective, le programme proposé prévoit trois axes principaux:

- i) Appuyer la mise en œuvre du RAMED, le volet social de la réforme de la couverture médicale - les activités sur cet axe seront destinées à appuyer la mise en œuvre de l'ensemble des mécanismes relatifs à l'opérationnalisation de ce régime: mobilisation des financements publics nécessaires, mise en place des mécanismes de sélection des bénéficiaires, établissement et gestion des cartes d'affiliés, etc.;
- ii) Compléter le dispositif de prise en charge de façon à, d'une part, couvrir l'ensemble des populations pauvres et vulnérables et, d'autre part, améliorer l'accès à des soins de base de qualité pour les populations couvertes - les activités sur cet axe seront destinées à apprécier l'étendue de la population démunie non couverte par le RAMED ou d'autres régimes et d'aider à la réflexion pour trouver d'autres mécanismes adéquats pour les prendre en charge, appui à la réflexion sur la définition de services de santé de base, etc.;
- iii) Renforcer les capacités de pilotage, de mise en œuvre et de suivi/évaluation de la réforme de la CMB - les activités sur cet axe seront centrées sur l'appui à la mise en place et/ou le renforcement des capacités tant des organes chargés du pilotage de la réforme de la CMB que de la régulation du système de santé dans son ensemble (comité de pilotage interministériel, Ministère de la Santé,

Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM), établissements de soins, etc.).

Un volet d'assistance technique est destiné à apporter un appui technique aussi bien ponctuel que de long terme pour le renforcement institutionnel. La première année de mise en œuvre du programme sera consacrée précisément à cela. Des indicateurs de résultats permettant de mesurer la performance de la réforme accompagnent chacune des mesures du programme.

Les résultats principaux escomptés du programme sont au nombre de quatre :

- (1) Un RAMED mis en œuvre et financé pour l'ensemble des populations pauvres et vulnérables (à l'heure actuelle, 8,5 millions de personnes sont à priori éligibles).
- (2) Accès effectif à des soins de santé de base pour l'ensemble des bénéficiaires du RAMED.
- (3) Mise en place de dispositifs de financement et d'accès aux soins de santé de base pour les populations démunies ne bénéficiant ni du RAMED ni d'un autre régime d'assurance maladie.
- (4) Organismes impliqués dans la mise en œuvre de la réforme de la CMB (Ministère de la Santé, Ministère de l'Intérieur, Collectivités Locales, ANAM, Caisses, instances professionnelles, associations d'usages, hôpitaux) opérationnels et dotés des capacités techniques et gestionnaires.

3.3. Parties prenantes

Les parties prenantes sont principalement les Ministères de la Santé, des Finances et de l'Intérieur, les prestataires de soins publics et privés, les professionnels de la santé, les collectivités locales, l'ANAM, la Caisse nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS), la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) et les usagers.

3.4. Risques et hypothèses

Une supervision soutenue de l'exécution du programme, combinée à l'appui de l'assistance technique, à des évaluations intermédiaires et une coordination renforcée, permettront de maîtriser un certain nombre de ces risques. Ci-après les risques identifiés, ainsi que les mesures envisagées pour les atténuer:

- (1) Risque: fléchissement de l'engagement politique dans la poursuite de la réforme. Mesure: suivi du programme et dialogue continu de la Commission avec les autorités marocaines au niveau politique et une meilleure participation et sensibilisation de tous les acteurs de la réforme.
- (5) Risque: mise en œuvre plus lente que prévue. Mesure: appui technique de court et long terme avec un renforcement de la coordination interministérielle et du pilotage de la réforme.

- (6) Risque: une amélioration insuffisante de l'offre publique de soins. Mesures: l'appui à la réforme du financement de la santé doit être étroitement articulé à l'augmentation de la performance de l'offre de soins, pour avoir un impact en termes d'amélioration effective de l'accès à des services de santé. La problématique de l'offre doit être prise en compte, notamment, dans les projets, en cours et futurs, des bailleurs de fonds.
- (7) Risque: une évolution économique défavorable ou des hypothèses sous-estimées, entraînant une population éligible au RAMED supérieure à celle déterminée à présent (8.5 millions de personnes). Mesure: réévaluation des capacités et du mécanisme de financement de ce régime et adaptation éventuel du rythme de la réforme.

Les risques ayant traits aux critères d'éligibilité sont relatifs à la mise en œuvre effective d'un CDMT et la validation d'une stratégie sectorielle de moyen terme: La mise en place du CDMT est soutenue également dans le cadre d'un appui de la Banque mondiale et de la CE à la réforme administrative. Un renforcement de la coordination des bailleurs de fonds avec le Gouvernement pour soutenir une stratégie soutenue conjointement.

3.5. Questions transversales

En ce qui concerne l'égalité des genres, le programme prend en compte l'amélioration de l'accès à des soins de qualité pour la mère et l'enfant, ainsi que les femmes enceintes. De plus, les données mesurées par les indicateurs du programme seront, dans la mesure du possible, désagrégées par genre.

Une amélioration de la gouvernance est recherchée : (i) dans la gestion de l'attribution de cartes d'accès à des soins gratuits par un système de sélection des populations les plus démunies sur la base de critères objectifs ; (ii) dans la gestion des hôpitaux, par notamment, la mise en place de systèmes de traçabilité des actes et médicaments octroyés ; (iii) par la conduite d'enquêtes de satisfaction auprès de la population ; et (iv) par un renforcement du rôle de régulation et de supervision des ministères et autres organes concernées.

Une reconnaissance du droit des populations démunies à l'accès à des soins gratuits par l'octroi de cartes RAMED. Une recherche de mécanismes, afin de renforcer la participation des usagers et des professionnels de la santé dans la mise en œuvre de la couverture médicale du pays.

4. QUESTIONS DE MISE EN ŒUVRE

4.1. Méthode de mise en œuvre

Gestion centralisée.

4.2. Procédures de passation de marchés et d'octroi de subventions

Tous les marchés de services relatifs à l'aide complémentaire (assistance technique, suivi, audit et évaluation du programme) doivent être attribués et exécutés conformément aux procédures et aux documents standard établis et publiés par la

Commission pour la mise en œuvre des opérations extérieures, tels qu'en vigueur au moment du lancement de la procédure en cause.

4.3. Budget et calendrier

Le montant total de l'appui de la CE est de 40 millions d'euros dont environ 36,4 millions seront versés au budget de l'Etat et environ 3,6 millions seront réservés pour l'assistance technique, formation et études. L'appui budgétaire direct (36,4 millions d'Euros) sera débloqué en trois tranches. En fonction des négociations, ce programme pourra faire l'objet soit de tranches variables uniquement, soit de tranches fixes et variables. La durée opérationnelle du programme sera de 48 mois à partir de la signature de la convention de financement.

4.4. Suivi de l'exécution et critères de décaissement

Compte tenu de la complexité, de la sensibilité politique et des enjeux de cette réforme, la Commission s'adjoindra l'appui d'une équipe d'experts qualifiés dans le domaine de l'assurance maladie, du financement de la santé et de la fourniture des prestations médicales qui effectuera une mission de suivi avant le déboursement de chacune des tranches. Ces missions de suivi, ainsi que l'assistance technique mise en place dans le cadre de ce programme, permettront de suivre de près les actions entreprises et de renforcer le dialogue avec le gouvernement afin d'identifier et de tenter de corriger les éventuels problèmes de performance.

Les indicateurs de performance seront destinés à capturer la mise en œuvre effective des mesures retenues dans le programme. Ces indicateurs sont proposés à défaut d'indicateurs définis dans la politique et le programme national. Ils serviront de base de discussion et de négociation avec les autorités marocaines. Ils devront être spécifiés, précisés et adaptés par des techniciens. Une pondération sera établie. Ces indicateurs s'inscrivent dans une logique cohérente et une séquence dans la durée du programme d'appui pour mesurer la performance du programme de réforme.

Une séquence réaliste sera fixée dans la matrice. A titre indicatif, et bien que ceci devra faire l'objet d'une négociation avec le bénéficiaire, les indicateurs retenus pour les déboursements des tranches seront ceux relatifs à la sécurisation du financement du RAMED, au nombre de bénéficiaires RAMED, à l'augmentation de l'utilisation des services de santé par les bénéficiaires du régime RAMED et à la diminution de l'exclusion.

4.5. Évaluation et audit

La mise en œuvre du programme fera l'objet d'un suivi régulier par les services de la Commission, qui sera assistée par une équipe d'experts qualifiés qui effectueront trois missions de suivi qui auront pour objectif d'apprécier le niveau d'atteinte des indicateurs et de documenter ainsi le paiement envisagé des tranches variables. Le programme fera l'objet d'une évaluation gérée par la Commission à la fin de son exécution.

4.6. Communication et visibilité

Le programme respectera les dispositions du Manuel de visibilité de l'UE applicables aux actions extérieures (à titre indicatif, un communiqué de presse à la signature de la Convention de financement, la visibilité sur tous les études et rapports, un séminaire de clôture à la fin du programme).