



RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE

Rapport des COMPTES DE LA SANTE 2014 - 2016



Février 2020

**Rapport des
COMPTES DE LA SANTE
2014 - 2016**

AVANT-PROPOS

Les Comptes de la Santé (CS) constituent un outil précieux d'aide à la décision et à la formulation des politiques de santé. L'élaboration périodique des CS est un exercice qui permet de renseigner les indicateurs pour le suivi de l'atteinte des objectifs du Plan Sénégal Emergent (PSE) et partant de ceux du Développement Durable (ODD).

Ils fournissent une information sur les flux financiers entre les sources et les utilisateurs de fonds des secteurs public et privé de la santé. L'évaluation de ces flux financiers permet de ressortir les informations qui permettent de mieux connaître le rôle joué par les différents acteurs qui interviennent dans le financement de la santé en tant que sources ou agents de financement, notamment l'Etat, les Collectivités territoriales, les sociétés d'assurances privées, les ménages, les organisations non gouvernementales nationales et internationales, les entreprises publiques et privées et les agences bilatérales et multilatérales.

Le présent rapport des CS 2014, 2015 et 2016 est le deuxième exercice du genre mené au Sénégal à travers la nouvelle méthodologie du SHA 2011 validée par l'OMS. Il facilitera une meilleure compréhension de l'impact des flux financiers sur les performances du système de santé afin d'améliorer le processus décisionnel basé sur l'évidence. Il est le fruit d'une collaboration entre le Ministère de la Santé et de l'Action sociale et les parties prenantes du système de santé notamment le Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération à travers l'Agence nationale de la Statistique et de la Démographie, le Ministère des Finances et du Budget, le secteur privé, la société civile.

Les Partenaires techniques et financiers, notamment l'OMS, RSS+, l'UNICEF, la Banque Mondiale et la Coopération luxembourgeoise ont largement contribué à l'élaboration de ce document. Je voudrais les remercier et féliciter l'ensemble des autres acteurs qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de cette œuvre.

**LE MINISTRE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE**



Abdoulaye Diouf SARR

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ANCMU	Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle
ARV	Antirétroviral
BM	Banque Mondiale
CES	Cellule d'Économie de la Santé
CNLS	Conseil National de Lutte contre le SIDA
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CS	Comptes de la santé
CSS	Caisse de Sécurité Sociale
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DPPD	Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses
DPRS	Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
DTS	Dépenses totales de santé
EDS - C	Enquête Démographique et de Santé – Continue
ENSC	Enquête nationale de surveillance combinée des IST et du VIH/SIDA
EPS	Établissement Public de Santé
ICAMO	Institution de Coordination de l'Assurance maladie Obligatoire
IPM	Institution de Prévoyance Maladie
ISBLSM	Institution Sans But Lucratif au Service des Ménages
Lux Dev	Agence d'Aide et de Développement du Gouvernement Luxembourgeois
MILDA	Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
ODD	Objectifs pour le Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OS	Objectif Stratégique
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur brut
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PSE	Plan Sénégal Émergent
PTF	Partenaire Technique et Financier
RGPHAE	Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage
SAP	Sociétés d'Assurance Privée
SHA	System of Health Accounts ou Système des comptes de la santé
SNFS	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
STEPS	Enquête nationale de surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles
SCS	Système des Comptes de la Santé
SR	Santé de la Reproduction
SSP	Soins de Santé Primaires
UDSEN	Enquête de prévalence et de pratiques des usagers de drogues au Sénégal
UEMOA	Union Économique et Monétaire Ouest Africaine
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international

Liste des graphiques

Graphique 1: Évolution comparative des dépenses totales de santé par rapport au PIB	23
Graphique 2: Évolution de la structure des dépenses courantes selon la source	23
Graphique 3: Évolution de la structure des dépenses courantes selon les catégories de recettes des régimes	25
Graphique 4: Évolution de la structure des dépenses courantes selon les agents de financement	26
Graphique 5: Évolution de la structure des dépenses courantes par prestataire	27
Graphique 6: Évolution de la structure des dépenses courantes par facteur de prestation	27
Graphique 7: Évolution de la structure des dépenses courantes de consommation par fonction	28
Graphique 8: Évolution de la structure des dépenses courantes selon l'âge	30
Graphique 9: Évolution de la structure des dépenses courantes selon le sexe	30
Graphique 10: Évolution de la structure des dépenses courantes par région	31
Graphique 11: Évolution de la structure des sources de financement de la formation de capital	32
Graphique 12: Évolution de la structure des dépenses en formation de capital par prestataire	33
Graphique 13: Évolution de la structure des dépenses d'investissement par maladies	33
Graphique 15 : Évolution de la structure des dépenses de recherche et formation par maladies	34
Graphique 17: Évolution des dépenses courantes des autres ministères (en milliards FCFA) et leurs parts dans les dépenses courantes	35
Graphique 18: Évolution des dépenses courantes des collectivités territoriales (en millions FCFA) et leurs parts dans les dépenses courantes	36
Graphique 19: Évolution des dépenses courantes des entreprises (en milliards FCFA) et leurs parts dans les dépenses courantes	36
Graphique 20: Évolution des dépenses courantes des assurances (en millions FCFA) et leurs parts dans les dépenses courantes	37
Graphique 21: Structure des dépenses par types d'assurances	38
Graphique 22: Évolution des dépenses courantes des ménages (en millions FCFA) et leur part dans les dépenses courantes	38
Graphique 23: Évolution des paiements directs des ménages (en milliards FCFA) et leur part dans les dépenses courantes de santé	39
Graphique 24: Évolution des dépenses courantes des ONG (en milliards FCFA) et leurs parts dans les dépenses courantes	39
Graphique 25: Structure des dépenses en santé de la reproduction par source	42
Graphique 26: Structure des dépenses en santé de la reproduction par facteur de prestation	42
Graphique 27: Structure des dépenses en PF par source de financement	43
Graphique 28: Évolution des dépenses en PF par facteur de prestation	44
Graphique 29: Évolution des dépenses courantes en SSP par facteurs de prestation (%)	46
Graphique 30: Évolution de la structure des dépenses en paludisme par source	46
Graphique 31: Évolution Structure des dépenses en paludisme par facteurs de prestation	47
Graphique 32: Évolution de la structure des dépenses du VIH /SIDA par source de financement	48
Graphique 33: Évolution de la structure des dépenses du VIH / SIDA par facteur de prestation	49
Graphique 34 : Évolution de la structure des dépenses courantes pour la lutte contre tuberculose par source de financement	50
Graphique 35 : Évolution de la structure des dépenses courantes pour la lutte contre la tuberculose par facteurs de prestation	50

Liste des tableaux

Tableau 1: Structure du financement de la santé par source (en %)	22
Tableau 2: Évolution des dépenses de santé sur la période 2014 - 2016	22
Tableau 3: Structure des dépenses courantes selon les régimes	24
Tableau 4: Structure des dépenses courantes de consommation par maladie (en millions F CFA)	29
Tableau 5: Structure des dépenses d'investissement (en millions FCFA)	32
Tableau 6: Les indicateurs de base	40
Tableau 7: Les indicateurs optionnels	41
Tableau 8: Évolution des dépenses courantes en soins de santé primaires par source (en millions de FCFA)	45

RESUME EXECUTIF

Ce rapport fait une analyse descriptive des dépenses de santé sur la base du renforcement de la relation triaxiale selon les dimensions « consommation », « fourniture » et « financement ». Il est basé sur le nouveau système des comptes de la santé appelé System of Health Accounts (SHA) 2011.

Le financement du système de santé au Sénégal est assuré à travers les interventions des différents acteurs des secteurs public et privé (y compris les ménages), ainsi que du Reste du monde (dominé par les Partenaires techniques et financiers (PTF)).

Les Dépenses Totales de Santé (DTS) du secteur s'élèvent à 483,2 milliards en 2014 soit 4,9% du PIB, à 497,0 milliards en 2015, soit 4,7% du PIB et à 530,3 milliards en 2016, soit 4,7% du PIB.

Les dépenses courantes de santé représentent 429,7 milliards en 2014, puis 460,6 milliards en 2015 et 480,8 milliards en 2016, représentant respectivement 88,9%, 92,7% et 90,7% des dépenses totales de santé. Quant aux dépenses en capital, elles sont de 53,5 milliards soit 11,1% des dépenses totales en 2014, 36,5 milliards soit 7,3% en 2015 et 49,6 milliards soit 9,3% des dépenses totales de santé en 2016.

Durant la période 2014 - 2016, les principales sources de financement sont les ménages, l'administration publique et les PTF. En effet, les dépenses des ménages représentent 46,9% des dépenses totales de santé en 2014, puis 49,5% en 2015 et 48,8% en 2016. Celles de l'Administration publique sont évaluées à 25,7%, 26,5% et 24,2% des dépenses totales de santé respectivement en 2014, 2015 et 2016. Quant au Reste du monde, ses dépenses sont évaluées à 20,6% des dépenses totales de santé entre 2014 et 2015 et se situent à 20,0% en 2016.

En effet, la part des ménages dans les dépenses courantes de santé est évaluée à 52,8% en 2014, puis 53,4% en 2015 et 53,8% en 2016. Pour l'Administration publique, sa part a atteint 21,1% en 2014, puis 21,0% en 2015 et 21,5% en 2016. Celle du Reste du monde s'est établie à 20,5% en 2014, puis 19,7% en 2015 et 18,8% en 2016.

Les résultats des comptes de la santé révèlent que les dépenses courantes de santé sont en grande partie orientées vers les détaillants et autres prestataires de biens médicaux (officines) sur la période 2014 - 2016. En effet, les dépenses gérées par les officines s'élèvent à 156 milliards de francs CFA soit une part de 36,3% des dépenses courantes de santé en 2014, puis 167 milliards soit une part de 36,3% en 2015 et 178 milliards soit une part de 37,0% en 2016.

Les dépenses des ménages sont essentiellement constituées des paiements directs à hauteur de 95% en 2014, 2015 et 2016. Ces paiements directs sont principalement destinés à l'achat des médicaments qui sont évalués à 126 milliards en 2014, soit une part de 81,0%, 145,2 milliards en 2015, soit 86,9%, et 150,2 milliards en 2016, soit 84,3%.

Les dépenses courantes pour les soins de santé des enfants de 0-5 ans ont évolué de 95,5 milliards en 2014 à 122,8 milliards en 2016, représentant respectivement 22,2% et 25,5 % des dépenses courantes en 2014 et en 2016. La part des dépenses des personnes du troisième âge (60 ans et plus) dans les dépenses courantes de santé a connu une légère augmentation entre 2014 et 2016, passant de 45,4 milliards à 52,7 milliards, soit respectivement 10,6% et 11% des dépenses courantes ?.

Les dépenses courantes effectuées par les structures offrant des services de santé sont composées essentiellement de l'achat de fournitures de biens et services (58%), et les rémunérations des employés (32%).

Les dépenses courantes de santé sont plus orientées vers (i) les maladies non transmissibles, avec 166,1 milliards en 2014, 186,0 milliards en 2015 et 200,2 milliards en 2016, (ii) les maladies infectieuses et parasitaires, avec 75,0 milliards en 2014, puis 88,2 milliards en 2015 et 90,3 milliards

en 2016 et (iii) celles liées à la santé de la reproduction, avec 62,8 milliards en 2014, puis 55,0 milliards en 2015 et 60,3 milliards en 2016.

Les dépenses en capital sont constituées essentiellement d'infrastructures (49,6% en 2014, 46,2% en 2015 et 53,8% en 2016) et de machines et équipements, (50,3% en 2014, 31,5% en 2015 et 40,4% en 2016).

Les dépenses en soins de santé primaires représentent plus de la moitié des dépenses courantes de santé avec 58,7% en 2014, 62,8% en 2015 et 62,5% en 2016. Les ménages constituent la principale source de financement (67,1% en 2014, puis 64,0% en 2015 et 64,4% en 2016), suivis des partenaires techniques et financiers (18,2% en 2014, puis 18,4% en 2015 et 20,0% en 2016) et de l'administration publique (9,2% en 2014, puis 12,4% en 2015 et 11,3% en 2016).

Les dépenses en soins de santé primaires sont plus orientées vers l'achat de médicaments, représentant 54,3%, 51,8% et 56,0% respectivement pour 2014, 2015 et 2016.

INTRODUCTION

Les comptes de la santé (CS) constituent un outil d'aide à la décision. Ils permettent un suivi systématique, cohérent et exhaustif des flux des ressources du système de santé d'un pays. Ils contribuent à l'élaboration des politiques de santé, au suivi et à l'évaluation des interventions en matière de santé.

Les résultats des comptes de la santé 2014, 2015 et 2016 présentés dans ce rapport font suite à la production de ceux des années 2005, 2006, 2007, 2008 et 2013.

Pour cette série, les comptes ont été produits suivant la nouvelle méthodologie du Système des comptes de la santé (SHA) initiée en 2011. En effet, ce nouveau système des comptes de la santé offre : (i) une couverture plus complète de classification fonctionnelle dans des domaines tels que la prévention et les soins de longue durée ; (ii) une situation plus concise de l'univers des prestataires de soins de santé, ayant des liens plus étroits avec les classifications types des industries ; et (iii) une approche précise pour le suivi des financements du secteur de la santé par l'utilisation de nouveaux systèmes de classification des financements.

Le présent rapport qui s'appuie sur cette nouvelle nomenclature des CS fait une analyse descriptive des dépenses de santé, basée sur le renforcement de la relation triaxiale suivant les dimensions « consommation », « fourniture » et « financement ».

Le rapport s'articule autour de quatre grandes parties : le contexte général, le cadre de comptabilité du système des comptes de la santé, la démarche méthodologique et les résultats d'analyse des dépenses de 2014-2016.

I- CONTEXTE GENERAL

1.1. Présentation du Sénégal

1.1.1. Situation géographique

Situé à l'extrême ouest de l'Afrique occidentale avec une façade maritime de plus de 700 km sur l'océan atlantique qui le limite à l'Ouest, le Sénégal couvre une superficie de 196 722 Km². Le territoire Sénégalais est limité au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali et au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau. La République de Gambie qui occupe tout le cours inférieur du fleuve du même nom, constitue une enclave de 25 km de large et près de 300 km de profondeur à l'intérieur du territoire sénégalais. Le relief est plat et peu élevé dans l'ensemble du territoire. Le climat est de type tropical sec et caractérisé par une saison sèche et une saison des pluies.

1.1.2. Situation administrative

En 2008, la loi 2008-14 du 18 mars 2008 a modifié la loi 72-02 du 1er février 1972 relative à l'organisation de l'Administration Territoriale et Locale et a porté le nombre de régions à 14 dont trois nouvelles : Kaffrine, Kédougou et Sédhiou. Les départements sont au nombre 45, subdivisés en Arrondissements, Communes, quartiers et Villages. Le village ou le quartier correspond à la cellule administrative de base. Certaines grandes communes du Sénégal (Dakar, Rufisque, Pikine, Guédiawaye et Thiès) sont subdivisées en communes d'arrondissement.

Il y a deux modes de gestion du territoire qui se côtoient : un mode déconcentré dans lequel le pouvoir local est exercé par des agents de l'État et un mode décentralisé dans lequel le pouvoir local est exercé par des organes élus.

Dans le mode déconcentré, la région est placée sous l'autorité du Gouverneur, le département sous celle du Préfet et l'arrondissement sous celle du Sous-préfet. Dans le mode décentralisé, le département, en tant que collectivité territoriale, est géré par le conseil départemental et la commune par le conseil communal. En effet, depuis 2013, l'Acte III de la décentralisation a procédé à la communalisation intégrale par l'érection des anciennes communautés rurales et des communes d'arrondissement en communes de plein exercice.

La capitale du Sénégal, Dakar, est en même temps la capitale de la région du même nom, presque île de 550 km² située à l'extrême Ouest du pays.

1.1.3. Données démographiques

La population du Sénégal est estimée en 2014 à 13 926 253 d'habitants. Avec un taux de croissance annuel de 2,5%, elle est passée à 14 356 575 d'habitants en 2015 et 14 799 859 d'habitants en 2016. Les femmes représentent 50,2% en 2016.

La répartition de cette population selon les groupes d'âges indique des taux de 3,5% pour les moins d'un an, 16,1% pour les moins de cinq ans, 46,7% pour ceux dont l'âge est compris entre quatorze et quarante-neuf ans et 5,5% pour les plus de soixante ans.

Le nombre de femmes en âge de procréer est passé de 3 318 946 en 2014, à 3 425 727 en 2015 et 3 529 610 en 2016.

Enfin, durant la période 2014-2016, le Sénégal se caractérise par une population très jeune (environ 62% a moins de 25 ans et plus de 76% a moins de 35 ans).

1.1.4. Situation économique

Sur le plan économique, l'activité est marquée par une croissance soutenue accompagnée d'une maîtrise de l'inflation. En effet, le taux de croissance du Produit intérieur brut (PIB), base 2014, est passé de 6,2 % en 2014 à 6,4 % en 2015 et 2016. Le PIB nominal est évalué à 9 775 milliards FCFA en 2014, à 10 508,7 milliards FCFA en 2015 et à 11 283,4 milliards en 2016. L'inflation mesurée par le déflateur du PIB est relativement faible, passant de -1,5 % en 2014 à 1,1 % en 2015 et 0,9 % en 2016.

Le PIB par habitant est passé de 702 mille FCFA en 2014 à 763 mille FCFA en 2015 et 814 mille FCFA en 2016.

Entre 2014 et 2016, l'investissement a tourné autour de 25 % du PIB et le déficit du solde de la balance des biens et services s'est améliorée de 216 milliards.

Les recettes budgétaires ont progressé régulièrement entre 2014 et 2016, passant de 1 674 milliards à 2 090 milliards. Les dépenses gouvernementales ont également augmenté entre 2014 et 2016, passant de 2 304 milliards à 2704 milliards, représentant respectivement 23,6 % et 24 % du PIB.

L'évolution des prix à la consommation, mesurée par l'Indice national des Prix à la Consommation, est relativement faible, passant de -1,4 % en 2014 à 0,6 % en 2015 et 1,5 % en 2016, respectant le critère de 3 % fixé par l'UEMOA sur l'inflation. Cette maîtrise des prix à la consommation est en liaison avec le niveau faible des cours mondiaux des matières premières, en particulier le pétrole et les produits céréaliers.

L'évolution des prix des services de santé est relativement modérée en se situant à 1,0 % en 2014 à 0,1 % en 2015 et 0,5 % en 2016.

1.2. Profil sanitaire et épidémiologique

Le secteur de la Santé est marqué par une transition épidémiologique avec l'émergence de nouvelles maladies à potentiel épidémique, la recrudescence des maladies non transmissibles et la persistance des maladies endémiques (Paludisme, Tuberculose et VIH/Sida). Les usagers du système de santé et d'action sociale sont constitués des femmes, des enfants, des adolescents, des personnes âgées et des groupes dits vulnérables (personnes vivant avec un handicap, enfants déshérités, personnes indigentes etc.).

Au profit de ces populations, le gouvernement a mis en œuvre des politiques d'accès universel aux soins (ex :la couverture maladie universelle), d'autonomisation des groupes vulnérables (carte d'égalité des chances) et de la densification de l'offre de soins, surtout en milieu rural.

Malgré les progrès notables enregistrés, la situation sanitaire et sociale au Sénégal reste caractérisée par une mortalité néonatale, infanto-juvénile et maternelle encore élevée. Le taux de mortalité néonatale est passé de 19‰ naissances vivantes en 2014 à 23‰ en 2015 avant de redescendre à 21‰ en 2016. La mortalité infanto-juvénile est passée de 54‰ en 2014 à 59‰ en 2015 puis 51‰ en 2016. Quant à la mortalité maternelle, elle est encore élevée (392/100.000 NV).

Dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les maladies transmissibles, des résultats significatifs ont été enregistrés.

En effet, pour le Paludisme, les efforts consentis ces dernières années se sont traduits par une légère baisse de la morbidité proportionnelle palustre qui est passée de 3,4% en 2014 à 3,3% en 2016. Quant à la prévalence parasitaire, elle s'est stabilisée à 1,2% sur la période.

En ce qui concerne le VIH/SIDA, la séroprévalence dans la population générale demeure stationnaire à 0,5% entre 2014 et 2016 avec de grandes disparités entre les régions d'une part, les sexes et les groupes cibles d'autre part.

Pour ce qui est de la Tuberculose, les données épidémiologiques ont montré une augmentation dans la notification des cas, qui est passée de 136 cas pour 100 000 habitants en 2014 à 139 cas pour 100 000 en 2016. Des efforts ont été également faits dans la détection des cas et dans l'introduction de la gratuité des médicaments et produits dédiés.

Les Maladies tropicales négligées (MTN) à chimiothérapie préventive de masse (comme la bilharziose) et celles à prise en charge « cas par cas » (comme la lèpre) persistent, bien que d'énormes efforts aient été réalisés.

Les maladies chroniques constituent une autre préoccupation du secteur de la santé du fait de la progression constante du nombre de personnes affectées. Il s'agit notamment de l'hypertension artérielle, du diabète, de l'insuffisance rénale et du cancer.

En 2015, l'hypertension artérielle est la maladie la plus répandue avec une prévalence estimée à 24% dans la population générale. Cette maladie est plus fréquente en zone rurale (26,2%) qu'en zone urbaine (21,7%) selon l'Enquête STEPS.

Pour l'hypercholestérolémie, la prévalence dans la population générale est estimée à 19,2%. L'enquête STEPS a révélé une fréquence plus élevée de l'hypercholestérolémie en zone rurale (22,5%) qu'en zone urbaine (16,1%).

Concernant le diabète, la prévalence globale est estimée à 2,1% avec 2,9% en zone urbaine et 1,3% en zone rurale. La prévalence du cancer au Sénégal n'est pas connue, le secteur ne disposant que de données parcellaires essentiellement hospitalières. La prise en charge de ces maladies chroniques à soins coûteux reste encore insuffisante.

1.3. Organisation du système de santé



Pyramide sanitaire

1.3.1. Organisation administrative

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central intermédiaire et périphérique.

Durant la période 2014-2016, le Sénégal compte 14 régions médicales et 76 districts sanitaires.

Le niveau central conçoit les objectifs et les options stratégiques en santé. Il veille à la mobilisation et l'utilisation des ressources, à l'acquisition des technologies traditionnelles et/ou modernes et à l'amélioration de la gestion.

Le niveau intermédiaire sélectionne et adapte les techniques pour la mise en œuvre de la politique de santé et canalise l'expertise technique vers les Districts sanitaires. La région médicale est chargée d'une mission permanente d'information, de coordination technique des structures sanitaires, de synthèse et de gestion administrative du personnel.

Le niveau périphérique est l'échelon opérationnel du système national de santé. C'est à ce niveau que s'opère l'intégration des ressources pour rendre effective l'action sanitaire aux communautés, ménages et individus à travers diverses activités. Le district est considéré comme l'aire géographique opérationnelle dans le scénario de développement sanitaire et social au Sénégal.

1.3.2. Organisation de l'offre de soins

L'offre de soins épouse l'architecture pyramidale.

Au sommet, il y a les EPS hospitaliers de niveau 3 et les EPS non hospitaliers. Au niveau intermédiaire se trouvent les EPS hospitaliers de niveau 2 communément appelés hôpitaux régionaux.

Au niveau périphérique, l'offre de soins est constituée par :

- Les EPS hospitaliers de niveau 1 ;
- Les centres de santé ;
- Les postes de santé auxquels sont rattachées les cases de santé et les maternités rurales isolées.

Un paquet de services curatifs et promotionnels est assuré par un dispositif communautaire assez structuré regroupant les cases de santé et les sites communautaires.

Ce schéma est complété par l'offre du secteur privé et des structures sanitaires des autres ministères sectoriels à tous les échelons de la pyramide sanitaire.

S'agissant de la référence contre référence, elle est assurée au sommet de la pyramide par l'hôpital suivi du centre de santé et des postes de santé. La référence contre référence est assurée à ces différents échelons du système de santé

1.4. Performance du système de santé

Durant la période 2014 – 2016, le secteur de la santé a réalisé des performances au vu des résultats obtenus aussi bien au niveau des districts sanitaires qu'au niveau des établissements publics de santé.

Les résultats de l'évaluation des dépenses au cours de cette période sont à corréler étroitement avec les résultats d'activités réalisés dans les structures sanitaires à travers les cinq programmes fonctionnels du Document de Programmation Pluriannuel des Dépenses (DPPD) du MSAS :

1.4.1. Programme « Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent »

Le taux de prévalence contraceptive est passé de 20,0% en 2014 (pour une cible supérieure à 16,0%) à 21,2% en 2015 (pour une cible de 27,0%) et 23,0% en 2016 (pour une cible de 29,0%). Ainsi, pour cet indicateur, la cible n'a été atteinte qu'en 2014. Le taux d'achèvement (couverture adéquate) en CPN est passé de 48,0% en 2014 (pour une cible de 55,0%) à 47,0% en 2015 (pour une cible de 63,0%) et 49,4% en 2016 (pour une cible de 70,0%). Le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié est passé de 59,0% en 2014 (pour une cible de 78,0%) à 53,0% en 2015 (pour une cible de 80,0%) et 65,4% en 2016 (pour une cible de 83,0%). La proportion d'enfants malnutris guéris est passée de 75,0% en 2014 (pour une cible de 81,0%) à 78,5% en 2015 (pour une cible de 75,0%) et 76,0% en 2016 (pour une cible de 75,0%). Il résulte de ce qui précède que, durant toute la période, les cibles n'ont pas été atteintes pour les indicateurs « taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié » et « proportion d'enfants malnutris guéris ». Le taux d'utilisation SRO/ZINC est passé de 89,0% en 2014 (pour une cible de 80,0%) à 92,7% en 2015 (pour une cible de 80,0%) et 80,0% en 2016 (pour une cible de 90,0%). Pour ce dernier indicateur, c'est seulement en 2016 que la cible n'a pas été atteinte.

Dans le cadre de la gestion 2014, le programme « Santé de la mère du nouveau-né de l'enfant et de l'adolescent » a bénéficié d'un budget de 12,5 milliards exécuté à hauteur de 11,1 milliards soit un taux de 88,8%. Ce programme a bénéficié d'un budget de 1,3 milliards au cours de l'année 2015, exécuté à hauteur de 0,9 milliards soit un taux de 76,0%. En 2016, il a eu un budget de 2,6 milliards exécuté à hauteur de 1,9 milliards soit un taux de 76,0%.

1.4.2. Programme « Prévention et prise en charge de la maladie »

La proportion d'enfants de 0 -11 mois complètement vaccinés est de 74 % en 2014, 76 % en 2015 et 84 % en 2016. Les objectifs pour cet indicateur ont été atteints en 2016 car la cible était fixée à 81 %. La proportion d'unités d'hémodialyse fonctionnelles est de 30 % en 2014, de 43 % en 2015 et 41 % en 2016. La cible fixée à 35 % pour cet indicateur en 2016 est atteinte. La proportion d'unités de PEC du diabète fonctionnelles est de 30,3% en 2014, de 35,3% en 2015 et 38 % en 2016. Pour cet indicateur aussi la cible qui est de 30 % en 2106 est atteinte. La proportion de tuberculeux parmi les personnes vivant avec le VIH est de 79 % en 2014, de 82 % en 2015 et de 83 % en 2016. Cependant, la cible n'est pas atteinte en 2016 car elle était de 95 %. La proportion d'insuffisants rénaux PEC dans les unités de dialyse est de 21,3% en 2014, de 30 % en 2105 et de 32 % en 2016. La cible est atteinte en 2016 car étant fixée à 25 %.

Sur la période 2014 – 2016, le taux de succès au traitement des nouveaux cas de TB à bascilloscopie positive s'est maintenu à 88 %.

Pour l'année 2014, le programme « prévention et lutte contre la maladie » a bénéficié du budget de l'État pour un montant de 20 milliards et exécuté à hauteur de 18,7 milliards, soit un taux d'exécution de 93,2%. Ce programme a bénéficié d'un budget de 6,6 milliards au cours de l'année 2015 exécuté à hauteur de 6,3 milliards soit un taux de 97 %. En 2016, il a eu un budget de 7,7 milliards exécuté à hauteur de 6,4 milliards soit un taux de 84 %.

1.4.3. Programme « Renforcement du système de santé »

Le niveau d'application des normes de couverture en ressources humaines est passé de 62 % en 2014 (pour une cible de 75 %) à 64 % en 2015 (pour une cible de 68 %) et 70,2% en 2016 (pour une cible de 73,6%). Pour les produits traceurs dont la cible doit être inférieure à 13%, leur taux de rupture est passé de 11% en 2014 à 23% en 2015 et à 15% en 2016.

Le programme « renforcement du système de santé » a pu bénéficier du budget de l'État pour une valeur de 77,9 milliards au cours de l'année 2014 et exécuté à hauteur de 67,4 milliards soit un taux de 86,5%. Ce programme a bénéficié d'un budget de 59,4 milliards au cours de l'année 2015 exécuté à hauteur de 53,7 milliards soit un taux de 90%. En 2016, il a eu un budget de 43,9 milliards et exécuté à hauteur de 40,1 milliards soit un taux de 91%.

1.4.4. Programme « Gouvernance sanitaire »

Le taux d'exécution du budget de la Santé est passé de 92% en 2014 (pour une cible de 95,0%) à 98% en 2015 (pour une cible de 100,0%) et 92% en 2016 (pour une cible de 95,0%). Durant toute la période, la cible n'a pas été atteinte.

Le programme « gouvernance sanitaire » a pu bénéficier d'un budget de 18,8 milliards au cours de l'année 2014 exécuté à hauteur de 16,9 milliards soit un taux de 90,1%. Ce programme a bénéficié d'un budget de 3,2 milliards au cours de l'année 2015, exécuté à hauteur de 3 milliards soit un taux de 93%. En 2016, il a eu un budget de 3,8 milliards exécuté à hauteur de 3,5 milliards soit un taux de 90,0%.

1.4.5. Programme « Appui aux groupes vulnérables »

Le taux de satisfaction des demandes de financement de projets économiques est de 28 % en 2014 et 2015. Cependant, il a chuté jusqu'à atteindre 20 % alors que la cible en 2016 était fixée à 28 %.

Dans le cadre de la gestion 2014, le programme « appui aux groupes vulnérables » a pu bénéficier d'un budget de 1,3 milliard, exécuté à hauteur de 1,3 milliard soit un taux de 99,7%. Ce programme a bénéficié d'un budget de 1,3 milliard au cours de l'année 2015, exécuté à hauteur de 1,2 milliard soit un taux de 95%. En 2016, le budget est estimé à 12,1 milliards, exécuté à hauteur de 12,1 milliard soit un taux de 100 %.

II- CADRE DE COMPTABILITE DU SYSTEME DES COMPTES DE LA SANTE

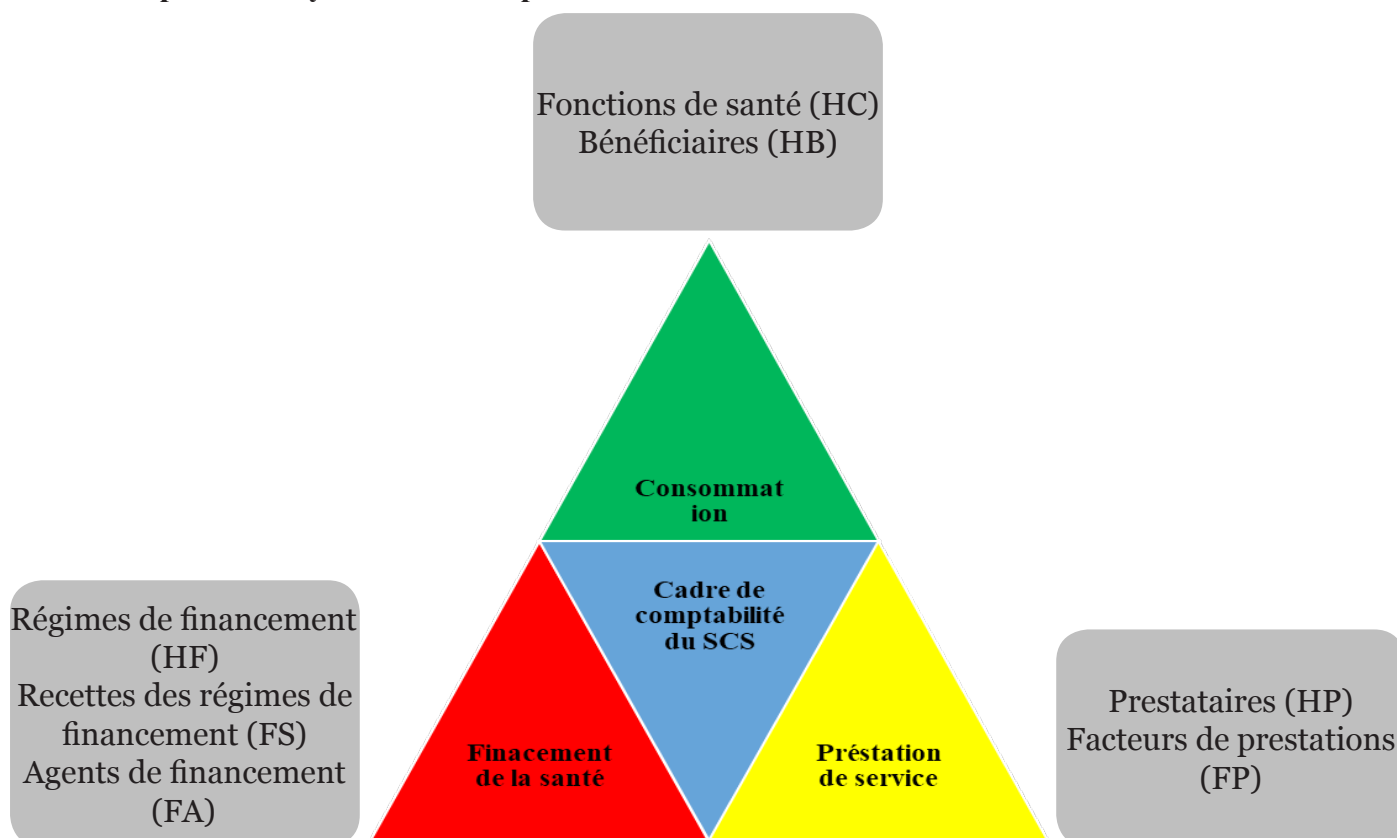
2.1. Définition, objet et utilité des comptes de la santé

Les comptes de la santé (CS) sont un instrument de mesure des flux de ressources financières dans le secteur de la santé (de la source de financement au service fourni) d'un pays pendant une période définie.

Ils ont pour objectif de produire une information exhaustive et détaillée qui décrit le système de santé du point de vue des dépenses. L'utilité des résultats des CS est d'informer les décideurs politiques et parties prenantes pour les inciter à plus d'action en faveur du secteur de la santé. Ils permettent ainsi de :

- faire le suivi de la couverture maladie universelle à travers la contribution des régimes au financement des soins de santé (paiements directs des ménages, paiements directs sans partage de coûts, régimes contributifs obligatoires de financement de la santé, ...)
- faire le suivi de la contribution de l'État dans le financement de la santé ;
- faire le suivi des financements des différentes initiatives ;
- analyser le gap de financement et l'évolution de la dépense gouvernementale ;
- analyser les dépenses selon les caractéristiques des bénéficiaires : maladie, sexe, âge, lieu de résidence ;
- identifier les affections qui consomment plus de ressources ;
- analyser les dépenses selon les objectifs sectoriels du PNDSS et les programmes du DPPD ;
- retracer les dépenses des PTF, du secteur privé, des ONG, des chercheurs, ...

Cadre comptable du système des comptes de la santé



2.3. Définition opérationnelle des concepts

Concepts	Définitions
Dépenses de santé	Elles englobent toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif principal est de promouvoir la santé, prévenir les maladies, guérir les maladies, soigner les états de santé chroniques ou des personnes vivant avec un handicap, gérer des programmes de santé publique, l'assurance maladie et les soins palliatifs.
Dépenses courantes en santé	Ce sont les dépenses de consommation finale d'unités résidentes en biens et services de santé
Formation du capital	Elle est mesurée par la valeur totale des actifs fixes que les prestataires de santé ont acquis au cours de la période comptable (moins la valeur des cessions d'actifs) et qui sont utilisés de façon répétée ou continue pendant plus d'un an dans la production de services de santé.
Dépense totale de santé (DTS)	Elle est égale à la somme des dépenses courantes et des dépenses d'investissement
Paiements directs des ménages	Il s'agit de paiements directs pour des services prélevés sur la principale source de revenus ou sur l'épargne du ménage (aucun tiers payant n'est impliqué). Les paiements sont faits par le ménage au moment de l'utilisation des services
Agents de financement (FA)	Ce sont des unités institutionnelles qui gèrent un ou plusieurs régimes de financement
Régimes de financement (HF)	Ce sont les principaux dispositifs de financement par lesquels les populations obtiennent des services de santé

Revenus des régimes de financement (FS) :	Un revenu est l'augmentation des fonds d'un régime de financement de la santé, à travers les mécanismes de contribution spécifiques
Transferts directs étrangers	Ce sont les transactions de revenus financiers étrangers directement alloués à la santé
Reste du monde	La notion de reste du monde renvoie aux ressources d'origine étrangère injectées directement ou indirectement dans le secteur de la santé.
Partenaires Techniques et Financiers (PTF)	Les PTF sont essentiellement composés des bailleurs bilatéraux et multilatéraux.
Prestataires (HP)	Il s'agit de l'ensemble des organisations et acteurs qui offrent des biens et services médicaux
Facteurs de prestations (FP)	Ce sont les intrants utilisés par le prestataire pour produire les biens et services de santé
Fonctions (HC)	Ce sont les types de biens, de services et d'activités réalisés dans le champ des comptes de la santé
Biens médicaux	Ils sont constitués des médicaments, des lunettes et autres produits de vision, des aides auditives, des appareils orthopédiques et prothèses et tous autres produits médicaux durables y compris les appareils médico techniques.
Dépenses en Formation	Il s'agit des dépenses en formation continue du personnel de santé
Données primaires	Ce sont les données obtenues à partir d'enquêtes
Données secondaires	Ce sont les données tirées de l'exploitation des rapports d'activité ou financiers des structures

III- DEMARCHE METHODOLOGIQUE D'ELABORATION DES COMPTES DE LA SANTE 2014-2016

3.1. Cadre institutionnel des CS au Sénégal

L'unité « des Comptes de la santé » domiciliée à la Cellule d'Économie de la santé de la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques du Ministère de la Santé et de l'Action sociale, est chargée de coordonner la production des comptes de la santé en relation avec les instances de coordination mises en place : un comité de pilotage et un comité technique.

3.2. Comité de pilotage

C'est l'instance qui coordonne le comité technique afin de s'assurer que les informations produites répondent aux attentes. Il a pour rôle de garantir la crédibilité de l'exercice, de faciliter l'accès aux données et l'utilisation des résultats. Il est créé par arrêté ministériel et est présidé par le Secrétaire général du ministère en charge de la santé ou son représentant.

3.3. Comité technique

La mise en œuvre du processus d'élaboration des CS est placée sous la responsabilité du Comité technique et sous la supervision du Comité de pilotage.

Le comité technique est composé d'une équipe pluridisciplinaire ; le Directeur de la Planification, de la Recherche et des Statistiques en assure la présidence. Le président du comité technique est assisté par le coordonnateur de la Cellule d'économie de la santé qui prépare et coordonne les activités du comité technique.

Pour une bonne appropriation des CS par le niveau opérationnel, des comités techniques régionaux, composés du point focal régional comptes de la santé, du chef de service régional de l'ACMU et du chef de service régional de la statistique et de la démographie (SRSD) et du Médecin Chef de Région qui en assure la présidence.

3.4. Choix méthodologiques

L'élaboration des comptes de la santé pour les années 2014, 2015 et 2016, de même que 2013, a été faite suivant la nouvelle méthodologie du Système des Comptes de la Santé (SHA 2011) qui est une révision de la première version (SCS 1.0) utilisée pour ceux de 2005, 2006, 2007 et 2008.

3.4.1. Le Champ des CS

Les dépenses de santé englobent toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif principal est de : promouvoir la santé, prévenir les maladies, guérir les maladies ; soigner les états de santé chroniques ou des personnes handicapées, gérer des programmes de santé publique, l'assurance maladie, les soins palliatifs indépendamment de qui paye ou qui offre le service.

Les dépenses réalisées pour financer la formation initiale dans le domaine de la santé, par les non-résidents pour leurs propres soins de santé et par les organisations internationales pour le fonctionnement de leurs administrations sont exclues du champ des comptes.

3.4.2. Collecte des données

Deux grandes catégories de sources de données ont été identifiées pour la collecte.

3.4.2.1. Sources de données primaires

Il s'agit de données issues d'enquêtes réalisées avec des outils de collecte de données prenant en compte la nouvelle nomenclature du SHA 2011 auprès des acteurs. Ces enquêtes sont réalisées par une équipe d'enquêteurs recrutés et formés sur le guide de remplissage par le comité technique régional avec l'appui du comité technique national des comptes.

3.4.2.2. Sources de données secondaires (rapports et bases de données)

Il s'agit de l'exploitation des rapports financiers et des bases de données administratives du secteur public (Ministère de la Santé et de l'Action sociale et les autres Ministères), de la Banque de Données Économiques et Financières (BDEF) de l'ANSD et des rapports d'exécution budgétaire de certains bailleurs.

Pour chaque type de structure, le tableau ci-après précise le type de collecte (recensement ou enquête).

Sources	Type de collecte	Méthode de collecte	Description des données	Responsable de collecte
Directions, Services, Cellules et Programmes du MSAS	Secondaire	Collecte exhaustive	Les dépenses des directions dont les programmes, services et cellules rattachés du MSAS	Comité technique national
Autres Ministères, PRN, CNLS,	Secondaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé des ministères autres que celui chargé de la santé	Comité technique national
Collectivités territoriales	Primaire	Échantillonnage	Les dépenses de santé des Collectivités territoriales	Comité technique régional / Enquêteurs
SIGFIP	Secondaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé exécutées sur le budget de l'État	Comité technique national
EPS	Secondaire et primaire	Collecte exhaustive	Les données sur les ressources, dépenses et activités des EPS	Comité technique national
Districts, Centres et Postes de santé	Secondaire et primaire	Échantillonnage	Les données fournies par enquête et celles extraites du Les données de la plateforme DHIS2 relatives aux recettes, dépenses des comités de santé et activités	Comité technique régional / Enquêteurs
IPRES, CSS et FGA	Primaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé pour IPRES, CSS et FGA	Comité technique national
Mutuelles de santé	Primaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé des Mutuelles	ACMU, GRAIM et comité technique national
IPM	Primaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé des IPM	IPM et comité technique national
SAP	Primaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé des SAP	Fédération des sociétés d'assurances (FSSA) et comité technique national
PTF	Primaire et Secondaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé des PTF	Comité technique central
ONG	Primaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé des ONG	RESSIP CONGAD, comité technique national et régional
Prestataires privés	Primaire et Secondaire	Échantillonnage / Collecte exhaustive	Les dépenses de santé des cabinets, laboratoires et cabinets d'imagerie, officines, cliniques, hôpitaux,...	ANSD, Comité technique national et régional / Enquêteurs
Service d'hygiène	Primaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé du service d'hygiène	Comité technique national
laboratoires régionaux	Primaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé des laboratoires	Comité technique régional / Enquêteurs
Centres Médico-sociaux	Primaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé des Centres Médico-sociaux	Comité technique régional / Enquêteurs
Centres de Planification familiale (ASBEF)	Primaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé de l'ASBEF	Comité technique régional / Enquêteurs
Instituts de recherche et de formation	Primaire	Collecte exhaustive	Les dépenses de santé des Instituts de recherche et de formation	Comité technique national

3.4.2.3. Estimation des dépenses des ménages

Les dépenses des ménages sont obtenues par solde, après avoir défalqué du chiffre d'affaires, les dépenses des autres agents de financement.

Les chiffres d'affaires des prestataires, ont été estimés à partir :

- des états financiers disponibles au niveau de l'ANSD, (cas des hôpitaux, cliniques, cabinets, Officines privées, etc.)
- des enquêtes menées auprès de certains prestataires pour lesquels les états financiers ne sont pas disponibles au niveau de l'ANSD (cas des Postes de santé privés catholiques, etc.)
- d'une estimation sur la base d'une évolution des indicateurs des comptes de la santé pour le reste des prestataires, en particulier les tradipraticiens, les centres de planification familiale, les postes de santé, les hôpitaux privés à but non lucratif, les hôpitaux de niveau 1, etc.

3.5. Traitement des données

Le logiciel CS PRO a été utilisé pour la saisie des données. C'est un logiciel qui intègre tous les modules nécessaires à la gestion et la correction des fichiers de données, à la tabulation, à la cartographie thématique ainsi qu'à la dissémination des données.

Les activités de saisie sont déclinées en deux sous activités: la saisie proprement dite et le contrôle des résultats de la saisie à partir des questionnaires physiques.

L'encadrement technique des travaux de saisie a été assuré par le comité technique et les experts en informatique de l'ANSD.

Les données saisies ont été contrôlées, triangulées avec les différentes sources de données (GHED, DHIS2, ...) avant d'être importées dans l'outil de production des comptes (HAPT) déjà paramétré selon le système de santé sénégalais. Pour les besoins de la codification, une matrice des clés de répartition des dépenses a été élaborée suivant les différentes dimensions du nouveau système des comptes de la santé. Elles ont ensuite été directement codifiées dans l'outil de production des comptes de la santé. Cette codification a permis de disposer des résultats 2014-2016 sous format de tableaux avec les données des différentes classifications du SHA 2011.

3.6. Difficultés rencontrées dans le processus de collecte et de codification des données

Les difficultés rencontrées peuvent être résumées ainsi qu'il suit:

- absence de paramétrage des outils des comptes de la santé dans la plateforme DHIS2 pour la remontée automatique des données des structures sanitaires du public;
- les informations telles qu'organisées dans les rapports de certaines structures de santé ne permettent pas de renseigner correctement certains questionnaires;
- indisponibilité de certaines données relatives à la répartition par maladie, par âge et par sexe;
- problèmes d'archivage des données au niveau des cabinets paramédicaux et des tradipraticiens;
- mobilité de certains tradipraticiens (déménagement, adresse inexacts, etc.);
- réticence de certains responsables des structures privées;
- retard dans la codification liée aux problèmes techniques du logiciel de production HAPT.

IV- RESULTATS D'ANALYSE DES DEPENSES DE SANTE DE 2014 à 2016

4.1. Volume du financement de la santé

Le financement du système de santé du Sénégal est soutenu par l'action conjuguée de plusieurs sources de financement, notamment les Administrations publiques, les ménages, les entreprises, les institutions sans but lucratif au service des ménages (ONG) et le reste du monde (Partenaires techniques et financiers).

Le tableau 1 montre la répartition du financement du secteur de la santé selon les sources.

Tableau 1: Structure du financement de la santé par source (en %)

Sources de financement	2014	2015	2016
État	24,9	22,9	23,2
Collectivités territoriales	0,9	0,7	0,8
Reste du monde (PTF)	20,7	20,7	20,2
ISBLSM (ONG)	0,6	0,4	0,0
Entreprises	4,6	5,1	5,5
Ménages	48,3	50,2	50,3

Les données présentées dans ce tableau montrent que les ménages restent la principale source pour le financement de la santé. Toutefois, la part de leur contribution a baissé passant de 55,5% en 2013 à 50,3% des dépenses totales de santé en 2016 bien qu'en augmentation depuis 2014. La contribution de l'État reste en moyenne à 23% sur la période 2014-2016. Quant au Reste du monde constitué essentiellement des PTF, son apport est estimé en moyenne à 20% entre 2014 et 2016.

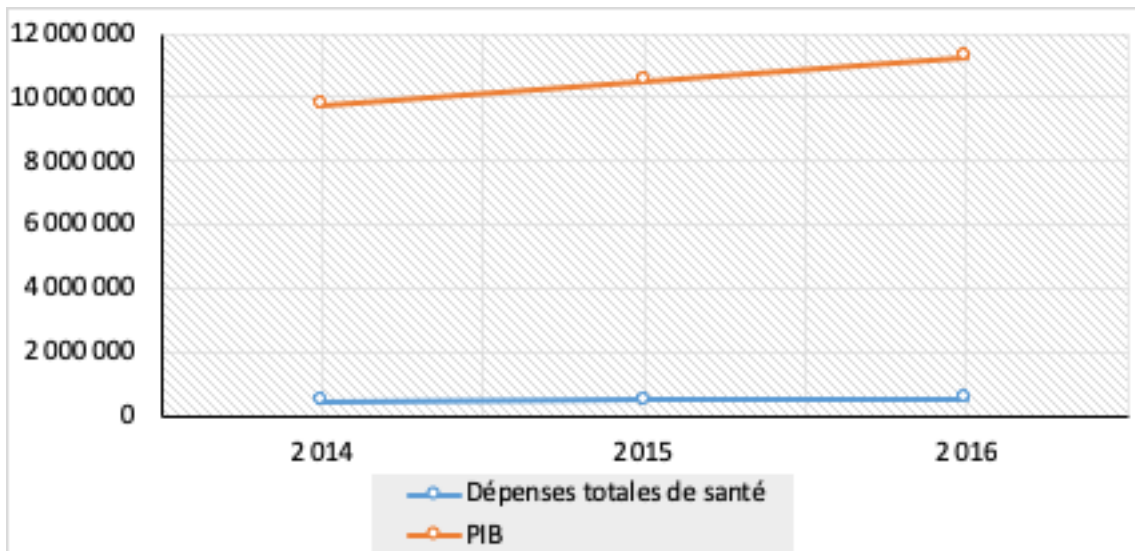
En ce qui concerne les collectivités territoriales et les ONG, leur contribution se situe respectivement en moyenne à 0,8% et 0,3% entre 2014 et 2016.

4.2. Évolution des dépenses de santé

Tableau 2: Évolution des dépenses de santé sur la période 2014 - 2016

Dépenses en santé (en millions de FCFA)	2014	2015	2016
Dépenses courantes	429 716	460 549	480 761
Dépenses de capital	53 491	36 494	49 565
Dépenses totales de santé	483 208	497 044	530 327
Part des dépenses de santé dans le PIB (en %)	4,9	4,7	4,7

L'analyse du tableau 2 montre une évolution croissante de la dépense totale de santé passant de 483,2 milliards en 2014, à 497 milliards en 2015 et 530,3 milliards en 2016, soit une évolution de 4,8% en moyenne annuelle. Toutefois, les dépenses de santé connaissent une croissance moins rapide que le PIB. En effet, la part de ces dépenses dans le PIB est passée de 4,9% en 2014 à 4,7% en 2015 et 2016.



Graphique 1: Évolution comparative des dépenses totales de santé par rapport au PIB

La part des dépenses courantes de santé dans les dépenses totales de santé est évaluée à 90%. Elles passent de 429,7 milliards en 2014 à 480,8 milliards en 2016.

Les dépenses en capital ont connu une baisse, passant de 53,5 milliards en 2014 à 36,5 milliards en 2015, de 18,7 milliards en 2015 contre 30,8 milliards en 2014), essentiellement lié à des blocages et des lenteurs dans les procédures de l'Etat, avant de connaître une hausse en 2016 pour atteindre un montant de 49,6 milliards.

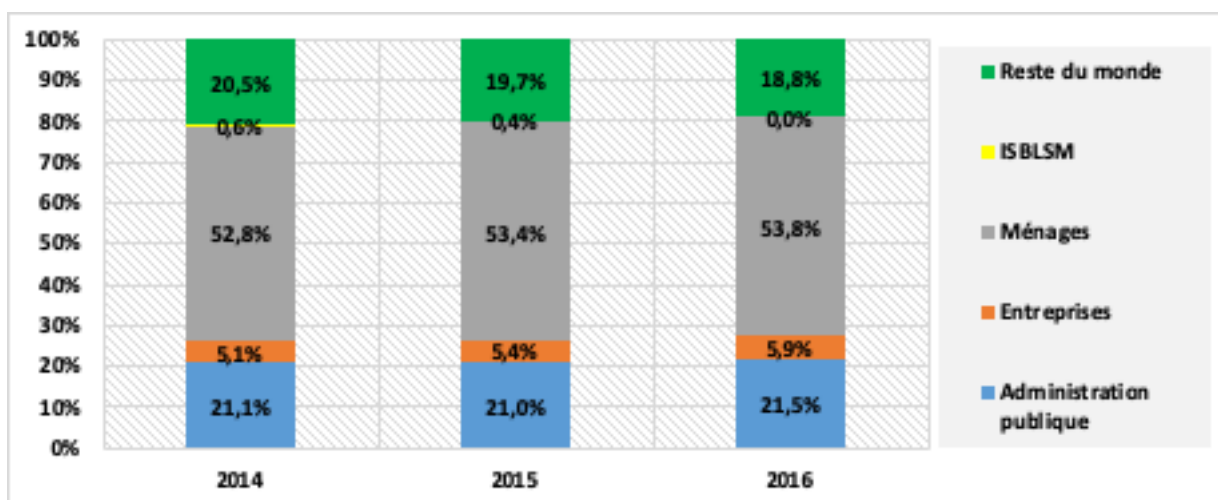
4.3. Analyse des dépenses courantes de santé

Les dépenses courantes de santé sont constituées de la somme des dépenses destinées à la consommation des biens et services de santé par les résidents.

4.3.1. Analyse de la dimension financement des dépenses courantes

4.3.1.1. Les sources de financement des dépenses courantes

Les sources de financement sont des unités institutionnelles (Administration publique, Entreprises, Ménages, ISBLSM et Reste du monde) fournissant des ressources aux différents dispositifs de financement par lesquels les populations obtiennent des services de santé.



Graphique 2: Évolution de la structure des dépenses courantes selon la source

L'analyse des dépenses courantes de santé montre que les ménages constituent la source la plus importante avec plus de 50%. Ce niveau s'explique par l'importance des dépenses en médicaments et en soins curatifs qui représentent respectivement 33,1% et 16,6% en moyenne sur la période 2014-2016.

La politique de couverture maladie universelle (CMU) a permis de prendre en charge le paquet minimum de soins chez des groupes vulnérables tels que les enfants âgés de moins de cinq (5) ans, les personnes âgées de soixante ans et plus, les femmes enceintes et les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique (en hémodialyse). Il faut noter que cette part a connu une légère hausse pour se situer à 53,4% en 2015 et 53,8% en 2016.

La contribution de l'administrations publique est relativement constante sur la période en moyenne 21%.

La part du reste du monde a régulièrement baissé de 2014 à 2016, en passant de 20,5% à 18,8%. Cette situation est imputable à la faible progression des dépenses courantes des PTF (3,2%) en 2015 par rapport aux dépenses courantes totales et leur baisse en 2016.

S'agissant des entreprises, leur part a augmenté régulièrement, passant de 5,1% en 2014 à 5,9% en 2016, en liaison avec la hausse soutenue de leurs dépenses courantes 15% (entre 2014 et 2015) et 12,4% (entre 2015 et 2016).

4.3.1.2. Les régimes de financement des dépenses courantes

Les régimes de financement sont les principaux dispositifs de financement par lesquels les populations obtiennent des services de santé. Exemple: les paiements directs des ménages, les régimes des administration publiques et contributifs obligatoires et les régimes volontaires de paiement privé des soins de santé.

Tableau 3: Structure des dépenses courantes selon les régimes

Régimes de financement (<i>en millions de FCFA</i>)	2014	2015	2016
Régimes de l'administration publique et contributifs obligatoires	185 423	197 215	204 999
Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé	28 138	29 447	30 168
Paiement direct des ménages	216 155	233 887	245 594
Total	429 716	460 549	480 761

L'analyse des résultats montre globalement que la contribution de tous les régimes augmente sur la période 2014-2016.

Les paiements directs des ménages constituent le régime le plus contributif, avec plus de la moitié des dépenses courantes. Ils ont augmenté, passant de 216,1 milliards en 2014 à 233,8 milliards en 2016. Cette hausse s'explique par l'importance des dépenses en médicaments qui représentent en moyenne 35% et les dépenses en soins curatifs avec 29,5% en moyenne sur les trois années.

Pour ce qui est du régime obligatoire, sa contribution est passée de 185,4 milliards en 2014 à 205 milliards en 2016.

En ce qui concerne le régime volontaire, il a évolué de 28,1 milliards en 2014 à 29,4 milliards en 2015 et 30,1 milliards en 2016. Cette augmentation est liée à la mise en œuvre du programme de couverture maladie universelle à travers l'extension de l'assurance maladie communautaire. En

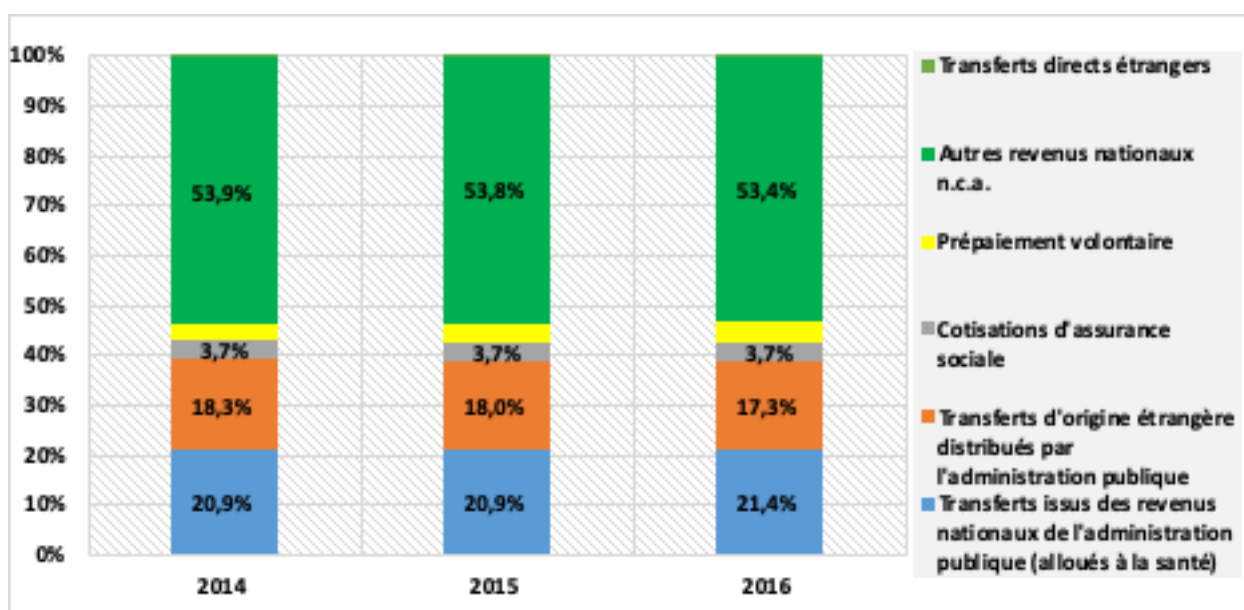
effet, le nombre de mutuelles de santé est passé d'environ 300 en 2015 à 672 en 2016, permettant de ramener leur taux de couverture de 15% en 2015 à 16% en 2016.

Ainsi, la contribution des différents régimes a fait passer le taux de couverture national de 46% en 2015 à 46,8% en 2016 (source : ANCMU).

4.3.1.3. Les catégories de recettes des régimes de financement

Les catégories de recettes sont les voies utilisées par les régimes de financement pour mobiliser les ressources destinées à prendre en charge les soins de santé de la population. Les différentes catégories de recettes sont :

- Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique : il s'agit des financements effectués à l'aide d'allocations versées par les administrations sur les ressources internes (impôts, taxes, etc.), notamment les allocations des budgets de l'État et des collectivités territoriales ;
- Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique : il s'agit des financements d'origine étrangère (PTF, ONG internationales, mécènes, etc.) redistribués par l'administration publique par exemple les allocations du budget financées sur ressources extérieures ;
- Cotisations d'assurance sociale obligatoires : ce sont les versements aux organismes d'assurance sociale pour le compte des employés du public ou du privé et les membres de leur famille.
- Primes d'assurance ou prépaiement volontaire : ce sont les montants versés aux assurances privées (assurances commerciales, mutuelles de santé) pour une couverture maladie ; exceptionnellement, il arrive qu'une entreprise assure ses employés auprès des assurances privées qui n'ont pas la qualité d'organisme d'assurance sociale.
- Autres revenus nationaux : il s'agit d'autres moyens utilisés par les régimes notamment les versements directs des ménages, les revenus des entreprises et des ONG utilisés directement pour le financement de la santé ;
- Transferts directs étrangers : il s'agit de versements d'origine étrangère qui financent directement les activités de santé.



Graphique 3: Évolution de la structure des dépenses courantes selon les catégories de recettes des régimes

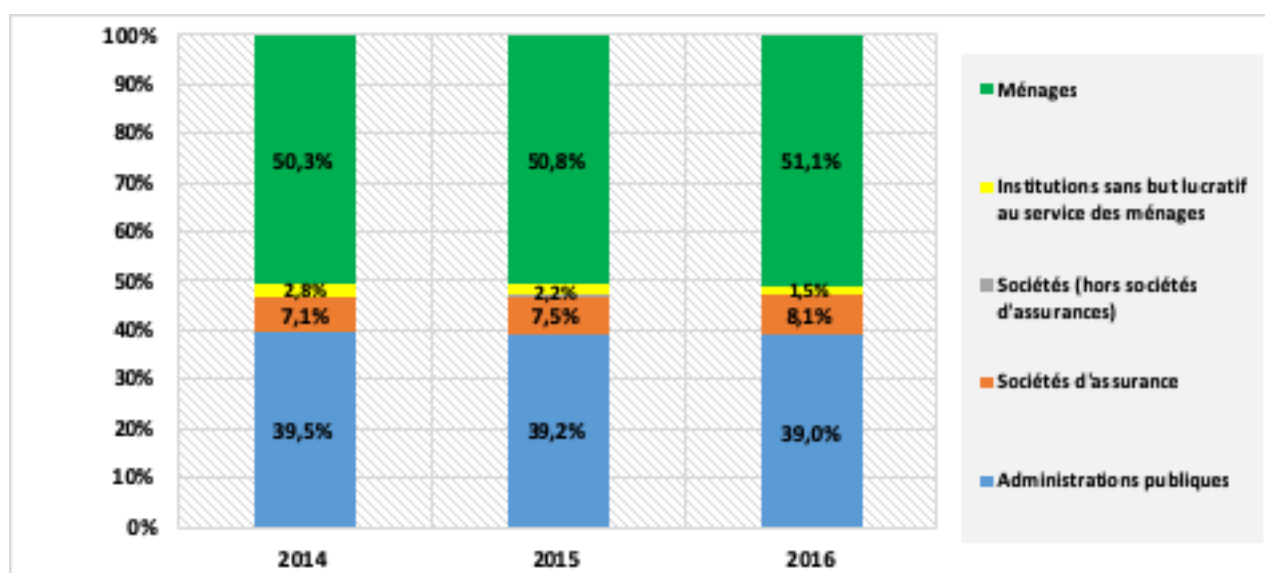
Le financement de la santé est effectué en grande partie par le biais des autres revenus nationaux qui représentent en moyenne 53,7 % de l'ensemble des catégories de recettes utilisées sur la période 2014 -2016. Les autres revenus nationaux sont essentiellement portés par les ménages à travers les paiements directs qui représentent en moyenne 95%. Comparés au total des dépenses courantes, les paiements directs représentent en moyenne 50,7 %. Ils ont baissé de 5 points de pourcentage entre 2013 (55,2%) et 2014 (50,3%). Cette évolution est consécutive à la mise en œuvre de la politique de couverture maladie universelle et de l'appui des partenaires techniques et financiers qui vient soulager les ménages du fardeau de prise en charge par le paiement direct.

Pour les transferts issus des revenus nationaux des administrations publiques, leur part n'a pas beaucoup évolué : 21% en moyenne entre 2014 et 2016.

Les dépenses effectuées à travers les cotisations d'assurance sociale et les prépaiements volontaires (assurance commerciale et assurance communautaire) représentent en moyenne 7,4%.

4.3.1.4. Les agents de financement des dépenses courantes

Les agents de financement sont des unités institutionnelles qui gèrent un ou plusieurs régimes de financement. Exemple : le MSAS, les assurances, les ménages, les collectivités territoriales, etc.



Graphique 4: Evolution de la structure des dépenses courantes selon les agents de financement

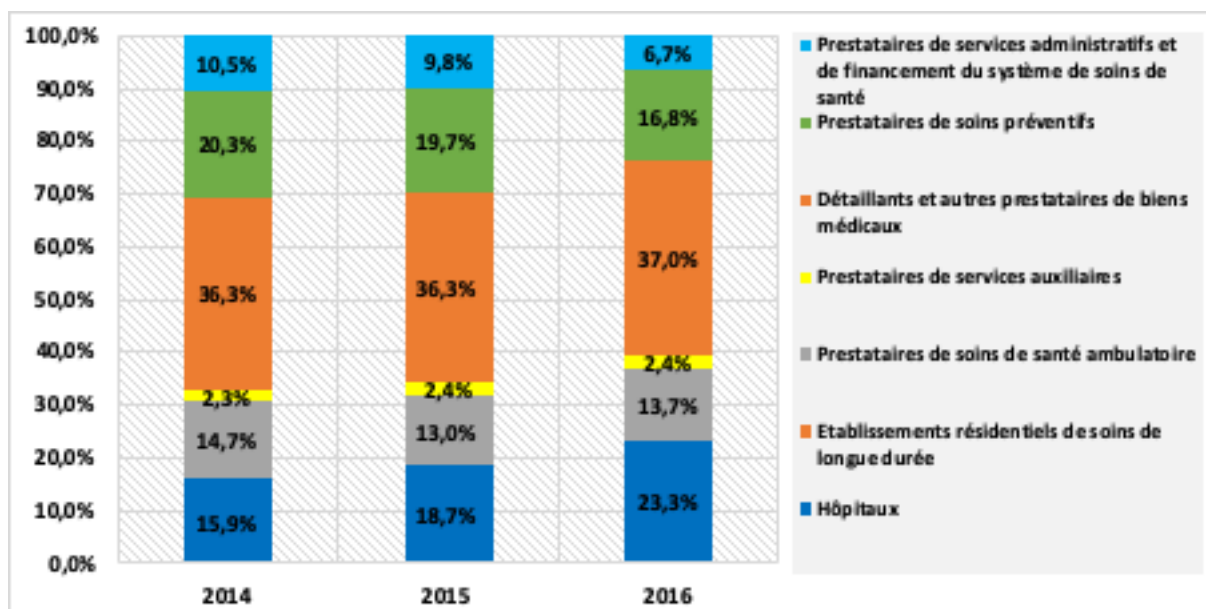
Les ménages, en tant qu'agent de financement du régime des paiements directs, gèrent la plus grande part des dépenses courantes (231,9 milliards), soit un poids moyen de 50,7% sur la période de 2014-2016. La part de l'administration publique est relativement stable : 179,2 milliards soit 39%. Quant aux assurances, leur part a augmenté, passant de 30,3 milliards en 2014, soit 7,1% à 38,9 milliards en 2016, soit 8,1%.

4.3.2. Analyse de la prestation des services

Les prestataires de soins de santé regroupent les organisations et les acteurs qui fournissent des biens et services médicaux comme activité principale, de même que ceux pour qui la prestation de soins de santé constitue seulement une activité parmi tant d'autres.

4.3.2.1. Prestataires des soins de santé

Ce sont l'ensemble des organisations et acteurs qui offrent des biens et services médicaux. Exemple : les hôpitaux, les prestataires de soins de santé ambulatoire, prestataires des services auxiliaires, détaillants et autres prestataires des biens médicaux (pharmacies), etc.



Graphique 5: Évolution de la structure des dépenses courantes par prestataire

Le graphique 5 met en exergue l'évolution des dépenses courantes de santé au niveau des prestataires de soins entre 2014 et 2016.

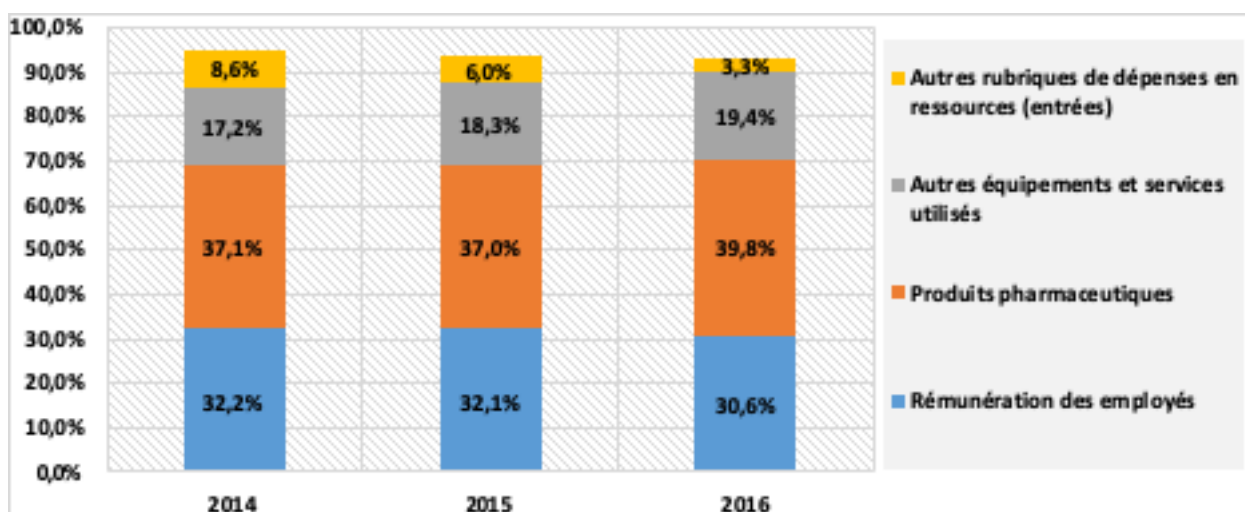
La part des dépenses des détaillants et autres biens médicaux (pharmacies et fournisseurs de biens médicaux durables) passe de 36,3% en 2014 à 37% en 2016. La prédominance des détaillants et autres prestataires s'explique par la part importante des pharmacies avec 93,5% en 2014, puis 92,9% en 2015 et 92,4% en 2016.

Pour les hôpitaux, il a été noté une augmentation des dépenses qui passent de 15,9% en 2014 à 23,3% en 2016, soit une progression de 7,4 points. Les hôpitaux publics occupent la première place avec un poids moyen de 85,4% sur la période, tandis que les hôpitaux privés occupent une place non négligeable avec une part moyenne de 14,6% de 2014 à 2016.

Par ailleurs, de 2014 à 2016, une baisse régulière de 3,5 points du poids des dépenses relatives aux prestataires de soins préventifs, a été enregistrée.

4.3.2.2. Facteurs de prestation

Les facteurs de prestation sont constitués de l'ensemble des intrants utilisés pour fournir des biens et services de santé.



Graphique 6: Évolution de la structure des dépenses courantes par facteur de prestation

L'analyse du graphique 6 révèle que la structure des dépenses en santé par facteur de prestations n'a pas considérablement évolué entre 2014 et 2016. Les équipements et services utilisés sont les facteurs de prestations qui concentrent la plus grande part de dépenses en santé avec une tendance à la hausse passant de 254,5 milliards, soit 59,2% en 2014 à 318 milliards, soit 66,1% en 2016. L'essentiel des dépenses en équipements et services est constitué des produits pharmaceutiques qui représentent en moyenne 61% sur la période.

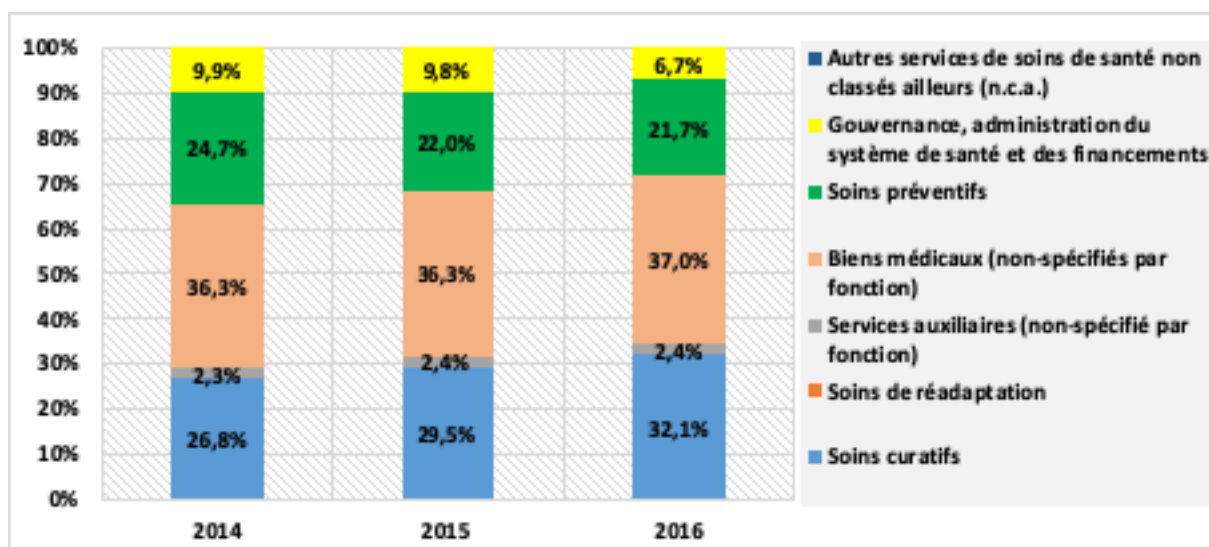
Le poids alloué à la rémunération des employés a baissé, passant de 32,2% en 2014 à 32,1% en 2015 et 30,6% en 2016. Malgré cette baisse régulière du poids des salaires, une hausse de 10 milliards du niveau des dépenses est notée entre 2014 et 2015. Cela s'explique en partie par le recrutement massif de 1000¹ agents de santé en 2014 pour réduire le gap et renforcer les structures périphériques en personnels qualifiés. Les efforts de l'État en matière de recrutement en ressources humaines ont été complétés par l'appui de certains partenaires techniques et financiers et les ONG.

4.3.3. Analyse de la consommation

La consommation de soins de santé est constituée des types de prestation au niveau de la pyramide sanitaire et des caractéristiques des bénéficiaires (maladie, âge, sexe et région).

4.3.3.1. Analyse des dépenses de consommation par Fonction de soins

Les fonctions de soins sont constituées des types de biens, de services et d'activités réalisés dans le champ des comptes de la santé. Exemple : soins hospitaliers, ambulatoires, préventifs, produits pharmaceutiques, etc.



Graphique 7: Évolution de la structure des dépenses courantes de consommation par fonction

Le graphique 7 montre la répartition des ressources selon les principaux types de services de santé au cours de la période 2014-2016. Les biens médicaux et les soins curatifs sont les deux principales fonctions de soins vers lesquelles sont orientées les dépenses en santé.

En effet, il faut noter qu'entre 2014 et 2015, le poids des dépenses en biens médicaux (produits pharmaceutiques) est resté stable à 36,3% malgré une hausse de 11 milliards sur la période. En 2016, une même augmentation de 11 milliards est constatée avec un poids de 37,0%. Les dépenses orientées vers les soins curatifs ont progressé de 26,8% en 2014 à 32,1% en 2016, soit 39,1 milliards. Tandis que celles liées aux soins préventifs ont connu une baisse de trois (3) points en termes de poids entre 2014 et 2016, passant de 106,1 milliards à 104,3 milliards.

4.3.3.2. Analyse des dépenses de consommation par maladie

La consommation des dépenses par maladie est la répartition des dépenses par groupe de maladies et par maladies. Exemple : maladies infectieuses et parasitaires, santé de la reproduction, carences nutritionnelles, maladies non transmissibles, etc.

Tableau 4: Structure des dépenses courantes de consommation par maladie (en millions F CFA)

Types de maladies	2014	2015	2016
Maladies infectieuses et parasitaires	74 988	88 216	90 281
Santé de la reproduction	62 793	54 981	60 303
Carences nutritionnelles	27 834	25 963	33 317
Maladies non transmissibles	166 068	186 012	200 190
Traumatismes	22 135	25 125	27 025
Non lié à une maladie spécifique	42 509	45 408	32 178
Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	33 389	34 844	37 468
Total	429 716	460 549	480 761

L'analyse des dépenses en santé par type de maladie montre que les maladies non transmissibles, les maladies transmissibles (infectieuses et parasitaires) et celles liées à la Santé de la Reproduction concentrent le plus de dépenses.

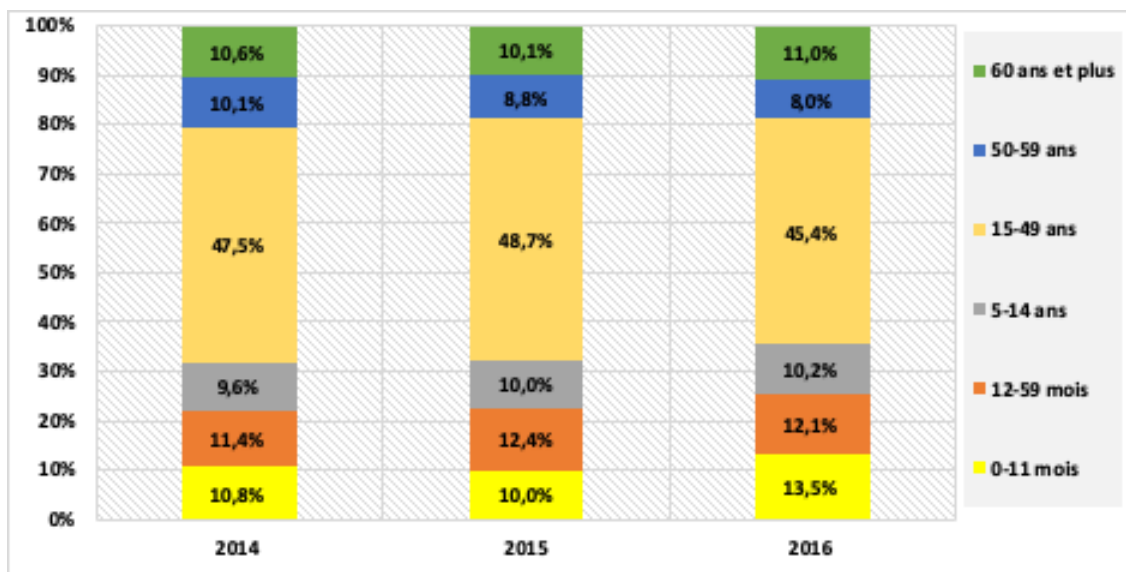
Pour les maladies non transmissibles, les dépenses ont évolué respectivement à 166,1 milliards en 2014, 186 milliards en 2015 et 200,2 milliards en 2016, soit un taux de croissance de 12% en 2015 et 7,6% en 2016. La part des dépenses liées aux maladies de l'appareil respiratoire prédomine avec un taux moyen de 18,6% sur la période, suivi de celles des troubles des organes de sens avec une part moyenne de 17,9%, des maladies cardiovasculaires et bucco-dentaires avec des taux moyens respectifs de 12,1% et 11,7%.

Les dépenses des maladies transmissibles (infectieuses et parasitaires) sont estimées à 75 milliards en 2014, puis 88,2 milliards en 2015 et 90,3 milliards en 2016, soit des taux de croissance de 17,6% entre 2014 et 2015 et 2,3% entre 2015 et 2016. La part des dépenses liée au paludisme domine avec une moyenne de 35,5% sur les trois années, suivie de celles des maladies évitables par la vaccination avec un taux moyen de 21,9% et du VIH/SIDA et autres infections sexuellement transmissibles avec un taux moyen de 17,8%. Ce dernier cache une disparité en fonction des années, oscillant entre 9,6%, 30,3% et 13,4% respectivement en 2014, 2015 et 2016. L'augmentation entre 2014 et 2015 de 7,2 à 26,7 milliards s'explique par la hausse de la contribution du Fonds Mondial (566 millions à 11,4 milliards) et de l'USAID (1,5 milliards à 7 milliards). Pour le Fonds Mondial, l'année 2015 a coïncidé avec la clôture de la phase 2 du Round 9 et le début du nouveau modèle de financement. Par ailleurs, la baisse observée entre 2015 et 2016 est liée à la diminution de la contribution du Fonds Mondial de plus de 7 milliards et de l'USAID de près de 3 milliards. Cette baisse entre 2015 et 2016 pourrait s'expliquer, entre autres, par le départ d'une agence d'exécution de l'USAID et le retard de démarrage du nouveau programme par une nouvelle agence.

Les dépenses courantes effectuées dans le cadre de la Santé de la Reproduction sont marquées par une baisse entre 2014 et 2015 passant de 62,8 milliards à 55 milliards, avant de connaître une augmentation en 2016 pour atteindre 60,3 milliards.

4.3.3.3. Analyse des dépenses de consommation par tranche d'âge

La structure des dépenses par tranche d'âge permet de catégoriser les dépenses chez les enfants, les adultes et les personnes âgées.



Graphique 8: Évolution de la structure des dépenses courantes selon l'âge

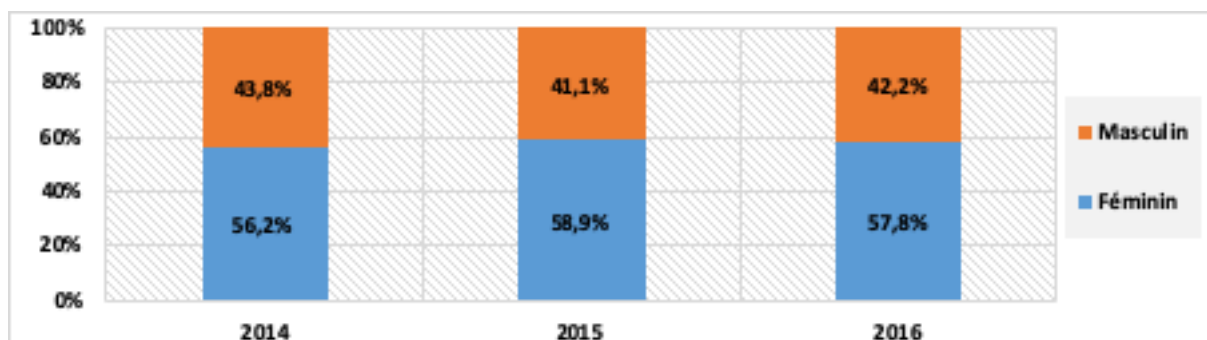
Cette étude révèle qu'au moins 45% des dépenses courantes en santé sont consacrées à la tranche d'âge 15-49 ans qui représente 54,4% de la population (RGPHAE, 2013). Elles sont évaluées à 204 milliards en 2014, puis 224,3 milliards en 2015 et 218 milliards en 2016. La plupart des dépenses (39,6% en moyenne) sont destinées à la prise en charge des maladies non transmissibles, suivie des dépenses en santé de la reproduction avec une moyenne de 21,8% et des maladies transmissibles pour 14,3%.

Les dépenses courantes pour les soins de santé des enfants de 0-5 ans ont évolué de 95,5 milliards en 2014 à 122,8 milliards en 2016, représentant respectivement 22,2% et 25,5 % des dépenses courantes. Les dépenses de santé relatives aux maladies transmissibles (parasitaires et infectieuses) chez les enfants représentent en moyenne 30,3% des dépenses courantes de santé, suivies de celles des carences nutritionnelles 20,3% et celles des maladies non transmissibles 19,9%.

Quant aux personnes du troisième (3^{ème}) âge, leur part dans les dépenses courantes de santé représente 11% avec une augmentation passant de 45,4 milliards en 2014, soit 10,6% à 52,7 milliards en 2016.

4.3.3.4. Analyse des dépenses de consommation par sexe

La structure des dépenses de consommation par sexe permet de répartir les dépenses selon les sexes masculin et féminin.



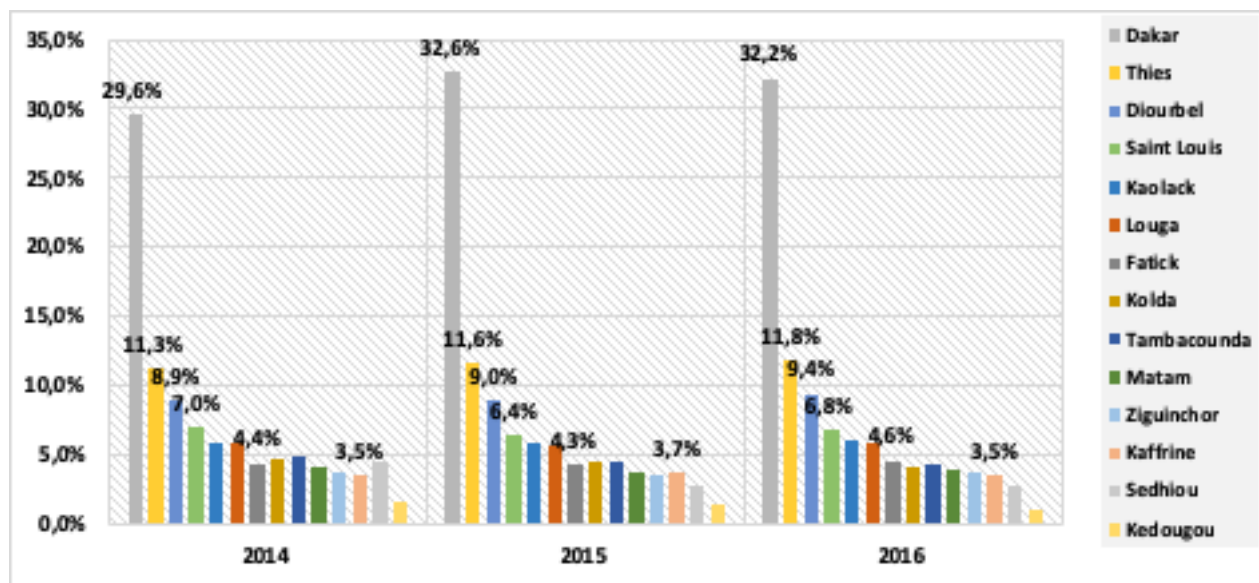
Graphique 9: Évolution de la structure des dépenses courantes selon le sexe

L'analyse des dépenses courantes de santé selon le sexe montre que les femmes dépensent plus en santé que les hommes. La contribution des femmes est passée de 241,5 milliards en 2014 à 277,7 en 2016. Leur part dans les dépenses courantes totales a progressé de 56,2% en 2014 à 58,9% en 2015, avant de baisser à 57,8% en 2016.

Pour faire face à ce fardeau, l'État du Sénégal a adopté des politiques pour réduire les dépenses de santé supportées par les femmes en général et particulièrement celles en âge de reproduction (15-49 ans) avec la gratuité de certaines prestations notamment l'accouchement par césarienne.

4.3.3.5. Analyse des dépenses de consommation par région

La structure des dépenses par région permet de répartir les dépenses suivant les quatorze régions du pays.



Graphique 10: Évolution de la structure des dépenses courantes par région

A la lumière du graphique 10, la région de Dakar polarise la plus importante part des dépenses courantes avec un montant de 131,8 milliards soit 29,6% en 2014, puis 147,5 milliards soit 32,6% en 2015 et 154,2 milliards soit 32,2% en 2016. Les régions de Thiès et de Diourbel suivent avec respectivement 56,6 milliards (11,8%) et 45,3 milliards (9,3%) en 2016. Ainsi, plus de 50% des dépenses courantes de santé sont effectuées dans ces trois régions. Ce poids s'explique par la forte concentration des structures sanitaires (y compris les officines et les cliniques privées) avec un plateau technique plus élevé, la forte densité démographique, le poids épidémiologique et la capacité financière des ménages.

En revanche, les régions de Sédhiou et Kédougou enregistrent les plus faibles parts des dépenses courantes avec respectivement 13,1 milliards (2,8%) et 5,8 milliards (1,0%) en 2016. Cette situation est imputable au faible poids démographique et au déficit d'infrastructures sanitaires. Ces résultats corroborent ceux des EDS 2014, 2015 et 2016 qui montrent la faiblesse des indicateurs de la santé de la mère et de l'enfant au niveau des régions citées.

4.4. Analyse des dépenses d'investissement

Les dépenses en investissement sont constituées des dépenses de formation brute de capital fixe (infrastructures, machines, équipements, produits de la propriété intellectuelle) et de celles en recherche, éducation et formation en santé.

Tableau 5: Structure des dépenses d'investissement (en millions FCFA)

Types d'investissement	2014	2015	2016
Formation brute de capital fixe	39 762	23 949	37 646
Infrastructure	19 729	14 657	23 986
Machines et équipements	20 016	9 275	13 518
Produits de la propriété intellectuelle (logiciels et bases de données)	17	17	142
Recherche et Éducation/ formation en santé	13 730	12 545	11 920
Recherche et développement en santé	2 820	1 941	2 271
Éducation et formation du personnel de santé	10 910	10 605	9 648
Total	53 491	36 494	49 565

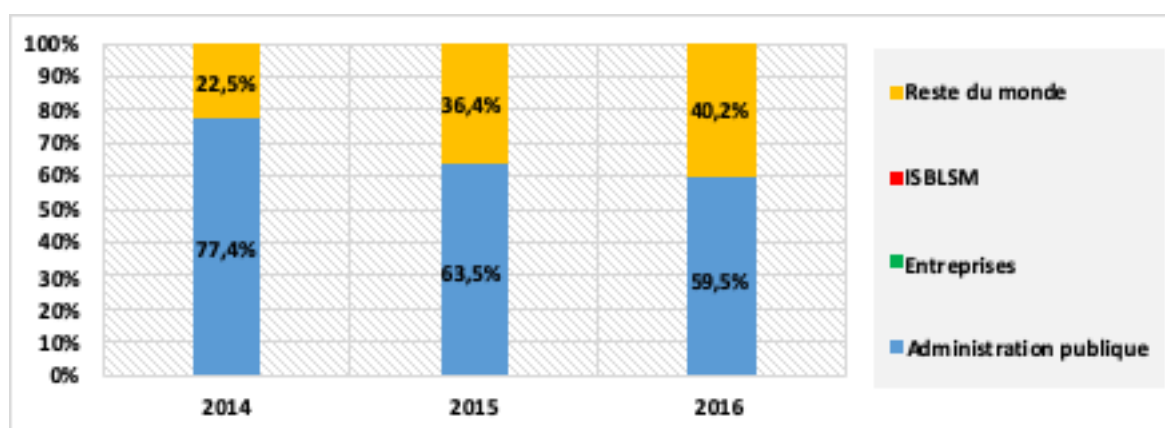
Les dépenses d'investissement ont connu une baisse entre 2014 et 2015 passant de 53,5 milliards à 36,5 milliards. Elles ont augmenté en 2016 pour s'établir à 49,6 milliards.

Les dépenses d'investissement en infrastructures, machines et équipements sont plus importantes. Toutefois, elles ont baissé sur la période en passant de 39,7 milliards en 2014 à 37,6 milliards en 2016 avec une chute en 2015 (23,9 milliards). Les dépenses pour les logiciels et bases de données se situent à 17 millions en 2014 et 2015 avant d'augmenter à 142 millions en 2016. Cette hausse est liée au projet d'acquisition de logiciel de gestion de médicament initié par Lux-Dev en 2016.

Les dépenses en recherche, éducation et formation ont régulièrement baissé passant de 13,7 milliards en 2014, puis 12,5 milliards en 2015 et 11,9 milliards en 2016.

4.4.1. Sources de financement de la formation de capital

Les sources de financement des dépenses en capital sont essentiellement l'administration publique, le Reste du monde, les entreprises et les ISBLSM.

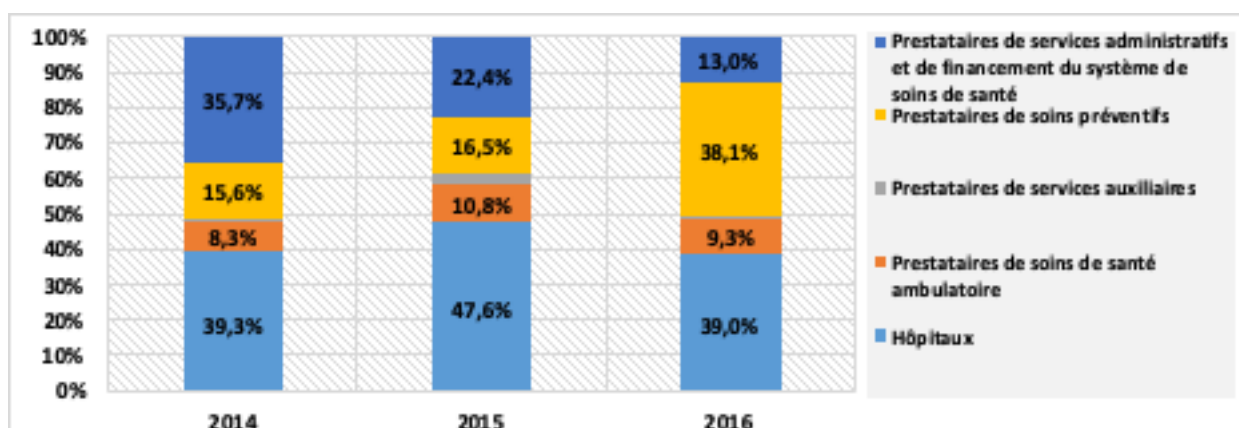


Graphique 11: Évolution de la structure des sources de financement de la formation de capital

L'administration publique reste la principale source de financement des dépenses d'investissement de 2014 à 2016 avec, respectivement, 77,4% et 59,5%. Néanmoins, sa part a baissé au profit du reste du monde (PTF) qui enregistrent 22,5% en 2014, 36,4% en 2015 et 40,2% en 2016. Les entreprises et les institutions sans but lucratif au service des ménages (ONG) occupent une part très faible dans les dépenses en formation de capital.

4.4.2. Dépenses en formation de capital par prestataire

Les dépenses en formation de capital sont des dépenses d'investissement effectués pour la construction d'infrastructures, achat de machines et d'équipements et de logiciels et bases de données informatiques.

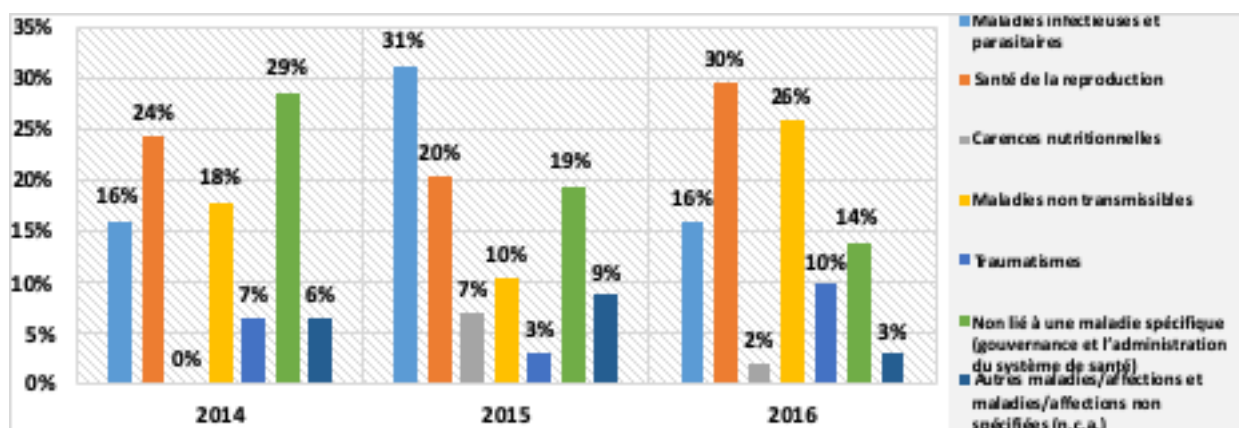


Graphique 12: Évolution de la structure des dépenses en formation de capital par prestataire

Les investissements les plus importants sont réalisés au niveau des hôpitaux avec 15,6 milliards en 2014, soit 39,3%, 12,8 milliards en 2015, soit 48% et 13,05 milliards en 2016, soit 39,0%. Ces investissements sont essentiellement constitués de constructions et d'équipements médicaux financés principalement à travers les subventions octroyées dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), les recettes des Établissements Publics de Santé (EPS) et d'autres subventions d'investissement. Sur la période 2014-2016, onze EPS ont reçu 4,1 milliards en 2014, douze EPS 4,3 milliards en 2015 et treize EPS 3,3 milliards en 2016 dans le cadre des CPOM. Par contre, les prestataires de services auxiliaires constituent la part la plus faible avec 1% en 2014 et en 2016 et 3% en 2015.

4.4.3. Dépenses d'investissement par maladie

Cette structure permet de répartir les dépenses d'investissement par groupe de maladies



Graphique 13: Évolution de la structure des dépenses d'investissement par maladies

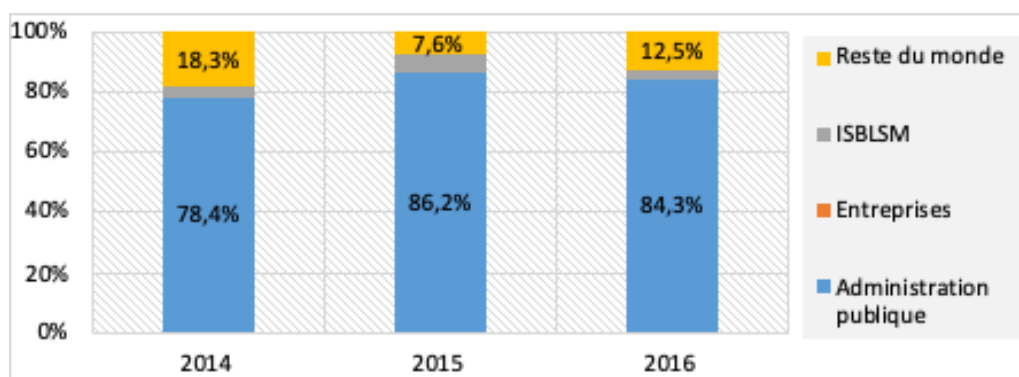
Les maladies infectieuses et parasitaires, la santé de la reproduction et les maladies non transmissibles polarisent l'essentiel des dépenses d'investissement sur les trois années avec 58,2% en 2014, 61,8% en 2015 et 71,2% en 2016. Il faut préciser que les dépenses non liées à une maladie spécifique, notamment celles relatives à la gouvernance et l'administration du système de santé sont importantes malgré une baisse régulière sur la période passant de 9,1 milliards en 2014 soit 29%, à 6,7 milliards en 2015 soit 19% et environ 4 milliards en 2016 soit 14%.

4.5. Formation et recherche en santé

La recherche et la formation en santé sont constituées des dépenses en renforcement de capacité des agents du secteur et de la recherche spécifique aux domaines de la santé.

4.5.1. Formation et recherche par source de financement

La structure des dépenses en recherche et formation permet de répartir les dépenses par source.

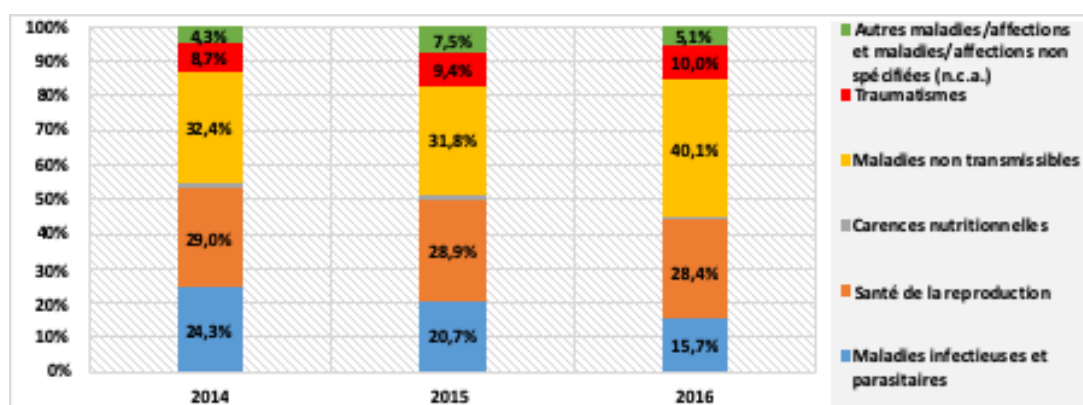


Graphique 14 : Évolution de la structure des dépenses de recherche et formation par sources

Les résultats ont montré que l'administration publique est le principal financeur en recherche et formation avec plus de 10 milliards par an. La part des dépenses de l'administration publique en recherche et formation représente 78,4%, 86,2% et 84,3%, respectivement en 2014, 2015 et 2016. Les dépenses en recherche et formation sont essentiellement constituées par les dépenses en formation et éducation. Elles représentent 79%, 85% et 81% respectivement en 2014, 2015 et 2016 du total de ces dépenses ; pour la recherche, elles représentent 21%, 15% et 19% respectivement en 2014, 2015 et 2016.

4.5.2. Formation et recherche par maladie

La structure des dépenses en recherche et formation permet de répartir les dépenses par groupe de maladies.



Graphique 15 : Évolution de la structure des dépenses de recherche et formation par maladies

Les dépenses exécutées pour la recherche et la formation sont plus orientées vers les maladies non transmissibles, celles liées à la santé de la reproduction et les maladies infectieuses et parasitaires.

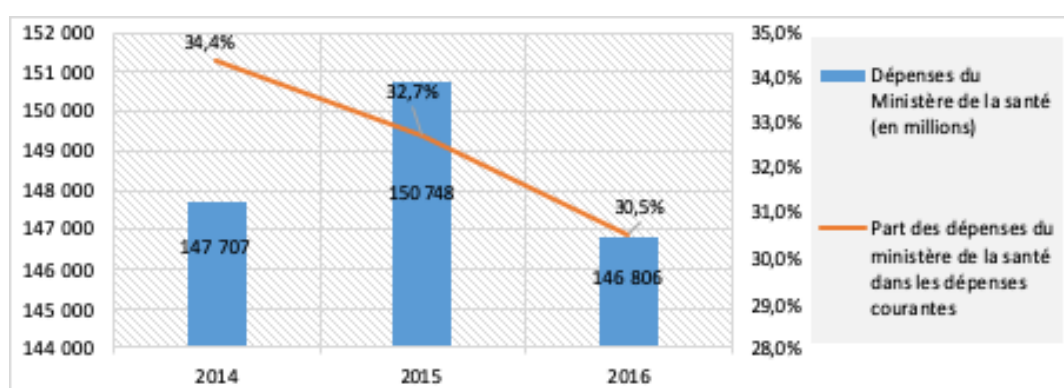
Les dépenses pour les maladies non transmissibles sont estimées à 4,45 milliards en 2014 soit 32,4%, 3,94 milliards en 2015 soit 31,8 % et 4,77 milliards en 2016 soit 40,1%. Celles destinées à la Santé de la Reproduction sont estimées à 3,99 milliards en 2014 soit 29%, 3,57 milliards en 2015 soit 28,9% et 3,38 milliards en 2016 soit 28,4%. Pour les maladies infectieuses et parasitaires, elles sont évaluées à 3,33 milliards en 2014 soit 24,3%, 2,56 milliards en 2015 soit 20,7% et 1,87 milliards en 2016 soit 15,7%.

4.6. Financement du Secteur de la santé

Le Ministère en charge de la santé, les autres ministères et institutions publiques, les collectivités territoriales, les entreprises privées, les assurances, les ménages, les ISBLSM (ONG) et le reste du monde (PTF) assurent le paiement des biens et services de santé.

4.6.1. Financement du Ministère de la santé

Les ressources du Ministère de la santé proviennent essentiellement du gouvernement à travers son budget octroyé par l'Etat et de l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF).



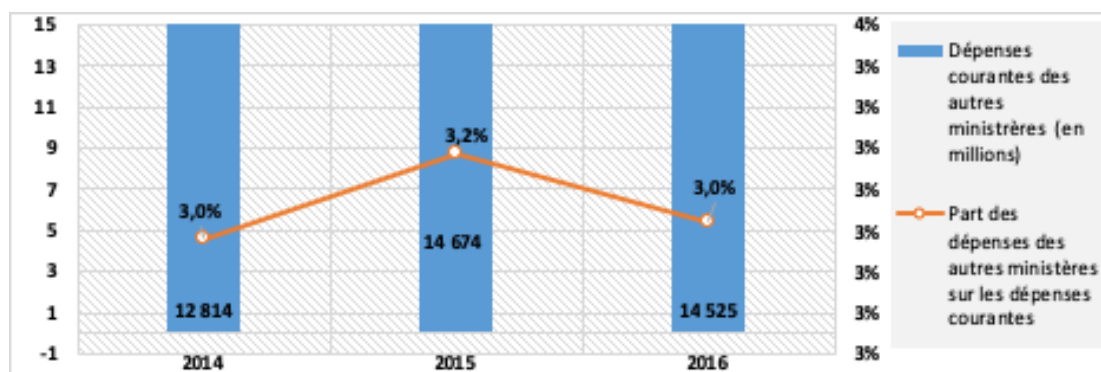
Graphique 16: : Évolution des dépenses courantes du ministère de la santé (en millions FCFA) et son poids dans les dépenses courantes

Les dépenses courantes du Ministère de la santé sont passées de 155,6 milliards en 2014 à 160,4 milliards en 2016, soit une augmentation d'environ 5 milliards. Toutefois, le niveau des dépenses a baissé en 2015 pour atteindre 148,8 milliards suites aux ponctions et modulations budgétaires.

Le poids supporté par le Ministère de la santé sur les dépenses courantes a connu une régression, passant de 35,6% en 2014 à 32,7% en 2015 pour atteindre 33,1% en 2016.

Financement de la santé par les autres ministères et institutions

Les ressources allouées pour la santé aux autres ministères et institutions proviennent essentiellement du budget de l'Etat et de l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF).

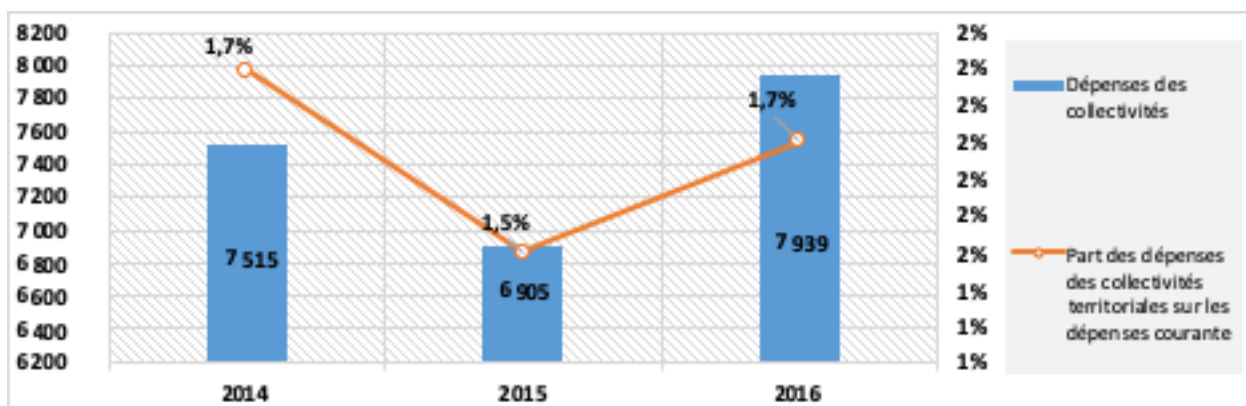


Graphique 17: Évolution des dépenses courantes des autres ministères (en milliards FCFA) et leurs parts dans les dépenses courantes

Les dépenses courantes de santé des autres ministères et institutions sont marquées par une baisse continue de 2014 à 2016, passant de 12,8 milliards à 6 milliards. Leur part dans les dépenses courantes de santé a suivi la même tendance passant de 2,9% en 2014 à 1,2% en 2016. Ceci est dû aux ponctions et modulations constatées durant cette période.

4.6.3. Financement de la santé par les collectivités territoriales

Les collectivités territoriales financent la santé à travers leurs fonds propres, les fonds de dotation (FDD), le budget consolidé d'investissement (BCI), les fonds d'équipement des collectivités territoriales et les autres revenus venant de la diaspora et des mécènes ainsi que les financements de la coopération décentralisée.

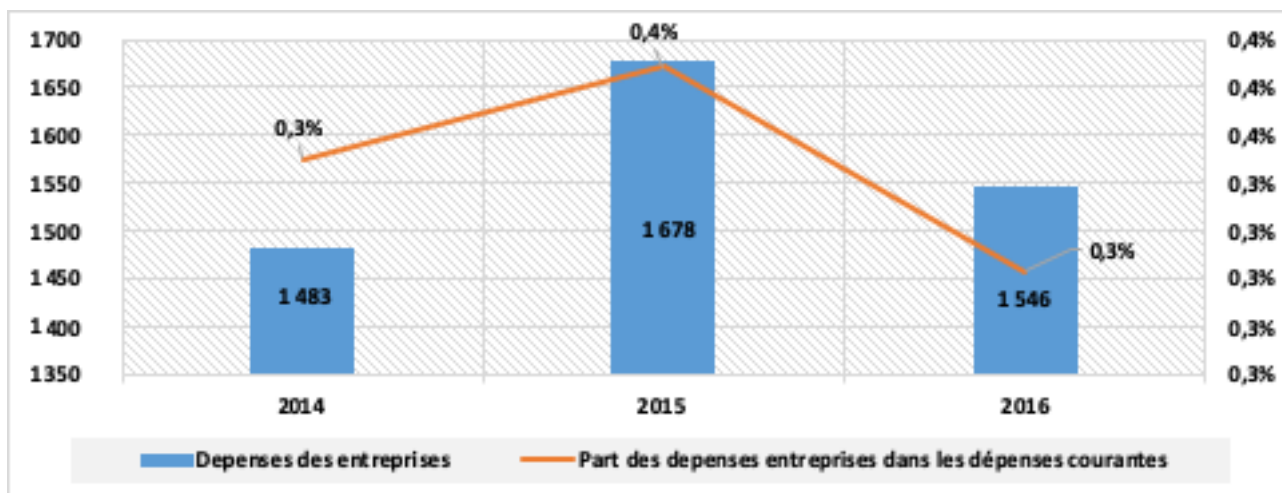


Graphique 18: Évolution des dépenses courantes des collectivités territoriales (en millions FCFA) et leurs parts dans les dépenses courantes

Les dépenses courantes des collectivités territoriales ont connu une légère augmentation passant de 7,5 milliards en 2014 à 7,9 milliards en 2016. Toutefois, cette évolution est irrégulière sur la période avec une baisse en 2015 pour un montant de 6,9 milliards. Cette baisse est imputable au retard de démarrage de l'Acte 3 de la décentralisation et au renouvellement du mandat des Élus.

4.6.4. Financement de la santé par les entreprises

Le financement de la santé se fait à travers les fonds alloués à la médecine d'entreprise, à la responsabilité sociale des entreprises (RSE), aux cotisations sociales maladie et autres prises en charge directes.



Graphique 19: Évolution des dépenses courantes des entreprises (en milliards FCFA) et leurs parts dans les dépenses courantes

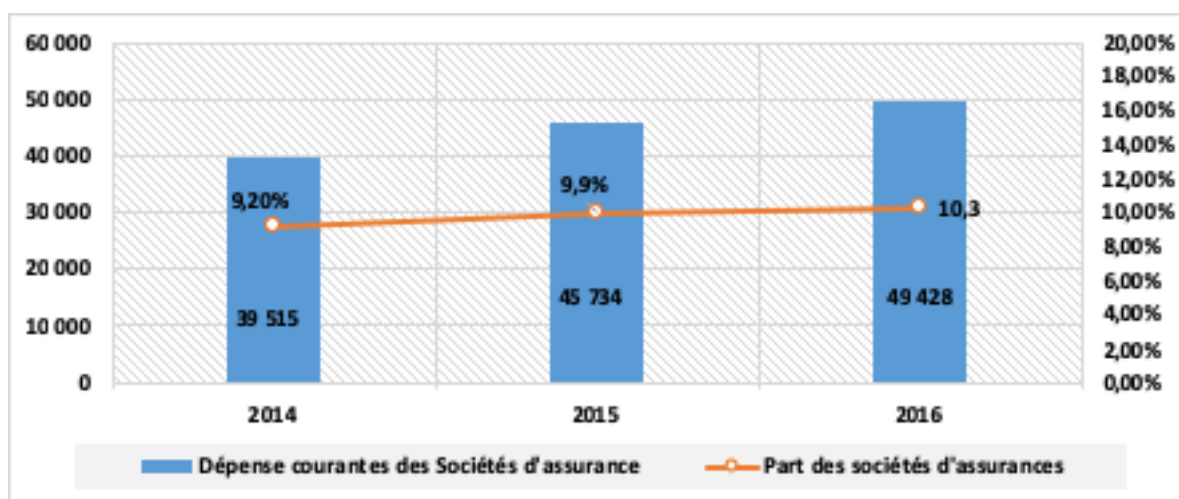
Les dépenses courantes de santé des entreprises ont connu une évolution en dents de scie entre 2014 et 2016. Elle est, en effet, passée de 1,5 milliard en 2014 à 1,7 milliard en 2015 ; légèrement en baisse entre 2015 et 2016 à 1,5 milliard.

4.6.5. Financement de la santé par les mécanismes d'assurance

Au Sénégal, il existe deux formes d'assurance maladie : obligatoire et volontaire.

L'assurance maladie obligatoire (contributive et non contributive) est constituée par les imputations budgétaires et les institutions de prévoyance maladie qui prennent en charge partiellement ou totalement les dépenses médicales des employés et de leurs ayants droit.

L'assurance maladie volontaire, à travers les sociétés d'assurance privées (SAP) et les mutuelles de santé, assure la couverture maladie des souscripteurs par une cotisation ou une prime.



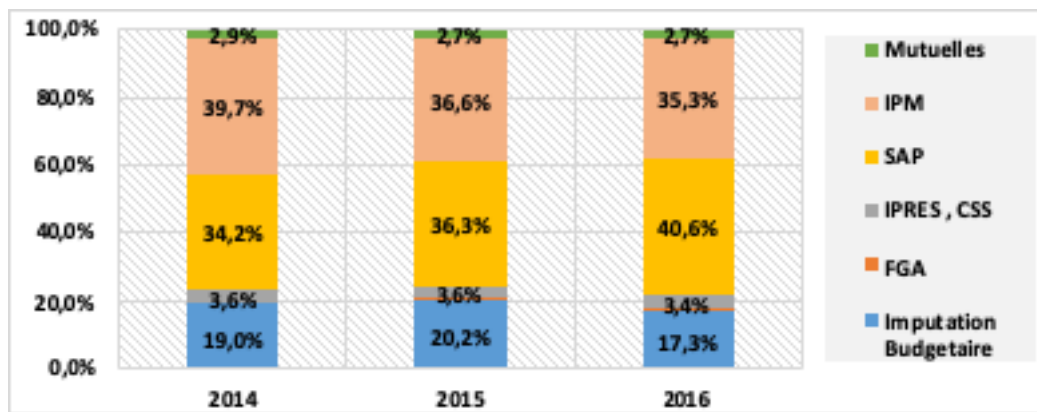
Graphique 20: Évolution des dépenses courantes des assurances (en millions FCFA) et leurs parts dans les dépenses courantes

Les dépenses courantes de santé des assurances ont progressé régulièrement de 39,5 milliards en 2014 à 49,4 milliards en 2016. Leur part dans les dépenses courantes de santé a suivi la même évolution en passant de 9,2% en 2014 à 10,3% en 2016.

Cette hausse pourrait s'expliquer, d'une part par l'augmentation du nombre de mutuelles de santé mises en place entre 2013 et 2016 (655 fonctionnelles en 2016 contre 263 en 2013) entraînant celle du nombre d'adhérents, d'autre part par la lutte contre l'évasion sociale au niveau de l'assurance maladie obligatoire et des nouvelles souscriptions auprès des assurances privées.

4.6.6. Financement de la santé par type d'assurance

Les dépenses concernent les institutions de prévoyance sociale (IPM, IPRES, Caisse de sécurité sociale), les imputations budgétaires, les mutuelles de santé, les assurances privées et le fonds de garantie automobile (FGA).

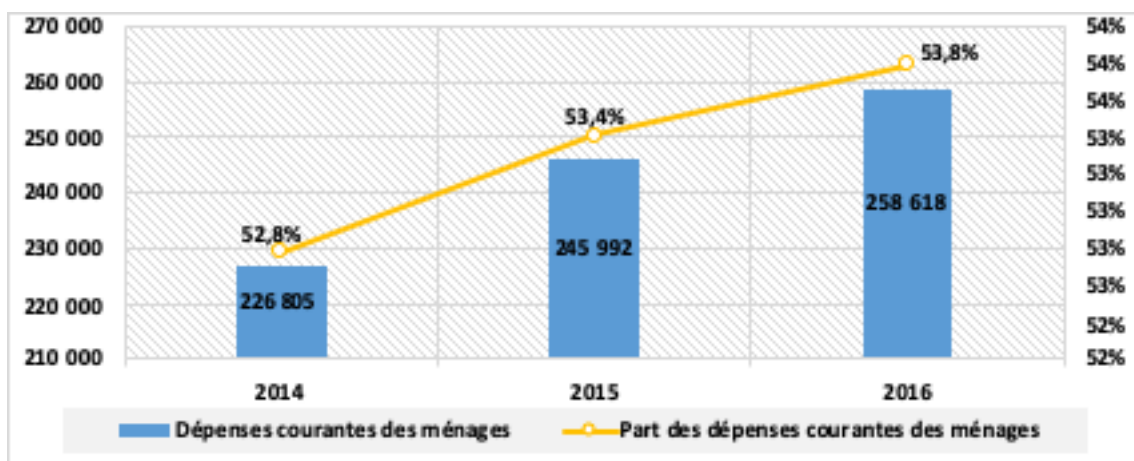


Graphique 21: Structure des dépenses par types d'assurances

Les dépenses courantes des assurances sont dominées de 2014 à 2016 par les IPM avec une moyenne de 16,6 milliards soit 37,2% et les Sociétés d'Assurance Privé 16,7 milliards soit 37%. Il est noté une progression des dépenses des mutuelles de santé d'environ 3% sur la période.

4.6.7. Financement de la santé par les ménages

Les ménages financent la santé à travers les paiements directs (paiements à leurs frais), les tickets modérateurs, les dons et les legs.

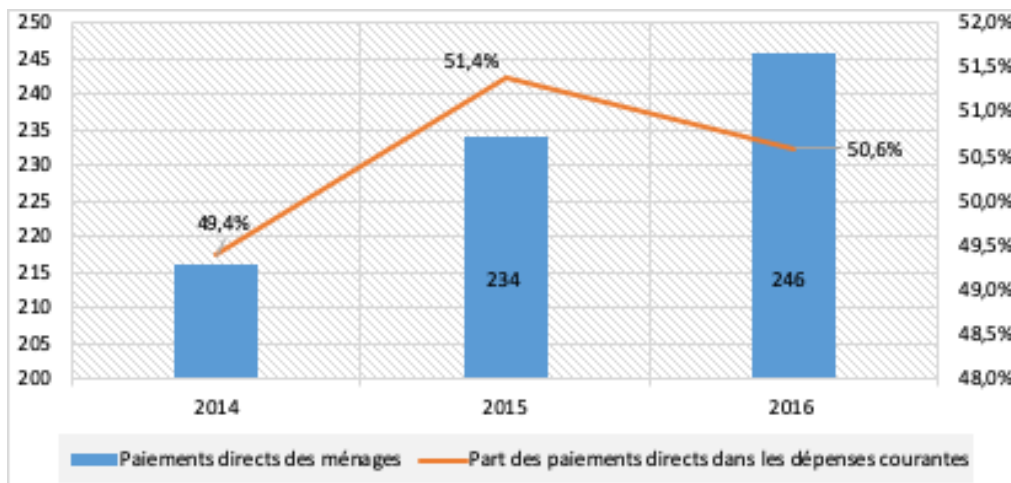


Graphique 22: Évolution des dépenses courantes des ménages (en millions FCFA) et leur part dans les dépenses courantes

Les dépenses courantes des ménages ont régulièrement augmenté, passant de 226,8 milliards à 246 milliards et 258,6 milliards respectivement en 2014, 2015 et 2016 entraînant une croissance annuelle de 19,2 milliards en 2015, soit 7,2% et 12,6 milliards en 2016, soit 4,4%. La part des dépenses courantes des ménages a suivi la même tendance avec un poids de 52,8% en 2014 et 53,8% en 2016. L'importante contribution des ménages dans ces dépenses courantes est imputable aux paiements directs qui représentent 95% de leurs dépenses en santé. De plus les dépenses en produits pharmaceutiques dans les paiements directs sont estimées à 62% en moyenne sur les trois années.

4.6.8. Paiements directs des ménages

Les paiements directs constituent les dépenses effectuées directement par les ménages auprès des structures de santé.



Graphique 23: Évolution des paiements directs des ménages (en milliards FCFA) et leur part dans les dépenses courantes de santé

Les paiements directs, représentant plus de 95% des dépenses des ménages, ont progressé de 2014 à 2016 passant de 216 milliards à 246 milliards, soit une augmentation de 30 milliards en deux ans.

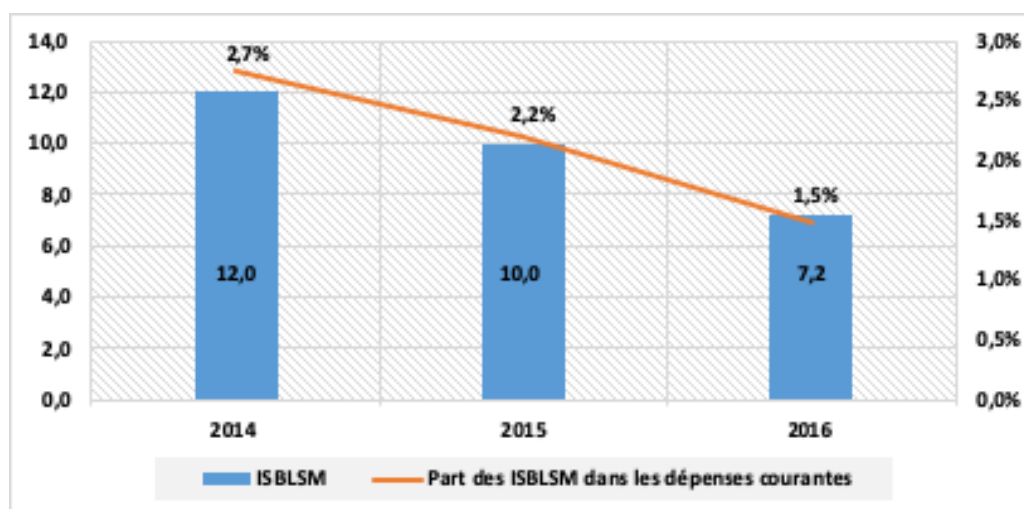
Toutefois, cette hausse est plus accentuée entre 2014 et 2015 (18 milliards).

Le poids des paiements directs dans les dépenses courantes de santé a progressé de 49,4% en 2014 à 51,4% en 2015 avant de connaître un repli en 2016 avec 50,6%. L'augmentation de ce poids entre 2014 et 2015 est imputable à la hausse des dépenses en médicaments et en soins curatifs de 7,9 milliards et 10,6 milliards respectivement.

Par contre cette baisse en pourcentage entre 2015 et 2016 s'explique, entre autres, par la faible progression des paiements directs (12 milliards contre 18 milliards l'année précédente) résultante des politiques de gratuité et la promotion des mutuelles de santé. La réduction est notée principalement au niveau des dépenses en soins curatifs (2 milliards) alors que les dépenses en médicaments, exclues le plus souvent du panier de soins offerts par les mutuelles, ont augmenté de 11,9 milliards.

4.6.9. Financement de la santé par les institutions sans but lucratif au service des ménages (ONG) et leur part dans les dépenses courantes

Les ONG financent la santé à travers les ressources mobilisées essentiellement auprès des donateurs et partenaires.



Graphique 24: Évolution des dépenses courantes des ONG (en milliards FCFA) et leurs parts dans les dépenses courantes

Les dépenses des ONG et Associations à but non lucratif ont connu une baisse régulière passant de 12 milliards en 2014 à 7,2 milliards en 2016. Cette baisse est de 2 milliards entre 2014 et 2015 et de 2,8 milliards entre 2015 et 2016. Cette tendance baissière des dépenses des ONG qui sont passées de 2,7% à 1,5% entre 2014 et 2016 peut être liée au retrait du secteur d'un nombre important d'ONG.

V. PRINCIPAUX INDICATEURS

Tableau 6: Les indicateurs de base

libellé indicateurs	2014	2015	2016
Population (en million)	13,93	14,36	14,80
PIB (en million de FCFA)	9 775 000	10 508 700	11 251 700
Dépenses courantes (en million de FCFA)	429 716	460 549	480 761
Dépenses d'investissement (en million de FCFA)	53 491	36 494	49 565
Dépenses totales de santé (en million de FCFA)	483 208	497 044	530 327
Dépenses des ménages (en million de FCFA)	226 805	245 992	258 618
Paiements directs des ménages (en million de FCFA)	216 155	233 887	245 594
Dépenses publiques de santé (en million de FCFA)	90 501	96 707	103 447
Les dépenses courantes + les dépenses de capital en santé par habitant	34 698	34 621	35 833
Les dépenses courantes + les dépenses de capital en santé en pourcentage (%) du PIB	4,9%	4,7%	4,7%
Les dépenses du gouvernement + régimes obligatoires de santé en % des dépenses totales de santé	38,4%	39,7%	38,7%
Les dépenses des Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé en % des dépenses totales de santé	5,8%	5,9%	5,7%
Les dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	46,9%	49,5%	48,8%
Les dépenses de santé des ménages par paiement direct en % des dépenses de santé des ménages	95,3%	95,1%	95,0%
Les dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales courantes en santé	24,7%	22,0%	21,7%
Les dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales courantes en santé	26,8%	29,5%	32,1%
Les dépenses de médicaments en % des dépenses totales courantes en santé	35,1%	35,1%	35,8%
Les dépenses de médicaments en % des paiements directs des ménages	63,7%	62,2%	64,1%
Les dépenses d'administration générale de la santé en % des dépenses totales courantes en santé	9,9%	9,8%	6,7%
Le ratio formation de capital sur la dépense courante + capital en santé	11,1%	7,3%	9,3%
Les dépenses courantes de santé en % la dépense courante + capital en santé	88,9%	92,7%	90,7%
Part des paiements directs dans les dépenses courantes	50,3%	50,8%	51,1%

Tableau 7: Les indicateurs optionnels

Libellé	2014	2015	2016
Dépenses de santé du reste du monde (en million de FCFA)	88 047	90 823	90 374
Dépenses de santé de l'Etat (en million de FCFA)	90 501	96 707	103 447
Dépenses des salaires payés par l'Etat (en million de FCFA)	47 022	47 155	59 224
Dépenses assurances maladie (en million de FCFA)	39 515	45 734	49 428
Budget de l'Etat (en million de FCFA)	127 095	134 567	153 770
Dépenses de soins curatifs (en million de FCFA)	115 347	135 841	154 438
Dépenses de soins préventifs(en million de FCFA)	106 051	101 139	104 333
Dépenses de santé des collectivités territoriales(en million de FCFA)	7 515	6 905	7 939
Dépenses de santé des collectivités territoriales sur fonds propres (en million de FCFA)	4 454	3 427	4 158
Dépenses de soins préventifs publiques (en million de FCFA)	27 198	17 031	25 815
Le ratio salaires payés par l'Etat au personnel de santé sur dépenses courante en santé de l'Etat (en %)	51,9	48,8	57,2
Le ratio dépenses en soins préventifs sur dépenses en soins curatifs (en %)	91,9	74,4	67,6
Les dépenses de santé des collectivités territoriales en % des dépenses totales courantes de santé	1,7	1,5	1,6
Les dépenses de santé des collectivités territoriales sur fonds propres en % des dépenses totales courantes de santé des collectivités territoriales	59,3	49,6	52,4
Les dépenses de soins préventifs publiques en % des dépenses totales courantes de soins préventifs de santé	25,6	16,8	24,7

VI. ANALYSE DES DEPENSES DES PROGRAMMES DE SANTE

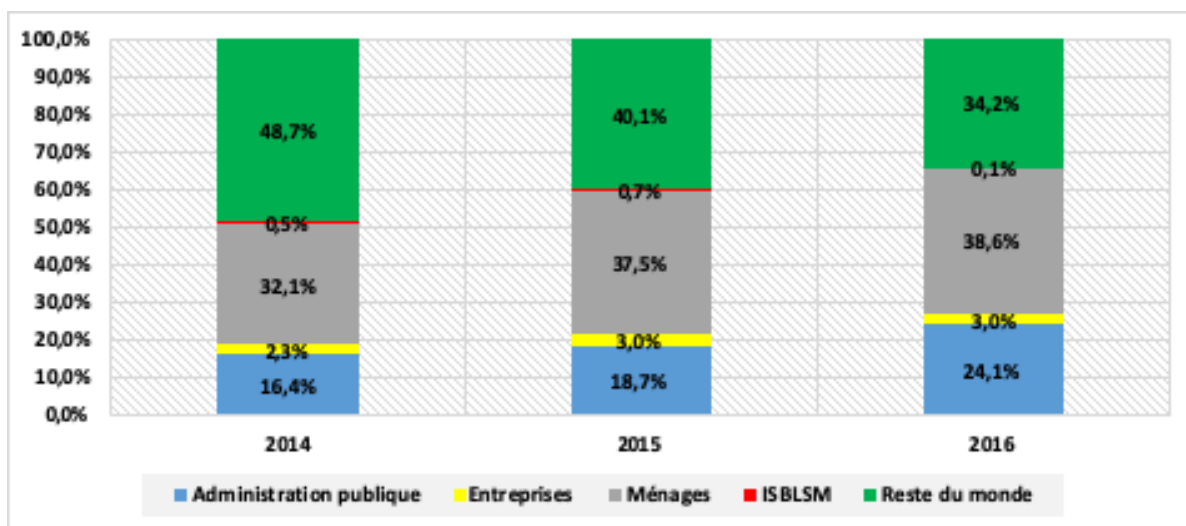
6.1. Dépenses en santé de la reproduction (SR)

6.1.1. Aperçu général sur la situation de la SR

Le Sénégal a toujours affirmé son engagement pour la santé de la reproduction. La mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2009-2018 a permis d'enregistrer une amélioration des indicateurs. De 1997 à 2016, la tendance de la mortalité infanto-juvénile a baissé de manière significative, passant de 139 pour mille naissances vivantes (EDS 1997) à 51 pour mille naissances vivantes (EDSC-2016), soit 63 %. Pour la même période, la mortalité infantile est passée de 68 pour mille naissances vivantes à 36 pour mille, soit une baisse de 47 % alors que la mortalité juvénile a baissé de 79 %.

Pour la mortalité maternelle, elle est estimée à 315 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2016 (EDS-C 2016) contre 392 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2010 (EDS-C 2010-2011).

6.1.2. Analyse des sources de financement de la santé de la reproduction



Graphique 25: Structure des dépenses en santé de la reproduction par source

Au Sénégal, entre 2014 et 2016, les principales sources de financement de la santé de la reproduction (SR) sont constituées par le reste du monde (PTF), les ménages et l’administration publique.

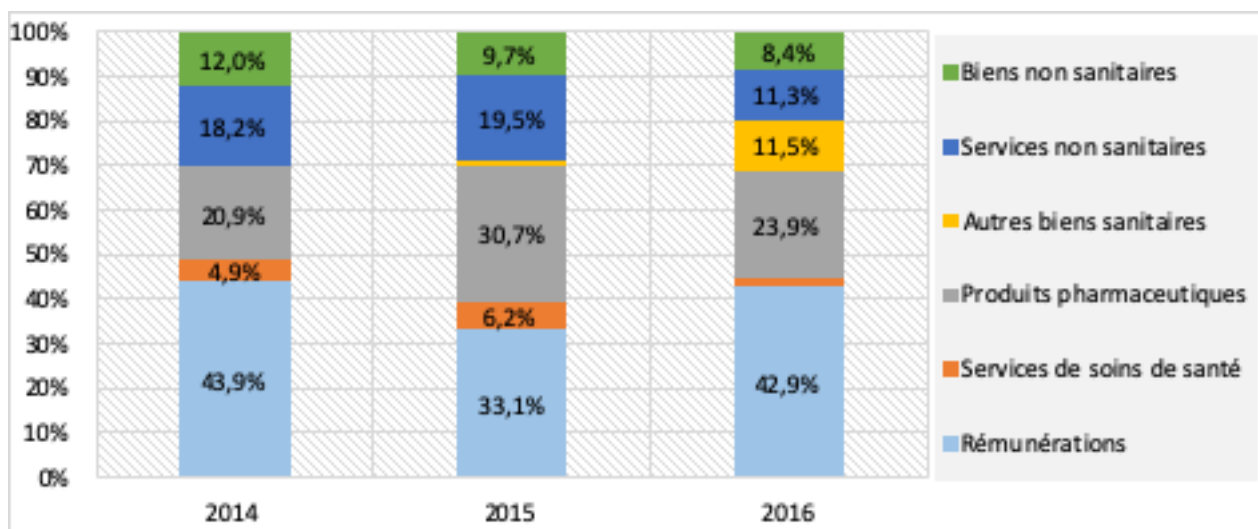
Les dépenses courantes en santé de la reproduction du reste du monde (PTF) ont baissé régulièrement de 2014 à 2016, passant de 30,6 milliards à 20,6 milliards. Leur part dans les dépenses courantes en SR a suivi la même tendance, passant de 48,7% à 34,2%.

Les dépenses courantes en SR des ménages ont augmenté entre 2014 et 2016, passant de 20,2 milliards à 23,3 milliards, avec des parts respectives de 32,1% et 38,6%.

Les dépenses courantes en SR de l’administration publique se sont stabilisées à 10,3 milliards en 2014 et 2015, avant de connaître un redressement en 2016 à 14,5 milliards. Leur part dans les dépenses courantes en SR a régulièrement augmenté de 16,4% en 2014 à 24,1% en 2016.

6.1.3. Analyse des facteurs de prestation de soins de la santé de la reproduction

Les dépenses en facteur de prestations de soins de santé de la reproduction sont les intrants utilisés par le prestataire pour produire les biens et services de santé de la reproduction. Exemple : biens non sanitaires, produits pharmaceutiques, salaires, etc.



Graphique 26: Structure des dépenses en santé de la reproduction par facteur de prestation

Les dépenses courantes en sante de la reproduction concernent essentiellement les rémunérations, les achats de produits pharmaceutiques et les services non sanitaires.

Les rémunérations ont baissé entre 2014 et 2015, passant de 27,5 milliards à 18,2 milliards avant d'augmenter à 25,9 milliards en 2016. Leurs parts suivent également la même évolution, allant de 43,9% en 2014 à 33,1% en 2015, avant de s'élever jusqu'à 42,9% en 2016. La réduction des rémunérations entre 2014 et 2015 s'explique par celui du financement du reste du monde (PTF), en particulier celui du Japon. En revanche, leur progression notée entre 2015 et 2016 est liée à celle des prises en charge de l'Administration publique.

Les achats de produits pharmaceutiques ont connu une hausse de 2014 à 2015, passant de 13,1 milliards à 16,9 milliards avant de baisser à 14,4 milliards en 2016. Leurs parts ont suivi la même évolution, allant de 20,9% en 2014 à 30,7% en 2015, avant d'atteindre 23,9% en 2016. Le relèvement des achats de produits pharmaceutiques entre 2014 et 2015 est sous l'effet de celui des dépenses des ménages et des prises en charge de l'USAID. La chute en 2016 est en liaison avec celle de la contribution du reste du monde (PTF).

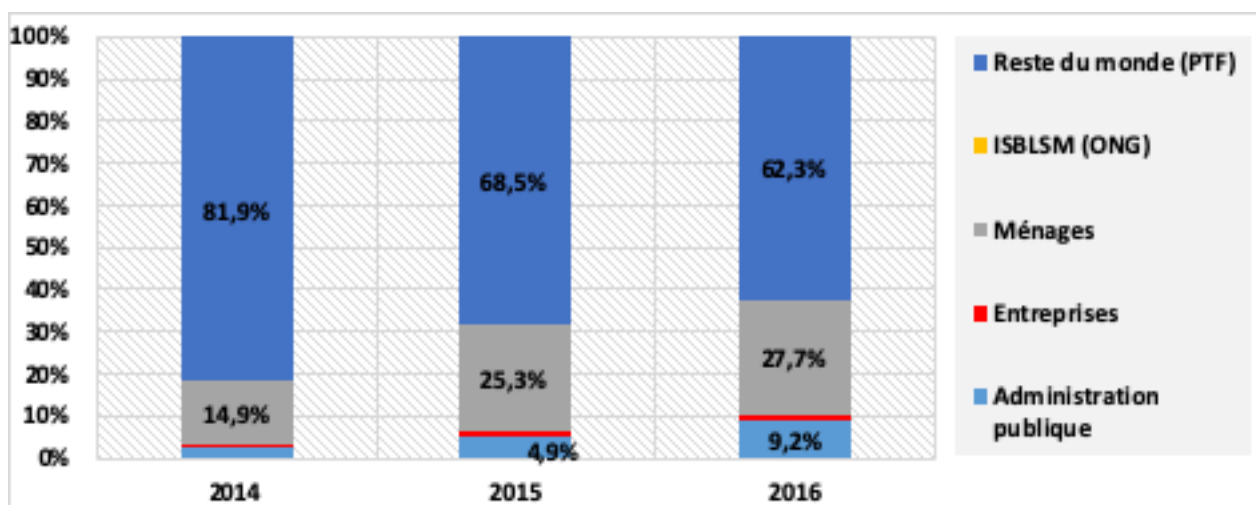
Quant aux dépenses liées aux services non sanitaires, elles ont régressé de manière continue sur la période, partant de 11,4 milliards en 2014 à 6,8 milliards en 2016. Toutefois, leur part a connu une légère augmentation en passant de 18,2% en 2014 à 19,5% en 2016 pour diminuer jusqu'à 11,3% en 2016.

6.2. Dépenses en planification familiale (PF)

6.2.1. Aperçu général sur la situation de la planification familiale

Selon l'EDS-C 2015, plus de trois quarts des femmes connaissent au moins une méthode contraceptive, soit une proportion de 95 %. En effet, les femmes en union utilisent essentiellement les injectables (8 %), les implants (7%) et les pilules (5%). Le pourcentage des femmes utilisatrices d'injectables est passé de 6% dans la période 2012-2013 à 8% en 2016. Concernant les implants, la proportion d'utilisatrices est passée de 3% à 8% sur la même période. Toutefois, 5% des femmes utilisent des pilules (EDS-C 2016). Ces résultats témoignent des efforts importants de l'Etat et des partenaires impliqués dans le financement de la planification familiale.

6.2.2. Analyse des dépenses en planning familial par source de financement



Graphique 27: Structure des dépenses en PF par source de financement

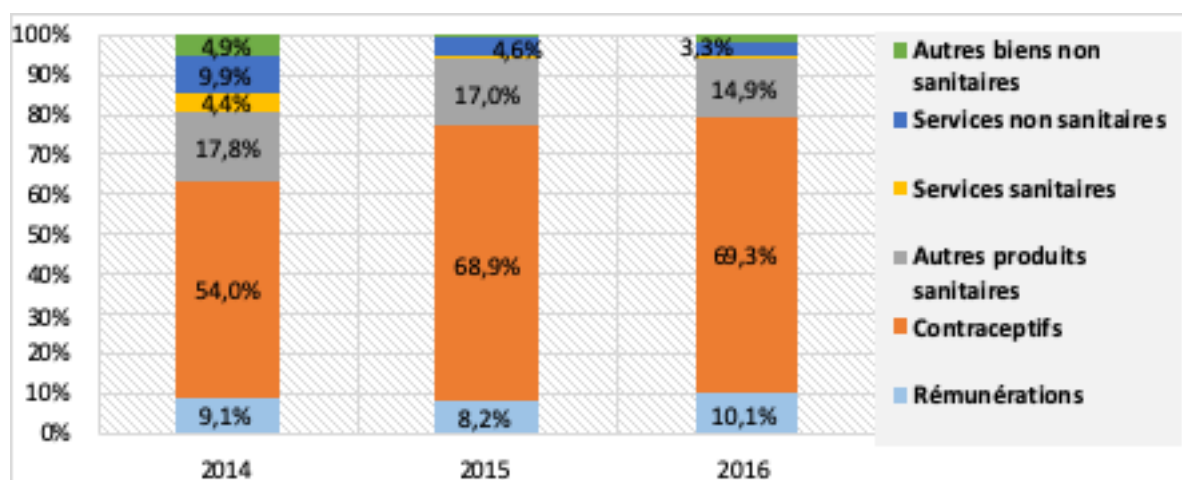
Les sources de financement des dépenses courantes en PF sont constituées principalement du reste du monde (PTF) et des ménages.

Les dépenses courantes du reste du monde (PTF) en planning familial ont baissé de 2014 à 2015, passant de 6,6 milliards à 3,5 milliards avant d'augmenter en 2016 pour se situer à 4,2 milliards. Toutefois, leur part dans les dépenses courantes en PF a régulièrement baissé de 81,9% en 2014 à 62,3% en 2016, imputable au retrait du Japon en dépit de l'augmentation du financement de l'USAID.

S'agissant des ménages, leurs dépenses courantes en PF ont progressé régulièrement entre 2014 et 2016, en passant de 1,2 milliards à 1,8 milliards. Leur part a suivi la même tendance, en évoluant de 14,9% en 2014 à 27,7% en 2016. Cette hausse est en liaison avec les effets conjugués de l'augmentation des dépenses courantes des ménages en PF et la chute du financement du reste du monde (PTF). La progression des dépenses des ménages est imputable au renforcement de l'adhésion des femmes grâce au plan de communication de la PF. (Cadre stratégique national PF 2016-2020)

6.2.3. Analyse des dépenses en planning familial par facteur de prestation

Les dépenses en facteur de prestations sont les intrants utilisés par les prestataires pour produire les biens et services de santé pour le planning familial. Exemple : biens non sanitaires, contraceptifs, salaires, etc...



Graphique 28: Évolution des dépenses en PF par facteur de prestation

Les dépenses courantes en PF concernent essentiellement l'achat de contraceptifs, d'autres produits sanitaires et la rémunération des employés.

Les achats de contraceptifs ont baissé de 2014 à 2015, passant de 4,3 milliards à 3,5 milliards avant de remonter à 4,7 milliards en 2016. Par contre, leur part a régulièrement crû, allant de 54% en 2014 à 69,3% en 2016.

Les achats d'autres produits sanitaires ont suivi la même tendance entre 2014 et 2015, passant de 1,4 milliards à 0,9 milliards avant de remonter à 1 milliard en 2016. Toutefois, leur part a connu une baisse continue sur la même période, passant de 17,8% en 2014 à 14,9% en 2016.

Quant aux rémunérations, elles ont également évolué de la même façon, se situant à 0,7 milliard en 2014, 0,4 milliard en 2015 et 0,7 milliard en 2016. Leurs parts sont passées de 9,1% en 2014 à 8,2% en 2015 avant d'atteindre 10,1% en 2016.

Ces différents replis enregistrés entre 2014 et 2015 sont liés au retrait du Japon. Quant aux augmentations constatées entre 2015 et 2016, elles sont imputables à celles des financements de l'USAID et de l'Etat ainsi que des dépenses courantes des ménages.

6.3. Dépenses sur les soins de santé primaires (SSP)

6.3.1. Aperçu sur la situation des SSP

« Les Soins de Santé Primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement, dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination... ». (Article 6, Déclaration Alma Ata 1978).

6.3.2. Évolution des dépenses en SSP par source de financement

Tableau 8: Évolution des dépenses courantes en soins de santé primaires par source (en millions de FCFA)

Sources	2014		2015		2016	
	Montant	Part (en%)	Montant	Part (en%)	Montant	Part (en%)
Administration publique	23 086	9,2	35 710	12,4	34 005	11,3
Reste du monde (PTF)	46 047	18,2	53 346	18,4	60 140	20,0
Ménages	169 389	67,1	185 198	64,0	193 314	64,4
Autres	13 840	5,5	15 089	5,2	12 865	4,3
Total dépenses en SSP	252 362		289 343		300 323	
Part des SSP dans les dépenses courantes de santé (%)	58,7		62,8		62,5	

Les dépenses courantes en soins de santé primaires (SSP) ont augmenté régulièrement sur la période passant de 252,4 milliards en 2014 à 289,3 milliards en 2015 et 300,3 milliards en 2016. Leur part dans les dépenses courantes de santé a progressé entre 2014 et 2015, passant de 58,7% à 62,8%, avant de diminuer légèrement en 2016 pour se situer à 62,5%.

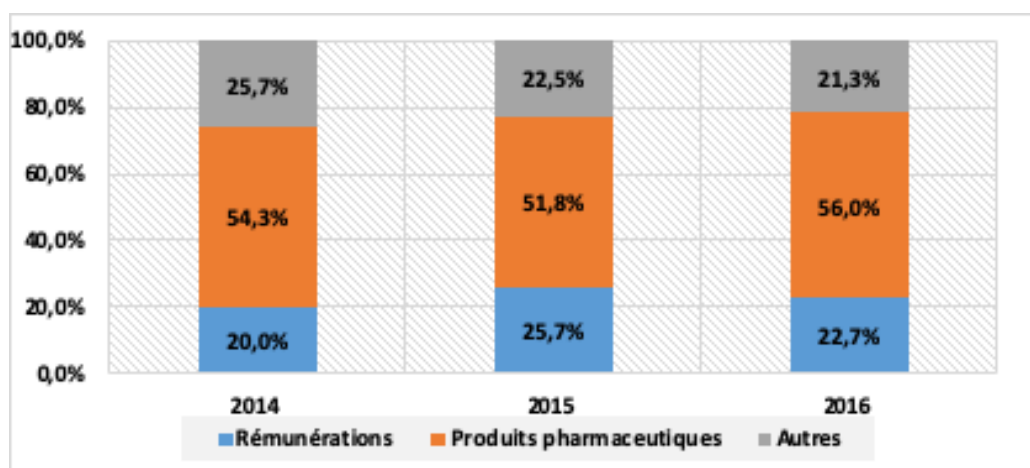
Les dépenses courantes en soins de santé primaire sont principalement prises en charge par les ménages, le reste du monde (PTF) et l'Administration publique.

Les dépenses courantes des ménages en soins de santé primaires ont connu une hausse régulière entre 2014 et 2016, allant de 169,4 milliards à 193,3 milliards. Leur part a fléchi entre 2014 et 2015, allant 67,1% à 64,0%, avant de remonter légèrement à 64,4% en 2016.

Pour le Reste du monde (PTF), les dépenses courantes en soins de santé primaires ont connu une progression régulière entre 2014 et 2016, allant de 46 milliards à 60,1 milliards. Leur part a suivi la même tendance entre 2014 et 2016, passant de 18,2% à 20%.

Quant aux dépenses courantes de l'Administration publique en soins de santé primaires, elles ont augmenté entre 2014 et 2015, passant de 23,1 milliards à 35,7 milliards avant d'enregistrer un repli en 2016 pour s'établir à 34 milliards. Leur part a connu la même évolution, en atteignant 9,2% en 2014, 12,4% en 2015 et 11,3% en 2016.

6.3.3. Évolution des dépenses en SSP par facteurs de prestation



Graphique 29: Évolution des dépenses courantes en SSP par facteurs de prestation (%)

Les dépenses courantes en soins de santé primaires sont essentiellement constituées par les achats de produits pharmaceutiques et les rémunérations.

Les achats de produits pharmaceutiques ont connu une hausse régulière entre 2014 et 2016, passant de 137 milliards à 168,2 milliards. Toutefois, leur part a chuté entre 2014 et 2015, allant de 54,3% à 51,8% avant d'atteindre 56% en 2016.

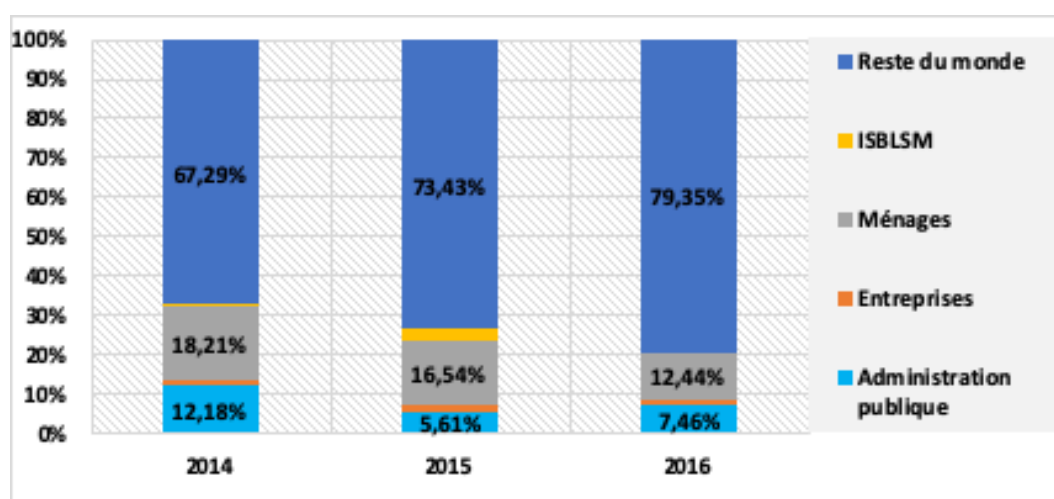
Quant aux dépenses liées aux rémunérations, elles ont augmenté entre 2014 et 2015, passant de 50,6 milliards à 74,4 milliards, avant de baisser à 68,1 milliards en 2016. Leur part a évolué de la même manière sur la période, avec 20,0% en 2014, 25,7% en 2015 et 22,7% en 2016.

6.4. Dépenses pour la lutte contre le paludisme

6.4.1. Aperçu général sur la situation du paludisme

L'évolution de la prévalence parasitaire de 2009 à 2015 classe toujours le Sénégal parmi les pays de l'Afrique Sub-saharienne où le paludisme est endémique et constitue un problème de santé publique. La morbidité du paludisme reste toujours corrélée à la pluviométrie. Les principales espèces plasmodiales présentes au Sénégal sont Plasmodium Falciparum (99%) et Plasmodium Malariae (1%), (EDS-c 2014).

6.4.2. Analyse des dépenses pour la lutte contre le paludisme par source de financement



Graphique 30: Évolution de de la structure des dépenses en paludisme par source

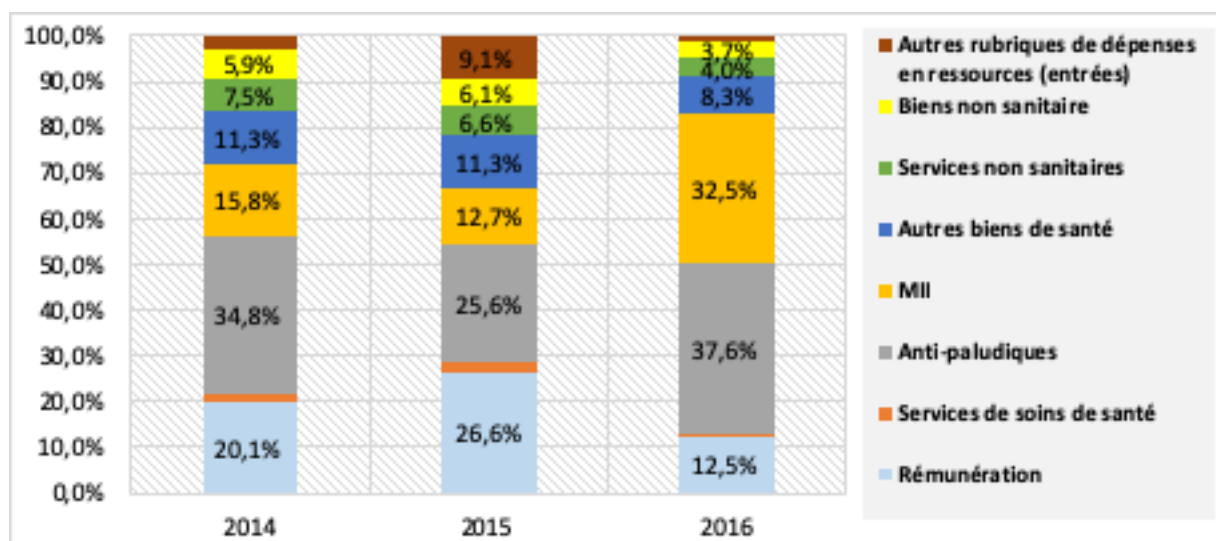
Les dépenses courantes pour la lutte contre le paludisme sont principalement prises en charge par le reste du monde (PTF), les ménages et l'Administration publique.

Le reste du monde (PTF), plus particulièrement l'USAID, le Fonds Mondial (FM) et la Banque Islamique de développement (BID), a augmenté sa contribution de manière significative, passant de 17,2 milliards en 2014 à 30 milliards en 2016. Sa part a suivi la même tendance sur la période, allant de 67,3% en 2014 à 79,4% en 2016. En effet, l'année 2014 coïncide avec la fin du round 10 du Fonds Mondial qui a permis la mobilisation des ressources destinées au rattrapage dans la mise en œuvre de toutes les activités planifiées pour la période et n'ayant pas pu être réalisées à temps. En 2016, la hausse du financement est secondaire à l'acquisition des MILDA pour la couverture universelle (CU) imputée au Fonds Mondial et dans une moindre mesure à la BID. Cet accroissement du financement des deux bailleurs pour la CU entraîne conséquemment une baisse de la proportion du financement de l'USAID dans la lutte contre le paludisme.

Les ménages représentent la deuxième source de financement de la lutte contre le paludisme. Leur contribution a connu une baisse régulière entre 2014 et 2016, passant de 18,2% à 12,4%. Ce repli est lié à l'évolution relativement stable des dépenses des ménages dans le paludisme (entre 4,6 milliards et 4,8 milliards) au moment où le financement de la lutte contre le paludisme a fortement augmenté.

La part de l'Administration publique qui s'élève à 12,2% en 2014 a baissé de plus de la moitié en 2015 pour s'établir à 5,6%, en liaison avec celle de ses dépenses qui sont passées de 2,6 milliards à 1,2 milliard. Ce repli est suivi d'une légère progression en 2016 avec 7,5%, sous l'effet du redressement des dépenses de l'administration publique qui ont atteint 2,5 milliards.

6.4.3. Analyse des dépenses pour la lutte contre le paludisme par facteurs de prestation



Graphique 31: Évolution Structure des dépenses en paludisme par facteurs de prestation

Les dépenses de santé pour la lutte contre le paludisme portent essentiellement sur les antipaludiques, la rémunération du personnel et les moustiquaires imprégnés d'insecticides à longue durée d'action (MILDA).

Pour les anti paludiques les dépenses ont baissé, passant de 8,5 milliards en 2014 à 7,3 milliards en 2015 avant d'augmenter à 14,1 milliards en 2016 en raison de la chimio prévention saisonnière (CPS) dans les régions de Kolda, Kédougou et Sédhiou (nouvelles directives de prise en charge de paludisme). Leur part a suivi la même évolution en passant de 34,8% en 2014 à 25,7% en 2015 et 37,6% en 2016. Cette évolution est imputable à l'effet de stock de limitation des commandes pour réduire les risques de péremption.

Les rémunérations ont augmenté de 4,9 milliards en 2014 à 7,5 milliards en 2015. Cette augmentation est en partie liée à la forte hausse des rémunérations des professionnels particuliers en raison de l'enquête nationale sur le paludisme. Leur part a progressé de 20,1% en 2014 à 26,6% en 2015. Les rémunérations ont chuté en 2016 à 4,7 milliards avec une part de 12,5%.

Les dépenses en MIILDA ont baissé de 3,9 milliards en 2014 à 3,6 milliards en 2015 avant de connaître une forte hausse en 2016 pour atteindre 12,2 milliards, à la faveur de la campagne nationale de distribution de MIILDA. Leur part a suivi la même évolution en passant de 15,8% en 2014, puis 12,7% en 2015 et 32,5% en 2016.

6.5. Dépense courante pour la lutte contre le VIH/SIDA

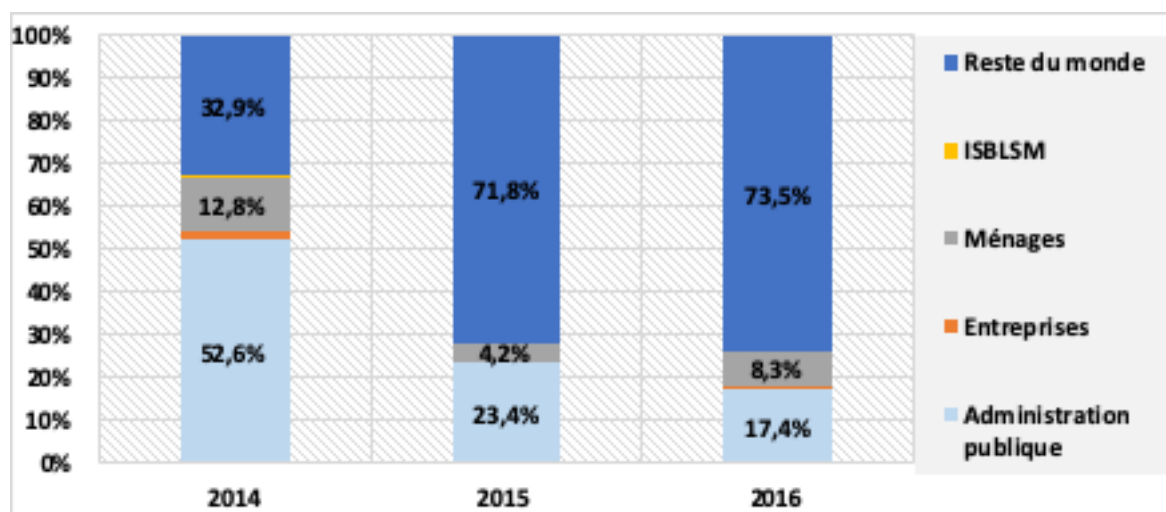
6.5.1. Aperçu général sur la situation du VIH/SIDA

L'infection à VIH/sida constitue un problème de santé publique mondial en particulier en Afrique subsaharienne qui polarise près du quart de personnes vivant avec le VIH tous âges confondus (4,9 millions versus 36,4 millions) (ONUSIDA 2016).

Au Sénégal, l'épidémie à VIH est de type concentré avec une prévalence faible dans la population générale de 0,5% (ONUSIDA Estimation Spectrum 2016) et de 0,8% (Bulletin Épidémiologique 2014) chez les femmes enceintes mais élevée dans les populations clés en l'occurrence les professionnelles du sexe 6,6% (ENSC 2015), les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes 17,8% (ELHIOS 2014) et les usagers de drogues injectables 9,2% (UDSEN 2011).

Plusieurs acteurs dont le gouvernement à travers le Ministère de la santé et de l'action sociale et le conseil national de lutte contre le sida (CNLS) ainsi que des instances internationales participent activement au financement de la lutte contre cette maladie. En 2016, le montant global des fonds reçus par le CNLS est évalué à 4,7 milliards².

6.5.2. Analyse des sources de financement en VIH/SIDA



Graphique 32: Evolution de la structure des dépenses du VIH/SIDA par source de financement

Les sources de financement des dépenses courantes de la lutte contre le VIH/sida sont essentiellement le reste du monde (PTF), l'administration publique et les ménages.

Les dépenses courantes du reste du monde (PTF) ont progressé de 2,5 milliards en 2014 à 19,4 milliards en 2015, traduisant une forte hausse de leur part qui est passée de 32,9% à 71,8%. Cette évolution est imputable au renforcement considérable du financement de l'USAID et du Fonds Mondial. Cependant, elles ont chuté en 2016 de 10 milliards pour atteindre 9 milliards, en raison de la chute prononcée du financement de l'USAID et du Fonds Mondial. Leur part a pourtant augmenté

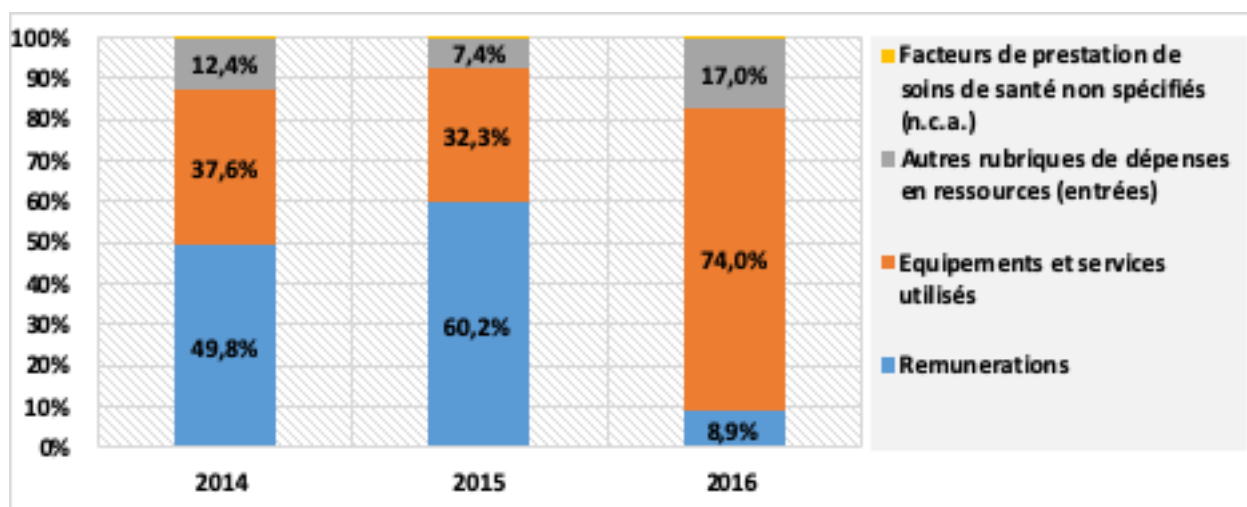
² Rapport annuel 2016 du CNLS, page 44

à 73,5% en 2016, sous l'effet de la baisse relativement plus importante des dépenses courantes pour la lutte contre le VIH sida.

Pour ce qui est de l'administration publique, ses dépenses courantes pour la lutte contre le VIH ont augmenté de 4 milliards en 2014 à 6,3 milliards en 2015, avant de baisser à 2,1 milliards en 2016. Leur part a baissé, passant de 52,6% en 2014 à 17,4% en 2016. La baisse observée entre 2014 et 2015 s'explique par la forte contribution des PTF.

Par ailleurs, les dépenses courantes des ménages pour la lutte contre le VIH restent relativement stables et tourne autour de 1 milliard par an. Leur part a baissé de 2014 à 2015, passant de 12,8% à 4,2%, imputable à l'augmentation des dépenses courantes du reste du monde (PTF). Entre 2015 et 2016, elle a augmenté pour atteindre 8,3%, en liaison avec le repli du financement des PTF.

6.5.3. Analyse des facteurs de prestation de soins en VIH/SIDA



Graphique 33: Évolution de la structure des dépenses du VIH / SIDA par facteur de prestation

L'analyse selon les facteurs de prestation montre que les dépenses courantes pour la lutte contre le VIH/sida ont essentiellement porté sur la rémunération et les ARV.

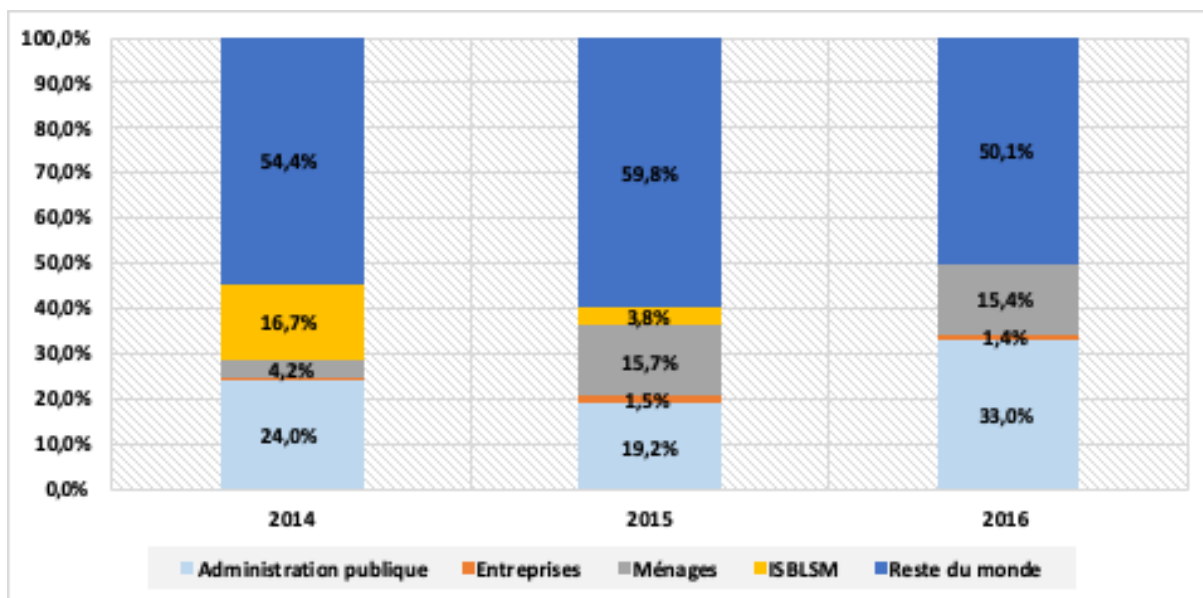
Les rémunérations ont progressé de 3,6 milliards en 2014 à 16,1 milliards en 2015, en liaison avec la hausse considérable des financements de l'USAID et du Fonds mondial. Toutefois, en 2016, la rémunération s'est repliée à 1,1 milliard, en rapport avec la fin du programme santé 2011-2015 de l'USAID et la baisse des financements du Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/sida. Ainsi, leur part dans les dépenses courantes pour la lutte contre le VIH/sida a chuté de 59,8% en 2015 à 8,8% en 2016. Les dépenses en ARV, pour leur part, ont régulièrement progressé sur la période, passant de 1,3 milliard en 2014 à 6,7 milliards en 2016. Leur part dans les dépenses courantes pour la lutte contre le VIH/sida est cependant passée de 17,2% en 2014 à 8,8% en 2015, malgré la hausse des montants alloués aux ARV. En 2016, leur part a connu une forte hausse pour atteindre 54,6%, en relation avec les effets conjugués de l'augmentation des allocations en ARV et la baisse des rémunérations.

6.6. Dépenses pour la lutte contre la tuberculose

6.6.1. Aperçu général sur la situation de la tuberculose

La tuberculose reste encore un problème de santé publique au Sénégal. Des efforts ont permis d'améliorer le taux de détection de 13 points entre 1990 et 2011. Selon l'OMS (Rapport Global TB 2013), l'incidence estimée est de 136 cas de tuberculose toutes formes pour 100 000 habitants avec un taux de détection des tuberculoses toutes formes de 68% (61-77). Les cas attendus de co-infection en 2015 sont estimés à 1700 (1500-1900) soit 12 cas pour 100 000 habitants (10-13).

6.6.2. Analyse des sources de financement sur la tuberculose



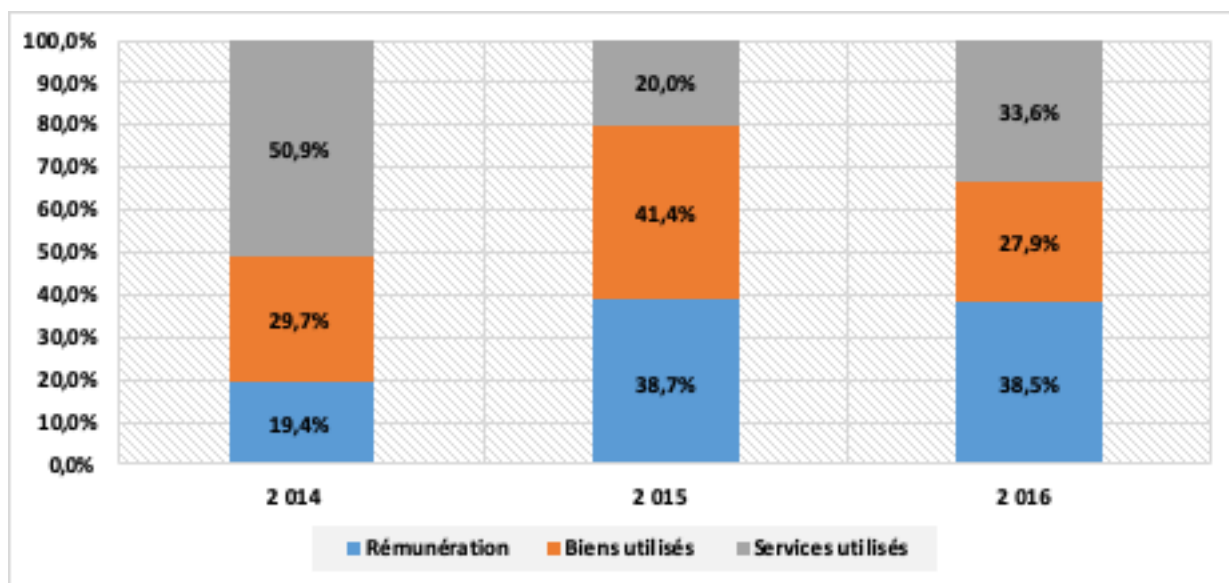
Graphique 34: Évolution de la structure des dépenses courantes pour la lutte contre tuberculose par source de financement

Les dépenses courantes en santé pour la lutte contre la tuberculose sont essentiellement financées par le reste du monde (PTF) et l’administration publique durant toute la période.

La part du reste du monde(PTF) dans les dépenses courantes pour la lutte contre la tuberculose a augmenté de 2014 à 2015 passant de 54,4% à 59,8% avant de baisser à 50,1% en 2016. La hausse de la part du reste du monde (PTF) enregistrée entre 2014 et 2015 est en liaison avec la forte chute de la contribution de l’Administration publique et des ISBLSM (ONG). En revanche, la baisse entre 2015 et 2016 est imputable au retrait de l’USAID avec FHI 360.

La part de l’Administration publique dans les dépenses courantes de lutte contre la tuberculose a connu un repli de 2014 à 2015, en passant de 24% à 19,2% sous l’effet du fort recul de sa contribution. Entre 2015 et 2016, cette part s’est redressée pour atteindre 33% liée à la chute du financement du reste du monde (PTF).

6.6.3. Analyse des facteurs de prestation de soins en tuberculose



Graphique 35 : Évolution de la structure des dépenses courantes pour la lutte contre la tuberculose par facteurs de prestation

Les dépenses courantes pour la lutte contre la tuberculose sont essentiellement constituées par les achats de biens utilisés en 2014. En 2015 et 2016, elles sont dominées par les rémunérations et les achats de biens utilisés.

La part des services utilisés a baissé entre 2014 et 2015, en passant de 50,9% à 20%, avant de progresser en 2016 pour atteindre 33,6%.

En ce qui concerne les rémunérations, leur part a augmenté de 2014 à 2015, en passant de 19,4% à 38,7%, avant de connaître un repli en 2016 à 38,5%.

La part des biens utilisés a enregistré une hausse entre 2014 et 2015, passant de 29,7% à 41,4%. Toutefois, elle a baissé entre 2015 et 2016 pour s'établir à 27,9%.

CONCLUSION

Les comptes de la santé de 2014, 2015 et 2016 permettent d'avoir la situation du financement du secteur et de faire une analyse des dépenses de chaque catégorie d'opérateurs.

Les dépenses totales de santé sont estimées à 430,7 milliards F CFA soit 5,9 % du PIB. De 2014 à 2016, le montant total financé dans le secteur de la santé s'élève à 1 473,7 milliards, repartis comme suit : 469,5 milliards en 2014 soit 4,9% du PIB, 490 milliards en 2015 soit 4,8% du PIB et 514,2 milliards en 2016 soit 4,7% du PIB.

Elles sont composées des dépenses courantes (95,2%) et des dépenses en capital (4,8%). Les dépenses courantes de santé représentent 429,7 milliards en 2014, 460,6 milliards en 2015 et 480,8 milliards en 2016 soit des parts respectives de 91,5%, 94,0% et 93,5%. Quant aux dépenses en capital, elles sont de 39,8 milliards en 2014, soit 8,5%, 29,4 milliards en 2015, soit 6,0% et 33,5 milliards en 2016, soit 6,5%.

Les dépenses courantes en santé sont en grande partie financées à travers les paiements directs à hauteur de 48,3% en 2014, 50,2% en 2015 et 50,2% en 2016. Les dépenses de l'administration publique représentent 24,9% des dépenses courantes en santé en 2014, 22,9% en 2015 et 23,2% en 2016.

L'Administration publique est le principal financeur pour les dépenses liées aux infrastructures, équipements, logiciel et éducation/formation du personnel de santé.

L'exécution de cet exercice a montré toute l'importance de disposer d'informations exhaustives sur les flux financiers qui permettront une évaluation précise de la politique de couverture sanitaire universelle. Il est donc nécessaire que le Ministère de la Santé et de l'Action sociale élabore périodiquement et régulièrement les comptes de la santé afin d'améliorer la prise de décisions basées sur des évidences.

Limites de l'étude

- Couverture non exhaustives des données des structures de soins publiques et privées, notamment les Établissements publics de santé (EPS), les cabinets médicaux et les cliniques;
- Format des rapports des EPS non adapté aux besoins d'informations statistiques des comptes de la santé (répartition par maladies, par âge et par sexe);
- Disponibilité des données permettant de déterminer des clés de répartition au niveau des prestataires du secteur privé

Recommandations

- Inciter les acteurs du secteur à utiliser les résultats des comptes de la santé dans l'élaboration des stratégies de financement de la santé (élaboration du budget du MSAS...);
- Œuvrer pour la disponibilité des informations du secteur privé dans le système d'information sanitaire national;
- Renforcer la politique d'assurance maladie en vue d'alléger les dépenses excessives des ménages en médicament;
- Renforcer les ressources allouées à la prévention en particulier à la santé de la reproduction ;
- Renforcer le financement dans les zones périphériques (Soins de santé primaires);
- Mettre en place un dispositif législatif et réglementaire encadrant la médecine traditionnelle

BIBLIOGRAPHIE

- Annuaire Statistique Sanitaire, 2015
- Banque de Données Économiques et Financières (BDEF) de l'ANSD.
- Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Sénégal 2016 – 2020
- Rapport annuel Conseil National de Lutte contre le Sida, 2016
- Rapports d'exécution budgétaire (2014, 2015 et 2016)
- Rapport de l'enquête de prévalence et de pratiques des usagers de drogues au Sénégal, 2014
- Rapport de l'enquête nationale de surveillance combinée des IST et VIH/SIDA, 2015
- Rapport de l'enquête nationale de surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles, 2015
- Rapport de performances 2014, 2015
- Rapport de supervision de la collecte et de la saisie de données dans le cadre de l'élaboration des comptes de la sante de 2014, 2015 et 2016
- Rapport définitif de la deuxième Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal, 2013
- Rapport des enquête Démographique et de Santé Continue au Sénégal, (EDS-Continue ; 2014, 2015 et 2016)
- Rapport final des Comptes Nationaux de la Santé, 2013
- Rapport final RGPHAE 2013
- Rapport sur la situation économique et sociale du Sénégal, 2014, 2015 et 2016
- Système des Comptes de la Santé (SHA), 2011

COMITE D'ELABORATION

Dr Youssoupha NDIAYE	DPRS
Mme Thiané GUEYE DIAW	DPRS/Coordinatrice CES
Dr Abibou CISSE	DGES/DEPS
Dr Farba Lamine SALL	OMS
M. Abou AW	MEFP
M. Fallou SENE	DLM
Dr Mame Ndioro FAYE	DPRS/CES
M. Ibrahima NGOM	DPRS/CES
M. Abdoulaye FAYE	DPRS/CES
Mme Assiétou FALL	DPRS/CES
M. Abdoulaye NDIAYE	DPRS/CES
M. Saidou SEDA	DPRS/CES stagiaire
Melle. Ndèye Khoudia FAYE	DPRS/CES stagiaire
Dr Abdoulaye DIAW	DPRS/DSISS
Papa Ibrahima NDOUR	DPRS/DSISS
Mohamed Lamine SARR	DPRS/DSISS stagiaire
Ndèye Wade NDIAYE	DAGE
Dr. Ndack Wadj LY	ABT/composante RSS+
Mme Coumba Haby SARR	ABT/composante RSS+
Mme. Tiguidanké GASSAMA	ANCMU
M. Massaer TOURE	DRH
M. Madiaw DIBO	ANSD/DSEC
M. Alioune TAMBOURA	ANSD
M. El Hadj Yaya LY	ANSD/DSSD
M. Cheikh Ibra FALL	IPM
M. André Demba WADE	GRAIM
M. Mamadou DIENG	Personne Ressource
M. Diabel DIOP	DPEE
M. Mamadou SARR	PNLP
Mme. Ndiaye Diodio DIAGNE	DSME
M. Ibrahima GAYE	DLSI
Dr Aminata THIAM	DLSI
Mme. Marie NIANG	PNT

ANNEXES

Séries chronologiques CS 2014 - 2016

Code	Libellé	Montant 2014 (en million FCFA)	Montant 2015 (en million FCFA)	Montant 2016 (en million FCFA)
FS.RI	Sources de financement (Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement)	429 716	460 549	480 761
FS.RI.1.1	Administration publique	90 501	96 707	103 447
FS.RI.1.2	Entreprises	21 775	25 048	28 142
FS.RI.1.3	Ménages	226 805	245 992	258 618
FS.RI.1.4	ISBLSM	2 587	1 980	180
FS.RI.1.5	Reste du monde	88 047	90 823	90 374
HF	Régimes de financement	429 716	460 549	480 761
HF.1	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	185 423	197 215	204 999
HF.2	Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé	28 138	29 447	30 168
HF.3	Paiement direct des ménages	216 155	233 887	245 594
FA	Agents de financement	429 716	460 549	480 761
FA.1	Administrations publiques	169 729	180 484	187 529
FA.2	Sociétés d'assurance	30 327	34 539	38 880
FA.3	Sociétés (hors sociétés d'assurances)	1 483	1 678	1 546
FA.4	Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	12 022	9 962	7 211
FA.5	Ménages	216 155	233 887	245 594
FS	Recettes des régimes de financement des soins de santé	429 716	460 549	480 761
FS.1	Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	89 875	96 087	102 722
FS.2	Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	78 644	82 793	83 314
FS.3	Cotisations d'assurance sociale	15 699	17 218	17 787
FS.5	Prépaiement volontaire	13 676	16 775	20 293
FS.6	Autres revenus nationaux n.c.a.	231 623	247 640	256 636
FS.7	Transferts directs étrangers	200	36	10
HP	Prestataires de soins de santé	429 716	460 549	480 761
HP.1	Hôpitaux	68 379	86 081	112 039
HP.2	Etablissements résidentiels de soins de longue durée	64	67	78
HP.3	Prestataires de soins de santé ambulatoire	63 038	59 868	65 981
HP.4	Prestataires de services auxiliaires	9 901	10 992	11 493
HP.5	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	155 956	167 062	178 057
HP.6	Prestataires de soins préventifs	86 925	90 835	80 903
HP.7	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	44 898	45 295	32 178
HP.9	Reste du monde	116	25	0
HP.nec	Prestataires de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	438	324	32
HC	Fonctions des soins de santé	429 716	460 549	480 761

Code	Libellé	Montant 2014 (en million FCFA)	Montant 2015 (en million FCFA)	Montant 2016 (en million FCFA)
HC.1	Soins curatifs	115 347	135 841	154 438
HC.2	Soins de réadaptation	0	220	262
HC.3	Soins (de santé) de longue durée	64	0	0
HC.4	Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	9 887	10 965	11 493
HC.5	Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	155 960	167 062	178 057
HC.6	Soins préventifs	106 051	101 139	104 333
HC.7	Gouvernance, administration du système de santé et des financements	42 405	45 295	32 178
HC.9	Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	2	27	0
FP	Facteurs de prestation de soins de santé	429 716	460 549	480 761
FP.1	Rémunération des employés	131 386	133 106	137 617
FP.2	Rémunération des professionnels particuliers	7 019	14 940	9 297
FP.3	Equipements et services utilisés	254 542	284 748	317 988
FP.5	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	34 166	24 368	10 977
FP.nec	Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	2 603	3 387	4 881
DIS	Groupes de maladies / affections	429 716	460 549	480 761
DIS.1	Maladies infectieuses et parasitaires	74 988	88 216	90 281
DIS.2	Santé de la reproduction	62 793	54 981	60 303
DIS.3	Carences nutritionnelles	27 834	25 963	33 317
DIS.4	Maladies non transmissibles	166 068	186 012	200 190
DIS.5	Traumatismes	22 135	25 125	27 025
DIS.6	Non lié à une maladie spécifique	42 509	45 408	32 178
DIS.nec	Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	33 389	34 844	37 468
AGE	Age	429 716	460 549	480 761
AGE.1	< 5 ans	95 547	103 181	122 811
AGE.2	≥ 5 ans	334 170	357 368	357 950
GEN	Genre	429 716	460 549	480 761
GEN.1	Femme	241 519	271 109	277 748
GEN.2	Homme	188 197	189 440	203 013
SNL	Niveau Sous National (Région)	429 716	460 549	480 761
SNL.1	Dakar	127 205	150 339	154 654
SNL.10	Kolda	20 511	21 167	19 894
SNL.11	Matam	17 573	17 343	18 815
SNL.12	Kaffrine	15 080	17 156	16 900
SNL.13	Sédhiou	19 613	12 934	13 101
SNL.14	Kédougou	7 314	6 617	4 954
SNL.2	Ziguinchor	16 001	16 726	17 977
SNL.3	Diourbel	38 356	41 308	45 045
SNL.4	Saint Louis	29 874	29 700	32 728
SNL.5	Tambacounda	20 774	21 337	20 891
SNL.6	Kaolack	25 009	26 776	29 005
SNL.7	Thiès	48 457	53 465	56 696
SNL.8	Louga	25 159	25 835	28 108
SNL.9	Fatick	18 791	19 846	21 994

Table des matières

AVANT-PROPOS	4
SIGLES ET ABREVIATIONS	5
RESUME EXECUTIF	8
INTRODUCTION	10
<hr/>	
I- CONTEXTE GENERAL	11
1.1. Présentation du Sénégal	11
1.1.2. Situation administrative	11
1.1.3. Données démographiques	11
1.1.4. Situation économique	12
1.2. Profil sanitaire et épidémiologique	12
1.3. Organisation du système de santé	13
1.3.1. Organisation administrative	14
1.3.2. Organisation de l'offre de soins	14
1.4. Performance du système de santé	14
1.4.1. Programme « Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent »	15
1.4.2. Programme « Prévention et prise en charge de la maladie »	15
1.4.3. Programme « Renforcement du système de santé »	15
1.4.4. Programme « Gouvernance sanitaire »	16
1.4.5. Programme « Appui aux groupes vulnérables »	16
<hr/>	
II- CADRE DE COMPTABILITE DU SYSTEME DES COMPTES DE LA SANTE	16
2.1. Définition, objet et utilité des comptes de la santé	16
2.3. Définition opérationnelle des concepts	17
<hr/>	

III- DEMARCHE METHODOLOGIQUE D'ELABORATION DES COMPTES DE LA SANTE 2014-2016	18
3.1. Cadre institutionnel des CS au Sénégal	18
3.2. Comité de pilotage	18
3.3. Comité technique	18
3.4. Choix méthodologiques	19
3.4.1. Le Champ des CS	19
3.4.2. Collecte des données	19
3.4.2.1. Sources de données primaires	19
3.4.2.2. Sources de données secondaires (rapports et bases de données)	19
3.4.2.3. Estimation des dépenses des ménages	21
3.5. Traitement des données	21
3.6. Difficultés rencontrées dans le processus de collecte et de codification des données	21
IV- RESULTATS D'ANALYSE DES DEPENSES DE SANTE DE 2014 à 2016	22
4.1. Volume du financement de la santé	22
4.2. Évolution des dépenses de santé	22
4.3. Analyse des dépenses courantes de santé	23
4.3.1. Analyse de la dimension financement des dépenses courantes	23
4.3.1.1. Les sources de financement des dépenses courantes	23
4.3.1.2. Les régimes de financement des dépenses courantes	24
4.3.1.3. Les catégories de recettes des régimes de financement	25
4.3.1.4. Les agents de financement des dépenses courantes	26
4.3.2. Analyse de la prestation des services	26
4.3.2.1. Prestataires des soins de santé	26
4.3.2.2. Facteurs de prestation	27
4.3.3. Analyse de la consommation	28
4.3.3.1. Analyse des dépenses de consommation par Fonction de soins	28
4.3.3.2. Analyse des dépenses de consommation par maladie	29

4.3.3.3. Analyse des dépenses de consommation par tranche d'âge	30
4.3.3.4. Analyse des dépenses de consommation par sexe	30
4.3.3.5. Analyse des dépenses de consommation par région	31
4.4. Analyse des dépenses d'investissement	32
4.4.1. Sources de financement de la formation de capital	32
4.4.2. Dépenses en formation de capital par prestataire	33
4.4.3. Dépenses d'investissement par maladie	33
4.5. Formation et recherche en santé	34
4.5.1. Formation et recherche par source de financement	34
4.5.2. Formation et recherche par maladie	34
4.6. Financement du Secteur de la santé	35
4.6.1. Financement du Ministère de la santé	35
4.6.3. Financement de la santé par les collectivités territoriales	36
4.6.4. Financement de la santé par les entreprises	36
4.6.5. Financement de la santé par les mécanismes d'assurance	37
4.6.6. Financement de la santé par type d'assurance	37
4.6.7. Financement de la santé par les ménages	38
4.6.8. Paiements directs des ménages	38
4.6.9. Financement de la santé par les institutions sans but lucratif au service des ménages (ONG) et leur part dans les dépenses courantes	39

V. PRINCIPAUX INDICATEURS **40**

VI. ANALYSE DES DEPENSES DES PROGRAMMES DE SANTE **41**

6.1. Dépenses en santé de la reproduction (SR)	41
6.1.1. Aperçu général sur la situation de la SR	41
6.1.2. Analyse des sources de financement de la santé de la reproduction	42
6.1.3. Analyse des facteurs de prestation de soins de la santé de la reproduction	42

6.2. Dépenses en planification familiale (PF)	43
6.2.1. Aperçu général sur la situation de la planification familiale	43
6.2.2. Analyse des dépenses en planning familial par source de financement	43
6.2.3. Analyse des dépenses en planning familial par facteur de prestation	44
6.3. Dépenses sur les soins de santé primaires (SSP)	45
6.3.1. Aperçu sur la situation des SSP	45
6.3.2. Évolution des dépenses en SSP par source de financement	45
6.3.3. Évolution des dépenses en SSP par facteurs de prestation	46
6.4. Dépenses pour la lutte contre le paludisme	46
6.4.1. Aperçu général sur la situation du paludisme	46
6.4.2. Analyse des dépenses pour la lutte contre le paludisme par source de financement	46
6.4.3. Analyse des dépenses pour la lutte contre le paludisme par facteurs de prestation	47
6.5. Dépense courante pour la lutte contre le VIH/SIDA	48
6.5.1. Aperçu général sur la situation du VIH/SIDA	48
6.5.2. Analyse des sources de financement en VIH/SIDA	48
6.5.3. Analyse des facteurs de prestation de soins en VIH/SIDA	49
6.6. Dépenses pour la lutte contre la tuberculose	49
6.6.1. Aperçu général sur la situation de la tuberculose	49
6.6.2. Analyse des sources de financement sur la tuberculose	50
6.6.3. Analyse des facteurs de prestation de soins en tuberculose	50

CONCLUSION **52**

BIBLIOGRAPHIE **53**

COMITE D'ELABORATION **54**

ANNEXES **55**

**DIRECTION DE LA PLANIFICATION, DE LA RECHERCHE
ET DES STATISTIQUES**

CELLULE D'ECONOMIE DE LA SANTÉ

Ministère de la Santé et de l'Action sociale

Fann Résidence, 1 RUE Aimé Césaire

B.P. 4024 Dakar

Tél. +221 33 869 42 42

Fax. +221 33 869 42 49

www.sante.gouv.sn

N° VERT : 800 00 50 50

Samu : 1515



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE**