



UNION DES COMORES
Unité – Solidarité - Développement

STRATEGIE NATIONALE DE FINANCEMENT DE LA SANTE POUR LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE AUX COMORES

(2019-2030)

23/05/2018



Contenu

Abbréviations	3
Introduction : la stratégie nationale de financement de la santé dans le cadre de la CSU	4
Diagnostic du système de financement de la santé : l'analyse.....	5
• Analyse SWOT du système de financement de la santé :	5
• Points saillants du diagnostic:	6
• Conclusion du diagnostic : les priorités pour une réforme du financement de la santé	7
Vision de la SNFS	9
Valeurs et principes de la SNFS	9
Objectif général de la SNFS	9
Orientations stratégiques de la SNFS.....	10
• Orientation 1 : augmentation du financement public dédié à la santé et meilleure allocation	10
1.1 Amélioration de l'efficacité allocative du budget de l'Etat et des PTFs dédié au secteur de la santé	10
1.2 Accroissement du financement public dédié à la santé.....	11
1.3 Suivi des financements publics ayant un impact sur la santé des populations	12
• Orientation 2 : Mise en œuvre de la régulation du système de santé par l'Etat	14
2.1 Définition et application d'une carte sanitaire adaptée au pays	14
2.2 Mise en œuvre des propositions de la Politique des Ressources Humaines en Santé ayant un impact direct sur l'amélioration du système financement de la santé.....	15
2.3 Amélioration du leadership et redevabilité de l'Etat dans la disponibilité d'intrants essentiels à prix bas pour la population.....	15
2.4 Mise en œuvre de dispositifs de redevabilité du financement de la santé	16
• Orientation 3 : mise en œuvre d'une stratégie de couverture du risque maladie universelle par le tiers-payant (stratégie de mise en œuvre de l'AMG).....	17
3.1 Mise en place du dispositif institutionnel de l'AMG	17
3.2 Financement de l'AMG.....	18
Suivi-évaluation	23
Indicateurs clés.....	23
• Indicateurs quantitatifs :	23
• Indicateurs qualitatifs :.....	0

Abbreviations

AFD	Agence Française de Développement
ANAMEV	Agence Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et de l'Evacuation Sanitaire
AMG	Assurance Maladie Généralisée
CA	Conseil d'Administration
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNR	Caisse Nationale de Retraite
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CNSPS	Caisse Nationale de Sécurité et de Prévoyance Sociale
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DRS	Direction Régionale de la Santé
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FENAMUSAC	Fédération Nationale des Mutuelles de Santé des Comores
FOP	Fonction Publique
INSEED	Institut national de la statistique, des études économiques et de la démographie
KMF	Francs Comoriens
MECK	Réseau d'institutions de micro-crédits
MNT	Maladies Non Transmissibles
OCOPHARMA	Organisme comorien de produits pharmaceutiques
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASCO	Projet d'Appui au secteur de la Santé des Comores
PBF	Financement Basé sur la Performance
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNS	Politique Nationale de Santé
PS	Poste de Santé
PTF	Partenaire Technique et Financier
RHS	Ressource Humaine en Santé
SCA2D	Stratégie de croissance et de développement durable
SMI	Santé de la mère et de l'enfant
SNFS	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
SSV	Sécurité Sociale Villageoise
SWOT	Forces, Faiblesses, Menaces et Opportunités
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée
VIH	SIDA
WISN	Workload Indicators of Staffing Need

Introduction : la stratégie nationale de financement de la santé dans le cadre de la CSU

Les stratégies nationales déclinent la Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable. Pour ce qui concerne le secteur de la santé, la référence est la Politique Nationale de Santé (PNS). Ainsi pour la SCA2D, (la santé) « est un secteur prioritaire pour le Gouvernement, car l'amélioration de l'état de santé des populations demeure à la fois un objectif de développement social et de croissance économique. Le Gouvernement compte atteindre cet objectif à travers la mise en œuvre de la politique nationale de santé en conformité avec les engagements internationaux. Cette stratégie vise essentiellement l'accès universel aux services et soins de santé de qualité. Les principaux domaines d'intervention sont les suivants : (i) la lutte contre les maladies transmissibles, (ii) la lutte contre les maladies non transmissibles ; (iii) la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie ; (iv) la promotion des systèmes de santé ; et (v) la préparation, la surveillance et l'intervention efficaces en cas de flambée épidémique et d'urgence aiguë de santé publique. Ces interventions basées sur l'offre, seront complétées par des actions fortes de stimulation de la demande, telles la mutualisation du risque maladie à travers la promotion des mutuelles de santé et la couverture de la population par un système d'assurance universelle. »

La Couverture Sanitaire Universelle se définit comme une situation dans laquelle chaque individu peut utiliser les services de santé dont il a besoin sans qu'en résultent des difficultés financières. Elle revêt donc trois dimensions que sont l'accès à des soins de qualité (le panier de soins), la levée de la barrière financière (la protection contre le risque financier), et l'universalité (la population couverte).

En quelque sorte toutes les politiques et stratégies en santé, les politiques et stratégies sous-sectorielles en santé (pour les Ressources Humaines en Santé, les médicaments, etc...), mais encore de nombreuses politiques concernant d'autres secteurs (comme l'éducation, les infrastructures, l'eau et l'assainissement...) participent de la CSU. Parmi l'ensemble des stratégies concourant à la CSU, il y a lieu de considérer la Stratégie Nationale de Financement de la Santé comme une stratégie au cœur de l'objectif CSU.

En effet la SNFS s'intéresse à l'ensemble des financements de la santé, leur mobilisation, leur gestion, leur distribution, leur utilisation, et elle propose des orientations pour améliorer leur efficacité et leur équité.

La Stratégie Nationale de Financement de la Santé définit les orientations pour disposer et orienter les flux financiers consacrés à la santé de sorte qu'ils participent pour tous à l'accès aux soins, à la disponibilité des soins, et à la protection contre le risque financier.

Diagnostic du système de financement de la santé : l'analyse

Un diagnostic a été élaboré par le Ministère de la Santé avec un appui spécifique de l'OMS. Le document a été produit par l'expertise nationale qui a bénéficié d'une expertise internationale.

Analyse SWOT du système de financement de la santé :

Forces

- * Expérience en assurance maladie volontaire
- * Appui essentiel des PTFs sur des priorités de santé publique
- * Volonté politique d'avancer vers la CSU
- * Existence de documents cadre nationaux (SCA2D) et sectoriel santé (PNS, PNDS)
- * Solidarités communautaires
- * Résultats prometteurs de l'approche tiers payant développée depuis 2012 dans le Financement basé sur la Performance, appréciables sur la SMI.
- * Importance du soutien de la Diaspora.

Faiblesses

- * Financements de l'Etat limités
- * Manque d'application des politiques et des normes de régulation en santé
- * Carte sanitaire réelle peu rationnelle
- * Système de santé est trop centré sur les hôpitaux et pas assez sur le bas de la pyramide sanitaire
- * Redevabilité insuffisante des institutions
- * Manque de motivation et rémunération basse des RHS

Opportunités

- * Dépenses de santé par habitant supérieure aux préconisations de l'OMS (\$49 au lieu de \$34 en 2011)
- * Des taxes sur les produits nocifs pourraient constituer des financements dédiés qui alimenteraient l'assurance maladie
- * La FENAMUSAC, au travers le Service Commun de Gestion, a fait des preuves en matière de gestion financière et de gestion du risque d'assurance maladie volontaire
- * Le gouvernement inscrit son action dans une vision à long terme, ce qui permet d'envisager des changements structurels.
- * Disponibilité des PTFs à accompagner le pays vers la CSU et les ODD.

Menaces

- * Offre de soins limitée et caractérisée par une faiblesse de sa qualité
- * Carte sanitaire peu rationnelle et non respectée.
- * Culture de la redevabilité peu développée dans les institutions de santé.
- * Renoncement aux soins élevé du fait de barrières financières.
- * La santé est trop perçue comme comme l'accès à des soins médicalisés et pourvus en technologies de pointe
- * La transition épidémiologique est bien engagée mais pas suffisamment prise en considération. (Pas de stratégie nationale de lutte contre les MNT, Accès à l'eau limité, Gestion des déchets problématique)
- * Il existe des tentations diverses de financer des infrastructures coûteuses en fonctionnement
- * L'implication de la communauté dans la gestion des formations ne doit pas oblitérer la nécessité d'une régulation nationale en santé
- * L'AMG ne doit pas concentrer toute l'attention ni les moyens : une AMG sans régulation du système de santé augmenterait le gaspillage ; un focus sur la demande abandonnerait le système de santé au secteur privé en limitant les moyens pour l'Etat d'assurer l'équité dans l'accès aux soins. De même l'AMG sans les financements adéquats de l'Etat n'ira pas dans le sens de l'équité.

Points saillants du diagnostic:

- Une bonne régulation du système de santé permettrait d'améliorer son efficacité. La carte sanitaire existante (infrastructures, équipement, RHS, paquets disponibles sur le terrain) n'est pas rationnelle : notamment la logique de pyramide avec des paquets de soins bien définis disponibles par niveau et une capacité de référence / contre-référence font défaut.
- Le pays est en transition épidémiologique avec en perspective le double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles.
- La pauvreté monétaire touche 36% de la population dont 1,7 du fait d'une dépense catastrophique de santé. La population rurale a davantage de problèmes que la population urbaine, en particulier pour ce qui concerne la malnutrition.
- L'assiette fiscale est réduite (18%). La gestion des finances publiques peut être améliorée.
- Les dépenses nationales en santé sont importantes relativement aux autres dépenses. L'essentiel de ces dépenses se fait dans le curatif (2/3), environ 12% va au préventif. L'investissement dans des infrastructures du haut de la pyramide sert d'abord les populations mieux loties et font peser des frais de fonctionnement importants à la population.
- L'Etat finance 28% de ces dépenses et les partenaires techniques et financiers 19%. La part payée par les ménages environ la moitié des dépenses totales. Donc les ménages supportent en premier lieu ces dépenses de santé importantes.
- La part des paiements directs dans le total des dépenses de santé est très élevée (49%). Il y a aujourd'hui très peu de couverture du risque maladie (3% du financement de la santé en 2011). Une part importante du poids financier supporté par les ménages est pour des dépenses de médicament (30% à 40%). Le coût des prestations (public et privé) est élevé.
- 20 ans d'expérience de mutuelles donnent des résultats limités en termes de couverture (6%), une expérience qui mériterait d'être capitalisée. L'absence d'accompagnement financier par l'Etat et d'obligation est rétrograde. Ce qui existe aujourd'hui s'adresse aux 4^{ème} et 5^{ème} quintiles surtout.
- Les financements de la santé sont extrêmement fragmentés dans leur ensemble.
- Les programmes financés par les PTFs sont essentiels et couvrent souvent les plus vulnérables. Le programme visant l'amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé dit Financement Basé sur la Performance engagé par le gouvernement depuis 2012 via le Programme PASCO sur un financement de l'AFD, répond à la même logique.
- Les mécanismes de solidarité traditionnels ne protègent pas les individus de la même manière, et pas forcément dans une relation inverse de leurs revenus.

Conclusion du diagnostic : les priorités pour une réforme du financement de la santé

L'Union des Comores compte environ 800.000 habitants répartis sur trois îles, avec une croissance démographique élevée - à 2,6%. La croissance économique se situe à un peu moins de 2% en moyenne sur les 4 dernières années. Le PNB par habitant en parité de pouvoir d'achat se situe à un peu moins de 1600 \$, entre celui du Mozambique et celui du Burkina Faso.

La première évidence est que la santé coûte très chère aux Comores, pour des résultats qui sont intéressants mais ne sont pas à la hauteur de l'investissement. Ceci vient d'un problème d'efficacité du système de financement de la santé, mais aussi d'un problème d'efficacité du système de santé lui-même.

Pour s'être engagé dans la voie vers la Couverture Sanitaire Universelle, l'Etat n'a pas d'autre choix que de s'appuyer sur le secteur public du système de santé, seul garant de l'équité et de la régulation. En l'occurrence, il vaut mieux que l'Etat dispose d'un solide secteur public dans son système de santé, d'une part parce que sa capacité à réguler le secteur privé est limitée, d'autre part parce que le pays a entamé une transition épidémiologique qui impose une politique publique volontariste sur des interventions qui sont de l'ordre de la santé publique.

Pour reprendre en main le système de santé, l'Etat doit s'intéresser à l'ensemble de la carte sanitaire, et en particulier à la base de la pyramide. C'est à elle qu'incombe la responsabilité de la promotion de la santé, de l'éducation à la santé, la prévention, la disponibilité de soins de santé de base pour tous, et une efficacité dans le parcours de soins et son système de référence et de contre-référence.

Cette réforme, - car il s'agit véritablement d'une réforme structurelle, nécessite un leadership fort dans un contexte où les communautés se sentent seuls responsables de l'offre de soins sans pour autant s'appuyer sur la carte sanitaire. Ce repositionnement de l'Etat est nécessaire pour redonner de la crédibilité au système national de santé, diminuer le renoncement des populations aux soins, et permettre au système de financement d'acheter des prestations dans un bon rapport qualité-prix.

Pour que les soins soient achetés par chacun en fonction de ses besoins, l'Etat doit aussi mettre en place des dispositifs de mutualisation du risque adaptés ; il doit s'appuyer sur l'expérience des mutuelles de santé, et sur des dispositifs de financement des priorités de santé en vigueur comme le financement par « tiers payant » connu au titre de mécanisme « PBF ». Un mécanisme de couverture du risque maladie comme l'AMG peut améliorer l'équité de l'accès à condition de reposer sur une responsabilité partagée de l'Etat et des communautés, et qu'il d'être cofinancé par les populations et par l'Etat. Un système de tiers-payant ne lève véritablement la barrière financière que s'il se réalise avec la réduction de la part du financement assuré par les populations - en soi, passer du paiement direct au paiement indirect améliore l'efficacité mais non l'équité. Les montants actuellement alloués à la santé par les ménages – et qui intègrent une bonne part de l'aide de la diaspora - montrent que la capacité contributive des ménages au fonds d'assurance maladie est limitée. Dans un sens comme dans un autre, l'Etat devra participer de manière substantielle au financement de l'AMG.

Une autre partie du paquet de soins n'a pas vocation à être financée par un dispositif de tiers-payant, même si progressivement et sous conditions, certaines de ses prestations peuvent être intégrées au panier de soins de l'AMG ; cette autre partie concerne les programmes de santé publique prioritaires, la promotion de la santé, ou encore la prévention à commencer par la vaccination. Cette partie du paquet de soins de la Couverture Maladie Universelle est aujourd'hui financé largement par les bailleurs, et la logique est que ce financement soit repris progressivement par l'Etat. Les PTF pourraient probablement n'être tentés de participer au financement de l'AMG que si le financement de ces programmes est assuré par l'Etat ou les conditions réunies pour les intégrer au panier de l'AMG (par exemple : disponibilité des intrants sécurisés pour le traitement VIH ou pour le planning familiale). On le voit, le rôle du financement de l'Etat dans la diminution de la part des paiements des ménages ne peut être minimisé.

Par conséquent il est urgent que les dispositions soient prises pour que les inefficiences soient réduites : c'est ainsi que des financements nationaux seront dégagés. Une marge de manœuvre existe peut-être au niveau des ressources humaines dont la gestion et l'efficacité est très perfectible. Il en est probablement de même au niveau de la gestion des médicaments, tant le poids de celui-ci est important dans les dépenses de santé. Encore, des gains d'efficacité peuvent être faits au niveau des choix des financements en capital, qui pourraient soulager et la charge en capital et la charge de fonctionnement.

L'Etat peut donc d'abord reprendre en main le système de santé sans financements supplémentaires, en travaillant sur le rapport avec ses partenaires (choix des investissements en capital), en jouant tout son rôle de Tutelle avec ses institutions (telles que OCOPHARMA), en prenant ses responsabilités dans la gestion des RHS de la FOP, et surtout en mettant en œuvre les outils de régulation qui sont facilement maîtrisable sur le plan technique mais qui requièrent une bonne capacité de négociation (carte sanitaire et tarifs notamment) et un fort leadership dans la mise en œuvre et le suivi.

Par contre, l'Etat ne pourra échapper à la levée de financements nouveaux pour assurer sa part de financements de l'AMG. Celle-ci doit en effet améliorer l'équité grâce à son principe de redistribution et la prise en charge des plus démunis qu'il faudra identifier. Des pistes ont été ouvertes, celles des financements sur les produits nocifs pour la santé (Tabac, Alcool), pistes qui pourront se concrétiser tant la santé est une priorité pour la population et les autorités.

Le modèle de financement à termes peut donner une place importante à l'AMG, dans ces conditions et celle d'un dispositif institutionnel solide pour l'assurance maladie. L'AMG se substituera alors en grande partie au paiement direct des ménages. L'AMG aura alors la capacité d'insuffler une rigueur de gestion à des formations sanitaires qui gagneront alors à avoir l'autonomie dont elles disposent aujourd'hui.

Vision de la SNFS

La stratégie nationale de financement de la santé permet à l'Union des Comores de disposer d'un système de santé performant qui permet à toute la population, en particulier les plus vulnérables et les démunis, d'accéder à des soins de santé de qualité, avec l'implication effective de tous les acteurs et parties prenantes publics et privés, dans un esprit de solidarité, d'égalité, d'équité et de justice sociale.

Valeurs et principes de la SNFS

Pour atteindre la Couverture Sanitaire Universelle, la mise en œuvre de la stratégie nationale de financement de la santé devra se baser sur les valeurs et principes suivants :

Valeurs :

- ✓ L'éthique, la justice sociale, et la bonne gouvernance;
- ✓ L'équité et l'égalité dans le financement, l'accès et l'utilisation des services de santé ;
- ✓ l'efficacité et l'efficience des interventions,
- ✓ La cohésion et la protection sociale ;
- ✓ La solidarité communautaire et nationale
- ✓ Le partage du risque et la non-exclusion.

Principes :

- ✓ La stabilité politique et institutionnelle ;
- ✓ Le leadership, la bonne gouvernance, et le développement économique ;
- ✓ La participation individuelle et collective ;
- ✓ La transparence financière et la redevabilité ;
- ✓ la protection contre le risque financier
- ✓ Le financement adéquat, équitable et soutenu du système de santé ;
- ✓ La coordination et la collaboration intersectorielle, la décentralisation et la pérennité

Objectif général de la SNFS

L'objectif général visé par la stratégie nationale de financement de la santé est d'améliorer l'accessibilité des populations à des services de santé de qualité à moindre coût en vue de réduire les dépenses catastrophiques liées aux paiements directs et de réduire ainsi la pauvreté.

Orientations stratégiques de la SNFS

Orientation 1 : augmentation du financement public dédié à la santé et meilleure allocation

1.1 Amélioration de l'efficience allocative du budget de l'Etat et des PTFs dédié au secteur de la santé

- Mise à disposition de subventions de fonctionnement pour l'administration à partir de critères objectifs et transparents

Les subventions d'Etat à l'administration du secteur sont aujourd'hui très limitées et elles peuvent être plus transparentes, notamment du fait de l'utilisation des lignes budgétaires de « charges communes » et d'une communication sous-optimale à l'intérieur du département. Par ailleurs, la multiplicité des niveaux de l'administration ne permet pas de tous les satisfaire. Enfin les partenaires appuient les administrations avec des financements dans le cadre de programmes spécifiques de sorte que la distribution des financements à l'administration ne suit pas une logique de répartition stratégique d'ensemble.

Une mise à plat des besoins et des moyens, l'élaboration de règles de répartition et l'harmonisation de l'aide des PTF en matière de subventions à l'administration permettront de renforcer le leadership et la gestion stratégique des moyens dans un contexte de ressources limitées. Au niveau du budget de l'Etat, des lignes spécifiques au secteur seront consignées.

- Alignement des financements en capital sur la carte sanitaire

La carte sanitaire sera révisée (cf. infra, 2.2). Toute velléité d'appui à la construction et à l'équipement de structures existantes ou de création de nouvelles structures publiques sera passée au crible de la carte sanitaire. Mieux, les financements en capital seront *orientés* sur la base de la carte et des écarts constatés entre la situation souhaitée et la situation réelle.

- Mise à disposition de subventions de fonctionnement aux formations sanitaires du système de santé public sur la base de critères objectifs et transparents

Il existe aujourd'hui des subventions de fonctionnement versées du budget de l'Etat à certains hôpitaux. Ces subventions concernent surtout les infrastructures des derniers niveaux de soins de santé – en particulier le CHN d'El Maarouf. On note aussi des écarts entre les budgets votés et leur exécution.

Les subventions orientées vers le recrutement de personnel doivent être repensées dans le cadre global de la politique des ressources humaines en santé. On préférera à ce mécanisme de financement le recrutement sur la base de la carte sanitaire, des projets d'établissement et de l'évaluation de la charge de travail du personnel (cf. infra).

La distribution des subventions de fonctionnement - hors personnel - sur la carte sanitaire sera réévaluée en fonction de critères objectifs. En particulier ces subventions devront servir à offrir une

offre de soins *a priori*, c'est-à-dire à assurer une disponibilité minimale des soins. Aujourd'hui le financement du fonctionnement est largement assuré par le recouvrement des coûts, donc dépendant de l'activité. Les subventions publiques au fonctionnement doivent jouer un rôle modérateur dans cette situation, et les critères de répartition devront en tenir compte : les subventions devront servir correctement les formations sanitaires les moins fréquentées et/ou qui doivent être davantage fréquentées. Il s'agit d'assurer les moyens d'une prise en charge des populations notamment à la base du système de santé.

Le versement de ces subventions étant crucial pour les formations sanitaires, un effort particulier sera fait pour s'assurer de l'exécution des budgets retenus.

- Priorisation du financement sur les interventions à haut impact

Comme l'a montré le diagnostic, les financements des PTF aujourd'hui sont ciblés vers les priorités nationales en santé. Avec davantage de coordination (Cf. infra, 2.4), un meilleur suivi pourra être réalisé et le dialogue orientera mieux les choix d'interventions. De plus, ces financements n'ont pas vocation à se perpétuer et doivent être repris par l'Etat progressivement. L'augmentation attendue du financement de l'Etat à la santé devra donc probablement prioriser certains financements de bailleurs qui se retirent et/ou qui souhaitent voir l'engagement de l'Etat dans un souci de pérennité, avant d'être consacrée à de nouvelles initiatives.

Enfin, les opportunités de financement public et/ou celles apportées par un nouveau bailleur devront être orientées vers les interventions permettant des gains efficients en santé, en particulier pour ce qui concerne les investissements. Comme on le voit avec le budget d'investissement en santé de 2018¹, les choix d'allocation stratégique sur ce poste pèseront lourd dans l'efficience du financement de la santé. Lorsqu'il s'agit de financements pour la construction ou de réhabilitation, l'analyse critique des besoins de financement tiendra compte de la priorisation des soins de santé de base, en particulier au niveau des structures périphériques². S'il s'agit de programmes, le Ministère de la Santé fera prévaloir, sur bases scientifiques, les interventions et les modes d'interventions prioritaires sur la base de leur impact attendu³.

1.2 Accroissement du financement public dédié à la santé

- Définition et respect d'un cadrage sectoriel à moyen terme prévoyant l'augmentation progressive du financement dédié à la santé

¹ Le budget d'investissement en santé passe de KMF 0,75 milliards (Lfi 2017) à KMF 6,15 milliards (Lfi 2018)

² La présente SNFS présente une redistribution des financements. Si aujourd'hui l'Etat s'en remet aisément à la communauté et à la diaspora dans les financements des structures périphériques, sa reprise en main du système requière qu'elle maîtrise mieux la distribution des financements. En l'occurrence la redistribution de ses propres moyens doit s'accompagner d'un vrai plan de communication : il faudra expliquer pourquoi le financement en capital de la diaspora et de la communauté n'est tout simplement *pas souhaitable, sauf à être dans le plan de l'Etat*.

³ Une référence en la matière est l'outil *CHOICE* de l'OMS, qui permet de considérer le rapport coût / efficacité d'une intervention.

Le principal défi du financement de la santé aux Comores est la réduction du financement des dépenses de santé par les ménages. Il est donc impératif d'injecter des financements publics pour réduire les financements privés.

Le Ministère des Finances et du Budget développera des cadrages à moyen terme *sectoriels* (au niveau de l'Union et des îles). Pour l'accompagner et faire valoir sa part, le Ministère de la Santé développera son propre cadrage sous la forme attendue désormais des budgets-programmes.

Le cadrage budgétaire sectoriel, y compris le programme tenant compte du financement de l'Assurance Maladie Généralisée, prévoira une augmentation régulière de la part du financement de l'Etat consacré à la santé, condition sine qua non de l'amélioration du système de santé et du développement d'une mutualisation du risque maladie. De fait, les possibilités d'accroissement du budget de l'Etat à la santé au-delà de l'augmentation générale du budget tiennent sans doute davantage à la capacité d'arbitrage en faveur de la santé à l'intérieur du budget qu'à de nouvelles taxes. Un objectif à termes sera d'atteindre et dépasser les 15% du budget de l'Etat consacrés au secteur de la santé⁴.

- Mobilisation de ressources nationales nouvelles et dédiées pour le développement de l'AMG

Le développement de l'AMG pourra probablement se faire au démarrage sans taxe supplémentaire et spécifique car la montée en charge sera progressive. Autrement dit une redistribution budgétaire en faveur de la santé pourrait suffire à dégager les montants de subventions d'Etat nécessaires aux premières années de l'AMG, sachant que la population capable de contribuer sera sollicitée par le paiement de cotisations (cf. infra). Cependant, avec l'augmentation de la couverture du secteur informel et en particulier des plus démunis, le budget de l'Etat requis pour l'AMG l'obligera probablement à la mise en place de nouvelles taxes.

L'expérience plaide pour que cette taxe soit *dédiée* (« *earmarked* »). En effet, l'assurance maladie est une activité de dépenses régulières de court terme qui ne peut subir les aléas du Trésor, les financements servant à payer des factures de soins. A défaut de remboursement à temps, les prestataires de soins de santé sont rapidement dans l'impossibilité de se fournir en intrants, et le système d'assurance fondé sur la crédibilité financière s'effondre. De plus, une taxe est mieux acceptée par la population lorsqu'elle lui revient directement sous forme de subvention à l'assurance maladie. Enfin de bonnes pratiques ailleurs pourront servir d'inspiration : les *'sin tax'* ou taxes sur les produits nocifs, permettent à la fois de diminuer le poids des facteurs de risque et de financer la santé ; elles sont vues comme des taxes généralement acceptables par la population si elles sont justement dédiées à la santé, en l'occurrence au financement de l'assurance maladie généralisée. Une autre piste concerne la TVA, dont une partie pourrait financer directement l'AMG.

1.3 Suivi des financements publics ayant un impact sur la santé des populations

- Priorisation des déterminants de la santé au niveau du budget de l'Etat et de l'appui des PTF

Une très grande partie des problèmes de santé aux Comores (40%) proviennent des déterminants de la santé : la malnutrition seule pèse pour 28% des années de vie en bonne santé perdues, suivi de

⁴ Cf. infra, section « [objectifs quantitatifs](#) »

l'eau, l'assainissement et l'hygiène (8%), puis de la pollution de l'air. Les politiques publiques qui améliorent l'état de santé des populations sont donc aussi sous la responsabilité d'autres départements que le Ministère de la Santé.

Ainsi au niveau des préoccupations sanitaire et économique le budget de l'Etat devra refléter la priorisation de l'amélioration des conditions environnementales et comportementales favorisant la santé et prévenant la maladie. De même les PTFs poursuivront et renforceront la priorisation de leurs financements sur la prévention de la maladie et la diminution de ses facteurs de risque.

Les effets attendus sont à la fois au niveau des maladies transmissibles et des maladies non transmissibles, ces dernières étant un nouveau fardeau croissant du fait des nouveaux comportements des populations sur le plan diététique par exemple.

- Mandat de suivi par la Tutelle Santé des politiques publiques ayant une influence sur les déterminants de la santé

De nombreuses politiques publiques ont un impact soit positif soit négatif sur la santé des populations (en matière d'assainissement, de production alimentaire, de contrôle des importations, de désenclavement, d'éducation, etc.). Le Ministère de la Santé ne peut pas simplement acter les conditions sanitaires des populations sans en appeler à la redevabilité des politiques connexes qui les déterminent.

Le Ministère de la Santé s'assurera qu'il est en mesure d'assurer le suivi des politiques publiques les plus influentes sur la santé, en lien avec le suivi du profil épidémiologique de la population. Il se fera conséquemment l'avocat avisé d'orientations stratégiques aidant au ciblage des actions prioritaires d'une « santé dans toutes les politiques », y compris sur le plan géographique. Le gouvernement lui donnera le mandat pour ce faire.

- Promotion d'actions intégrées au niveau local pour l'amélioration des déterminants de la santé

Au niveau local, les actions contribuant à une meilleure santé de la population peuvent être prises en considération par les responsables au cas par cas. Qu'il s'agisse d'éducation à la santé, d'assainissement, d'accès à l'eau, de diversité alimentaire, de diététique ou d'intoxication par l'usage de combustible polluant, les autorités locales appuyées par les communautés organisées peuvent analyser les déterminants de la santé les plus importants à *leur niveau local spécifiquement*. Elles pourront alors agir de manière adaptée et diminuer le fardeau de la maladie par le bas.

Orientation 2 : Mise en œuvre de la régulation du système de santé par l'Etat

2.1 Définition et application d'une carte sanitaire adaptée au pays

- Révision de la carte sanitaire

La carte sanitaire est un outil essentiel de régulation, de planification et de rationalisation des ressources qu'offre le système de santé. Aux Comores, elle a été fixée par l'Arrêté N°09-032/MSSPSPG/CAB du 3/12/2009 mais n'est pas respectée dans les faits aujourd'hui. On assiste à une prolifération sauvage des structures sanitaires et à une multitude de décideurs de l'action sanitaire. La nature des engagements actuels et des priorités du Gouvernement rendent sa révision nécessaire.

Le Ministère de la santé révisera la carte sanitaire sur la base de l'existant et des normes internationales. Les paquets de soins définis par niveau doivent être la base de calcul des modèles économiques et notamment des tarifs. Le dépassement des normes ne pourra pas se faire au niveau du service public, mais on devra prévoir des services semi-déconcentrés (ex : intervention d'un chirurgien une fois par semaine) qui constitueront des aménagements prévus dans la mise en œuvre de la carte sanitaire. Des normes seront à définir pour faire respecter la nouvelle carte sanitaire y compris la gestion et le déploiement des RHS, la définition des paquets de soins et des responsabilités par niveau de référence. Ici la dérégulation du système de santé dénote une absence de l'Etat dans le cadre de l'application des textes réglementaires. Une reprise en main des institutions par l'Etat est incontournable pour une meilleure utilisation des ressources disponibles.

Les références et contre-références seront systématisées dans le cadre de la nouvelle carte sanitaire. Elles devront concerner aussi bien les références inter-îles qu'intra-îles, du niveau primaire au niveau tertiaire de référence. Les structures sanitaires devront avoir des moyens de référencement (moyens roulants, fiches de référence) à leur disposition. Un parcours de soins sera mis en place, et la population ainsi que les prestataires de soins seront sensibilisés à son respect. Les RHS disponibles ne devront être formées en matière de santé publique avant d'être affectées dans les structures de santé de niveau primaire.

Dans le cadre de l'AMG, des conditions de prise en charge pourront être prévues pour la référence entre les îles, Dans un cadre restreint et très contrôlé, une disposition similaire avec davantage de co-paiement pourra éventuellement être mise en place pour l'évacuation sanitaire à l'extérieur.

- Développement de partenariats public-privé pour des prestations spécifiques

Le diagnostic a établi que le secteur privé est une opportunité à condition qu'il soit bien régulé. Dans ces circonstances, le partenariat public-privé pourra apporter des réponses pour les soins spécialisés et le haut de la pyramide sanitaire. Dans ces conditions, le service privé pourra apporter de l'efficacité dans le système de financement en complétant le service public et en retenant les populations tentées par les soins à l'extérieur.

2.2 Mise en œuvre des propositions de la Politique des Ressources Humaines en Santé ayant un impact direct sur l'amélioration du système financement de la santé

- Intégration des contractuels au niveau de la FOP sur base des besoins et de l'évaluation des compétences

Au niveau des structures de santé et des programmes de santé publique, les contractuels sont pris en charge soit par l'Etat soit par les partenaires. Sur la base du cadrage macroéconomique et avec l'assainissement des fichiers de la fonction publique, le nombre de fonctionnaires sera sans doute réajusté. Mais *pour le secteur santé* il devrait pouvoir être revu conformément aux normes et standards des structures sanitaires (Carte sanitaire, Plan national de développement sanitaire). Les RHS doivent être un outil de régulation du système de santé publique, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui notamment parce seuls 52% d'entre elles sont des fonctionnaires. Une partie des contractuels pourra être affiliée à la FOP sous réserve d'éviter un important surcoût pour l'Etat.

Quoi qu'il en soit le choix du personnel de santé devant émarger à la FOP tiendra compte des besoins prioritaires et en tenant compte de la charge de travail⁵.

- Réglementation de l'exercice du privé par les agents de l'Etat

Le diagnostic fait état de la pratique du personnel de santé de la fonction publique qui exerce également à titre privé. Les autorités (Ministère de la Santé, Finances, FOP) s'assureront que les personnels de santé respectent les statuts et les textes règlementaires des établissements et des professionnels de santé dans l'exercice du privé et du public.

- Motivation du personnel

Le contexte de ressources limitées ne permet pas d'envisager aisément de la rémunération à la performance pour le personnel de santé. Par contre, la motivation du personnel peut être relevée substantiellement par une *bonne gestion des ressources humaines* et la mise à disposition de conditions de travail adéquates. L'affectation et l'avancement seront donc objectifs conformément aux cadres organiques et au mérite. L'Etat s'engage à respecter la carrière du personnel de santé.

Les moyens minimaux pour travailler seront mis à disposition, en particulier dans les postes et centres de santé périphériques où sont délivrés les soins de santé primaires, ce qui limitera les références vers de soins coûteux. Les formations sanitaires devront offrir des conditions de travail décentes au personnel de santé.

2.3 Amélioration du leadership et redevabilité de l'Etat dans la disponibilité d'intrants essentiels à prix bas pour la population

- Développement d'une stratégie de redevabilité pour la gestion des médicaments

Les médicaments représentent 30% à 40% des dépenses des ménages selon le diagnostic. Deux enjeux au moins sont donc fondamentaux pour le système de financement au niveau des médicaments : leur accès à moindre coût par la population, et la rationalité des prescriptions qui diminue la facture des

⁵ En utilisant par exemple l'outil WISN de l'OMS

prestations. L'intérêt d'améliorer le coût de l'accès aux médicaments ainsi que la rationalité des prescriptions est encore plus vital pour l'AMG.

La transparence des comptes d'OCOPHARMA, le rôle de contrôle de l'ANAMEV, et l'appui de la société civile dans son rôle de veille, aideront la Tutelle technique, responsable de la politique pharmaceutique, à œuvrer toujours plus et avec davantage d'informations dans l'intérêt des populations. L'OCOPHARMA a en particulier la charge de « fournir et vendre aux pharmacies et officines publiques et privées des produits et matériels à finalité sanitaire », et l'ANAMEV « participe à l'élaboration et à l'application des textes législatifs relatifs aux produits à finalité sanitaires destinées à l'homme ».

Une politique pharmaceutique sera développée qui rendra compte précisément des actions de chaque acteur dans le sens d'un accès de tous à des produits de qualité à moindre coût et dans le sens de la rationalisation des prescriptions de médicaments.

2.4 Mise en œuvre de dispositifs de redevabilité du financement de la santé

- Renforcement du système de communication et de partage de l'information financière.

Aux niveaux des îles autonomes, les informations ne circulent pas de façon adéquate entre le gouvernorat, le commissariat, la DRS et les formations sanitaires. Le même constat est fait entre les niveaux insulaire et national. L'administration du secteur doit prendre en compte le souci de transparence pour une meilleure efficacité des financements. Il faut que l'information financière soit disponible et accessible en développant les outils correspondants (site web par exemple) et en mettant l'accent sur la redevabilité des financements mobilisés au moins lors des revues annuelles.

Les systèmes d'information sanitaire et de gestion hospitalière feront l'objet d'un appui visant à doter les formations sanitaires des outils et des pratiques idoines permettant une gestion stratégique de l'information. L'informatisation et l'utilisation des nouvelles technologies seront promues.

Les Comptes Nationaux de la Santé seront publiés régulièrement, ils seront analysés régulièrement, et leur production et utilisation seront progressivement institutionnalisées.

- Harmonisation des tarifs

Une étude des coûts a été réalisée en 2012, qui a été complétée en 2015. Les tarifs sont aujourd'hui fixés à discrétion par les prestataires de santé et ne reflètent que l'estimation subjective et singulière des montants devant être recouverts pour assurer le fonctionnement des services. L'harmonisation des tarifs sera réalisée sur la base de normes (de travail, de niveau de soins) et de négociations. Ces tarifs seront nécessaires pour la mise en place de l'AMG. Autant que possible, des tarifs seront fixés pour des prestations et non pour des actes et des biens et services⁶.

- Coordination des PTF

⁶ Le problème principal des forfaits par prestation tient à la disponibilité des biens et services qui entrent dans la composition de la prestation, notamment des médicaments.

Les PTF du secteur sont invités à se rencontrer régulièrement et formellement. Le Ministère de la Santé mettra également en place un cadre de concertation et de coordination sectorielle et sous-sectorielle (thématique) léger mais systématique autour des sujets les plus prioritaires du secteur. Enfin un cadre de dialogue intersectoriel sous leadership du Ministère de la Santé sera mis en place autour de la question des déterminants de la santé.

Orientation 3 : mise en œuvre d'une stratégie de couverture du risque maladie universelle par le tiers-payant (stratégie de mise en œuvre de l'AMG)

3.1 Mise en place du dispositif institutionnel de l'AMG

L'application du texte de loi sur l'AMG du 22 Juin 2017 consiste à confier à la CNPS devenue CNSPS la gestion de l'AMG. Aux vues des volumes financiers à gérer et des compétences nouvelles à déployer pour assurer la régulation et l'ensemble des fonctions opérationnelles de l'AMG, l'assurance maladie deviendra un régime essentiel de la Caisse.

Un enjeu vital pour l'AMG sera d'assurer le professionnalisme par la mise en place de conditions solides de fonctionnement au niveau de la gouvernance incluant la non-ingérence politique. Compte tenu de la montée en charge progressive de l'AMG (cf. infra), une voie pour assurer ce professionnalisme sera pour la Caisse de confier les fonctions de gestions aux opérateurs déjà existants et ayant fait leurs preuves.

Aussi il sera créé, au sein de la CNSPS, une branche maladie autonome financièrement et administrativement (avec un CA spécifique). Seule une partie des fonctions de l'AMG sera confiée au niveau central : enregistrement, immatriculation et suivi des assurés et ayants droit ; gestion d'un Fonds national de l'assurance maladie qui recevra diverses contributions relatives à la couverture des coûts de fonctionnement de l'AMG et au financement de l'assistance destinée aux indigents ; organisation et utilisation d'un système d'information permettant le monitoring et la régulation des prestations ; passation des conventions avec les prestataires ; supervision du contrôle médical mis à disposition des acheteurs de soins ; gouvernance (prise de décision) sur les niveaux de cotisations, les tarifs conventionnels, le panier de soins, les procédures d'affiliation, de collecte, d'achat de soins ; contentieux ; communication sur l'AMG.

Les fonctions de terrain exigeant des ressources humaines ayant une expérience spécifique seront déléguées, moyennant rémunération, à des opérateurs extérieurs. La pré-affiliation (avant immatriculation) et la collecte des cotisations seront confiées, selon les catégories concernées à la CNR (secteur formel et retraités), aux Mutuelles, FENAMUSAC, Sanduks et Mecks (secteur informel). La gestion de la garantie (ou achat de services) sera confiée au Service commun de gestion de la FENAMUSAC.

Dans cette configuration de gestion déléguée de la garantie à la FENAMUSAC, celle-ci sera invitée à se doter d'une gouvernance adaptée à son nouveau rôle : d'une part avec une représentativité

davantage conforme à l'intérêt de toutes les populations tirant bénéfice de ses services, d'autre part avec une organisation interne entre des décideurs, des conseillers et des contrôleurs qui garantit l'exercice des compétences. La FENAMUSAC sera également encouragée à poursuivre son rôle de développeur, donc à réinvestir ses bénéfices dans le cadre des autres fonctions déléguées par la CNSPS (pré-affiliation, collecte). Elle pourra éventuellement revoir son statut pour que celui-ci soit davantage adapté à son nouveau rôle national.

La mutualisation du risque de l'AMG se fera sur l'ensemble des prestations maladies de l'ensemble de la population pour le panier de base. Pour autant les cotisations payées et les financements levés au niveau des îles pourront y rester dans la mesure où elles participeront au paiement des prestations des premiers niveaux. Ainsi ne faut-il pas confondre la gestion financière et la mutualisation des fonds de l'assurance maladie. Quel que soit le schéma d'institutionnalisation retenu, il est important que les fonds de prestations soient mis en commun pour assurer un maximum de péréquation (principe de solidarité au sein d'un régime universel).

3.2 Financement de l'AMG

- Coût du panier de soins

Le coût de la prime par personne et par an a été évalué à KMF 10.327 incluant les frais de gestion. L'exercice en la matière comporte beaucoup d'inconnus contradictoires, mais il faut souligner deux éléments fondamentaux en lien direct avec la présente stratégie :

- a. La maîtrise des coûts est un facteur clé de la soutenabilité d'un régime d'assurance maladie, qui se joue en partie au niveau de la relation entre l'assureur et les prestataires (négociations, modalités de paiement, contrôle de la rationalité des prestations, etc...) et en grande partie au niveau de la rationalité du système de santé. En cela la mise en œuvre des orientations stratégiques n°1 et n°2 de la présente stratégie aura un impact énorme sur le coût de l'AMG.
- b. Les coûts de santé évoluent plus vite que l'inflation. Il s'agit d'un constat universel qui est dû en particulier à l'évolution technologique du secteur (beaucoup plus qu'au vieillissement de la population). Il en résulte que le coût du panier de soins augmente plus vite que l'inflation à moins d'être revu à la baisse en termes de prestations.

- Contribution par catégories de population

Reprenant les conclusions de l'étude actuarielle⁷, la présente stratégie acte les orientations suivantes :

La population a été répartie en 5 groupes de familles : employés de l'Etat, employés des entreprises du secteur formel, retraités, actifs solvables du secteur informel, indigents. Pour les indigents, on a considéré que la subvention publique correspondrait au coût annuel par tête (10 327 KMF) multiplié par les effectifs des indigents, soit 30% de la population. La subvention serait de 2,6 milliards KMF. Pour les 4 autres groupes, on a estimé une assiette de cotisation et appliqué un taux en accord avec la

⁷ Alain Letourmy, Mai 2018

capacité contributive des groupes : 5% pour les employés de l'Etat et les employés des entreprises du secteur privé formel, taux à partager entre employé et employeur ; 1% pour les retraités ; 1,3% pour les actifs du secteur informel. Pour cette dernière catégorie, cela donne une cotisation moyenne mensuelle par famille de 4116 KMF (annuelle de 49390 KMF), qui sera modulée selon le secteur d'activité (3220 KMF pour le secteur primaire, 4033 KMF dans l'industrie, 4688 KMF dans le commerce et 6919 KMF dans les services) et qui pourra l'être par île et par catégorie d'activité au sein de chaque secteur, après concertation.

- Levée des contributions :

La levée des contributions n'est pas acquise par le simple fait de l'obligation légale. Cette fonction sera d'autant mieux exercée que l'on tiendra compte des orientations suivantes :

- a. Le fichier de la fonction publique doit être assaini (travail en cours) et les mouvements de populations entre le secteur public et le secteur privé doivent être systématiquement suivis au niveau des salaires.
- b. Le secteur privé est aujourd'hui très loin de remplir ses obligations en matière de régimes de protection sociale obligatoires ; ceci montre que l'effectivité de l'obligation ne doit pas être prise comme une évidence même au niveau du secteur formel, et que des moyens doivent être mis en œuvre pour la réaliser.
- c. La cotisation à l'AMG par le secteur informel cotisant s'inspirera :
 - a. Du modèle marocain : il s'agira de trouver des relais représentatifs des différentes catégories de population, en commençant par celles qui disposent déjà d'éléments de formalisation (ex : taxis, groupements de cultivateurs, commerçants, etc...) pour négocier des cotisations au cas par cas (modulations des cotisations) et avancer sur des modes de prélèvements collectifs ;
 - b. Des expériences des mutuelles de santé de ces vingt dernières années aux Comores : on pourra tester des cotisations sur base d'associations (Ndzuanis en particulier) ou villageoises (SSV à Ngazidja), bénéficiant de subventions de l'Etat éventuellement modulées en fonction de leur niveau de richesse.

- Financement par les partenaires techniques et financiers

Les PTFs ne s'engagent que très rarement dans la participation aux paiements des prestations d'assurance maladie pour au moins deux raisons :

- a. Les fonds sont mutualisés ; la redevabilité ne peut être que globale même si le gestionnaire de l'assurance maladie peut détailler les dépenses par prestation et par catégorie de population ; ceci n'arrange pas les partenaires qui sont redevables à leurs contribuables de la destination de leurs dépenses ;

- b. Le paiement des prestations est annuel ; or les partenaires sont toujours dans un logique de désengagement de leurs financements à terme et pour cela sont réticents à financer des coûts récurrents.

La tendance des PTFs est plutôt de demander à l'Etat de reprendre sur son budget les dépenses en prestations qu'ils exécutent aujourd'hui sur des programmes qu'ils jugent prioritaires (vaccination, VIH-SIDA, Tuberculose, planning familial, etc...).

L'expérience internationale montre par contre que les partenaires extérieurs peuvent participer au financement des frais de démarrage d'une assurance maladie (infrastructures, véhicules, équipement, assistance technique). Les financements des PTFs sont également fortement sollicités dans le cadre de l'appui à la mise en œuvre des objectifs n°1 et n°2 de la présente stratégie, qui sont des conditions fondamentales et intégrales de mise en œuvre de l'AMG.

Le dialogue avec les PTFs cherchera donc à faire valoir ces deux opportunités.

- Financement par la diaspora

Le financement de la diaspora en matière de santé peut être distingué en trois modalités :

- a. Le financement qui se fait à l'extérieur (prise en charge directe d'un malade évacué)

Ce financement est mal connu et échappe même aux Comptes Nationaux de la Santé (CNS, cf. diagnostic). Ces financements se font devant l'urgence, ils ne peuvent pas être canalisés car ils ne sont pas prévus par ceux qui les font.

- b. Le financement qui passe par les ménages aux Comores

Ce financement est déjà comptabilisé, à la fois dans les CNS et dans les enquêtes ménages. Autrement dit, il est déjà inclus dans les capacités contributives des ménages mentionnées plus haut.

- c. Le financement qui passe par les communautés

Il est très incertain que ces fonds puissent être canalisés dans une politique d'Etat. Par contre, il s'agit là de sommes qui seraient mieux affectées aux ménages à titre de soutien à la contribution de l'assurance maladie plutôt qu'à des projets qui déstabilisent la carte sanitaire. En tout état de cause la stratégie de communication de l'AMG invitera la diaspora à réorienter ces financements sur la cotisation à l'AMG, quel que soit le mode de collecte mis en place (contribution familiale, associative ou communautaire comme dans le cas de la SSV).

L'aide de la diaspora pourra donc participer à la contribution à l'AMG du secteur informel non pauvre (1,3% du revenu en moyenne, cf. infra) même si cela ne se fera pas d'une manière organisée.

- Besoin de financement public

La question du financement public de l'AMG est crucial, tant est si bien qu'elle déterminera grandement la vitesse de progression de la couverture en nombre de bénéficiaires.

Tout d'abord en tant qu'employeur, l'Etat contribuera en partie à la cotisation des fonctionnaires. Ensuite, étant responsable de l'accessibilité de l'AMG à l'ensemble de la population, l'Etat fera le

suivi des hypothèses de contribution, actera les limites des capacités contributives éventuelles, et s'assurera que l'obligation d'adhésion peut être suivie par les populations sans exclusion ni iniquité.

L'Etat étant prêt à assumer progressivement sa part, il prend acte de la nécessité de dégager des financements spécifiques et sans doute nouveaux (cf. infra, 1.2).

- Couverture de la population par catégorie

L'ensemble de la population sera couverte par l'AMG, progressivement, avec pour objectif un taux de couverture de 50% de la population en 2030. Certaines populations seront plus faciles à enrôler que d'autres. En termes stratégiques, les considérations suivantes seront prises en compte:

- a. Il pourra être opportun de tester le modèle institutionnel en commençant par les cibles les plus faciles, soit les populations du secteur formel ;
- b. Il est important en termes d'équité de démarrer rapidement et de poursuivre de manière continue l'affiliation des populations pauvres. Ces populations nécessiteront un appui financier de l'Etat, donc le rythme de progression de leur couverture dépendra notamment des moyens déployés par celui-ci ;
- c. Le secteur informel non pauvre concerne la population la plus difficile à affilier, mais l'on pourra commencer assez tôt avec les populations organisées par secteurs d'activité.

- La poursuite du mécanisme de couverture du risque maladie dit « FBR »

Le « FBR » aujourd'hui mis en œuvre par le PASCO sur financement de l'AFD est un fonds d'achat notamment subventionné à 100% pour les prestations de CPN, PF, accouchement, césarienne, échographie obstétricale et bilan prénatal, qui est inégalement réparti sur le territoire national mais qui touche toutes les populations cibles sur les îles de Ndzuani et Mwali. Il s'agit d'un système de tiers-payant qui touche des populations vulnérables pour des prestations prioritaires, et qui est déjà systématique sur deux îles avec de bons résultats.

Il n'est pas du tout avisé d'envisager la fin de ce mécanisme simplement dans la perspective de l'avènement de l'AMG. Certes, l'AMG doit reprendre ces prestations dans le cadre d'un mécanisme plus ambitieux. Mais il faudra du temps avant que l'AMG ne gère ces prestations au bénéfice d'une partie importante de la population, alors que le « FBR » aujourd'hui est très utile pour les populations et fonctionne sur un modèle plutôt solide.

Ce qui est intéressant pour l'efficacité et pour les processus d'alignement, c'est que la gestion soit réalisée par le même acteur (la FENAMUSAC en l'occurrence). Ceci facilitera le suivi et le travail de rapprochement des mécanismes tout en limitant les coûts (de contrôle par exemple). Par contre, le mécanisme aujourd'hui à l'œuvre sera poursuivi et étendu à l'ensemble de l'archipel si les moyens sont mis à disposition, au moins pour ce qui concerne les prestations de la femme enceinte mentionnées ici.

Notons enfin que ce mécanisme dit « FBR » n'entre pas (ou plus) dans les considérations d'utilisation des revenus des prestataires et des motivations éventuellement induites par son financement. En référence aux objectifs 2.2 et 2.4 infra, ce mécanisme :

- a. n'entrera pas dans une logique de motivation financière du personnel mais paiera le juste prix des prestations
- b. s'essaiera à être un levier pour améliorer le système d'information des prestataires, sa transparence et sa redevabilité.

Suivi-évaluation

Le secteur de la santé dispose d'instances de concertation et de coordination multisectorielle mises en place par arrêtés ministériels pour suivre la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire. Il s'agit du Comité technique national de santé (CTNS) et du Comité national de santé (CNS). Le premier, réunit les techniciens de tous les secteurs y compris le secteur privé, la société civile et les PTF pour une validation **technique** des politiques et stratégies du secteur ; et le second réunit les hauts responsables sectoriels pour une adoption **politique** des documents du secteur santé.

Le suivi-évaluation de la stratégie nationale de financement de la santé sera fait lors de réunions annuelles des 2 comités pour appréciation des résultats atteints ; et à travers des évaluations à mi-parcours interne et externe, et finale. Il sera basé sur une liste d'indicateurs qui seront renseignés à travers les rapports spécifiques et les enquêtes (Ministère de la santé, Ministère des Finances, INSEED, des prestataires de soins publics et privés, des mutuelles de santé, etc.). La coordination du processus du suivi-évaluation de la stratégie de financement sera assurée par la Direction Générale des Etudes, de la Planification et des Statistiques Sanitaires du Ministère de la santé.

Indicateurs clés

Indicateurs quantitatifs :

	Objectif 2020	Objectif 2025	Objectif 2030
Paielements directs des ménages dans le total des dépenses de santé	40%	35%	30%
Part du budget de l'Etat consacré à la santé	11%	15%	>15%
Part du financement public dans le total des dépenses de santé	30%	35%	40%
% de la population couverte par l'AMG	10%	30%	50%
% de la population pauvre couverte par l'AMG	5%	40%	80%

Indicateurs qualitatifs⁸ :

		<i>Indicateurs de mise en œuvre de la SNFS - seront réajustés avec le plan de mise en œuvre -</i>	Perspective
OS 1	1.1	Les subventions à l'administration du secteur font l'objet de lignes au niveau sectoriel dans le budget	LoF 2020
		Des documents stratégiques font état des besoins et priorités d'investissements en capital	2020
		Des critères de répartition des subventions de fonctionnement aux formations sanitaires du système de santé public sont disponibles	2020
		Un état des lieux des besoins et priorités en RHS est disponible et utilisé dans la politique de recrutement des RHS	2020
		Les programmes de santé publique prioritaires sont de mieux en mieux financés et de plus en plus par l'Etat	suivi de la progression
	1.2	Un cadrage budgétaire sectoriel à moyen terme existe pour la santé	2020
		La part du budget de l'Etat consacrée à la santé augmente d'année en année	suivi de la progression
		Une taxe dédiée au financement de l'Assurance Maladie Généralisée a été créée	2022
	1.3	Une analyse des financements de l'Etat du point de vue de leur participation à l'amélioration des déterminants de la santé est faite	2022
		La lettre de mission du Ministère de la Santé prévoit que celui-ci puisse interpellier l'ensemble des départements sur la santé dans toutes les politiques	2019
		Des initiatives locales démontrent les bénéfices d'une politique intégrée de lutte contre la maladie qui aborde les déterminants de la santé	2021
OS 2	2.1	Une carte sanitaire révisée est disponible qui tient compte du paquet de soins, des RHS, des références et contre-référence, etc...	2019
		Des partenariats public-privé ont montré l'exemple de collaborations "gagnant-gagnant"	2021
	2.2	La quantité des RHS sous contrat FOP est en augmentation en valeur absolue et relativement par rapport à l'ensemble des RHS	suivi de la progression
		Des mesures ont été prises pour limiter les abus d'exercice privé de la médecine par les agents de santé publics	suivi de la progression
		Des mesures ont été prises pour une gestion des ressources humaines tenant compte du mérite et pour offrir des conditions de travail adéquates	suivi de la progression
	2.3	Une politique pharmaceutique est adoptée	2020
		Les rapports d'activité et les comptes d'OCOPHARMA et de l'ANAMEV sont disponibles et partagés	suivi de la progression
	2.4	Le Ministère de la santé dispose d'un site web	2020
		Un certain nombre de formations sanitaires disposent d'une système de gestion informatisé de l'information sanitaire et financière	suivi de la progression
		Les CNS sont rendus disponibles régulièrement	suivi de la progression
		Les tarifs des formations sanitaires sont harmonisés	2019
		Les Partenaires Techniques et Financiers en santé se rencontrent au moins tous les deux mois	suivi de la progression
OS 3	2.1	Au sein de la CNSPS, une branche maladie autonome financièrement et administrativement a été créé pour gérer l'AMG	2019
		Un contrat de gestion délégué est signé entre la CNSPS et le Service commun de gestion de la FENAMUSAC	2019
		Des contrats de gestion délégué ont été signés entre la CNSPS et différentes institutions pour les fonctions d'immatriculation et de levée des cotisations	2019
	2.2	L'Etat finance la cotisation à l'AMG des plus démunis	suivi de la progression
		L'Etat paie régulièrement sa part d'employeur de la prime AMG des fonctionnaires	suivi de la progression
		Les PTFs appuient financièrement le démarrage de l'AMG	2019
		La couverture de la population par l'AMG s'accroît régulièrement avec l'immatriculation et le paiement régulier des cotisations par les membres	suivi de la progression
		L'expérience FBR qui offre de soins essentiels sans contrepartie financière sous forme de tiers-payant est poursuivie et étendue	suivi de la progression

⁸ Les indicateurs sont présentés ici à titre indicatif ; ils seront revus et précisés dans le **plan d'opérationnalisation de la SNFS**.