



DAKAR, SENEGAL – 7 AU 11 DECEMBRE 2009

AIDE MEMOIRE

Alice Soumaré, Sophie Warnert, Ndack Wadji Ly (OMS), Luis Frota (BIT), Chris Atim (Banque Mondiale), Gwenaël Dhaene (GPI – SPSI), Jean-Christophe Péresse et Bénédicte Brusset (AFD), membres de l'équipe de P4H remercient le Ministère de la Santé du Sénégal et les différentes parties prenantes rencontrées pour leur disponibilité. La mission transmet cet aide-mémoire qui présente les principaux constats sur la mise en œuvre effective et l'efficience de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie aux Sénégalais et sera heureuse de recevoir les commentaires des différents lecteurs.

I. Contexte

Le Ministère de la santé a animé depuis mars 2006 une réflexion sur la problématique de l'accès aux soins des sénégalais dont le produit est le document de politique *Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais (SNECRMS)*. Ce document, issu d'une concertation interministérielle qui a également impliqué la société civile, propose d'atteindre un taux de couverture du risque maladie d'au moins 50% de la population à l'horizon 2015, objectif qui correspond aux objectifs de la Stratégie Nationale de Protection Sociale inscrits dans le DSRP2 (Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté).

La stratégie s'appuie volontairement sur les mécanismes de couverture du risque maladie existants et se propose de les améliorer, de les étendre et de mettre en œuvre une politique volontariste par la création de nouvelles initiatives notamment en ce qui concerne le développement mutualiste.

Les 3 piliers sur laquelle repose la stratégie sont :

(i) **Amélioration de l'administration et la gestion des initiatives de gratuité** par la création d'un fonds de solidarité de santé (fonctions : collecte, achat de soins, contrôle, gestion et suivi du risque) et extension des types de prestations prises en charge (enfants de 0-5ans et césariennes sur la région de Dakar) ;

(ii) **Réforme du système d'Assurance Maladie Obligatoire** : Mise en place d'une Institution de Coordination des IPM (ICAMO), lutte contre l'évasion sociale et renforcement de la régulation par la tutelle (Ministère du Travail) ;

(iii) **Développement des approches mutualistes par un subventionnement de la prime** afin d'augmenter la garantie offerte par les mutuelles pour des publics particuliers : populations rurales et travailleurs du secteur routier ou selon une approche territoriale (projet DECAM) et enfin mise en œuvre du Programme d'Appui au Développement de la Micro-Assurance Santé (PAMAS. CTB)

II. Objectifs de la mission

Le ministère de la santé a sollicité P4H afin de l'appuyer dans la mise en œuvre de cette stratégie. P4H a envoyé une mission afin (i) d'apprécier le niveau de mise en œuvre de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais, (ii) d'évaluer la volonté gouvernementale de mettre en œuvre la stratégie dans toutes ses composantes et (iii) de déterminer l'opportunité et la nature d'éventuels besoins d'appuis techniques et financiers que pourraient apporter les membres de P4H et P4H.

III. Principaux constats de la mission

Le document stratégique

1. Le document stratégique propose à la fois une vision stratégique et des éléments de plan d'action à travers une logique projet.
2. Le document ne décrit pas de processus de suivi-évaluation ni d'indicateurs.
3. L'essentiel de l'extension de la couverture du risque maladie - si la prise en charge des 0-5 ans n'est pas retenue à court terme – repose sur le développement des mutuelles à travers plusieurs projets qui proposent une participation de fonds publics (Etat ou collectivités locales) au paiement de la cotisation afin d'améliorer la garantie proposée aux mutualistes.

Cet élément stratégique fort qui prend acte des « échecs » des initiatives passées et des succès obtenus dans d'autres contextes (Ghana et Rwanda) est peu mis en avant alors qu'il suppose un engagement de l'Etat et sa participation financière sur le long terme.

4. Le pilier développement mutualiste apparaît assez confus. L'idée de proposer deux projets différents : approche filière et approche territoriale (DECAM) pour une même population cible semble relever d'une démarche expérimentale qui n'apparaît pas clairement à la lecture du document.
5. L'impact budgétaire des projets prévus dans la stratégie n'a pas été évalué malgré une demande forte d'appui du ministère de la santé.
6. La stratégie dans son ensemble est connue des techniciens qui ont participé à son élaboration mais reste encore peu connue des vrais décideurs.

La mise en œuvre de la stratégie

7. Bien que quelques avancées soient perceptibles, la mise en œuvre de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais (SNCRM) atteint un faible niveau d'opérationnalisation 18 mois après sa validation par le ministère de la santé.
8. Les cadres de mise en œuvre prévus dans la stratégie : Comité National et commissions techniques n'ont pas été formalisés par le Ministère de la santé et la prévention. Le projet de décret interministériel préparé par le Ministère de la santé n'a pas encore été présenté aux autres départements ministériels.
9. L'axe 3 du DSRP a aussi peu mobilisé l'Etat que les bailleurs de fonds (62% de taux d'exécution budgétaire selon la dernière revue du DSRP).

10. Composante 1 : Amélioration des modalités de gestion et extension des initiatives de gratuité et d'assistance

- a. Selon la stratégie, l'amélioration des modalités de gestion de ces initiatives de gratuité passe par la création d'un fonds **de solidarité santé**. À cet effet, les TDRs d'une étude d'ingénierie institutionnelle et financière ont été élaborés toutefois l'étude n'a pas été réalisée faute de financement.
- b. La précédente réflexion a été reprise par le Cabinet du Ministre, qui a associé le Ministère des Finances et de l'Intérieur, dans sa composante *financement* (diversification des sources et réduction des dépenses) mais pas dans ses composantes *réforme des modes de gestion et d'administration*.
- c. **Ces modalités de gestion méritent pourtant d'être réformées afin de passer d'une logique budgétaire (offre) à une logique d'achat (demande) et ainsi protéger la santé financière des structures sanitaires.**
- d. Ces initiatives de gratuité nécessitent des assises juridiques afin de réduire leur fragilité au moment des négociations budgétaires.

11. Composante 2 : Assurance maladie obligatoire

- a. Dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie obligatoire, l'étude commanditée par la COSRIS a abouti à la proposition d'un schéma de réforme qui a été validé par les partenaires sociaux.
- b. Les avant-projets de textes législatifs doivent être présentés au conseil des ministres avant un vote par l'Assemblée.
- c. Les responsables du Ministère du Travail pensent que la loi modificative devrait être votée dans le courant du premier trimestre 2010.
- d. La mise en œuvre de cette réforme n'a, semble-t-il, pas fait l'objet d'une réflexion approfondie. Pourtant, le démarrage de l'ICAMO ou le renforcement de la tutelle nécessitera un appui technique et financier qui a besoin d'être pensé par le Ministère du Travail.

12. La réforme de l'Assurance maladie Obligatoire est l'axe qui a fait le plus d'avancées et qui nécessitera un appui à la mise en œuvre. Il participe d'une amélioration et d'un assainissement nécessaire mais qui ne contribue que peu à l'extension de la couverture du risque maladie puisque ne sont concernés que les travailleurs salariés du secteur privé.
13. La COSRIS a signé des accords avec le GIP SPSI qui portent sur les 3 points suivants : (i) la conditionnalité du revenu minimum d'activité, (ii) la refonte du code de la sécurité sociale, et (iii) sur le système d'information de l'AMO.
14. *Composante 3 : Développement des mutuelles de santé*
15. La couverture du risque maladie des ruraux. Projet agro-sylvo-pastoral
 - a. La mise en œuvre du projet de couverture du risque maladie des ruraux soutenue par une loi, qui devrait être conduite par le CNCR sous la tutelle du Ministère de l'Agriculture, prévoit une première étape pilote dans deux départements dans deux régions différentes. Hormis quelques actions d'information réalisées dans la région de Saint Louis, les expériences pilotes n'ont pas démarré. Depuis Janvier 2009, le projet est en latence. Le comité de pilotage ne s'est pas réuni.
 - b. Le ministère des Finances sollicité pour un appui les 5 premières années comme le prévoit la loi, eu à émettre des observations sur le plan de développement du régime mais aucune concrétisation n'a encore vu le jour.
 - c. Au-delà de cette question de la contribution financière de l'État, qui ne semble toujours pas garantie et qui est une des conditions d'exécution, la méthodologie de mise en œuvre de ce projet pilote n'est pas établie.
16. La couverture du risque maladie des travailleurs du secteur routier dans la région de Dakar a vu un démarrage effectif des activités mais sans aucune contribution de l'Etat et avec des effectifs encore très réduits (de l'ordre de 4000 assurés).
17. Le Projet de Démonstration de l'Extension de l'Assurance Maladie à travers les mutuelles de santé dans le cadre de la Décentralisation (DECAM) n'a vu aucune avancée hors sa présentation auprès des élus de collectivités locales.
18. Le Projet d'Appui aux Mutuelles de Santé (PAMAS) intervient dans 4 régions du Sénégal (Kaolack, Kaffrine, Diourbel et Fatick) et apporte, avec ce concours de 3 millions d'euros, un appui institutionnel, des activités de renforcement des mutuelles de santé et des unions de mutuelles de santé et un fonds de garantie dont une des fonctions pourrait être le co-financement des primes ou la réassurance.

Les obstacles à une mise en œuvre de la stratégie

19. D'importants facteurs de blocages ont été relevés par la mission. Il s'agit de notamment de:
 - a. Faible engagement politique et financier de l'Etat (projets ruraux, routiers) ;
 - b. Difficulté de la CAFSP à faire porter la stratégie par le Ministre de la santé ;
 - c. Difficulté pour le ministère de la santé à élever la stratégie de couverture du risque maladie à un rang national et partant difficulté de coordination de la mise en œuvre globale de cette stratégie qui comporte des composantes gérées par d'autres départements ministériels ;
 - d. Faible vision « systémique » du financement de la santé et de ses enjeux non seulement en termes de ressources, mais aussi d'efficacité et d'impact sur l'organisation des relations entre les acteurs de la santé;
 - e. Le pilier développement mutualiste apparaît assez confus. L'idée de proposer deux projets différents : approche filière et approche territoriale (DECAM) pour

- une même population cible semble relever d'une démarche expérimentale qui n'apparaît pas clairement à la lecture du document ;
- f. Absence d'un plan opérationnel qui présente le processus de mise en œuvre des différentes composantes de la stratégie ;
 - g. Incidences budgétaires de la stratégie non encore évaluées ni à court terme ni à moyen terme par manque de financement malgré des demandes multiples du Ministère de la santé ;
 - h. Insuffisances dans la diffusion de l'information et la communication autour de la stratégie que ce soit au niveau national ou auprès des partenaires ;

IV. Principales conclusions

La mission pense que :

- 20. Si le gouvernement veut atteindre les objectifs qu'il s'est fixé, et qui continuent d'être affirmés au niveau de la poursuite des OMD à l'horizon 2015, il devrait élever la couverture du risque maladie au rang de **priorité nationale**.
- 21. **Il est crucial de positionner cette priorité à l'occasion de l'élaboration du nouveau cadre stratégique de réduction de la pauvreté DSRP III**, mais aussi et surtout que celle-ci se traduise dans les faits par les instruments de programmation pluriannuels sectoriels.
- 22. Si la stratégie est prise au sérieux, elle constitue une réforme du financement du secteur de la santé qui à moyen et long terme ne se traduit pas par un coût budgétaire additionnel mais bien un changement dans les modalités de financement du système de santé : le passage d'une logique budgétaire à une logique d'achat de soins. Ce changement de logique est facteur de croissance et d'efficience et porteur d'amélioration de la qualité des soins.
- 23. La mise en œuvre de cette stratégie devrait être confiée à une structure indépendante multisectorielle :
 - a. positionnée au-dessus des différents départements ministériels
 - b. (qui aurait pour seul objectif d'étendre la couverture du risque maladie
 - c. qui déléguerait à des opérateurs la mise en œuvre des projets
 - d. à qui des moyens techniques et financiers seraient donnés
 - e. le Comité national prévu par la stratégie et présidé par le Ministère des Finances pourrait éventuellement jouer ce rôle à condition qu'il soit doté de moyens propres : humains et financiers.
- 24. La réforme de la gestion et de l'administration des initiatives de gratuité devrait intégrer :
 - a. un volet juridique permettant une meilleure assise légale ;
 - b. la participation de la représentation nationale dans la définition des moyens à mettre en œuvre (institutionnalisation d'un Fonds de solidarité) ;
 - c. un volet mise en œuvre déléguée à une structure indépendante et professionnelle .
- 25. La mise en œuvre de la réforme de l'Assurance Maladie Obligatoire, de la couverture du risque maladie des ruraux, du projet DECAM nécessitera un appui de proximité et des moyens qui devront être confiés à des professionnels uniquement voués à cette tâche. Les départements ministériels qui ont la tutelle de ces projets doivent se concentrer sur la maîtrise d'ouvrage et déléguer la maîtrise d'œuvre.
- 26. Il en est de même de la mission de la CAFSP et de l'Unité Assurance Maladie qui ne devrait plus se positionner dans l'appui direct aux mutuelles mais renforcer sa mission de tutelle et de régulation : enregistrement, élaboration et diffusion d'outils de gestion et de suivi harmonisés, contrôle, protection des mutualistes, production de statistiques ... Le nouveau cadre donné par le règlement de l'UEMOA sur les mutuelles sociales devrait faciliter la mise en œuvre de cette nécessaire régulation.

V. Prochaines étapes

27. Au regard de la qualité des échanges et vu l'état d'avancement de la Stratégie nationale de couverture du risque maladie au Sénégal, **P4H et ses partenaires seraient heureux de participer à la poursuite du dialogue avec le pays et offrent leur soutien afin d'améliorer l'accès aux soins populations.**
28. **L'Organisation Mondiale de la santé** se propose de conduire avec les parties prenantes une revue du système de financement de la santé, intégrant les différents mécanismes de financement présents dans la stratégie nationale. Cette revue analysera en détail les mécanismes existants et les mécanismes à mettre en place, en s'appuyant sur des indicateurs de performance axés sur les 3 fonctions d'un système de financement de la santé : (i) la collecte des ressources, (ii) la mise en commun des ressources, et (iii) l'achat de prestations. Cette analyse détaillera en outre le rôle des organisations et des institutions dans la mise en œuvre des éléments de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie des Sénégalais.
29. Cette revue permettra non seulement de mettre en valeur les forces du système et de conforter le ministère de la santé dans le choix des options de financement présents dans la stratégie; mais aussi de pointer les faiblesses du système et, dans ce cas, de formuler des recommandations afin d'accéder aux objectifs du Gouvernement Sénégalais d'ici 2015. Dans une certaine mesure, cette revue pourra servir de socle pour une ébauche de plan opérationnel à long terme.
30. **Le Bureau International du Travail** a démarré une collaboration avec les parties prenantes sénégalaises sur l'élaboration d'un budget social qui facilitera la programmation financière sénégalaise des stratégies de protection sociale dont la stratégie de couverture du risque maladie. Le module de financement de la santé du Budget Social permettra de construire un outil de pilotage du budget de la protection sociale cohérent au plan national et constituera un apport à la mise en œuvre et au suivi pluriannuel de la stratégie de couverture du risque maladie au Sénégal et aux besoins de conseil permanent en termes de paramétrage/calibrage de différentes composantes du système (AMO, etc..). Ce budget social permettra de renforcer le dialogue intersectoriel sur une base quantitative entre différentes composantes de l'administration de la protection sociale notamment avec le Ministère des Finances, assurant une même compréhension de l'espace budgétaire, des sources de financement et de la viabilité financière des programmes sociaux.
31. Dans le cadre du Budget Social, des formations techniques et de prise en charge de l'outil seront proposées aux responsables en charge des politiques de financement de la santé du Sénégal.
32. Vue la coïncidence des études proposées, le BIT propose un partenariat avec l'OMS en vue d'intégrer les conclusions de la revue du financement de la santé dans le budget social. Ce partenariat devra permettre de produire également une analyse cohérente des impacts budgétaires sur le moyen terme des options du Gouvernement Sénégalais concernant la prise en charge du paquet de couverture de santé de base prévu dans la Stratégie de couverture du risque maladie.
33. **Le GIP Santé et protection Sociale**, dans le cadre de l'accord de coopération signé avec la COSRISS sous les auspices du Ministère de l'Emploi, du Travail, de la Fonction publique et des Organisations professionnelles, complète différentes initiatives en matière de renforcement des mécanismes de protection sociale, et de couverture du risque maladie

notamment. Il se concentre sur les conditionnalités de mise en place d'un revenu minimal pour les personnes âgées, la refonte du code de sécurité sociale ainsi que sur le renforcement du système d'information social. Cet accord prend la forme de missions d'expertise court-terme, mettant à disposition des décideurs sénégalais un certain nombre de spécialistes techniques dans les domaines d'intervention de l'accord : juriste franco-sénégalais et spécialiste des systèmes d'information. La réalisation de l'étude portant sur le revenu minimum des personnes âgées est en cours et doit se poursuivre en 2010 par la mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire, couvrant d'autres aspects techniques du programme. Les membres du réseau du GIP sont amenés à suivre avec attention les développements de cet accord, complémentaire d'autres projets qu'ils peuvent envisager.

- 34. L'Agence française de Développement** instruit en 2010 un projet d'appui à la couverture du risque maladie dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest. Les aspects liés à la réforme de la gestion et l'administration des initiatives de gratuité, la mise en œuvre de la réforme de l'Assurance maladie Obligatoire ou l'appui à la mise en œuvre du règlement communautaire sur les mutuelles sociales pourraient être des points d'application de ce projet dans des pays de la sous-région dont le Sénégal. Une action plus importante d'appui à la mise en œuvre du pilier stratégique développement mutualiste sous réserve d'un engagement financier ferme de l'Etat, pourrait être envisagé.
- 35. La Banque Mondiale** prévoit, dans le cadre de son appui au Sénégal et des objectifs de P4H, de proposer des actions qui visent à (i) Améliorer - au travers des mutuelles - la couverture de la population pour le risque maladie, (ii) Améliorer la viabilité fiscale de l'aide sociale et (iii) Améliorer l'efficacité et la couverture du plan SESAME. Plus largement dans le secteur de la santé, elle interviendra sur l'accès aux médicaments et aux vaccins, le lancement du financement basé sur les résultats (FBR) , la gestion financière publique dans le secteur de la santé et le renforcement de l'efficacité des « Social Safety Nets ».

Annexe 1. Personnes rencontrées

Ministère de la santé

Mr Moussa Mbaye	Secrétaire général
Dr Farba lamine Sall	Directeur de cabinet
Dr Bruno Floury	Conseiller du Ministre
Mr A. Bakhaw DIAW	CT économie de la santé
Dr Ousseynou Diop	Coordinateur-adjoint Cellule d'Appui au Financement de la Santé (CAFSP)
Mr Mbaye Sène	Point Focal Unité Assurance Maladie (CAFSP)
Mme Mbaye	Unité Assurance Maladie (CAFSP)
Mme Ndeye Maguette Gueye	Unité Assurance Maladie (CAFSP)

Ministère de la Fonction publique, du Travail, de l'Emploi et des Organisations professionnelles

Mr Diakaria Diaw	Ministre
Mr Alpha Ndiaye	Président de la COSRIS
Mr	Directeur de la Sécurité Sociale

CNCR

Mr Baba Ngom	Secrétaire Général
--------------	--------------------

Unité de suivi et de Coordination des politiques économiques (ex Cellule DSRP)

Fatou Diouf	Responsable genre & protection Sociale
-------------	--

Abt / Programme Santé de l'USAID. Composante Financement et politiques de santé

Dr malick Niang	Directeur de projet
Dr Mame Cor	

Association des gérants d'IPM

Mr Cheikh Ibra Fall	Président
---------------------	-----------

Annexe 2 : Composition de la mission

Gwenaël Dhaene	Conseiller / Senior Adviser	GIP SPSI - Santé Protection Sociale Internationale
Dr Alice Soumaré	Économiste de la santé	OMS/ IST-Afrique de l'Ouest / Burkina Faso
Sophie Wanert	Économiste de la santé	OMS Genève, Suisse
Dr Ndack Wadji Ly	Conseillère en Économie de la Santé	OMS Dakar
Chris Atim	Senior Health Economist	Banque Mondiale Africa Region
Luis Frota	Spécialiste de la protection sociale	BIT, Sénégal
Bénédicte Brusset Responsable de la mission	Chef de projet	AFD, France
Jean-Christophe Péresse	Directeur Adjoint	AFD, Sénégal