

Rapport

L’atelier du Caire : « Le renforcement du rôle du secteur privé dans l’extension de la couverture médicale »

# Le Partenariat Public Privé (PPP)

Le Maroc, à l’instar des pays en voie de développement, est confronté à de nombreux défis relatifs aux besoins en soins de santé de leurs populations. En effet, les contraintes financières, la limitation en ressources humaines et la faiblesse des infrastructures mènent à la délivrance de services de santé de mauvaise qualité et malgré la réalisation les gros progrès en matière de santé au cours de la dernière décennie, une très grande frange de la population, n’a pas accès aux soins de santé de base.

La privatisation d’un secteur aussi vital et sensible que celui de la santé, même si elle était réalisable, n’est politiquement pas concevable. Restera donc le recours au Partenariat Public Privé, comme seule alternative pour notre pays pour parvenir à un niveau d’offre de soins acceptable. Pour ce faire, il faudra « rassembler » toutes les ressources aussi bien matérielles qu’humaines, disponibles dans les deux secteurs public et privé

En fait, le P PP en matière de santé est complexe et plein de défis

S’éloigner du rôle traditionnel du secteur public comme premier fournisseur de soins de santé, implique pour les ministères de la santé le recours à une expertise spécialisée qui fait souvent défaut chez le personnel du secteur public.

En effet, la mise en place du PPP nécessite un large éventail d’outils et un ensemble de compétences allant de la gestion des contrats pour les services de santé, à la conception de projets incitatifs pour le secteur privé ; en passant par la négociation et la mise en

place de partenariats à différents niveaux de décision, avec des secteurs autres que ceux œuvrant dans le domaine de la santé.

Les pays en voie de développement ont besoin de l’assistance technique des pays développés pour mettre en place ce PPP. Cette assistance technique, est malheureusement timide.

# La promotion du PPP

La promotion et la protection de la santé constituent des actions essentielles pour assurer le bien être des populations et soutenir le développement économique et social des pays.

Une des résolutions de la 63 ème assemblée générale de l’OMS, stipule que «dans la plupart des pays, les prestataires de soins privés, constituent les principaux fournisseurs de soins de santé et que l’offre de soins privée pourrait constituer la solution à la problématique des soins de santé ». Dans le monde d’aujourd’hui, le secteur privé est incontestablement « le moteur dominant de la croissance » (Forum économique mondial- Kofi Anan- 1997)

Au Maroc, la constitution de 2011 (Article 31) met l’accent sur le rôle que doit jouer le gouvernement pour inscrire le droit des populations à une couverture médicale, dans son agenda.

Les résolutions de l’OMS ont validé les stratégies que les pays développés ont utilisé pour engager et réguler le secteur privé et recommandent que les gouvernements des pays à revenu bas et intermédiaires appliquent ces mêmes approches dans leurs relations avec leurs secteurs de santé privés respectifs.

Actuellement, les prestataires de soins, les politiques, les institutions académiques et la société civile examinent de près l’efficacité du dialogue Partenariat Public Privé et le rôle que ces deux secteurs pourraient jouer dans la production et la fourniture de soins et de services de santé, à l’instar de ce qui se passe dans les pays développés.

# Définition du Secteur Privé

Le secteur privé est fait de deux composantes, l’une lucrative et l’autre non lucrative, qui offrent toutes deux des services et des soins de santé. Les soins de santé privés peuvent

être délivrés par des institutions lucratives (praticiens privés, cliniques, laboratoires, etc.), ou non lucratives (institutions religieuses, ONG, etc.).

Les producteurs de soins privés incluent aussi bien ceux officiels comme les médecins, les pharmaciens, les dentistes, les infirmières et les sage femmes ; que les informels comme les guérisseurs, les herboristes, les arracheurs de dents, les « Kablates ».

Le rôle du secteur privé dans la délivrance de services de santé inclut le développement de la production formelle (la fabrication, la distribution, la recherche, le transport, l’information, la technologie) et les points de vente informels. Il inclut également un ensemble d’institutions à but lucratif comme les banques et les compagnies d’assurance privées.

**Le secteur privé s’est développé de façon exponentielle** dans la plupart des pays de la zone EMRO et demeure un partenaire clé inexploité dans le processus d’extension de la CUS.

## La régulation, l’information et l’achat des services de santé restent de précieux outils de mobilisation du secteur privé pour atteindre les objectifs de la CUS.

La croissance du secteur privé s’est faite de façon anarchique. Le recours au secteur privé est élevé dans les pays de la région EMRO où les dépenses de santé publiques sont basses favorisant l’émergence du secteur privé comme conséquence de l’insuffisance ou de la sous performance des services de santé publics.

Les informations relatives à la composition du système privé, aux services qu’il offre, leur qualité et leur prix, sont parcellaires, bien que des efforts notables aient été faits dans plusieurs pays.

Des études récentes ont révélé que le secteur privé offre des soins de qualité dans les pays à moyens et hauts revenus, mais qu’il aurait besoin d’une supervision dans les pays à bas revenus.

**La contribution du secteur privé varie en fonction du contexte propre à chaque pays** et exige donc une stratégie réactive locale pour exploiter les services à valeur ajoutée. Dans certains pays, le PPP s’est focalisé sur des services hospitaliers spécialisés, afin de palier aux déficits du secteur public, dans d’autres, il a ciblé l’expérience du secteur privé en matière de gestion hospitalière et de facilités diagnostiques, alors que dans certaines régions, le secteur privé s’est imposé dans la fourniture de soins primaires aux populations des centres urbains avec une extension vers les régions rurales.

## La régulation est indispensable pour rendre le secteur privé efficient.

Il existe une réglementation relative de l’entrée des fournisseurs privés de soins de santé et de l’industrie, dans tous les pays de la zone EMRO. Toutefois, la régulation des hôpitaux et des cliniques reste un domaine flou, peu d’innovations y ayant été apportées, pourtant nécessaires, pour la participation du secteur privé dans l’extension

de la CUS. Pour institutionnaliser la régulation, il est indispensable d’assurer la coordination entre la politique de croissance de plus en plus grande du secteur privé et celle du secteur public. La notion d’intendance commence à peine à être prise en considération par les Ministères de la Santé et ceci aurait besoin d’être encadré par des structures formelles internes ou externes à ces départements, dédiées à la régulation. Ceci doit être renforcé par l’élaboration de bases de données et d’une carte sanitaire du secteur privé, des outils d’accréditation, des ressources humaines adéquates et un appui financier.

L’approche essentielle de la régulation reste indécise et incertaine dans la plupart des pays et une nouvelle approche incluant de multiples décideurs, le recours aux incitations et à l’auto accréditation semblent être des meilleures options que les mesures punitives et l’état comme unique acteur.

Alors que l’information du consommateur concerne les gammes les plus variées de médicaments et de produits alimentaires, elle n’a pas été élargie aux services de soins de santé dans les pays de la zone EMRO. Elle nécessite une multitude de réaménagements pour servir d’outil efficace destiné à assurer la sécurité du patient et l’accès financier aux soins. L’information et la protection du consommateur dépendent d’une multitude d’arrangements entre le Secrétariat Général du Gouvernement, le Ministère de la Santé, les associations de consommateurs, les producteurs privés de soins de santé, et si elles étaient introduites hâtivement, elles pourraient nécessiter beaucoup de temps pour être corrigées et être à l’origine de litiges inutiles et d’une augmentation de l’utilisation d’une technologie médicale onéreuse comme mécanisme de défense du secteur médical.

**L’achat des services de santé** a été plus largement pratiqué que la régulation dans les économies développées et son efficacité n’est plus à prouver. Il a démarré initialement dans les pays de la zone EMRO, dans les régions où des services de soutien à l’hôpital étaient nécessaires, pour être par la suite élargi à l’hospitalisation et aux actes spécialisés et plus récemment, il a concerné l’achat de soins de santé de base et des services de prévention à des ONG.

L’achat des services de santé par l’état, dans la région EMRO, s’est habituellement effectué en fonction de l’évolution des programmes de l’assurance maladie nationale et a concerné des contrats avec le secteur libéral pour la gestion des services de santé gouvernementaux, la fourniture de programmes spécifiques et dans un certain nombre de pays la mise à la disposition des populations de « bons de soins » et d’une assurance maladie pour les communautés.

## Est-ce que le PP est viable ?

Les résultats de l’impact du PPP sur l’augmentation du recours aux soins de santé primaires sont évidents, mais cet accroissement est inégal d’un service à l’autre et dépend énormément de la nature du PPP. Bien que le PPP ait élargi l’accès aux services,

cela n’a malheureusement pas profité aux franges pauvres de la population. Parmi les différentes formules de PPP, les « bons de soins » ont réalisé la meilleure couverture de services, du moins concernant la santé maternelle et les soins de santé de base, suivis par les programmes de l’assurance maladie communautaire de base.

Les PPP ont amélioré les infrastructures, la disponibilité des médicaments, du personnel et des fournitures, mais l’information sur les techniques des procédés de soins reste mince. Il ya une évidence peu concluante concernant ce que le PPP peut apporter en matière de réduction des dépenses effectuées par le patient. Peu d’exemples de réduction des dépenses relatives à l’assurance maladie communautaire de base et à l’assurance maladie nationale, supportées par le patient (OOP : Out Of Pocket), ont été rapportés ; mais il existe des données concernant la sous - traitance et les programmes des « bons de soins ».

## Les guides et les contraintes du PPP :

Les expériences de « sous - traitance » des services ont montré que le secteur privé se développe et s’adapte en réponse à la demande. Toutefois, un travail préliminaire doit être entrepris par le ministère de la santé ou les caisses d’assurance maladie (ANAM), avant tout achat de services. Cela requiert une mise en concurrence ouverte afin d’éviter tout monopole, des compétences pour l’estimation du coût unitaire, des performances basées sur des contrats de développement et une surveillance indépendante. Le coût de l’achat des services du secteur privé et le recrutement d’une clientèle à bas revenus peut être élevé et avoir besoin d’être être intégré dans les budgets de l'Etat liés au programme de PPP. La politique de soutien pour l’achat de services dispensé par le secteur privés et son financement pour l’élargissement de la CUS est plutôt timide, et l’expérience de certains pays montre qu’une expansion lente et prudente du PPP étalée dans le temps est meilleure pour favoriser un travail véritablement harmonieux entre les deux secteurs public et privé. Enfin, la prudence est conseillée quant à l’utilisation des fonds des donateurs, généralement internationaux, avant de « s’embarquer » dans un PPP pour l’extension de la CUS, par ce que cela peut aboutir à des programmes fragiles.

# L’atelier du Caire :

L’atelier du Caire, organisé par l’OMS (Bureau Régional de la Méditerranée orientale : EMRO) en juin dernier a réuni trois jours durant, des représentants de plus de 15 pays (l’Afghanistan, l’Iran, L’Iraq, la Palestine, la Jordanie, le Liban l’Egypte , l’Arabie Saoudite Le Yémen, le Soudan, Oman, la Somalie, la Tunisie, le Maroc - SNMG- , la Thaïlande), ainsi que ceux d’institutions comme l’IDRCl (Canada), SEHA Capital (Egypte ), l’Université Américaine du Caire ; pour réfléchir ensemble, proposer des solutions et partager leurs

expériences respectives en matière de « renforcement du rôle du secteur privé dans l’extension de la couverture médicale ». Les participants ont ainsi abordé des thèmes aussi variés que «la régulation du secteur privé », « le rôle du secteur privé dans la délivrance des services », «la couverture médicale universelle et le rôle du secteur privé ».

Les principaux objectifs de cette première rencontre sur le rôle du secteur libéral dans l’extension de la couverture médicale universelle, se déclinaient comme suit :

* Partager les résultats des études récentes menées par EMRO dans des pays sélectionnés de la région, pour évaluer les réglementations du secteur privé et son rôle dans la délivrance des soins de santé
* Discuter les expériences relatives au rôle du secteur privé dans la prestation de services dans des pays d’autres régions.
* Identifier et documenter une feuille de route pour la participation du secteur privé à la couverture universelle en santé.

Nous n’avons pas, à ce jour, les recommandations officielles de cet atelier, mais les actions clés retenues et qui sont en ligne avec les priorités des pays sont:

* L’adaptation de l'outil d'évaluation à la cartographie existante
* L’utilisation de l'outil pour former une équipe de 3 à 4 experts de 6 à 7 pays de la région pour une évaluation rapide de PS
* L’élargissement du réseau
* Le renforcement du dialogue avec le politique.

L’expérience marocaine en matière de PPP (sous -traitance de la dialyse au secteur privé, prise en charge intégrale des patients atteints de tuberculose dans les cabinets de médecins générale libérale) a été présentée par les deux représentants marocains des deux secteurs public et privé.

Dr R. Choukri.

Président du SNMG