



RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL
UN PEUPLE UN BUT UNE FOI



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE

DIRECTION DE LA PLANIFICATION
DE LA RECHERCHE ET DES STATISTIQUES

CELLULE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

● ***DOCUMENT CADRE SUR
LE FINANCEMENT BASÉ
SUR LA PERFORMANCE
AU SÉNÉGAL***

Octobre 2024



● ***DOCUMENT CADRE SUR
LE FINANCEMENT BASÉ
SUR LA PERFORMANCE
AU SENEGAL***

● **SOMMAIRE**

PREFACE	5
SIGLES ET ABREVIATIONS	6
I. GENERALITES SUR LE SENEGAL	10
I.1. Situation socioéconomique	10
I.2. Organisation du système de santé	11
II. CADRE CONCEPTUEL	11
II.1. Définition des concepts et commentaires	11
II.2. Cadre d'analyse de l'achat stratégique	14
II.3. Conditions de l'achat stratégique	16
II.4. Acteurs et interventions de l'achat stratégique	18
II.5. Considérations de base pour une politique d'achat stratégique	19
II.6. Principaux éléments d'un processus de mise en place de l'achat stratégique	20
III. ANALYSE SITUATIONNELLE DES TYPES D'ACHAT AU SENEGAL	21
III.1. Cartographie des mécanismes d'achat et leur méthode de paiement	21
III.2. Analyse FFOM des mécanismes d'achat stratégique	28
IV. DEFIS MAJEURS	30
V. CHOIX DU MECANISME D'ACHAT STRATEGIQUE	30
VI. RISQUES ET MESURES DE MITIGATION	37
ANNEXES	38



PREFACE

Le Sénégal a réaffirmé sa détermination à avancer vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) à travers l'« Agenda national de Transformation, Sénégal 2050 » en son axe 2 « Capital humain de qualité et Equité sociale » qui poursuit, entre autres, l'objectif de « mettre en place un système de santé performant et accessible à tous ».

La CSU équivaut à rendre disponible sur l'ensemble du territoire des prestations de santé de qualité accessibles à tous sans aucune forme d'exclusion et se construit sur la base de trois piliers qui interagissent : (i) l'amélioration de la couverture en prestations de santé de qualité, (ii) la protection des populations contre les risques financiers liés à la maladie et (iii) la réduction de la charge de morbidité par une action sur les déterminants de la santé.



Pour accélérer les progrès vers la CSU, des réformes sur le financement de la santé sont indispensables, notamment, le recours principalement à des sources de financement endogènes, la réduction de la fragmentation de la mise en commun des ressources et l'achat stratégique des prestations de santé.

L'achat stratégique des prestations de santé ou achat basé sur la performance consiste à allouer les ressources aux prestataires de santé publics et privés en fonction de leurs performances dans la satisfaction des besoins sanitaires des populations. Il permet (i) de garantir l'équité dans la distribution des ressources, (ii) d'accroître l'efficacité des prestataires, (iii) de gérer la croissance des dépenses et (iv) de promouvoir la qualité dans la prestation des services de santé.

C'est dans cette perspective que le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) a élaboré le document cadre sur le financement basé sur la performance (FBP) selon un processus inclusif et participatif. Ce document servira de référence pour l'institutionnalisation de l'achat basé sur la performance dans le secteur de la santé.

Je voudrais adresser mes remerciements à l'ensemble des acteurs qui ont contribué à l'élaboration de ce document et les inviter à l'exploiter et à se l'approprier pour améliorer la qualité des prestations à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.



SIGLES ET ABBREVIATIONS

ACS	Acteur Communautaire de Santé
ACV	Agence de Contractualisation et de Vérification
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ARDAMO	Application pour la Remontée des Données de l'Assurance Maladie Obligatoire
ARV	Anti Rétro Viraux
ASPS	Alliance du Secteur Privé de la Santé
BM	Banque mondiale
BP	Budget-Programme
BRH	Brigades Régionales de l'Hygiène
CDD	Comité Départemental de Développement
CDS	Comité de Développement Sanitaire
CEC	Carte d'égalité des chances
CES	Cellule d'Économie de la Santé
CLD	Comité Local de Développement
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNP	Comité National de Pilotage
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CPRS	Centre de Promotion et de Réinsertion Sociale
CR	Cost Reimbursement (Remboursement des couts/frais)
CRD	Comité Régional de Développement
CRG	Comité Régional de Gestion
CRS	Comité Régional de Suivi
CS	Centres de Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CT	Collectivités Territoriales
CTN	Comité Technique National
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement
DCAS	Document Cadre de l'Achat Stratégique
DPES	Direction des Etablissements publiques de Santé
DGES	Direction Générale des Établissements de Santé
DGS	Direction générale de la Santé
DHIS2	District Health Information Software 2
DIEM	Direction des Infrastructures, des Équipements et de la Maintenance
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DODP	Direction de l'Ordonnancement des Dépenses publiques
DPPD	Document de programmation pluriannuelle des dépenses
DPRS	Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
DRAS	Direction régionale de l'Action sociale
DRS	Direction régionale de la Santé
DS	District sanitaire
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
ECD	Equipe cadre de district



ERCS	Équipe régionale de Coordination de la Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDS-C	Enquête Démographique et de Santé-Continue
EPS	Etablissement public de Santé
FAA	Fixed Amount Award (Subvention à Cout Fixe)
FARA	Fixed Amount Reimbursement Agreement (Convention de Remboursement à Montant Fixe)
FBP	Financement Basé sur la Performance
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FD	Financement Direct
FFOM	Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces
FNR	Fonds National de Retraite
G2G	Government to Government (Gouvernement à Gouvernement)
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GESTAM	Système de gestion de l'Assurance Maladie
ICAMO	Institution de Coordination de l'Assurance Maladie obligatoire
ICP	Infirmier Chef de Poste
IPM	Institution de Prévoyance Maladie
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
LOLF	Loi Organique relative aux Lois de Finances
MAP	Mécanisme d'Achats de la performance
MFB	Ministère des Finances et du Budget
MS	Mutuelle de Santé
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
OCB	Organisation Communautaire de Base
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONAMS	Office National de l'Assurance Maladie Sociale
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
OS	Orientation Stratégique
OSC	Organisation de la Société Civile
PACDS	Plan d'Action de Comité de Développement Sanitaire
PAF	Particulier à ses Frais
PAP	Projet Annuel de Performance
PATFD	Projet d'Appui Technique au Financement Direct
PCA	Paquet Complémentaire d'Activité
PEC	Prise En Charge
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PNA	Pharmacie nationale d'Approvisionnement
PNBSF	Programme national de Bourses de Sécurité familiale
PNDSS	Plan national de Développement Sanitaire et Social
PNFBR	Programme national de financement basé sur les résultats

PNLP	Programme national de Lutte contre le Paludisme
PRA	Pharmacie régionale d'Approvisionnement
PS	Poste de Santé
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaire Technique et Financier
RAP	Rapport Annuel de Performance
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	Ressources Humaines
SBH	Sous Brigades de l'Hygiène
SCV	Structure Chargée de la Vérification
SDAS	Service départemental de l'Action sociale
SEN-CSU	Agence Sénégalaise de la Couverture Sanitaire Universelle
SEN-PNA	SEN-Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
SIAMO	Système d'Information de l'Assurance Maladie Obligatoire
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SIGICMU	Système d'Information de Gestion Intégrée de la Couverture Maladie Universelle
SIS	Système d'Information Sanitaire
SISS	Système d'Information Sanitaire et Sociale
SITFAC	Système Intégré de Traitement de Factures
SMNI	Santé Maternelle Néonatale et Infantile
SNFS	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
SNPS	Stratégie Nationale de Protection Sociale
SRMNIA-N	Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et Nutrition
SSP	Soins de Santé Primaires
UAEL	Union des Associations d'Élus Locaux
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNAMUSC	Union Nationale des Mutuelles de Santé Communautaires du Sénégal
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
CSS	Caisse de Sécurité Sociale
FGA	Fonds de Garantie Automobile
IB	Initiative de Bamako
SAP	Société d'Assurance Privée



I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le Sénégal a souscrit aux différents engagements internationaux en vue d'atteindre les Objectifs du Développement Durable (ODD) et aspire à la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

Cette volonté est d'abord matérialisée par la Constitution du Sénégal en son article 8 qui garantit à tous les citoyens les libertés individuelles fondamentales, les droits économiques et sociaux ainsi que les droits collectifs parmi lesquels le droit à la santé et à un environnement sain. L'article 17 dispose : « l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille, et en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien-être... ».

Les contributions des secteurs de la santé et de la protection sociale en général se sont traduites par l'adoption et la mise en œuvre de documents stratégiques, notamment la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS), le Plan de Développement Sanitaire et Social (PNDSS 2019-2028), la Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS 2017) et du programme de la Couverture Maladie Universelle (CMU) lancé en 2013. Les orientations majeures de ces documents permettent d'améliorer la capacité de l'offre de service de santé à répondre à la demande de services de santé promotionnels, préventifs, curatifs, palliatifs et de réadaptation sur le territoire national. L'évaluation de la SNFS a rappelé la nécessité de mettre en place l'achat stratégique pour assurer l'efficacité dans l'utilisation des ressources et améliorer la qualité des services de santé et d'action sociale.

A l'heure où la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) est devenue plus qu'actuelle avec l'instauration du budget programme, il est nécessaire de mieux prendre en compte le financement de la santé pour le rendre plus efficient et susciter la promotion de la performance. Le financement de la santé est composé de trois fonctions :

- i.** Mobilisation des ressources ;
- ii.** Mise en commun ;
- iii.** Achat de services.

L'achat est une fonction essentielle du financement de la santé qui concerne l'allocation de fonds mis en commun à des prestataires publics et privés de soins de santé pour les services de santé qu'ils dispensent.¹

L'achat des services revêt deux formes : l'achat passif et l'achat actif ou stratégique.

L'achat stratégique vise à réaliser au mieux les objectifs du système de santé grâce à un processus actif fondé sur des données factuelles qui définit les services de santé spécifiques à acheter à quel prestataire. L'achat stratégique est de plus en plus préconisé comme une des solutions pour améliorer la performance du système de santé.

Il permet :

- d'améliorer l'équité dans la distribution des ressources ;
- d'accroître l'efficacité ;
- de gérer la croissance des dépenses ;
- de promouvoir la qualité dans la prestation des services de santé.

Il sert également à améliorer la gouvernance du système et la responsabilité des prestataires et des acheteurs vis-à-vis de la population.

¹ OMS, Note sur la politique de financement n° 6 « L'achat de service de santé pour la Couverture Sanitaire Universelle : comment rendre l'achat plus stratégique ? »

² Organisation Mondiale de la Santé, 2000

A partir de 2012, le Sénégal a expérimenté les mécanismes d'achat stratégique suivants :

- le Financement Basé sur les Résultats (FBR) ;
- les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) ;
- le Mécanisme d'achats de la Performance (MAP) ;
- le Financement Direct (FD) .

L'évaluation de ces mécanismes d'achat stratégique a révélé des améliorations sur certains aspects relatifs à la gestion participative, à la bonne gouvernance, à la qualité des services de santé, etc.

Au niveau des EPS, les CPOM ont contribué à l'amélioration (i) de la qualité des services, (ii) du système de référence/contre référence, (iii) du système d'information et (iv) du système de gestion.

Les recommandations issues du forum sur le financement des Soins de Santé Primaires (SSP) organisé en septembre 2022, confortent les résultats de l'évaluation sur les mécanismes d'achat stratégique.

Ainsi, dans l'optique d'améliorer la qualité de l'offre de services de santé et d'assurer une pérennité du financement de la santé, le MSAS, en collaboration avec les parties prenantes a élaboré ce présent Document cadre de l'Achat Stratégique (DCAS).

II. GENERALITES SUR LE SENEGAL

II.1. Situation socioéconomique

● *Situation géographique*

Situé à l'extrême ouest du continent africain, le Sénégal couvre une superficie de 196 722 km² avec une façade maritime occidentale de plus de 700 km. Il est limité au Nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'Est par la République du Mali, au Sud par la République de Guinée et la République de Guinée Bissau, et à l'Ouest par l'océan atlantique. La République de Gambie constitue une enclave de 25 km de large et de près de 300 km de long à l'intérieur du territoire sénégalais.

● *Situation administrative et territoriale*

Le Sénégal a opté pour une politique de déconcentration administrative avec un découpage en 14 régions et 46 départements. Il met également en œuvre une politique de décentralisation progressive et irréversible avec 601 collectivités territoriales soit 46 départements et 558 communes dont 5 villes (Dakar, Pikine, Guédiawaye, Rufisque et Thiès).

● *Situation économique*

Au Sénégal, la croissance économique mesurée par le PIB est projetée à 21551,3 milliards en 2024³. Cette situation économique est accompagnée d'une légère baisse de l'incidence de la pauvreté. En effet, la proportion de ménages pauvres au niveau national est de 37,5% en 2021/2022 et de 37,8% en 2018/2019. Cette légère baisse de l'incidence de la pauvreté est accompagnée d'une augmentation du nombre absolu de pauvres passant de 6 032 056 en 2018/2019 à 6 553 429 en 2021/2022. La pauvreté est plus élevée en zone rurale (74,6%) qu'en zone urbaine (20,0%).

● *Situation démographique*

En 2023, la population du Sénégal est estimée à 18 126 390⁴ habitants avec un taux de croissance démographique de 2,9% entre 2013 et 2023. L'accroissement relativement élevé de la population est expliqué par une natalité toujours élevée (taux brut de natalité 31,0‰), un indice synthétique de fécondité à 4,0⁵ et une mortalité globale en constante baisse passant de 8,2‰ en 2013, à 5,6‰ en 2023⁵.



II.2. Organisation du système de santé

L'organisation du secteur socio-sanitaire est de type pyramidal, adossée au découpage administratif du pays. Elle comprend :

- un niveau central qui regroupe le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions générales, les Directions (d'envergure nationale), les services centraux rattachés et les Établissements Publics de Santé (EPS) hospitaliers de niveau 3 ;
- un niveau intermédiaire stratégique qui regroupe les Directions régionales de la Santé (DRS), les Brigades régionales de l'Hygiène (BRH), les Directions régionales de l'Action sociale (DRAS), les Centres Nationaux de Réinsertion Sociale (CNRS) et les EPS hospitaliers de niveau 2 ;
- un niveau périphérique opérationnel avec les Districts Sanitaires, les Sous – Brigades de l'Hygiène (SBH), les Services départementaux de l'Action Sociale (SDAS), les Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS), les Établissements Publics de Santé hospitaliers de niveau 1, les centres de santé (CS), les postes de santé (PS), les cases de santé et sites communautaires.

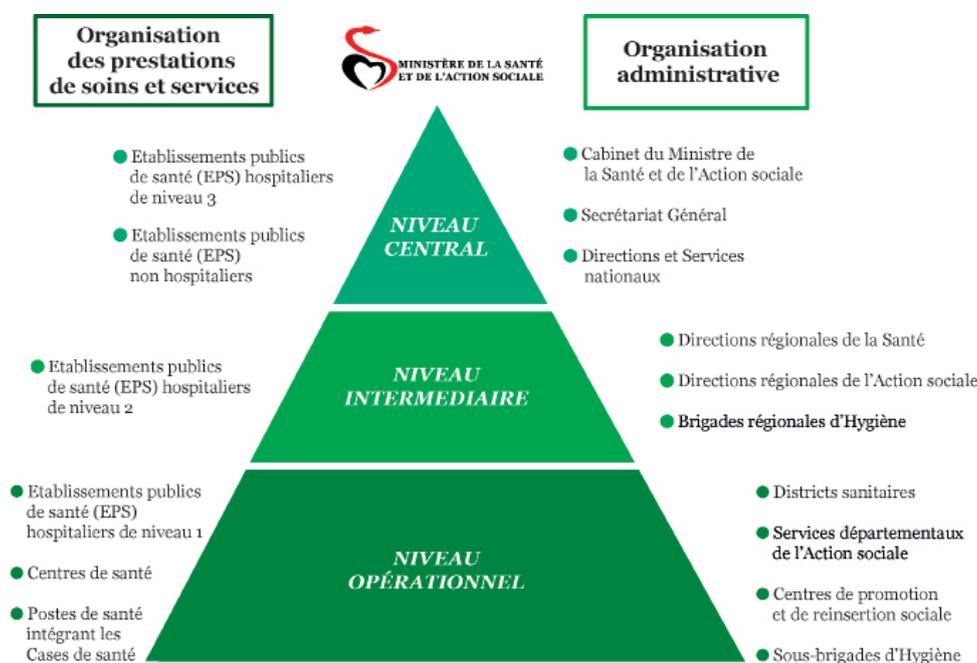


Figure 1. Organisation du système de santé sénégalais

L'organisation du système de soins suit la pyramide sanitaire avec au sommet les EPS de niveau 3 et la base les Cases et Sites communautaires.

Il existe un système de référence allant du bas au sommet et un système de contre référence allant du sommet à la base.

III. CADRE CONCEPTUEL

III.1. Définition des concepts et commentaires

Fonction achat de services : Selon l'OMS l'achat est une fonction essentielle du financement de la santé qui concerne l'allocation de fonds mis en commun à des prestataires publics et privés de soins de santé pour les services de santé qu'ils dispensent. ⁶

Cette définition couvre aussi les médicaments et autres fournitures médicales utilisés dans le cadre des soins ou des prestations hospitalières ou ambulatoires. Il est important de distinguer l'achat de services de santé, de l'approvisionnement en médicaments et en fournitures médicales.

Achat : L'achat est un acte économique entre un acheteur (client) et un vendeur (le fournisseur) qui consiste à acquérir un service, un produit ou un bien, moyennant une contrepartie financière.⁷

Achat passif : L'achat passif se caractérise par l'octroi de ressources aux prestataires sans distinction, sans tenir compte de leur performance, pour un panier de soins mal défini. Il n'y a pas d'incitations financières pour amener les prestataires à se montrer plus performants. Il y'a aussi des inconvénients liés à la faiblesse des rapports coût-bénéfice et coût-efficacité⁸.

Achat stratégique ou achat actif : L'achat actif ou stratégique suppose l'alignement du financement et des incitations sur les droits aux services de santé et doit donc se fonder sur des informations détaillées relatives à la performance des prestataires et aux besoins en santé de la population desservie.

Elle vise à améliorer l'équité dans la distribution des ressources, à améliorer l'efficacité, à gérer l'accroissement des dépenses et à promouvoir la qualité dans les prestations de services⁹.

Acheteur : est le client (individu, entreprise, association, mutuelle de santé, assureur...) qui vient acheter une prestation de service. Il examine l'offre, choisit les produits et négocie les tarifs en fonction de ses besoins.

Prestataires ou producteurs : ce sont des personnes ou des établissements qui fournissent des actes/services de santé tels que l'appui au diagnostic, les soins médicaux, la réadaptation, la prévention des maladies, etc. Ils sont constitués des directions, des services, des programmes de santé, des districts sanitaires (centres de santé, postes de santé, cases de santé et sites communautaire), des établissements publics de santé hospitaliers ou non hospitaliers, des établissements privés et parapublics de santé.

Agence de paiement : est une entité responsable du paiement des factures de tous les acteurs. Elle peut être une unité autonome ou une organisation fiduciaire privée, une ONG ou un partenaire.

Instance de régulation : c'est un cadre de concertation indépendant présidée au niveau central par le ministre ou son représentant désigné, au niveau déconcentré par le chef de l'exécutif (régional, départemental, local) qui permet d'équilibrer, voire sanctionner, les prises d'initiatives de la part des entreprises et des sociétés néfastes pour l'environnement.

La régulation est une action intermédiaire entre la détermination des politiques elles-mêmes et la gestion proprement dite.

Agence de contractualisation et de vérification (ACV) : c'est une entité indépendante séparée de l'instance de régulation et de l'agence de paiement. Elle favorise la bonne gouvernance, s'assure que les résultats des prestataires sont strictement vérifiés et que les subsides peuvent être payés. Elle fait également le coaching des prestataires dans l'utilisation de leurs plans d'actions et de leurs outils de gestion¹⁰.

Vérification des prestations : c'est la fonction qui permet de s'assurer que les services pour lesquels le paiement est demandé, ont bien été effectués et ceci avec une qualité satisfaisante.

Un ensemble d'outils de collecte des données primaires (registres et dossiers sur les patients) doit être mis en place au niveau des établissements de santé si l'on veut procéder à une vérification de la quantité et de la qualité des services dispensés¹¹.

Co-paiement : c'est le paiement partiel par un membre d'une assurance maladie volontaire ou obligatoire pour les services de santé utilisés et qui vient s'ajouter au montant payé par l'assurance : son objectif est de faire prendre en charge une partie des coûts par les membres de l'assurance afin d'éviter l'utilisation excessive des services de santé¹².

7 Achat de service de santé pour la CSU, OMS : Note n°6 sur la politique de financement ,22 mars 2019 ; page 5

8 Dahabieh et al., 2016

9 (OMS Financement de la santé Document de travail 08 : l'achat stratégique en vue de la couverture sanitaire universelle : enjeux et questions politiques-clés ; Résumé des discussions d'experts et des praticiens ; Ike Math auer, Elima Dale et Bruno Messe 2017)

10 SINA HEALTH 2016 : PBF en action Théorie et Instruments Guide du cours PBF, Robert Setters

11 SINA HEALTH 2016 : PBF en action Théorie et Instruments Guide du cours PBF, Robert Setters

12 Financement des soins de santé dans les pays à faibles et moyens revenus, Diane McIntyre 2007

Couverture Sanitaire Universelle (CSU) : elle signifie que tous les individus, au moment où ils en ont besoin, ont accès à des soins adaptés et à un coût abordable, qu'il s'agisse de soins promotionnels, préventifs, curatifs ou ré-adaptatifs. Elle suppose donc un accès équitable et une protection contre le risque financier¹³. Elle repose sur trois piliers (i) l'offre de soins (ii) la demande et (iii) les déterminants de la santé.

Couverture maladie universelle : offre la possibilité aux personnes les plus démunies de bénéficier d'une couverture du risque maladie. Cette initiative permet, en effet, aux personnes ayant souvent de faibles revenus, d'être affiliées à un régime d'assurance maladie et de bénéficier des mêmes soins que les personnes affiliées aux autres régimes de sécurité sociale que sont les imputations budgétaires et les Instituts de Prévoyance Maladie (IPM)¹⁴

Dépenses catastrophiques : ce sont des dépenses si élevées qu'elles contraignent les ménages à réduire leurs dépenses en autres biens de base (par exemple en alimentation ou en eau), à vendre des biens ou à s'endetter lourdement, risquant ainsi l'appauvrissement¹⁵.

Efficience allocative : ce sont les ressources allouées de préférence aux services de santé qui traitent les aspects de la maladie pour lesquels des interventions efficaces existent et qui sont les plus fréquents dans la communauté concernée. Parmi les services choisis, la priorité est donnée aux interventions qui présentent le plus faible coût par unité de santé¹⁶.

Efficience technique : les ressources sont utilisées de façon optimale. Elle peut se référer à la relation qui existe entre les ressources utilisées (capital, travail, équipement) et certains indicateurs de santé.

Équité : c'est l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques. L'absence d'équité en matière de santé va donc au-delà des simples inégalités relatives aux déterminants de la santé, à l'accès aux ressources nécessaires pour améliorer la santé ou la conserver ou aux résultats en matière de santé¹⁷.

Financement basé sur la performance (FBP) : c'est une approche du système de santé, axée sur les résultats, définie comme la quantité et la qualité des services produits et qui sont accessibles (financièrement). Cela implique que les structures soient considérées comme des organisations autonomes qui réalisent un bénéfice au profit des objectifs de santé publique et / ou de leur personnel. Il est également caractérisé par des contrats de performance pour les acteurs de la régulation, les agences d'achat de performance, les financeurs et le renforcement de la voix de la population¹⁸.

Mutuelle de santé (MS) : c'est une association volontaire de personnes, à but non lucratif dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents. Sur la base des décisions de ces derniers et au moyen de leurs cotisations, la mutuelle mène en leur faveur et en celle de leur famille une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux. Une mutuelle de santé met en jeu un instrument financier, l'assurance, et repose sur un certain nombre de principes de base parmi lesquels figurent la solidarité et la participation¹⁹.

Paiement direct par les ménages : fait référence aux frais que les ménages doivent payer de leur propre poche pour accéder aux services de santé²⁰.

13 OMS 2010

14 <https://www.sante.gouv.sn/Pr%C3%A9sentation/la-couverture-maladie-universelle-cmu-constitue-un-axe-majeur-du-plan-s%C3%A9n%C3%A9gal>

15 Financement des soins de santé dans les pays à faibles et moyens revenus, Diane McIntyre 2007

16 Financement des soins de santé dans les pays à faibles et moyens revenus, Diane McIntyre 2007.

17 Organisation mondiale de la santé, 2010

18 SINA HEALTH 2016 : PBF en action Théorie et Instruments Guide du cours PBF

19 Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique 2003

20 Cairn.info sciences humaines et sociales

Qualité des soins : c'est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient un paquet d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins²¹.

Financement de la santé : renvoie à la façon dont les ressources financières sont générées, affectées et utilisées dans les systèmes de santé²².

Mix-achat : une combinaison intentionnée de plusieurs méthodes de paiement pour un service spécifique ou un prestataire.

Capitation : c'est une méthode de paiement à travers laquelle les fournisseurs sont payés à l'avance un montant fixe pour fournir un paquet de services défini à chaque individu inscrit pendant une durée déterminée.

Tarification à l'acte : constitue un mode de financement qui consiste à payer les structures sanitaires en fonction de leur activité mesurée par groupe homogène de malades, a des avantages pour améliorer l'efficacité et la transparence dans le financement des soins.

Tarification forfaitaire : le prix forfaitaire est le prix contractuel réputé couvrir les coûts, majorés du bénéfice, que le fournisseur supportera pour réaliser le bien, l'ouvrage ou le service objet du marché²³.

Panier de soins : un ensemble défini de services et de produits qui peut correspondre à un niveau de soins.

Paquet minimum d'activités garanti (PMA) : ensemble des activités curatives, préventives, promotionnelles et gestionnaires, qui doivent être effectuées de manière intégrée, continue et globale au niveau du premier échelon de la pyramide sanitaire, afin d'assurer la disponibilité des soins et services de santé de qualité dans la communauté.

Paquet complémentaire d'activités (PCA) : ensemble des activités complémentaires au PMA, qui doivent être effectuées de manière continue dans les structures sanitaires de première référence de la pyramide sanitaire, afin d'améliorer la disponibilité des soins et des services de santé dans la communauté.

III.2. Cadre d'analyse de l'achat stratégique

● *Le cadre identifie quatre acteurs clés :*

- a. **Le gouvernement** : il s'agit notamment des organismes publics qui définissent les mandats, les rôles, les règles et les processus qui guident les producteurs et les acheteurs des services de santé.
- b. **La population** : ce sont les bénéficiaires à nom desquels les acheteurs transfèrent les fonds communs.
- c. **Les acheteurs** : ce sont les entités qui transfèrent les fonds communs aux prestataires de santé au nom des bénéficiaires.
- d. **Les prestataires** : les prestataires de services de santé reçoivent des fonds des acheteurs et fournissent des services aux bénéficiaires.

● *Le cadre comprend les éléments clés suivants :*

a. **Les dispositions de gouvernance**

Les dispositions de gouvernance renvoient aux rôles, règles et processus décisionnels qui régissent le comportement des acheteurs et des fournisseurs.

²¹ Organisation mondiale de la santé, 1982

²² Le financement constitue l'un des six piliers (building blocks) importants du système de santé (OMS, WB, USAID)

²³ Académie des sciences commerciales



Elles fournissent une supervision, une structure hiérarchique et des mécanismes pour la participation des parties prenantes.

Elles précisent :

- les rôles, les responsabilités et l'obligation de rendre compte des institutions en matière de productions et d'achats de services de santé ;
- les institutions chargées d'exécuter les fonctions de production et d'achat ;
- les relations fonctionnelles entre les différentes parties prenantes.

b. Les fonctions d'achat

Elles renvoient : (i) aux politiques, (ii) aux processus et (iii) aux décisions de l'acheteur en matière de gestion financière, de spécification des prestations, d'accords contractuels avec les prestataires, de systèmes de contrôle des performances et de mécanismes de paiement des prestataires.

Elles concernent :

- **La gestion financière** : c'est la capacité de l'acheteur à prévoir et à gérer les recettes et les dépenses. L'acheteur doit mobiliser les ressources financières pour l'achat des produits et services de santé
- **La spécification des prestations** : c'est la description des interventions qui seront incluses dans le paquet de produits/services et la spécification des normes de prestation de services, la part du coût des interventions qui sera couverte par l'acheteur et les politiques de partage des coûts connexes. Il en est de même pour les médicaments couverts en tenant en compte des politiques relatives aux médicaments génériques et la mise en œuvre de certains mécanismes d'achats stratégiques (FBR, MAP, FBP, FD, assurance maladie etc....).
- **Les accords et dispositions contractuels** : ce sont les règles de sélection des prestataires publics et privés, les conditions des contrats et les processus de conclusion et d'exécution des contrats.
- **Le paiement des prestataires** : il comprend les processus permettant de décider des modalités de paiement des prestataires sous contrat, de la conception et de la mise en œuvre des systèmes de paiement des prestataires, et des processus de fixation des taux de paiement.
- **Le suivi des performances** : c'est le processus qui permet de suivre la performance des prestataires, de fournir un retour d'informations en vue d'une amélioration et d'effectuer une analyse au niveau du système pour éclairer les décisions d'achat.

D'autres capacités sont nécessaires pour mener à bien les fonctions de l'achat stratégique, notamment :

- Une planification stratégique ;
- Une élaboration des normes, protocoles et procédures pour soutenir le mandat de l'acheteur ;
- Des systèmes d'information performants et intégrés ;
- Une communication efficace entre les acheteurs et les parties prenantes.

c. Les résultats intermédiaires et le système de santé

Les résultats intermédiaires comprennent des accords d'achat et des incitations pour les prestataires. Ces mesures conduisent à une plus grande efficacité du fait que les ressources sont dirigées vers des services plus rentables et de meilleure qualité, en particulier les soins de santé primaires. Des incitations appropriées dans le système peuvent motiver les prestataires à fournir des services utilisant de manière efficace les intrants tels que le temps de travail du personnel, les fournitures et les équipements. La limitation de la croissance des coûts improductifs peut également renforcer la viabilité financière du système.

Les améliorations à long terme du système de santé constituent le fondement de la CSU : un accès équitable à des services de santé de qualité sans difficultés financières.

Ces résultats sont possibles grâce à l'achat stratégique qui favorise une utilisation optimale des ressources limitées en général.

d. Facteurs externes

Ils sont susceptibles de renforcer ou d'atténuer le pouvoir d'achat. Parmi eux, figurent : (i) l'environnement légal et réglementaire, (ii) la proportion de la population couverte par l'acheteur, (iii) les règles de gestion des finances publiques et (iv) la structure du marché des acheteurs et des fournisseurs.

Ces facteurs influent sur le pouvoir d'achat des acheteurs. Mais, ces derniers peuvent influencer l'affectation globale des ressources dans le système, la capacité à créer des incitations financières et non financières pour agir sur le comportement des prestataires et leur capacité à répondre à ces incitations.

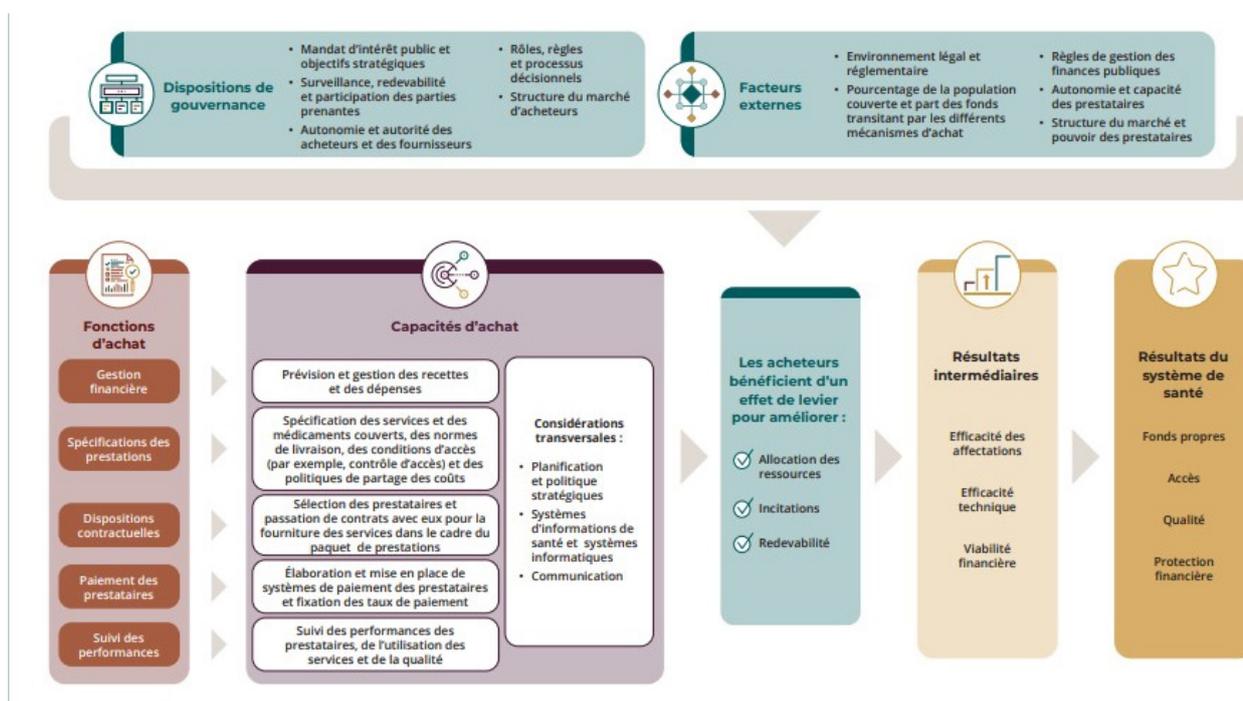


Figure 2. Cadre d'analyse de l'achat stratégique

III.3. Conditions de l'achat stratégique

La réponse à ces cinq questions permet de remplir les conditions nécessaires à la bonne mise en œuvre de l'achat stratégique :

- quoi acheter ?
- avec qui acheter ?
- comment payer ?
- quelle gestion de l'information ?
- quelle gouvernance ?

a. Quoi acheter ?

Il s'agit de produits/services de santé pour lesquels il faudra :

- définir le paquet à acheter par niveau en faisant focus sur les soins de santé primaires : promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs ;
- identifier les structures de soins fonctionnels ;
- prendre une décision active et éclairée sur le panier de soins couverts ;



- évaluer régulièrement le panier de soins ;
- faire l'évaluation des technologies de la santé,
- prendre en compte les besoins et inclure les préférences de la population.

b. Avec qui ? :

Le choix du prestataire devra faire l'objet d'une :

- accréditation ;
- sélection selon l'offre et les références techniques ;
- contractualisation formelle et matérialisée ;
- suivi de la performance.

c. Comment payer ?

Tableau 1. Différentes méthodes de paiements sont possibles

Méthode de paiement	Définition
Par lignes/postes budgétaires	Les prestataires de services reçoivent des montants fixes pour couvrir les coûts de certains intrants spécifiques. Exemple : personnel, médicaments, frais généraux etc.
Allocation Budgétaire, Subventions	Les prestataires de services reçoivent un montant fixe pour une période donnée pour couvrir l'ensemble des coûts de fonctionnement. Le budget est flexible et n'est pas lié à des lignes budgétaires.
Per diem	Les structures sanitaires reçoivent un montant fixe par jour d'hospitalisation du patient.
Forfait (paiement par cas)	Les structures sanitaires reçoivent un montant fixe par admission, qui dépend du patient et de sa situation clinique.
Paiement à l'acte	Les prestataires sont payés pour chacun des services qu'ils fournissent. Les tarifs sont déterminés à l'avance pour chaque service ou groupe de services.
Capitation	Les prestataires sont payés un montant fixe à l'avance afin de fournir un ensemble de services donnés, pour chaque individu couvert et pour une période donnée

d. Quelle gestion de l'information ?

Elle se traduit par :

- la collecte, l'analyse et l'utilisation des données ;
- l'harmonisation des méthodes de collecte des données des producteurs et acheteurs ;
- la mise en place de systèmes d'information interopérables.

e. Quelle gouvernance ?

Elle fait référence à :

- une autonomie et un mandat pour agir comme un acheteur stratégique ;
- un organe de contrôle fonctionnel et représentatif de l'acheteur pour assurer l'effectivité et l'opportunité ;
- une régulation de l'ensemble des acteurs (acheteurs, vérificateurs, prestataires...) ;
- un organe de suivi des engagements contractuels.

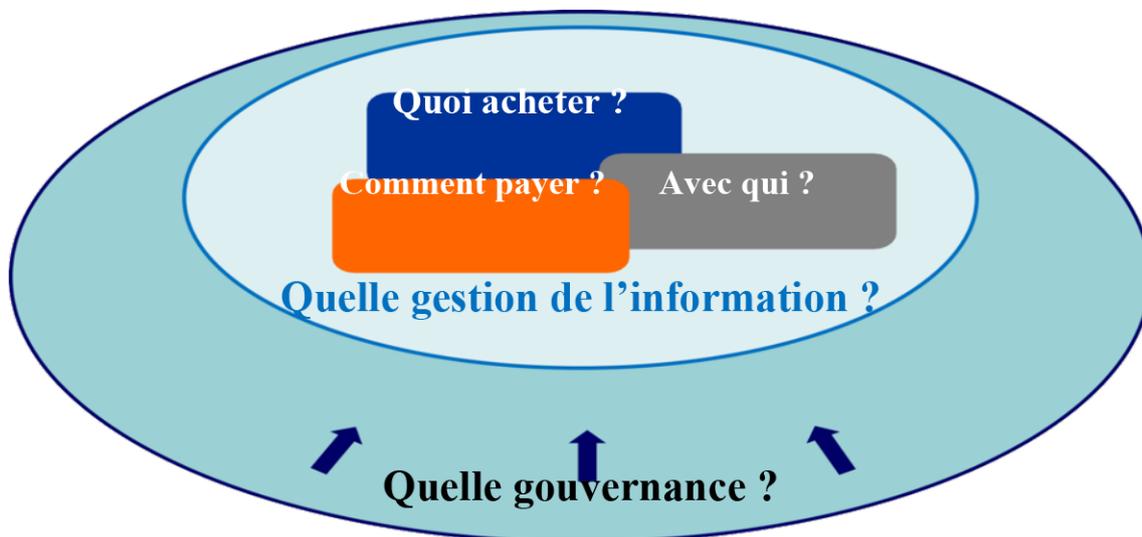


Figure 3. Les cinq conditions de l'achat stratégique

III.4. Acteurs et interventions de l'achat stratégique

● Acteurs de l'achat stratégique

La mise en œuvre de l'achat stratégique implique plusieurs acteurs, à savoir :

- **Les acheteurs** : les Ministères, les structures autonomes (les agences, caisse d'assurance-maladie, les mutuelles de santé...), les collectivités territoriales, les PTF ;
- **Les prestataires ou fournisseurs de services** : Directions, services, programmes, EPS, ERCS, DRAS, CNRS, SDAS, CPRS, DS, CS, PS, Case de santé, site communautaire, structures privées de santé etc ;
- **Les régulateurs** : ministères (service de contrôle de gestion), entités indépendantes, ...
- **Les vérificateurs** : organismes indépendants, OCB, ONG , vérificateurs interne par les acteurs de santé et d'action sociale comme les inspecteurs du MSAS, les DRS, les services sociaux de l'action sociale, des districts et des hôpitaux
- **Les bénéficiaires** : la population générale, cible de programmes et stratégies, cible de régime assurantiel etc....

● Interventions de l'achat stratégique

L'approche d'achat stratégique fait appel à des interventions selon les trois groupes d'acteurs définis dans le tableau ci-après



Tableau 2. Les interventions selon les trois groupes d'acteurs

Par rapport aux prestataires	Par rapport à la population desservie	Par rapport au gouvernement
<ul style="list-style-type: none"> • sélectionner les prestataires (accréditation) en fonction de la gamme et de la qualité des services et de leur localisation ; • établir des contrats de service ; • élaborer des protocoles, procédures, normes et directives standards de prise en charge ; • sécuriser l'information sur les services fournis (assurer la confidentialité, assurer l'archivage, la protection des données individuelles...) • assurer le suivi des performances des prestataires et sanctionner la performance ; • auditer les services et lutter contre la fraude et la corruption ; • gérer les systèmes d'information. 	<ul style="list-style-type: none"> • évaluer les besoins, les préférences et les valeurs socio-culturelles de la population ; • utiliser l'évaluation pour spécifier les tarifs/avantages du service ; • informer la population de la disponibilité des services en précisant leurs droits et obligations ; • veiller à ce que la population puisse accéder au service ; • mettre en place et rendre fonctionnel un mécanisme de gestion des plaintes et de suivi de la satisfaction de la population ; • élaborer, partager et diffuser des rapports de performance auprès de la population ; • proposer des améliorations pour le mécanisme d'achat. 	<ul style="list-style-type: none"> • établir des cadres réglementaires entre l'acheteur et les prestataires de services ; • assurer un paiement régulier des prestataires ; • réviser périodiquement les méthodes et montants de paiement des prestataires pour encourager l'efficacité et la qualité du service ; • allouer des ressources de manière équitable entre les régions ; • mettre en œuvre d'autres stratégies visant à promouvoir un accès équitable aux services ; • investir pour améliorer les infrastructures pour la prestation des services ; • assurer la mobilisation adéquate des ressources pour faire face aux besoins ; • mettre en place des mécanismes pour garantir la redevabilité et la transparence .

III.5. Considérations de base pour une politique d'achat stratégique

La mise en œuvre d'une politique d'achat stratégique nécessite la prise en compte de certaines considérations de base pour sa réussite et son appropriation par les parties prenantes :

- La synergie et la complémentarité entre les mécanismes d'achat ;
- La contractualisation avec les prestataires des services de santé accrédités (structures sanitaires, administratives et managériales, etc.) ;
- Le système de paiement assujéti aux performances prenant en compte les incitations pour une offre de services de qualité, accessibles et efficaces ;
- L'octroi du bonus assujéti à l'atteinte du niveau de performance par rapport à la qualité ;
- L'efficacité par l'établissement d'un bon rapport Tarifs/Qualité/Efficacité ;
- L'effectivité et la véracité des services fournis à la population comme soubassement au paiement fait après vérification ;
- La promotion de la participation communautaire selon les directives nationales ;
- La séparation des fonctions dans la mise en œuvre de l'achat stratégique (régulation, prestation des soins et des services, achat, vérification et paiement) entre les différentes parties prenantes pour éviter tout conflit d'intérêt ;
- L'utilisation d'outils (grilles, rapports, ...) harmonisés de gestion de la performance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- La gestion de l'information à travers un système intégré (interopérabilité) ;
- La transparence et la redevabilité à chaque niveau ;

- La définition d'un plan de mitigation des risques (fraudes, abus, surfacturation, etc.) ;
- La communication à travers les canaux officiels (journal, affichages, presse écrite, etc....) ou un portail web pour les mécanismes d'achat des services.

III.6. Principaux éléments d'un processus de mise en place de l'achat stratégique

Les éléments à considérer dans un processus de mise en place de l'achat stratégique sont :

● **Interventions achetées :**

- Définir la nature des interventions achetées ;
- Identifier les interventions prioritaires ;
- Déterminer les règles d'achat ;
- Déterminer la qualité des interventions achetées ;
- Evaluer le coût de l'efficacité des interventions.

● **Groupes cibles et autres utilisateurs de services (Demande) :**

- Mettre les utilisateurs des services de santé au centre des interventions ;
- Définir des interventions accessibles aux utilisateurs des services de santé ;
- Mettre en place des mécanismes de financement permettant aux utilisateurs des services de santé d'y accéder à moindre coût ;
- Accorder une attention particulière aux indicateurs démographiques, économiques et sociaux des groupes cibles ;
- Accorder une priorité aux groupes vulnérables.

● **Prestataires des interventions (Offre) :**

- Déterminer la nature des prestataires de services de santé (privé / public) ;
- Porter une attention aux distributeurs de médicaments et autres produits de santé ;
- Porter une attention à la concurrence, à l'autonomie, à la liberté et à la responsabilité des prestataires de services de santé ;
- Diversifier l'offre tout en augmentant le nombre de prestataires de services ;
- Choisir les prestataires de services de santé les plus efficaces et s'assurer que les achats sont adéquats et multiples.

● **Méthodes de paiement :**

- Développer des mécanismes incitatifs pour motiver les prestataires ;
- Mettre en place des mécanismes de paiement basés sur la performance ;
- Utiliser les données probantes pour la prise de décisions et le suivi de la performance ;
- Développer des mécanismes visant à réduire les risques de retard de paiement de la prestation.

● **Tarifs :**

- Déterminer les tarifs en adéquation aux services de santé offerts ;
- Prendre en compte les incitations dans la détermination du tarif ;
- Porter une attention au pouvoir de négociation des prestataires ;
- Mettre l'accent sur le coût réel des services de santé ;



- Accorder une attention aux mécanismes tarifaires des différentes interventions.
- **Structure et organisation :**
- Porter une attention à la structuration du financement ;
- Clarifier les rôles et responsabilités des différents acteurs intervenant dans l’achat stratégique ;
- Définir le cadre réglementaire ;
- Prendre en compte l’environnement et les capacités organisationnelles ;
- Mettre l’accent sur la prise de décision stratégique ;
- Prendre en considération le cadre de mise en œuvre du système.

IV. ANALYSE SITUATIONNELLE DES TYPES D’ACHAT AU SENEGAL

IV.1. Cartographie des mécanismes d’achat et leur méthode de paiement

Le tableau ci-dessous décrit les mécanismes d’achat passif et actif expérimentés au Sénégal selon la zone de mise en œuvre, les services achetés, les bénéficiaires, les acteurs impliqués et le mode de financement.

Tableau 3. Cartographie des mécanismes d’achat et leur méthode de paiement

BUDGET PROGRAMME	
Descriptif	<p>Le Sénégal, à l’instar des autres pays membres de l’UEMOA, a adopté le nouveau cadre harmonisé des finances publiques qui instaure le budget programme reposant sur une logique de gestion axée sur les résultats.</p> <p>Le budget programme est un mécanisme d’allocation des ressources de l’Etat aux programmes budgétaires définis par chaque département ministériel auxquels sont assignés des objectifs et des résultats. L’atteinte de ces résultats est mesurée par des indicateurs de performance.</p> <p>Le basculement au budget programme est effectif depuis janvier 2020.</p> <p>Le MSAS a quatre programmes dont les responsables ont été nommés par l’arrêté n°008505 -2020 du 02 avril 2020.</p>
Zones de mise en œuvre	Etendue du territoire national
Services achetés	Les activités dévolues aux centres de responsabilités.
Bénéficiaires	Tous les centres de responsabilité du secteur de la santé et de l’action sociale
Acteurs impliqués	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ministère en charge des Finances et du Budget ; ✓ Ministère en charge de la Santé et de l’Action sociale ; ✓ Les directions transversales (DAGE, DPRS, DIEM , DRH) ✓ les ordonnateurs ; ✓ les responsables de programmes ; ✓ les prestataires de services ; ✓ les PTF ; ✓ les collectivités territoriales.
Financement	Etat à travers le Ministère des Finances et du Budget

PRISE EN CHARGE MEDICALE DES AGENTS DE L'ETAT

Descriptif	<p>Il s'agit de la prise en charge des soins de santé de tout agent de l'Etat, fonctionnaire, non fonctionnaire ou contractuel, en service ou à la retraite, dans les structures agréées. La prise en charge inclut les conjoints et les enfants à charge.</p> <p>Elle se fait à travers la délivrance d'une imputation budgétaire pour les agents en service par le ministère utilisateur.</p> <p>Pour les agents fonctionnaires retraités du Fonds National de Retraites (FNR), l'imputation est délivrée par la Direction de la Solde ou par les Contrôles régionaux des Finances.</p> <p>Pour les agents non fonctionnaires retraités, la prise en charge est assurée par l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES).</p>
Zones de mise en œuvre	Etendue du territoire national
Services achetés	<p>Les consultations de médecine générale et spécialités, les analyses, imagerie médicale, les hospitalisations, les interventions chirurgicales, les soins dentaires, les soins infirmiers etc...</p> <p>L'agent ne doit payer que le 1/5 de la totalité des frais médicaux à l'exclusion des frais de médicaments.</p>
Bénéficiaires	Tout agent de l'Etat fonctionnaire, non fonctionnaire ou contractuel, en service ou à la retraite.
Acteurs impliqués	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agents ; ✓ Ministère utilisateur ; ✓ Ministère en charge du Travail de l'emploi et des relations avec les Institutions (IPRES, IPM, CSS, FGA) ; ✓ Ministère en charge des Finances et du Budget.
Financement	<p>La mobilisation des ressources se fait à travers le budget de l'Etat (le FNR, le Ministère en charge des Finances et du Budget, l'IPRES, le Ministère en charge du Travail de l'Emploi et des relations avec les institutions).</p> <p>Le paiement est fait à travers la Paierie générale du Trésor. L'Etat prend en charge les 4/5 du montant de la facture. Pour les consultations (soins externes), l'agent règle le 1/5 de la facture au niveau de l'hôpital ou de la clinique en question.</p> <p>Pour les soins internes (hospitalisations), l'intégralité de la facture est payée par la solde, le 1/5 à la charge de l'agent fait l'objet d'une retenue sur le salaire ou la pension.</p>

LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES EMPLOYES DU SECTEUR PRIVÉ A TRAVERS LES IPM

Descriptif	La protection des salariés permanents des entreprises privées ainsi que de leurs familles, est assurée par les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM). Elles assurent la prise en charge partielle des frais médicaux engagés des travailleurs du secteur privé et leurs ayants droits.
Zones de mise en œuvre	Régions de : Dakar, Diourbel, Kaolack, Kolda, Louga, Matam, Saint-Louis, Tambacounda, Thiès, Ziguinchor.
Services achetés	Les consultations de médecine générale et de spécialités, les analyses, l'imagerie médicale, les médicaments, les hospitalisations, les interventions chirurgicales, les soins dentaires, l'optique médicale, les soins infirmiers etc...
Bénéficiaires	Les salariés permanents du secteur privé formel et des agences d'exécution de l'Etat, leurs conjoints et enfants à charge.



Acteurs impliqués	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entreprises ; ✓ Salariés du secteur privé ; ✓ Prestataires des structures de santé agréées ; ✓ IPM ; ✓ Institution de Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire (ICAMO) ✓ etc...
Financement	<p>Cotisation de l'employeur ;</p> <p>Cotisation de l'employé ;</p> <p>Contributions et subventions ;</p> <p>Dons et legs ;</p> <p>Produits de placements.</p>

PRISE EN CHARGE MEDICALE DES RETRAITES DE L'IPRES

Descriptif	<p>Il s'agit de la prise en charge médicale des retraités du secteur privé, des retraités non-fonctionnaires et contractuels de l'Etat.</p> <p>Les soins sont dispensés dans les centres médico-sociaux de Dakar et des régions (où la prise en charge est gratuite) et dans les hôpitaux. La prise en charge des pathologies à soins coûteux nécessite la délibération de la Commission Santé et Affaires Sociales qui se réunit mensuellement.</p>
Zones de mise en œuvre	Etendue du territoire national
Services achetés	Les consultations en médecine générale, gériatrie et autres spécialités médicales, la chirurgie générale et spécialisée, les médicaments, les analyses, les imageries médicales, la rééducation fonctionnelle et la kinésithérapie, les soins dentaires, les soins infirmiers.
Bénéficiaires	Les retraités et leurs ayant-droits (épouses et enfants à charge âgés de moins de 21 ans), les veuves et les veufs titulaires d'une pension, les orphelins titulaires d'une pension.
Acteurs impliqués	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conseil d'Administration de l'IPRES ; ✓ Bénéficiaires ; ✓ Centres médico-sociaux ; ✓ Hôpitaux.
Financement	Cotisations des allocataires et des employeurs, majorations de retard de paiement desdites cotisations, subventions, dons et legs, produits de la gestion financière des réserves, revenus de placement des fonds et des immeubles de rapport.

LES MUTUELLES DE SANTE COMMUNAUTAIRES

Descriptif	<p>Ce sont des associations de personnes volontaires, à but non lucratif qui mènent des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité, en faveur d'elles-mêmes et ou de leurs familles en vue de prendre en charge les risques sanitaires liés à la personne et la réparation de leurs conséquences.</p> <p>Des structures faitières sont mises en place pour la coordination et le pilotage au niveau national, régional, départemental.</p>
Zones de mise en œuvre	Etendue du territoire national
Services achetés	<p>Paquet de services offert au niveau poste, centre de santé et EPS pris en charge à 80% (soins et médicaments IB) pour les bénéficiaires cotisants par les mutuelles.</p> <p>Médicaments d'officine (pharmacies privées) pris en charge à 50% pour les bénéficiaires cotisants.</p> <p>La prise en charge est de 100% pour les indigents et les groupes vulnérables en particulier les bénéficiaires du Programme National de Bourse Sécurité Familiale (PNBSF) et les détenteurs de la Carte d'Égalité des Chances (CEC).</p>

Bénéficiaires	Bénéficiaires cotisants, bénéficiaires du PNBSF, détenteurs de la CEC, élèves, apprenants (Daara) et autres indigents.
Acteurs impliqués	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bénéficiaires ; ✓ Mutuelles de santé communautaires ; ✓ Structures faitières ; ✓ SEN-CSU ; ✓ Structures conventionnées ; ✓ Délégation Générale à la Protection sociale et à la Solidarité nationale (DGPSN) ; ✓ Ministère en charge de la Santé et de l'Action sociale ; ✓ Ministère en charge de la Protection sociale.
Financement	Etat à travers les subventions, cotisation des adhérents, dons et legs, Subventions de l'Etat à hauteur de 50% pour les personnes qui ont la capacité de cotiser, soit une contribution de 3500 F par personne et par an.

LES MUTUELLES DE SANTE COMPLEMENTAIRES

Descriptif	<p>Ainsi appelées parce qu'elles viennent en complément d'un régime de couverture existant.</p> <p>Ce sont des regroupements de personnes volontaires, couverts par un régime de base (imputation budgétaire, IPM, etc.) dotés de la personnalité juridique à but non lucratif qui mènent des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité, en direction d'elles-mêmes et/ou de leurs familles en vue de prendre en charge les risques sanitaires liés à la personne.</p> <p>Elles améliorent la couverture du risque maladie en termes de paquets de services et de taux de prise en charge.</p> <p>Les mutuelles de santé des Forces armées, de la Douane, et des Agents de l'Etat entrent dans ce cadre.</p>
Zones de mise en œuvre	Etendue du territoire national
Services achetés	Paquet de services offert au niveau des Centres médicaux de garnison, Infirmeries militaires, hôpitaux militaires et cliniques en général pris en charge entre 50% et 80% pour les bénéficiaires cotisants.
Bénéficiaires	Tout le personnel, les conjoints et enfants à charge, bénéficiaires cotisants.
Acteurs impliqués	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bénéficiaires ; ✓ Mutuelles de santé ; ✓ Structures faitières ; ✓ Ministère en charge de la Santé et de l'Action sociale ; ✓ SEN-CSU ; ✓ Structures conventionnées ; ✓ Prestataires des structures ayant signé des conventions.
Financement	<p>Cotisation des adhérents ;</p> <p>Dons et legs ;</p> <p>Subventions de l'Etat.</p>

SOCIETE D'ASSURANCES PRIVÉES (SAP)

Descriptif	Elles prennent en charge les frais médicaux consécutifs à une maladie, un accident, une maternité. La souscription se fait individuellement ou par le biais d'un employeur. Elles couvrent en règle générale des particuliers qui ont un niveau de revenu assez élevé.
Zones de mise en œuvre	Étendue du territoire national
Services achetés	Les consultations en médecine générale et spécialités, les médicaments, les analyses, l'imagerie médicale, la rééducation fonctionnelle et la kinésithérapie, les soins dentaires, les soins infirmiers, la maternité, la chirurgie, les accidents du travail etc...



Bénéficiaires	Travailleurs des entreprises privées, travailleurs indépendants ayant souscrit à une police d'assurance maladie, autres souscripteurs volontaires à l'assurance maladie.
Acteurs impliqués	Personnes ayant souscrit à une assurance privée ; Assureurs ; Employeurs ; Ministère en charge des Finances et du Budget ; Structures de soin et pharmacies ; Ministère en charge de la Santé et de l'Action sociale ; Association des assureurs privés.
Financement	Cotisation des assurés, contribution des employeurs, revenus de placements de fonds.
MÉCANISMES D'EXEMPTION	
Descriptif	Ce sont des politiques de gratuité des soins qui ciblent d'une part des pathologies comme le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose, les cancers du col de l'utérus et du sein (chimiothérapie) et d'autre part, des interventions comme la césarienne, la dialyse, la prise en charge des enfants de moins de 5 ans et des personnes âgées de 60 ans et plus.
Zones de mise en œuvre	Etendue du territoire national
Services achetés	<p>Les tests de dépistage, de diagnostic et de suivi, les médicaments et produits essentiels de programmes (VIH/Sida, tuberculose et paludisme).</p> <p>La gratuité des soins des enfants âgés de moins de cinq (5) ans : les consultations, les médicaments et les frais d'hospitalisation sont pris en charge dans toutes les structures sanitaires publiques du pays (poste de santé, centre de santé et hôpital).</p> <p>Le plan SESAME : consultations, médicaments et produits essentiels, examens complémentaires, actes médicochirurgicaux, hospitalisations pour les personnes âgées de 60 ans et plus.</p> <p>La césarienne : acte opératoire, bilan pré opératoire, kit de médicaments et de produits consommables, séjour hospitalier n'excédant pas cinq (5) jours.</p> <p>La dialyse : la pose de la fistule artério-veineuse, les séances d'hémodialyse à raison de 03 séances par semaine, le kit d'hémodialyse, le kit de dialyse péritonéale.</p> <p>La chimiothérapie anticancéreuse</p> <p>La planification familiale</p> <p>La vaccination dans le cadre du Programme élargi de vaccination (PEV)</p> <p>La nutrition</p>
Bénéficiaires	<p>Patients souffrant de VIH/SIDA, de paludisme, de tuberculose, de cancer col de l'utérus, de cancer du sein</p> <p>Enfant de moins de 5 ans ;</p> <p>Femmes chez qui l'indication césarienne est posée à visée prophylactique ou curative ;</p> <p>Personne de 60 ans et plus ;</p> <p>Tout patient sénégalais souffrant d'une insuffisance rénale chronique ou d'une insuffisance rénale aiguë.</p>

Acteurs impliqués	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bénéficiaires ; ✓ Ministère en charge de la Santé et de l'Action sociale ; ✓ Partenaires au développement ; ✓ Ministère en charge du travail ; ✓ Ministère en charge des solidarités ; ✓ Ministère en charge des Finances et du Budget ; ✓ Prestataires ; ✓ SEN-CSU ✓ Mécènes ✓ Collectivités territoriales ✓ etc...
Financement	Etat, partenaires au développement, mécènes et collectivités territoriales.
TARIFICATION FORFAITAIRE	
Descriptif	Il s'agit d'un mécanisme d'achat d'un paquet de services tout inclus (consultations, hospitalisations, médicaments, soins et examens complémentaires) par épisode-maladie. Dans sa zone d'intervention, le patient référé bénéficie d'une subvention et ne paie qu'une partie du tarif forfaitaire indiqué. La tarification forfaitaire est accompagnée de subvention pour les patients référés au centre de santé par les postes de santé.
Zones de mise en œuvre	Districts sanitaires de Sokone et de Foundiougne dans la région de Fatick et du district sanitaire de Koungheul dans la région de Kaffrine.
Services achetés	Paquet de soins tout inclus: Consultations, hospitalisations, examens complémentaires.
Bénéficiaires	Populations des districts sanitaires de Koungheul, Foundiougne et Sokone.
Acteurs impliqués	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prestataires ; ✓ Partenaires ; ✓ Mutuelles de santé ; ✓ Populations ; ✓ Collectivités territoriales ; ✓ CDS.
Financement	Etat, Partenaires au développement, usagers, mutuelles de santé.
FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS	
Descriptif	<p>Transfert d'argent en contrepartie de la prise d'une action mesurable liée à la santé ou de l'atteinte d'une cible de performance déterminée à l'avance. C'est un mécanisme d'achat de services basé sur les résultats.</p> <p>Un bonus conditionné à l'atteinte des objectifs fixés est accordé pour motiver les prestataires sur la base de leurs performances en plus d'un appui apporté au fonctionnement des structures sanitaires. L'objectif est de contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé au Sénégal à travers une approche contractuelle.</p>
Zones de mise en œuvre	Kaffrine, Kédougou, Kolda, Sédhiou, Tambacounda et Ziguinchor
Services achetés	<p>Les indicateurs en rapport avec la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, la lutte contre la maladie pour les EPS, CS et PS.</p> <p>Les indicateurs de gouvernance pour les EPS, ECR, les ECD et le PNFBR.</p>
Bénéficiaires	PNFBR, DAGE, ECR, ECD, EPS, CS et PS



Acteurs impliqués	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Niveau central : PNFBR, DAGE, MFB ; PTF ; PNLN ; DSME ✓ Niveau régional : ECR, points focaux FBR, conseiller régional, CRG, CT, autorités administratives, SCV ; ✓ Niveau opérationnel : ECD, EPS, CS, PS ✓ Niveau communautaire : ASC, CDS, OCB, Matrone.
Financement	Etat, partenaires au développement.
FINANCEMENT DIRECT	
Descriptif	<p>C'est un mécanisme qui consiste à transférer directement des ressources à un bénéficiaire qui en assure la gestion pour appuyer la mise en œuvre d'un paquet de services sur la base d'une convention ou d'un contrat signé d'un commun accord entre le bailleur de fonds et le bénéficiaire.</p> <p>Le Financement direct a deux modalités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fixed Amount Award (FAA) : est une subvention à coût fixe que le partenaire octroie à une entité publique à travers une agence d'exécution ou une ONG. Ce financement fonctionne à l'aide d'un mécanisme de remboursement des coûts engendrés par les activités exécutées pour l'atteinte d'un niveau de performance (milestone) fixé à l'avance dans un contrat dénommé « lettre d'exécution » - Fixed Amount Reimbursement Agreement (FARA) : est un mécanisme de remboursement forfaitaire par lequel le partenaire octroie directement au Gouvernement du Sénégal les fonds destinés à l'atteinte d'un niveau de performance (milestone) fixé à l'avance dans un contrat dénommé « lettre d'exécution ». - Cost remboursement (CR) : est un mécanisme de remboursement à coûts fixes par lequel le partenaire rembourse aux bénéficiaires les dépenses réelles engagées dans la réalisation des activités. Les budgets doivent fournir suffisamment de détails pour justifier le niveau de financement approuvé par la mission. La vérification est faite sur la base de la nomenclature des pièces justificatives du manuel de procédure du PNDSS. <p>Le FD utilise le financement direct hybride qui combine le FARA et CR avec des critères de vérification qui respectent les exigences de chaque instrument. Le financement direct « Gouvernement à Gouvernement (G2G) ».</p> <p>Le FAA est devenu le G2G sur la base de critères définis.</p>
Zones de mise en œuvre	Dakar, Kaolack, Kaffrine, Thiès et Ziguinchor.
Services achetés	Milestones (livrables) correspondant aux activités éligibles identifiées dans les PTA des centres de responsabilité.
Bénéficiaires	<p>Niveau central : DGS, DPRS, DAGE, DLM, DSME, PNLN, SEN-PNA, Inspection interne, SEN-CSU ;</p> <p>Niveau régional : DRS, DS, SEN-CSU (services régionaux), PRA et les EPS ECD et ECR.</p>
Acteurs impliqués	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ministère en charge de la Santé et de l'Action sociale (DAGE, DPRS), ✓ Ministère en charge des Finances et du Budget ; ✓ Partenaires au développement ; ✓ Bénéficiaires.
Financement	L'Etat, Partenaires au développement et Collectivités territoriales.
CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)	
Descriptif	<p>Engagement entre le ministère en charge des finances et du budget et les EPS dans le but de relever leur plateau technique.</p> <p>Contribution à la mise en œuvre des orientations prioritaires du projet d'établissement : l'accès aux soins, l'amélioration de la qualité des services et le renforcement de la gestion.</p>
Zones de mise en œuvre	Etendue du territoire

Services achetés	L'amélioration de la qualité des services et le renforcement de la gestion.
Bénéficiaires	Les EPS disposant d'un projet d'établissement validé ou en cours d'exécution.
Acteurs impliqués	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ministère en charge de la Santé et de l'Action sociale (DAGE, DGES/DEPS, DIEM) ; ✓ EPS ; ✓ Ministère en charge des Finances et du Budget ; ✓ Collectivités territoriales ; ✓ Partenaires au développement.
Financement	Etat, Collectivités territoriales, fonds propre des EPS et partenaires au développement.

IV.2. Analyse FFOM des mécanismes d'achat stratégique

La revue des mécanismes d'achat stratégique effectuée par le MSAS en 2021 et l'expérience des acteurs impliqués dans leur mise en œuvre a permis d'analyser les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces des quatre mécanismes d'achat stratégique déclinés dans le tableau IV.

Cette analyse porte sur la période 2012-2019 pour le FBR et 2022 pour les CPOM.

Le budget programme et le financement direct sont en cours d'exécution.

Tableau 4. Analyse FFOM des mécanismes d'achat stratégique

FBR	
● Forces	● Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un cadre réglementaire (organes de gestion et contrats de performance) ; • Existence d'un manuel de mise en œuvre • Existence d'une check-List qualité à tous les niveaux ; • Implication des acteurs à tous les niveaux ; • Existence d'une plateforme numérique interconnectée au DHIS2 ; • Incitation à la performance par un système de bonus/malus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de ligne budgétaire pour supporter les incitations à la performance ; • Absence de financement par CT, le secteur privé national ; • Irrégularité de la tenue des instances de coordination et de suivi.
● Opportunités	● Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Engagement de certains partenaires dans le financement ; • Nouvelles orientations stratégiques sur la CSU ; • Contexte de budget programme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendance du financement des partenaires ; • Retard dans la mobilisation des ressources des partenaires. • Perturbation du climat social (Rétention des données sanitaires).
FINANCEMENT DIRECT	
● Forces	● Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un cadre réglementaire (organes de gestion et contrats de performance) ; • Existence d'un manuel de mise en œuvre ; • Implication de tous les acteurs à tous les niveaux ; • Existence d'une check List de vérification de l'atteinte des Milestone. • Lien direct entre le niveau d'atteinte des résultats et la mobilisation des fonds ; • Existence d'une ligne budgétaire de l'Etat pour le préfinancement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté dans la mobilisation des fonds devant transiter dans le sous compte du ministère de la santé ; • Lourdeur dans le processus de remboursement (multiples vérifications au préalable) ; • Lenteurs dans le traitement des dossiers entre le partenaire au développement, le Ministère des Finances et du budget et la DAGE/MSAS.



● Opportunités	● Menaces
<ul style="list-style-type: none"> Engagement du partenaire ; Implication du ministère des finances et du budget. 	<ul style="list-style-type: none"> Perturbation du climat social (Rétention des données sanitaires) ; Dépendance des ressources du partenaire.

CPOM

● Forces	● Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> Existence d'une culture de planification au niveau des hôpitaux avec notamment le budget mais aussi les projets d'établissements ; Disponibilité et engagement des acteurs des EPS ; Augmentation de l'offre de soins dans les structures avec notamment la mise en place de nouvelles spécialités ; Engagement de l'Etat à accompagner les structures dans les investissements ; Disponibilité des fonds au-delà de la durée initiale des contrats (3ans) ; Renforcement des structures hospitalières en RH qualifiées ; Relèvement du plateau technique ; Disponibilité de ligne budgétaire ; Implication du ministère des finances dans le suivi et la mobilisation des fonds. 	<ul style="list-style-type: none"> Retard de signature du contrat par les cocontractants (MSAS, MFB) ; Insuffisance de suivi de l'exécution des activités et de l'exécution financière par les cocontractants ; Non élaboration de rapports d'activités ; Réalisation d'activités non planifiés sans avis technique des co-contractants ; Montant annuel alloué inférieur au montant annuel prévu ; Inexistence d'achat de performance.

● Opportunités	● Menaces
<ul style="list-style-type: none"> Entrée en vigueur du budget programme ; Mise en place des critères de performances. 	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place tardive des crédits ; Virement de crédits insuffisant par rapport au montant initialement prévus ; Diminution progressive du budget alloué.

BUDGET PROGRAMME

● Forces	● Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> Existence de programmes ; Nomination des responsables de programmes ; Effectivité de la déconcentration de l'ordonnancement ; Existence d'un budget sous format programme ; Elaboration des documents du DPPD, du PAP et du RAP ; Existence d'un manuel qui décrit les principes de redevabilité (compte administratif de l'ordonnateur) ; Existence d'une charte de gestion ; La digitalisation du PTA ; Existence d'un manuel de procédures. 	<ul style="list-style-type: none"> Lenteur de nomination de responsables d'actions et d'activités ; Non mise en place de la cellule de contrôle de gestion ; Non tenue des instances de dialogue de gestion des programmes.

● Opportunités	● Menaces
<ul style="list-style-type: none"> Transposition des directives communautaires de l'UEMOA ; Adoption de textes complémentaires par l'Etat ; 	<ul style="list-style-type: none"> Existence de contraintes budgétaires établis par le ministère des finances ; Répartition des enveloppes budgétaires par programme par le ministère en charge des finances (difficulté d'appliquer les critères de répartition) ; Contrôle de performance des programmes non effectif ; Ponction sur les crédits alloués.

V. DEFIS MAJEURS

- Prise en compte de la santé dans toutes les politiques (dépistage, prévention, promotion) ;
- Institutionnalisation de l'achat stratégique à tous les niveaux ;
- Relèvement du plateau technique des structures de soins ;
- Mutualisation des mécanismes d'achat stratégique ;
- Renforcement de la redevabilité et de la transparence ;
- Mobilisation des ressources domestiques ;
- Motivation du personnel de santé et d'action sociale ;
- Implication de la société civile et du secteur privé ;
- Développement de la culture de performance ;
- Assurance qualité dans l'offre de soins ;
- Disponibilité des données de qualité ;
- Adaptation du système de tarification.

VI. CHOIX DU MECANISME D'ACHAT STRATEGIQUE

Le choix du mécanisme d'achat stratégique doit prendre en compte le contexte national, les expériences sous régionales et internationales.

A cet effet, une revue des mécanismes d'achat stratégiques a été réalisée en 2021 suivant les étapes suivantes :

- élaboration d'une note technique mettant en place le comité technique en charge de la validation des résultats de la revue ;
- recrutement du consultant avec l'appui d'un partenaire
- collecte, traitement et analyse des données
- élaboration du rapport provisoire
- validation du rapport par le Ministre de la santé et vulgarisation.

Sur la base d'un certain nombre de critères comme la pertinence, l'efficacité, la faisabilité, l'impact, l'efficience, l'équité et la pérennité, cette revue a permis de classer les mécanismes d'achat stratégique suivants mis en œuvre au Sénégal :

- le budget programme (BP) ;
- le financement direct (FD) ;
- le financement basé sur les résultats (FBR) ;
- les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Le tableau V : en annexe présente les scores obtenus pour chaque mécanisme d'achat stratégique : Ainsi, l'ensemble des mécanismes évalués ont dépassé le seuil de performance de 70 points

Tableau 5. SYNTHÈSE SCORES OBTENUS PAR LES MECANISMES D'ACHATS

MECANISME D'ACHAT STRATEGIQUE /CRITERES	BP	FBR	FD	CPOM
PERTINENCE (20)	20	20	20	20
EFFICACITE (15)	10	14	12	10
PERENNITE (15)	15	12	11	10
FAISABILITE (15)	15	13,5	13,5	13

MECANISME D'ACHAT STRATEGIQUE /CRITERES	BP	FBR	FD	CPOM
IMPACT (15)	11	14	13	13
EFFICIENCE (10)	7	8,5	8	7
EQUITE (10)	7	9	7	6
TOTAL (100)	83	91	84,5	81

L'évaluation a montré que le FBR a obtenu le plus grand nombre de points (91/100), suivi du financement direct (84,5/100).

En plus de ce scoring, la même évaluation avait révélé les améliorations obtenues dans les domaines de la qualité des soins et de la gouvernance.

A titre d'illustration le FBR mis en œuvre dans les régions de Kaffrine, Kédougou, Kolda, Sédhiou, Tambacounda et Ziguinchor a permis d'enregistrer des résultats appréciables :

amélioration de la qualité de soins avec un score qui est passé de 70 à 77% de 2015 à 2018²⁴ ;

utilisation du partogramme qui est passée de 0 à 93% dans le DS de Birkelane de 2014 à 2018²³

des changements positifs dans le comportement des prestataires à l'endroit des patients (rapport enquête de satisfaction)

S'agissant du financement direct, il a apporté des améliorations significatives des performances des régions et du niveau central. Des effets positifs sont notés dans la gestion financière, l'instauration du contrôle interne (CRV trimestriel, audit annuel, suivi trimestriel des indicateurs, ...) ²³, l'amélioration de la transparence et de la redevabilité, la répartition équitable des ressources financières, la régularité de la tenue des instances de gestion et de contrôle avec la participation des autorités administratives, des élus locaux et de la société civile.

A la lumière de ce qui précède, le FBR et le Financement Direct ayant en commun l'achat de la performance, le mécanisme choisi combine leurs instruments respectifs correspondant au modèle choisi dénommé **Financement Basé sur la Performance (FBP)**.

VII. CADRE STRATÉGIQUE

VII.1. Vision

«Un Sénégal où tous les achats de prestations de services de santé et de protection sociale sont basés sur la performance».

VII.2. Valeurs et principes

Accessibilité, Efficience, Transparence, Redevabilité, Equité, Qualité.

VII.3. Orientations stratégiques (OS)

Ce document cadre d'achat stratégique définit trois orientations stratégiques déclinées en ligne d'action.

- **OS1** : Développement des paquets de services par niveau de prestation ;
- **OS 2** : Renforcement du système de gestion de l'information de l'achat stratégique ;
- **OS 3** : Mise en place d'un système de gouvernance.

● **OS1 : Développement du paquet de services par niveau de prestation**

- **LA. 1.1.** Identification des domaines et paquets de services à acheter par type et par niveau de prestation

Pour chaque domaine d'intervention, un paquet de services sera défini.

Les paquets de services à délivrer par les centres de responsabilité sanitaires et sociales devront prendre en compte le domaine et les niveaux de prestation.

Il s'agit des :

- Structures de gouvernance et de management (Directions, services et programmes, Districts sanitaires et les services en charge de l'assurance maladie) ;
- Structures des soins de santé (Sites communautaires, Cases, PS, CS et les établissements publics et privés de santé) ;
- Structures déconcentrées de l'action sociale (Centre de Promotion et de réinsertion Sociale (CPRS), les Services Départementaux de l'Action sociale (SDAS) ;
- Services déconcentrés en charge de l'assurance maladie (SRCMU).

Les paquets de services seront définis de façon détaillée dans le manuel de procédures administratives et financières du FBP.

Tableau 6. Les différents domaines d'interventions de l'achat stratégique par pilier selon le niveau

Domaines	Niveau central	Niveau intermédiaire	Niveau opérationnel			
			DS	CS	PS	Case de santé et sites communautaires
Prestations de services de santé						
Lutte contre la maladie	X	X	X	X	X	X
SRMNIA-N	X	X	X	X	X	X
Gestion des urgences	X	X	X	X	X	
Vaccination	X	X	X	X	X	
Surveillance épidémiologique	X	X	X	X	X	X
Hygiène et sécurité	X	X	X	X	X	X
Promotion de la santé	X	X	X	X	X	X
Ressources humaines						
Recrutement	X	X	X	X	X	
Formation	X	X	X	X	X	
Fidélisation	X	X	X	X	X	X
Système d'information						
Gouvernance	X	X	X			
Gestion des données	X	X	X	X	X	X
Qualité des données	X	X	X	X	X	X
Utilisation	X	X	X	X	X	
Médicaments et produits essentiels, laboratoire						
Quantification et commande	X	X	X	X	X	X
Gestion des stocks	X	X	X	X	X	X
Système de distribution	X	X	X	X	X	
Pharmacovigilance	X	X	X	X	X	X
Contrôle qualité	X	X	X	X		
Financement de la santé						
Planification	X	X	X	X	X	X
Absorption	X	X	X	X	X	X

Domaines	Niveau central	Niveau intermédiaire	Niveau opérationnel			
			DS	CS	PS	Case de santé et sites communautaires
Equité	X	X	X	X	X	X
Efficience	X	X	X	X	X	X
Redevabilité	X	X	X	X	X	X
Infrastructures et équipements						
Carte sanitaire	X	X	X	X	X	X
Acquisition	X	X	X	X	X	X
Inventaire	X	X	X	X	X	X
Maintenance	X	X	X	X	X	X
Leadership et gouvernance						
Pilotage et coordination	X	X	X	X	X	
Planification	X	X	X	X	X	X
Suivi et évaluation	X	X	X	X	X	X
Protection sociale						
Assurance maladie	X	X	X	X	X	
Assistance médicale	X	X	X	X	X	
Autonomisation	X	X	X	X		

- **LA. 1.2.** Sélection des prestataires par catégorie et par niveau selon la pyramide sanitaire

Conformément à la carte et à la pyramide sanitaire, la contractualisation doit se faire de manière sélective avec des critères définis pour le FBP.

La signature de conventions entre les parties prenantes devrait être la base du FBP et sera appliqué à toutes les structures de santé, quel que soit le niveau de la pyramide sanitaire où elles se trouvent. Ces conventions permettront d'assurer la redevabilité et la transparence lors de l'exécution des activités par les différentes parties.

Les types de conventions et les modalités d'exécution seront définis dans le manuel de procédures administratives et financières du FBP.

- **Critères de sélection des prestataires selon le FBP**

- **Conditions générales communes à toutes les structures de santé et d'action sociale**

1. L'entité doit être officiellement reconnue par le MSAS
2. Elle doit être intégrée dans la carte sanitaire et sociale

Tableau 7. Critères de sélection des prestataires

CRITERES DE SELECTION	NIVEAU CENTRAL	NIVEAU INTERMEDIAIRE	NIVEAU OPERATIONNEL
	La sélection de la structure dépend des besoins en matière d'assistance technique ou d'accompagnement des structures	La sélection de la structure dépend des besoins en matière d'assistance technique ou d'accompagnement des structures du niveau opérationnel	La sélection de la structure dépend des besoins et offres en matière de soins
Gouvernance et Leadership (SIS, coordination, organisation et suivi du travail, planification)	OUI	OUI	OUI
Couverture sanitaire (infrastructure, personnel qualifié, équipement adéquat)	OUI	OUI	OUI
Performance sanitaire (niveau de progression des indicateurs clés)	OUI	OUI	OUI
Finance et comptabilité (respect des normes de gestion financière et comptable, rapprochement bancaire et tenue de registre, comptabilité des matières, contrôle et audit interne)	OUI	OUI	OUI
Passation des marchés (dispositif organisationnel de la passation de marché, maîtrise et respect du processus de passation de marché, suivi et gestion des contrats de marché, archivage des dossiers de marché)	OUI	OUI	OUI
Gestion des ressources humaines (gestion prévisionnelle, suivi et évaluation de la gestion du personnel)	OUI	OUI	OUI

- **LA.1.3.** Définition de l'enveloppe globale des paquets de services et de soins à acheter par type et par niveau de prestation
- **La définition de l'enveloppe globale des paquets de services et de soins devra prendre en compte les informations suivantes :**
 - les types de services et de soins à acheter par niveau de prestation ;
 - le volume des services et de soins à acheter ;
 - les cibles de performance à atteindre selon les périodes définies ;
 - le tarifs des services à acheter ;
 - la durée de la mise en œuvre du mécanisme d'achat stratégique.
- **La méthode d'estimation de l'enveloppe globale se fera en fonction d'un certain nombre de critères négociés avec les prestataires.**

Le paiement sera assujetti à l'atteinte d'objectifs ou des performances préétablis.

- **Un circuit sera défini, avec des étapes bien identifiées depuis la transmission des données jusqu'au virement des fonds.**

Concernant la gestion de la subvention du FBP, il faut prendre en compte :

- les modalités et mécanismes de transfert des fonds des partenaires, de l'Etat et des Collectivités territoriales destinés à l'achat ;
- les mécanismes de transfert des fonds vers les comptes des prestataires ;
- les règles pour la répartition et l'utilisation des fonds ;
- le contrôle financier.

● OS 2 : Renforcement du système de gestion de l'information de l'achat stratégique

● LA.2.1. Conception de mécanismes de gestion de l'information

Il s'agit d'élaborer des outils qui prennent en compte les besoins en information de qualité et de déterminer les livrables pour la bonne mise en œuvre du FBP.

Ces outils devront permettre d'évaluer les activités exécutées par les prestataires.

Ainsi, la performance sera appréciée à travers la quantité et la qualité des services délivrés.

A cet effet, les outils et livrables par niveau sont identifiés et répertoriés dans un tableau en annexe.

Tableau 8. Outils et livrables selon les niveaux renvoyer en annexe

Outils/ Livrables	Niveau central	Niveau intermédiaire	EPS	Niveau Opérationnel		
				DISTRICT	CS - PS	Case de santé
OUTILS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maquette de suivi du PTA ▪ Plateforme DHIS2 ▪ Tableau de bord contrôle de gestion ▪ Grille de supervision ▪ Grille de vérification ▪ Check liste ▪ Outils de gestion des ressources humaines (IHRIS) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Check liste de vérification de la performance et de la qualité ▪ Maquette de suivi du PTA ▪ Plateforme DHIS2 ▪ Grille de supervision ▪ Grille de vérification ▪ Check liste ▪ Outils de gestion des ressources humaines (IHRIS) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Check liste de vérification de la performance et de la qualité ▪ Maquette de suivi du PTA ▪ Registre de supervision ▪ Registres du système d'information sanitaire ▪ Plateforme DHIS2 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Check liste de vérification de la performance et de la qualité ▪ Maquette de suivi du PTA ▪ Maquette de suivi du Plan d'Action CDS ▪ Registre de supervision ▪ Registres du système d'information sanitaire DHIS2 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Check liste de vérification de la performance et de la qualité ▪ Maquette de suivi du PTA ▪ Maquette de suivi du Plan d'Action CDS ▪ Registre de supervision ▪ Registres du système d'information sanitaire ▪ Plateforme DHIS2 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Check liste de vérification de la performance et de la qualité ▪ Maquette de suivi du plan d'action ▪ Cahier de supervision ▪ Registres du système d'information sanitaire ▪ Plateforme de gestion des données sanitaires
Livrables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport d'activité ▪ Rapport de vérification ▪ Rapport de validation ▪ Rapport de performance ▪ Rapport financier ▪ Rapport des matières 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport de contre vérification ▪ Rapport de validation ▪ Rapport de performance ▪ Rapport d'activité ▪ Rapport de supervision 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport de contre vérification ▪ Rapport de validation ▪ Rapport d'activité ▪ Rapport de vérification ▪ Rapport de performance ▪ Rapport de supervision ▪ Rapport de comptabilité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport de contre vérification ▪ Rapport de validation ▪ Rapport de performance ▪ Rapport d'activité ▪ Rapport de supervision ▪ Rapport monitoring des activités 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport de contre vérification ▪ Rapport de validation ▪ Rapport d'activité ▪ Rapport de vérification ▪ Rapport de performance ▪ Rapport de supervision ▪ Rapport monitoring des activités 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport de contre vérification ▪ Rapport de validation ▪ Rapport de performance ▪ Rapport d'activité ▪ Rapport monitoring des activités

● **LA.2.2.** Intégration du système de transmission de l'information

Il s'agit, en relation avec les orientations du manuel de procédures du Système d'information sanitaire et social de créer un mécanisme pour la collecte, le traitement, l'analyse et la mise à disposition des données de qualité dans les délais définis.

● **LA.2.3.** Interconnexion des sous-systèmes d'information existants

Les plateformes de gestion des données existantes doivent adopter un système d'intégration, d'interopérabilité entre elles et l'entrepôt national des données du DHIS2 du MSAS et au besoin, des autres secteurs. L'ensemble des données doivent être capitalisées dans un seul système centralisé et sécurisé.

Ceci permettra d'améliorer la transparence, la redevabilité et la qualité des données.

● **OS 3 : Mise en place d'un système de gouvernance**

● **LA.3.1.** Elaboration d'un cadre législatif et réglementaire

L'élaboration de textes et règlements pour la mise en œuvre du FBP est nécessaire. Il a été retenu pour le cadre législatif et réglementaire de proposer :

- un Décret qui définit les contenus et le champ d'application du FBP ;
- un arrêté interministériel qui définit les modalités de mise en œuvre du FBP ;
- un manuel de procédures administratives, financières et comptables du FBP;
- des modèles de conventions par niveau de prestation.
- **LA.3.2.** Identification des instances de pilotage et de suivi et évaluation

Le pilotage et la gestion du processus du FBP sont assurés par des instances mises en place à tous les niveaux. Il s'agit du :

● **Niveau central**

- Comité national de pilotage (CNP)
- Comité technique national (CTN)
- Structure de coordination nationale de la mise en œuvre du FBP

● **Niveau intermédiaire**

- Comité régional de suivi (CRS)
- Comité départemental de suivi
- Le comité local de suivi

● **LA.3.3.** Définition d'un système d'apprentissage et de capitalisation des bonnes pratiques

Il s'agit de :

- élaborer un plan de suivi des apprentissages et de capitalisation des bonnes pratiques de du FBP qui :
 - décrit le lien entre les interventions du FBP et les résultats sectoriels du PNDSS ;
 - présente les indicateurs retenus pour la mesure des performances ;
 - présente le tableau d'apprentissage et les expériences à capitaliser.
- identifier, documenter, capitaliser et partager les bonnes pratiques.



• **LA.3.4.** Définition d'un mécanisme de gestion des plaintes

Il s'agit de :

- Mettre en place un système d'enregistrement et de gestion des plaintes rapide efficace et accessibles à toutes les parties prenantes ;
- Trouver une solution amiable aux plaintes tout en préservant l'intérêt des plaignants ;
- Mettre en place des canaux de remontées de plaintes sûres et accessibles ;
- Elaborer des outils de recueil et de gestion des plaintes
- Documenter les plaintes ou les abus de diverses natures ;
- Etablir et maintenir un cadre de dialogue et de médiation avec les parties prenantes

VIII. RISQUES ET MESURES DE MITIGATION

Tableau 9. RISQUES ET MESURES DE MITIGATION

Risques majeurs	Mesures de mitigation des risques
Non-respect des critères de validité de la planification	Veiller au respect de critères définis dans le guide de planification du MSAS
Ponction budgétaire	Sécurisation du budget ou un fonds dédié
Réallocation budgétaire en cas de catastrophe	
Surfacturation	Contrôle, vérification et contre vérification
Fraudes	
Surutilisation des services	Plafonnement de la prise en charge
Rétention des données sanitaires	Amélioration du climat social Enquêtes ménages et couverture
Manque de redevabilité	Rapport infra annuel/revue périodique des performances
Retrait des partenaires	Pérennisation des acquis en mettant en place un budget
	Engagement communautaire
	Mobilisation des ressources domestiques
Retard de paiement	Respect des directives
Manque d'appropriation	Démarche participative et inclusive
Encrage institutionnelle	Textes réglementaires
	Instance de coordination logé au plus haut niveau

ANNEXES

● ANNEXE : 1

Tableau 10. RESULTATS DE L'EVALUATION DES MECANISMES D'ACHAT STRATEGIQUE (MAS)

Mécanisme d'achat stratégique (MAS)	Critères	Items	Contenu	Score items	Score Final (Points)	Observations	
BUDGET PRO-GRAMME	Pertinence	Réponse aux besoins identifiés	Objectifs en parfaite cohérence avec les priorités du secteur	10	20/20		
		En rapport avec les objectifs du PNDSS et de la SNFS	Indicateurs alignés au PNDSS et à la SNFS	10			
	Efficacité	Production de résultats attendus	Bonne évolution des indicateurs	Qualité des soins améliorée	10	10/15	
	Pérennité	Participation à toutes les étapes du processus	Viabilité sur le plan institutionnel	Participation de différents acteurs aux instances de gestion et de suivi	7.5	15/15	Seule la démarche du BP a été évaluée
		Engagement des acteurs	Engagement des prestataires dans la mise en œuvre	7.5			
		Engagement financier suffisant					
	Faisabilité	Facilité d'utilisation	Capitalisation des expériences	Existence de compétences formées sur le mécanisme d'achat	6	13/15	
		Faisabilité socioculturelle et financière	Accepté par les parties prenantes	7	Mobilisation de ressources nécessaires		
Impact	Effets bénéfiques sur les populations	Bonne évolution des indicateurs	Effets bénéfiques sur les pratiques et comportements	11	11/15	Mise en œuvre non achevée	
Efficienne	Résultats souhaités avec ressources raisonnables	Analyse des ressources difficiles mais résultats obtenus appréciables	7	7/10	Insuffisance de données sur les coûts des interventions		

Mécanisme d'achat stratégique (MAS)	Critères	Items	Contenu	Score items	Score Final (Points)	Observations
BUDGET PRO-GRAMME	Equité	Equité, justice	Respect de l'équité dans la répartition des ressources	3	7/10	Des efforts doivent encore être consentis sur la part accordée à la protection sociale
		Prise en compte des besoins spécifiques des deux sexes	Indicateurs en rapport avec la santé de la mère et de l'enfant	4		L'équité territoriale doit être améliorée
				83	83/100	Il faut partager les critères d'allocation des ressources

MAS	Critères	Items	Contenu	Score items	Score Final (Points)	Observations	
FINANCEMENT DIRECT	Pertinence	Réponse aux besoins identifiés	Objectifs en parfaite cohérence avec les priorités du secteur	10	20/20		
		En rapport avec les objectifs du PNDSS et de la SNFS	Indicateurs alignés au PNDSS et à la SNFS	10			
	Efficacité	Production de résultats attendus	Bonne évolution des indicateurs	Qualité des soins améliorée	12	12/15	
	Pérennité	Participation à toutes les étapes du processus	Viabilité sur le plan institutionnel	Participation de différents acteurs aux instances de gestion et de suivi	7	11/15	Faible portage institutionnel par le MSAS
Engagement des acteurs		Engagement des prestataires dans la mise en œuvre	Engagement financier insuffisant	4	Financement mixte (Etat, CT et PTF)		Mis à l'échelle dans 4 régions

Mécanisme d'achat stratégique (MAS)	Critères	Items	Contenu	Score items	Score Final (Points)	Observations
FINAN- CEMENT DIRECT	Faisabilité	Facilité d'utili- sation,	Capitalisation des expériences	6,5	13,5/15	
			Existence de com- pétences formés sur le mécanisme d'achat			
		Faisabilité so- cioculturelle et financière	Accepté par les parties prenantes	7		
			Mobilisation de ressources néces- saires			
	Impact	Effets béné- fiques sur les populations	Bonne évolution des indicateurs	13	13/15	Incitation à l'amélioration des pratiques
			Effets bénéfiques sur les pratiques et comportements			Expérience réussie dans la région de Kaffrine (région pilote)
	Efficienne	Résultats souhaités avec ressources rai- sonnables	Analyse des res- sources difficile mais résultats ob- tenus appréciables	8	8/10	
	Equité/ genre	Equité, justice	Respect de l'équité dans la répartition des ressources	3	7/10	
		Prise en compte des besoins spécifiques des deux sexes	Indicateurs en rapport avec la santé de la mère et de l'enfant	4		
					84,5	84,5/100
MAS	Critères	Items	Contenu	Score item	Score final	Observations
FBR	Pertinence	Réponse aux be- soins identifiés	Objectifs en par- faite cohérence avec les priorités du secteur	10		Objectif général est de contri- buer à l'amé- lioration de la performance du système de san- té au Sénégal.
		En rapport avec les objectifs du PNDS et de la SNFS	Indicateurs alignés au PNDSS et à la SNFS	10	20/20	Indicateurs de gouvernance, SMNI, lutte contre la mala- die, SIS, ...
	Efficacité	Production de résultats attendus	Bonne évolution des indicateurs	14	14/15	Existence de score qualité des soins
	Qualité des soins améliorée		Effectivité de la bonne évolution des indicateurs choisis			

Mécanisme d'achat stratégique (MAS)	Critères	Items	Contenu	Score items	Score Final (Points)	Observations
FBR	Pérennité	Participation à toutes les étapes du processus	Viabilité sur le plan institutionnel	7	12/15	Existence d'un arrêté ministériel
			Participation de différents acteurs aux instances de gestion et de suivi			Insuffisance de portage du niveau central
		Engagement des acteurs	Engagement des prestataires dans la mise en œuvre	5		Engagement effectif des prestataires
			Engagement financier insuffisant Financé exclusivement par les bailleurs			Absence de financement de l'Etat pour pérenniser le programme
	Faisabilité	Facilité d'utilisation	Capitalisation des expériences,	7	13,5/15	Rapport revue des mécanismes d'achat stratégiques qui préconise le model FBR
			Existence de compétences formées sur le mécanisme d'achat			Expérience utilisée par d'autres programmes (vaccination Covid,)
		Faisabilité socioculturelle et financière	Acceptés par les parties prenantes	6		Existence de pool de formateurs
			Mobilisation de ressources nécessaires			Acceptés par les parties prenantes
	Impact	Effets bénéfiques sur les populations	Bonne évolution des indicateurs	14	14/15	Existence de score qualité des soins
			Effets bénéfiques sur les pratiques et les comportements			Effectivité de la bonne évolution des indicateurs choisis
					Prise d'initiatives et responsabilité des prestataires	

Mécanisme d'achat stratégique (MAS)	Critères	Items	Contenu	Score items	Score Final (Points)	Observations
FBR	Efficience	Résultats souhaités avec ressources raisonnables	Analyse des ressources difficile mais résultats obtenus appréciables	8,5	8,5/10	Lenteur notée dans les procédures de décaissement des Fonds
						Bonne évolution des indicateurs
	Equité/genre	Equité, justice	Respect de l'équité dans la répartition des ressources	4,5	9-10	Existence d'un outil indice qui permettait la répartition des bonus
Prise en compte des besoins spécifiques des deux sexes		Indicateurs en rapport avec la santé de la mère et de l'enfant	4,5	12 indicateurs sur 15 sont liés à la santé de la mère et de l'enfant		
				91	91/100	

MAS	Critères	Items	Contenu	Score Item	Score Final	Observations	
CPOM	Pertinence	Réponse aux besoins identifiés	Planification en fonction des besoins identifiés	20	20/20		
		En rapport avec les objectifs du PNDSS	Objectifs en parfaite cohérence avec les priorités du secteur				
			Indicateurs alignés au PNDSS				
	Efficacité	Production de résultats attendus	Investissements	12	12/15		
			Qualité des soins améliorée				
Pérennité	Participation à toutes les étapes du processus	Viabilité sur le plan institutionnel	10	10/15			
		Participation de différents acteurs aux instances de gestion et de suivi					
Faisabilité	Engagement des acteurs	Engagement des prestataires dans la mise en œuvre	13	13/15			
		Financement par Etat mais insuffisant Engagements souvent non respectés					
Faisabilité	Facilité d'utilisation	En cours de généralisation	13	13/15			
		Mobilisation de ressources nécessaires					

Mécanisme d'achat stratégique (MAS)	Critères	Items	Contenu	Score items	Score Final (Points)	Observations
CPOM	Impact	Effets bénéfiques	Amélioration Plateau technique	13	13/15	
			Augmentation des recettes propres			
	E f f i - cience	Résultats souhaités avec ressources raisonnables	Analyse des ressources difficile mais résultats obtenus appréciables	7	7/10	
	Equité	Equité, justice	Répartition des ressources en fonction des besoins exprimés	6	6-Oct	
				81	81/100	

● ANNEXE 2

Tableau 11. OUTILS ET LIVRABLES SELON LES NIVEAUX

Outils/ Livrables	Niveau central	Niveau intermédiaire	EPS	Niveau Opérationnel		
				DISTRICT	CS - PS	Case de santé
OUTILS	<ul style="list-style-type: none"> Maquette de suivi du PTA Plateforme DHIS2 Tableau de bord contrôle de gestion Grille de supervision Grille de vérification Check liste Outils de gestion des ressources humaines (IHRIS) 	<ul style="list-style-type: none"> Check liste de vérification de la performance et de la qualité Maquette de suivi du PTA Plateforme DHIS2 Grille de supervision Grille de vérification Check liste Outils de gestion des ressources humaines (IHRIS) 	<ul style="list-style-type: none"> Check liste de vérification de la performance et de la qualité Maquette de suivi du PTA Registre de supervision Registres du système d'information sanitaire Plateforme DHIS2 	<ul style="list-style-type: none"> Check liste de vérification de la performance et de la qualité Maquette de suivi du PTA Maquette de suivi du Plan d'Action CDS Registre de supervision Registres du système d'information sanitaire DHIS2 	<ul style="list-style-type: none"> Check liste de vérification de la performance et de la qualité Maquette de suivi du PTA Maquette de suivi du Plan d'Action CDS Registre de supervision Registres du système d'information sanitaire Plateforme DHIS2 	<ul style="list-style-type: none"> Check liste de vérification de la performance et de la qualité Maquette de suivi du plan d'action Cahier de supervision Registres du système d'information sanitaire Plateforme de gestion des données sanitaires
Livrables	<ul style="list-style-type: none"> Rapport d'activité Rapport de vérification Rapport de validation Rapport de performance Rapport financier Rapport des matières 	<ul style="list-style-type: none"> Rapport de contre vérification Rapport de validation Rapport de performance Rapport d'activité Rapport de supervision 	<ul style="list-style-type: none"> Rapport de contre vérification Rapport de validation Rapport d'activité Rapport de vérification Rapport de performance Rapport de supervision Rapport de supervision Rapport de compabilité 	<ul style="list-style-type: none"> Rapport de contre vérification Rapport de validation Rapport de performance Rapport d'activité Rapport de vérification Rapport de supervision Rapport de supervision Rapport monitoring des activités 	<ul style="list-style-type: none"> Rapport de contre vérification Rapport de validation Rapport de performance Rapport de vérification Rapport de performance Rapport de supervision Rapport de supervision Rapport monitoring des activités 	<ul style="list-style-type: none"> Rapport de contre vérification Rapport de validation Rapport de performance Rapport d'activité Rapport de monitoring des activités

