



REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple – Un But – Une Foi



MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

**Plan stratégique de développement de la
Couverture Maladie Universelle au Sénégal
2013-2017**

Sommaire

Introduction :	7
1. Etat des lieux de la couverture du risque maladie au Sénégal	10
1.1. Les régimes obligatoires	10
1.2. Le régime d'assistance médicale	11
1.3. Le régime mutualiste	12
2. Cadres de politique	14
3. Valeurs et principes de base	16
4. But et objectifs	17
4.1. But	17
4.2. Objectifs	17
4.3. Résultats Attendus	18
5. Approche générale	18
5.1. Stratégie du DECAM	19
5.1.1. Stratégie générale	19
5.1.2. Piliers du DECAM	20
5.2. Phases de la mise œuvre	26
6. Plan d'actions 2013-2017	28
6.1. Régime d'assurance maladie volontaire	28
6.1.1. Domaine d'intervention 1 : Cadres juridique et institutionnel d'appui	28
6.1.2. Domaine d'intervention 2 : Capacités techniques des acteurs	32
6.1.3. Domaine d'intervention 3 : Mise en œuvre au niveau régional et local	37
6.1.4. Domaine d'intervention 4 : Mécanisme de prise en charge des indigents	42
6.2. Régime d'assistance médicale	45
6.2.1. Le plan sésame	45
6.2.2. Accouchements et césariennes	46

6.2.3.	Les autres politiques de gratuité :	47
6.2.4.	Pour la cible des enfants 0-5 ans:	47
6.3.	Régime d'assurance maladie obligatoire	48
6.3.1.	Justification de la réforme.....	48
6.3.2.	Objectifs.....	50
6.3.3.	Activités et contenu.....	50
6.3.4.	Bénéficiaires et acteurs à impliquer	53
6.3.5.	Solutions apportées par la reforme	54
7.	Cadres institutionnels de mise en œuvre et de suivi de la CM.....	56
7.1.	Cadres de suivi et de mise en œuvre du régime d'assurance maladie volontaire.....	56
7.1.1.	Comité national de pilotage	56
7.1.2.	Comités régionaux de suivi.....	56
7.1.3.	Comités départementaux de suivi.....	57
7.2.	Cadre de dépenses et financement.....	58
7.2.1.	Cadre de dépenses à moyen terme	58
7.3.	Suivi et évaluation du régime d'assurance maladie volontaire.....	59
7.3.1.	Indicateurs clés	59
7.3.2.	Rapports des institutions mutualistes.....	59
7.3.3.	Suivi des institutions mutualistes.....	60
7.3.4.	Revue périodiques	60
7.3.5.	Evaluations.....	61
7.4.	Mécanismes de suivi-évaluation de la réforme du régime d'assurance maladie obligatoire.....	62
Annexes :	64

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ARD	Agence Régionale de Développement
ARV	Antirétroviraux
BIT	Bureau International du Travail
CAPSU	Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle
CL	Collectivité locale
CMU	Couverture Maladie Universelle
CONSAS	Concertation Nationales sur la Santé et l'Action Sociale
CDD	Comité Départemental de Développement
CDS	Comité départemental de suivi
CRD	Comité Régional de Développement
CLD	Comité Local de Développement
CRS	Comité Régional de Suivi
CNP	Comité National de Pilotage
DECAM	Décentralisation de l'Assurance Maladie
EDS-MICS	Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples au Sénégal
ESP	Enquête de Suivi de la Pauvreté
EPS	Etablissement Public de santé
FNR	Fonds national de retraite
FNSS	Fonds National de Solidarité Santé
FNGMS	Fonds National de Garantie des Mutuelles Sociales
FDS	Fonds Départemental de Solidarité

ICAMO	Institut de coordination de la l'assurance maladie obligatoire
IEC/CCC	Information Education et Communication /Communication pour le Changement de Comportement
IRA	Insuffisance respiratoire aigue
IPM	Institutions de Prévoyance Maladie
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite au Sénégal
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MS	Mutuelle de santé
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONAMS	Office National de la Mutualité Sociale
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PCMS	Plan Comptable des Mutuelles Sociales
PMB	Paquet minimum de base
PC	Paquet complémentaire
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PTF	Partenaire technique et financier
SNDES	Stratégie Nationale de Développement Economique et Social
SNPS	Stratégie Nationale de Protection Sociale
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
UAEL	Union des Associations des Elus Locaux
UCAD	Université Cheikh Anta Diop
UEMOA	Union Economique Monétaire Ouest Africain

URMS	Unions Régionale des Mutuelles de Santé
-------------	---

Introduction :

L'accessibilité aux services et soins de santé de base pour l'ensemble de la population est restée une priorité des gouvernements successifs depuis l'indépendance du Sénégal. Malgré les efforts réalisés en matière d'investissement public dans la santé, de couverture sanitaire passive et d'amélioration du fonctionnement des structures sanitaires publiques, l'évolution du système de santé du pays n'a pas favorisé l'équité dans l'accès aux soins de santé, la protection financière des ménages, et l'équité dans le financement dans la santé.

En effet, le Sénégal a institué dès les années 1960-70s des systèmes d'assurance sociale basés sur l'emploi dans le secteur formel de l'économie, à travers les institutions de prévoyance maladie (IPM) et les imputations budgétaires. A l'instar des pays en développement qui ont instauré des systèmes d'assurance sociale, il était attendu qu'avec la formalisation de l'économie et l'extension de l'économie moderne, la couverture des systèmes d'assurance maladie serait étendue à la majorité de la population avec le temps. En conséquence des faibles progrès dans la formalisation de l'économie, les systèmes d'assurance sociale basés sur l'emploi ont fait face à une contrainte majeure pour étendre la couverture maladie à la majorité de la population. Ainsi, l'architecture institutionnelle de la couverture du risque maladie, vieille de 50 ans, n'offre l'opportunité de couverture du risque maladie qu'aux familles sénégalaises dont le chef est employé dans le secteur moderne de l'économie qui sont parmi les familles les plus aisées de la population.

Par ailleurs, plusieurs réformes ont été initiées dans le secteur de la santé depuis la fin des années 80s dans le cadre plus large des efforts d'ajustement structurel de l'économie dont : la mise en œuvre du recouvrement des coûts suite à l'Initiative de Bamako depuis 1992; les réformes des statuts des structures sanitaires les incitant à faire de l'équilibre financier une priorité nécessitant une bonne politique de recouvrement des coûts. Ces réformes ont permis une amélioration du fonctionnement des structures sanitaires en termes de disponibilité en médicaments et de leur viabilité financière. Elles ont, cependant, eu un impact négatif sur l'accessibilité financière aux soins de santé pour la majorité des populations qui ne bénéficient pas des systèmes d'assurance sociale en général, pour les plus pauvres en particulier.

La combinaison de l'évolution des systèmes d'assurance sociale et des réformes dans le secteur public de la santé a laissé en rade la majorité des sénégalais employés dans les secteurs ruraux et informels. En conséquence, les systèmes de financement de la santé du pays ont pris une trajectoire où les contraintes d'accessibilité financière aux soins de santé et l'exposition aux dépenses catastrophiques associées aux soins de santé sont devenues des sources d'exclusion dans la santé, d'inégalités sociales et d'appauvrissement des ménages. En somme, le système de couverture maladie n'est plus adapté aux aspirations et exigences démocratiques et d'éradication de la pauvreté du Sénégal actuel.

Face à ce défi et conformément à son mandat, le Ministère chargé de la santé a lancé depuis 2007 des débats de politiques sur la couverture du risque maladie des sénégalais. Ces débats se sont inscrits en droite ligne des orientations stratégiques en matière d'amélioration de l'accès aux services sociaux de base et d'extension de la protection sociale des documents de stratégie de réduction de la pauvreté du Sénégal. Les débats ont été engagés avec les parties prenantes du financement de la santé et de la protection sociale dans la santé : ministères techniques, partenaires sociaux, acteurs internes du mouvement mutualiste, société civile, partenaires au développement.

Les débats de politiques ont été informés par les leçons globales de l'histoire du développement vers la couverture maladie universelle (CMU). Il est largement reconnu maintenant que la solidarité, la bonne gouvernance, la volonté politique et le leadership à plusieurs niveaux sont des conditions nécessaires au développement vers la CMU. En outre, les pays en développement combinent le financement public, les mécanismes d'assurance sociale et d'assurance communautaire dans les réformes des systèmes de financement de la santé vers la CMU pour mitiger les contraintes institutionnelles associées à l'importance du secteur informel. Il est aussi largement reconnu qu'il n'existe pas un modèle universel de CMU et que chaque pays doit développer sa propre voie adaptée à ses réalités économiques, sociales et culturelles. Enfin, il est largement admis que le partage des meilleures pratiques, l'expérimentation et la capitalisation cumulative des expériences sont nécessaires pour soutenir le développement cumulatif d'un modèle adapté aux réalités nationales. Les résultats de ces débats de politiques ont été intégrés dans la Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-20018) et sont reprises dans la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES 2013 – 2017).

Ces débats de politiques ont été poursuivis au cours des concertations nationales sur la santé et l'action sociale de janvier 2013 (CONSAS 2013) souhaitées et présidées personnellement par le Chef de l'Etat. En effet, suite aux élections présidentielles de 2012, le Sénégal s'est trouvé dans un environnement politique plus que favorable, où les plus hautes autorités du pays ont érigé la CMU parmi les priorités les plus importantes du nouveau régime. Ainsi, les opportunités et l'espace politique ont été ouverts pour engager les réformes nécessaires sur le plan législatif, réglementaire et institutionnel vers la CMU. C'est pourquoi, le ministère chargé de la santé a lancé les CONSAS dès septembre 2012 afin de bâtir un consensus national autour des réformes à entreprendre dans le secteur de la santé et de l'action sociale pour renforcer de façon durable l'accès à des services de santé de qualité dans un contexte de gouvernance améliorée et de gestion axée sur les résultats. Plus spécifiquement, les CONSAS ont visé, entre autres, la création des conditions juridiques, matérielles et techniques pour accélérer la mise en œuvre de la stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie en vue d'une couverture universelle durable en se fondant sur l'histoire, les expériences, les forces et les faiblesses des systèmes de couverture maladie qui existent dans le pays. Les régimes existants de couverture maladie ont fait l'objet de plusieurs débats au cours des CONSAS pour une meilleure compréhension de la situation actuelle de la couverture maladie dans le pays.

La compréhension de la situation actuelle de la couverture maladie, les orientations stratégiques du PNDS 2009-2018, de la SNDES 2013-2017 et les recommandations des CONSAS ont servi de base à

la tenue d'un atelier national d'élaboration du plan d'action pour l'extension de la couverture maladie universelle de base, à travers les mutuelles de santé en mars 2013.

Le plan d'action 2013-2017 pour l'extension de la couverture maladie universelle de base à travers les mutuelles de santé repose sur la vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion à l'horizon 2022. Il s'articule autour de sept (07) sections : la première partie porte sur l'état de la couverture du risque maladie au Sénégal à travers les régimes existants : les régimes obligatoires, l'assistance médicale et les organisations mutualistes. Les cadres de politiques au plan international, sous régional et national sur lesquels sont adossées les décisions gouvernementales en matière de CMU sont rappelés dans la deuxième section alors que les valeurs et principes de base qui sous-tendent les mesures et actions vers la CMU sont discutés dans la troisième section. La section quatre définit le but, les objectifs et les résultats attendus du plan d'action. L'approche générale, les piliers et les phases de mise en œuvre du DECAM sont déclinés dans la cinquième partie. Ils constituent les fondations du plan d'action 2013-2014 qui est développé dans la section six à travers les domaines d'intervention, les lignes d'action, les extrants rattachés aux lignes d'action et les activités clés à mener pour réaliser les extrants. Enfin, la section sept identifie les cadres institutionnels de mise en œuvre au niveau national, régional et départemental ainsi que les cadres de dépenses et de financement et le système de suivi-évaluation du plan d'action.

1. Etat des lieux de la couverture du risque maladie au Sénégal

Au Sénégal, seulement une minorité de la population bénéficie d'une couverture sociale pour la prise en charge de ses frais médicaux, à travers les trois régimes existants : les régimes obligatoires, l'assistance médicale et les organisations mutualistes.

1.1. Les régimes obligatoires

Les régimes obligatoires sont constitués par les systèmes de prise en charge des fonctionnaires à travers l'imputation budgétaire et des salariés du secteur privé qui sont assurés dans le cadre des institutions de prévoyance maladie (IPM).

Le régime obligatoire des fonctionnaires et agents non fonctionnaires de l'Etat ainsi que leurs ayants-droits est régi par le décret N°72-215 du 7 mars 1972 relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires. Ce système est financé par le budget de l'Etat (imputation budgétaire) qui permet une prise en charge partielle (80%) des soins médicaux ; les médicaments sont à la charge du malade. Environ 300.000 bénéficiaires (66.000 agents et leurs ayant-droits) sont couverts à travers ce système

La protection des salariés permanents des entreprises privées et publiques, ainsi que leurs ayants-droits, est assurée dans le cadre des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM), régies par la loi du 30 avril 1975 relative aux Institutions de Prévoyance Sociales et le décret N° 75-895 du 14 août 1975 portant organisation des IPM d'entreprise ou inter-entreprises. Les IPM assurent la prise en charge des soins médicaux et des médicaments pour les bénéficiaires dans une fourchette autorisée de prise en charge de 40 à 80% du montant des prestations. Environ 700.000 bénéficiaires (dont 120.000 salariés) sont couverts à travers le mécanisme d'assurance sociale des IPM.

Enfin les retraités qui ont occupé des emplois salariés et leurs ayants-droits bénéficient par le canal de l'Institution de Prévoyance Retraite au Sénégal (IPRES) mise en place par décret en 1975, d'une couverture médicale contributive. Dans ce régime, une cotisation maladie est régulièrement prélevée sur les pensions et en contrepartie l'IPRES couvre partiellement les frais médicaux de ses bénéficiaires.

Les catégories de la population couvertes par ces systèmes obligatoires représentent moins de 20% de la population du pays ; par ailleurs, la couverture dont elles bénéficient n'est que partielle (50% à 80% des frais liés à la maladie). Les IPM étaient confrontées depuis de longues années à des difficultés structurelles. Une réforme des IPM est en cours : elle vise globalement à améliorer l'efficacité et l'efficacité du système de l'assurance maladie obligatoire. Elle a permis la réactualisation du cadre juridique des IPM à travers le décret du 7 Août 2012 afin d'adapter leurs paramètres techniques au contexte économique et social actuel.

1.2. Le régime d'assistance médicale

L'assistance médicale concerne les initiatives de gratuités mises en œuvre par le ministère de la santé et de l'action sociale et tous les mécanismes d'exemption en faveur des indigents. Pour les politiques de gratuité il s'agit notamment : (i) des accouchements et césariennes ; (ii) de la gratuité des soins aux personnes âgées (carte Sésame); (iii) de l'accès gratuit aux antirétroviraux (ARV) et aux médicaments antituberculeux. En plus, certaines affections à soins coûteux font l'objet de subventions pour abaisser leurs coûts de traitement (diabétiques, cancer, insuffisance rénale, etc.). Au plan politique, la gratuité des accouchements et des césariennes et le plan SESAME traduisent surtout un engagement fort de l'Etat à assurer la couverture médicale des femmes enceintes et des personnes âgées.

Le plan sésame a offert à 70% des personnes âgées soit 450 000 bénéficiaires l'opportunité d'accéder gratuitement à des soins de santé. La seule condition d'éligibilité est l'âge de 60 ans, attesté par une carte d'identité numérisée et la délivrance relativement aisée des documents pour la prise en charge. La gestion est du ressort d'un conseil national de suivi et d'évaluation présidé par le Ministère de la santé et élargi aux institutions d'assurance vieillesse, à la faculté de médecine et aux associations représentatives de personnes âgées.

Le non-respect de la référence et contre référence, la non définition du paquet de soins éligible ainsi que l'absence de critères d'exclusion constituent les principales contraintes liées à la gestion du plan SESAME. Par ailleurs, les structures de santé éprouvent parfois des difficultés à fournir les médicaments et prescrivent des ordonnances que la personne âgée doit acheter dans les officines privées. Les remboursements en médicaments accusent une lenteur préjudiciable à la prise en charge des bénéficiaires. La vérification du coût des prestations offertes aux personnes âgées ainsi que la régularité des pièces justificatives donne lieu à des contentieux (rejet de certaines factures). Un hôpital dont la facture présentée pour paiement n'est pas validée peut être confronté à des difficultés. Enfin, les financements alloués sont nettement insuffisants pour certains établissements et il s'y ajoute que le plan sésame a accumulé des arriérés de paiement de 579 millions FCFA due aux différentes structures sanitaires du pays

L'initiative portant sur la gratuité des accouchements et des césariennes a été lancée en décembre 2004, par le Ministère de la Santé pour être effective à partir du 1er janvier 2005. Elle concerne, les accouchements dans les centres de santé et les postes de santé, les césariennes dans les centres de santé à SOU (Soins Obstétricaux d'Urgence) et dans les hôpitaux à l'exception de Dakar. Cette Initiative devrait grâce à une fréquentation plus élevée des formations sanitaires et une augmentation des accouchements assistés, contribuer à réduire, de manière significative la mortalité maternelle entre 1990 et 2015 avec des repères en 2000 et 2010. Placée sous la tutelle technique de la Direction de la Santé, cette initiative sur le plan stratégique est gérée par un comité de pilotage et, sur le plan opérationnel par la Division des Soins de Santé Primaires, puis à partir de novembre 2005, par la Division de la Santé de la Reproduction.

Cette initiative a, dans un premier temps, été lancée dans cinq régions présentant un niveau élevé de pauvreté. Le 1er janvier 2005 à Kolda et Ziguinchor. Un mois plus tard, soit le 1er février à Fatick, Matam et Tambacounda. A partir de 2006, elle a été généralisée uniquement pour la césarienne dans toutes les autres régions (à l'exception de Dakar).

En prévision de son démarrage, le Ministère de la Santé avait au courant du dernier trimestre 2004, mis en place d'importants moyens notamment le versement à la PNA, d'une somme de 310 249 000 de francs CFA pour garantir la disponibilité d'un stock de 2000 kits d'accouchements et 437 kits de césariennes, et un préfinancement des hôpitaux de 20 735 000 francs CFA par hôpital.

Il faut noter également que la Direction de l'Action Sociale a mis en place depuis 2003 une ligne budgétaire utilisée comme fonds de solidarité pour améliorer l'état sanitaire des personnes démunies sans couverture médico-sociale. Les paquets de services concernent tous les actes médicaux prescrits par le médecin traitant et ils sont offerts par la structure hospitalière partenaire (consultations, imageries médicales, analyses, hospitalisation, interventions chirurgicales, soins médicaux...) à l'exception des frais d'ordonnances. La source de financement est étatique avec un budget en baisse d'année en année (140 millions en 2010, 60 en 2011 et 40 en 2012.)

Toutes ces initiatives de gratuités et de subventionnement ont répondu à leur objectif en termes d'augmentation de la consommation des soins et d'amélioration des indicateurs de santé (surtout pour les accouchements et les césariennes). On a également noté une augmentation de la qualité des soins grâce à la possibilité d'intervenir tout de suite (réduction du temps de latence) et une augmentation de l'équité face aux soins puisque la prise en charge ne dépend plus de son coût. Cependant elles rencontrent beaucoup de difficultés liées principalement à l'insuffisance des ressources allouées aux modalités de gestion, aux systèmes de ciblage et à l'insuffisance de la communication en direction des bénéficiaires.

1.3. Le régime mutualiste

Les mutuelles de santé au premier franc sont constituées essentiellement des mutuelles de santé communautaires. La population cible des mutuelles de santé est constituée essentiellement des acteurs du secteur informel et du secteur rural qui ne sont pas éligibles aux régimes obligatoires d'assurance maladie et qui représentent près de 80% de la population sénégalaise. Sur la base des données fournies par la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES 2013-2017), le taux de couverture de la population cible par les mutuelles de santé était de 13,6% en 2012 alors que les cibles de la SNDES pour l'horizon 2013-2017 sont : 27,40% en 2013 ; 46,32% en 2014 ; 50,50% en 2015 ; 60,30% en 2016 et 65,5% en 2017.

Le faible taux de pénétration des mutuelles de santé s'explique par la faible attractivité des paquets de prestations offerts par les mutuelles de santé, en raison de la faiblesse des montants de cotisations et des taux de prise en charge. En effet, dans la situation actuelle, 58 % des mutuelles ont des taux de

cotisation qui n'excèdent pas 200 FCFA par personne et par mois. Ce faible montant de cotisation oblige la plupart des mutuelles à ne prendre en charge que les petits risques à des taux variant entre 50% et 75% selon les prestations. En plus, 72% des mutuelles ne prennent pas en charge les ordonnances à acheter dans les pharmacies privées alors qu'elles constituent l'une des premières doléances des adhérents.

Le cadre juridique des mutuelles se limite pour l'essentiel à la loi N° 2003- 14 du 4 juin 2003 et à son décret N° 2009 – 423 du 27 avril 2009 relatifs aux mutuelles de santé et enfin au règlement N° 07- 2009 CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA. Le Règlement communautaire UEMOA prévoit la mise en place dans chaque état membre d'un organe administratif chargé du suivi des activités des mutuelles et d'un fonds de garantie pour sauvegarder les intérêts des membres adhérents en cas de défaillance de la mutuelle. Le Sénégal a fait des avancées significatives dans la mise en œuvre du Règlement communautaire à travers l'élaboration de projets de décrets portant organisation et fonctionnement de ces deux structures.

En plus des mutuelles de santé communautaires, les mutuelles de santé complémentaires sont en grande partie créées par les agents de l'Etat soucieux d'élargir la gamme des prestations de soins dont ils bénéficient par ailleurs grâce aux imputations budgétaires. Elles offrent à leurs adhérents une couverture complémentaire appréciable et des garanties plus conséquentes pour ce qui concerne surtout le moyen risque (ordonnances pharmaceutiques ...). Elles ont une base d'adhésion assez large et une capacité financière importante. Elles sont fonctionnelles, stables et parviennent à fidéliser leurs adhérents.

De manière générale, les faiblesses notées dans le fonctionnement des mutuelles de santé sont liées entre autres aux paquets de prestations trop limitées, à la gouvernance, au faible taux de pénétration et à l'insuffisance de l'appui de l'Etat et des collectivités locales. Globalement, les mutuelles de santé souffrent d'un déficit de personnel qualifié et leurs outils de gestion ne sont pas harmonisés ; elles ont une capacité assez faible à fournir avec régularité des informations fiables puisqu'elles ne disposent pas pour la plupart d'un système de gestion informatisé et de suivi-évaluation opérationnels. L'absence d'une politique de contractualisation spécifique ne facilite pas les relations entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins. La faible implication de l'Etat, des collectivités locales et du personnel de santé dans la promotion des mutuelles constituent un handicap lourd pour les mutuelles communautaires. Il en est de même de la faiblesse dans la coordination des interventions d'appui aux mutuelles.

2. Cadres de politique

Les mesures à prendre pour étendre significativement la couverture maladie parmi la population sénégalaise sont fondées sur des cadres de politiques au plan international et national qui sous-tendent les décisions gouvernementales en matière de couverture sanitaire.

Le Sénégal est partie prenante des efforts en cours au niveau international pour créer un environnement favorable à l'extension de la couverture du risque maladie. Le mouvement international pour la promotion de la CMU dans les pays pauvres s'est amplifié au cours de ces dix dernières années. Les progrès notés dans certains pays en développement, notamment le Rwanda et le Ghana, ont démontré que la CMU est possible dans les pays à faibles revenus. En 2005, la 58^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé a adopté à l'unanimité une résolution qui urge les pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à développer des systèmes de financement de la santé pour fournir à toute leur population un accès aux services de santé de qualité.

Au niveau régional, les Chefs d'Etat Africains se sont engagés depuis 2001 à Abuja d'allouer au moins 15% de leur budget national pour l'amélioration du secteur de la santé. En outre, le Conseil des Ministres de l'UEMOA a adopté en juin 2009 un Règlement portant réglementation des mutuelles sociales au sein des pays membres de l'union dont l'objectif est de mettre en place une réglementation uniforme et efficace pour assurer la promotion des mutuelles sociales, dont les mutuelles de santé, dans l'espace UEMOA.

Le 12 décembre 2012, la 67^{ème} session de l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution sur la CMU. Cette résolution appelle chaque Etat membre de l'ONU à éviter de recourir au paiement direct des soins par les usagers et à financer son système de santé par le biais de mécanismes plus équitables et solidaires. L'Assemblée générale exhorte ainsi les gouvernements à intensifier leurs efforts pour accélérer la transition vers l'accès universel à des services de santé de qualité et à des prix abordables.

Au niveau interne, le Sénégal dispose de cadres de politique complémentaires qui constituent des bases solides pour faire face aux défis de l'extension de la couverture maladie. Le droit à la santé, et à un environnement sain, est garanti par l'article 8 de la Constitution du Sénégal de 2001. Par ailleurs, la Constitution stipule, dans son article 17 que l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique et morale de la famille, et en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées.

Les réformes de décentralisation administrative et politique du Sénégal ont toujours constitué des leviers sur lesquels les réformes dans le secteur de la santé se sont appuyées pour améliorer les performances du système de santé. Les réformes de décentralisation administrative au début des années 70 ont favorisé la décentralisation des services de santé, l'amélioration de l'accessibilité géographique et de la couverture des programmes prioritaires de santé publique. A travers les réformes

de décentralisation administrative de 1996, le gouvernement du Sénégal a dévolu le pouvoir de décision en matière de santé et une partie du financement des services de santé aux collectivités locales. Les réformes de 1996 ont également aménagé des cadres de partenariats et de solidarité pour les collectivités locales afin qu'elles puissent agir collectivement pour faire face aux problèmes communs de développement: groupements intercommunautaires, groupements mixtes, ententes, etc. Elles ont aussi réaménagé les relations fiscales et les cadres et instruments de contractualisation entre l'Etat et les collectivités locales.

Les expériences accumulées à travers les politiques de décentralisation du pays, notamment l'ancrage territorial des collectivités de base (communautés rurales, communes) et l'adaptation des systèmes nationaux de statistiques et de planification de plusieurs secteurs à l'environnement institutionnel mis en place par le Code des Collectivités Locales, constituent des leviers importants sur lesquels le Sénégal devrait s'appuyer pour progresser rapidement vers la couverture maladie universelle.

Les orientations stratégiques en matière de protection sociale ont été adaptées dans le secteur de la santé en se focalisant sur la couverture du risque maladie. Le Ministère chargé de la santé a lancé depuis 2007 une réflexion sur la couverture du risque maladie des sénégalais qui a abouti à l'adoption de la Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie. Par ailleurs, le Gouvernement du Sénégal a adopté en 2009 le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 qui, en plus de la lutte contre la maladie et la décentralisation des services de santé, a identifié pour la première fois l'extension de la couverture du risque maladie, l'amélioration de la gouvernance sanitaire et la gestion axée sur les résultats parmi ses principales orientations stratégiques.

La Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES) 2013-2017 a clairement défini les orientations politiques du Gouvernement du Sénégal pour l'extension de la protection sociale en général, la couverture du risque maladie en particulier. Les objectifs stratégiques poursuivis pour le renforcement de la protection sociale incluent de : (i) renforcer la sécurité sociale des travailleurs et des retraités ; (ii) améliorer les conditions socio-économiques des groupes vulnérables ; (iii) étendre la protection sociale aux acteurs du secteur informel et aux groupes vulnérables. Un des objectifs stratégiques de la SNDES 2013-2017 en matière de protection sociale est d'**étendre la protection sociale au secteur informel et aux groupes vulnérables par la mise en place d'une couverture maladie universelle de base** à travers :

- le développement des mutuelles de santé,
- l'amélioration des mécanismes de ciblage,
- la mise en place d'un dispositif d'information et de suivi-évaluation,
- la mise en application de la loi d'orientation sociale pour la protection des personnes handicapées,
- l'extension de la gratuité des soins en faveur des groupes vulnérables,
- la création d'une Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle (CAPSU)

Ces cadres de politiques et les orientations stratégiques du PNDS 2009-2018 et de la SNDES 2013-2017 constituent les fondements du présent plan d'action.

3. Valeurs et principes de base

L'extension de la couverture maladie universelle de base dans le secteur informel et rural est fondée sur la synergie entre la solidarité nationale, qui est à la base des interventions de l'Etat, et les valeurs de solidarité et d'entraide mutuelle qui constituent le socle des communautés de base et de la vie associative du Sénégal. La solidarité, l'équité et la justice sociale vont servir de base pour la transformation des systèmes de financement de la santé pour progresser vers la CMU dans le secteur informel et rural. Ces valeurs sont déclinées en principes en tenant compte des spécificités techniques de la santé et du contexte social et politique du pays pour guider les mesures et les actions vers la CMU.

- **Solidarité.** Les mécanismes de partage des risques et de mise en commun des ressources sont fondés sur les valeurs de solidarité et d'entraide mutuelle afin que les bien-portants contribuent au financement de la prise en charge des malades, les catégories sociales les plus aisées contribuent au financement de la prise en charge des services de santé au bénéfice des catégories les plus pauvres.
- **Equité.** L'équité va servir de principe de base pour assurer l'inclusion sociale, l'inclusion des indigents et des groupes vulnérables et l'équité d'accès aux soins. La progressivité dans le financement de la santé va être assurée avec le développement de systèmes d'information permettant de graduer les cotisations sur la base de la capacité des ménages à payer pour les soins de santé.
- **Qualité.** Le paquet minimum de services garantis dans le cadre de la CMU est conçu pour répondre aux standards de qualité. Les services de santé du paquet minimum sont identifiés pour répondre aux besoins et préférences des populations, contribuer à une meilleure santé des bénéficiaires, et protéger les ménages contre les risques financiers associés à la maladie.
- **Efficienc.** Les ressources de la CMU de base sont utilisées pour assurer des services de qualité aux bénéficiaires à travers l'alignement des modalités de paiement des prestataires sur la prestation de services de santé de qualité, le renforcement de la pyramide sanitaire et la minimisation des fuites et des charges administratives,.
- **Bonne gouvernance.** Les relations entre les acteurs sont fondées sur la transparence, la redevabilité et le leadership à plusieurs niveaux pour soutenir la confiance entre les acteurs et en respectant l'autonomie, la responsabilisation et la participation des acteurs.
- **Partenariat.** Le partenariat entre l'Etat, les Collectivités Locales, les Communautés de Base et la Société Civile dans les efforts vers la CMU de base est soutenu par les principes de solidarité et de partenariat du Code des Collectivités Locales.

Les valeurs et principes de base ci-dessus vont guider la conception, la mise en œuvre, l'évaluation et l'adaptation cumulative des systèmes et des mécanismes de financement et de couverture du risque maladie sur la base des expériences pour assurer la pérennité financière et institutionnelle des améliorations de l'accessibilité, de la protection financière dans la santé et de l'état de santé des populations employées dans le secteur informel et rural.

4. But et objectifs

Le Plan d'Action 2013-2017 repose sur la vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion à l'horizon 2022. A travers cette vision, l'Etat s'engage à garantir que chaque Sénégalais soit en bonne santé pour être économiquement et socialement productif et contribuer à la lutte contre les inégalités sociales pour la cohésion sociale et la sécurité d'un Sénégal émergent.

4.1. But

Le but du Plan d'Action 2013-2017 est d'améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé de qualité parmi les populations du secteur informel et rural à travers l'extension de la couverture maladie universelle sur la base des mutuelles de santé. L'atteinte de ce but va permettre à l'Etat de disposer d'instruments de politique complémentaires, en plus de l'amélioration de la disponibilité et de la qualité de l'offre de services à travers les investissements et les dépenses ordinaires du MSAS.

4.2. Objectifs

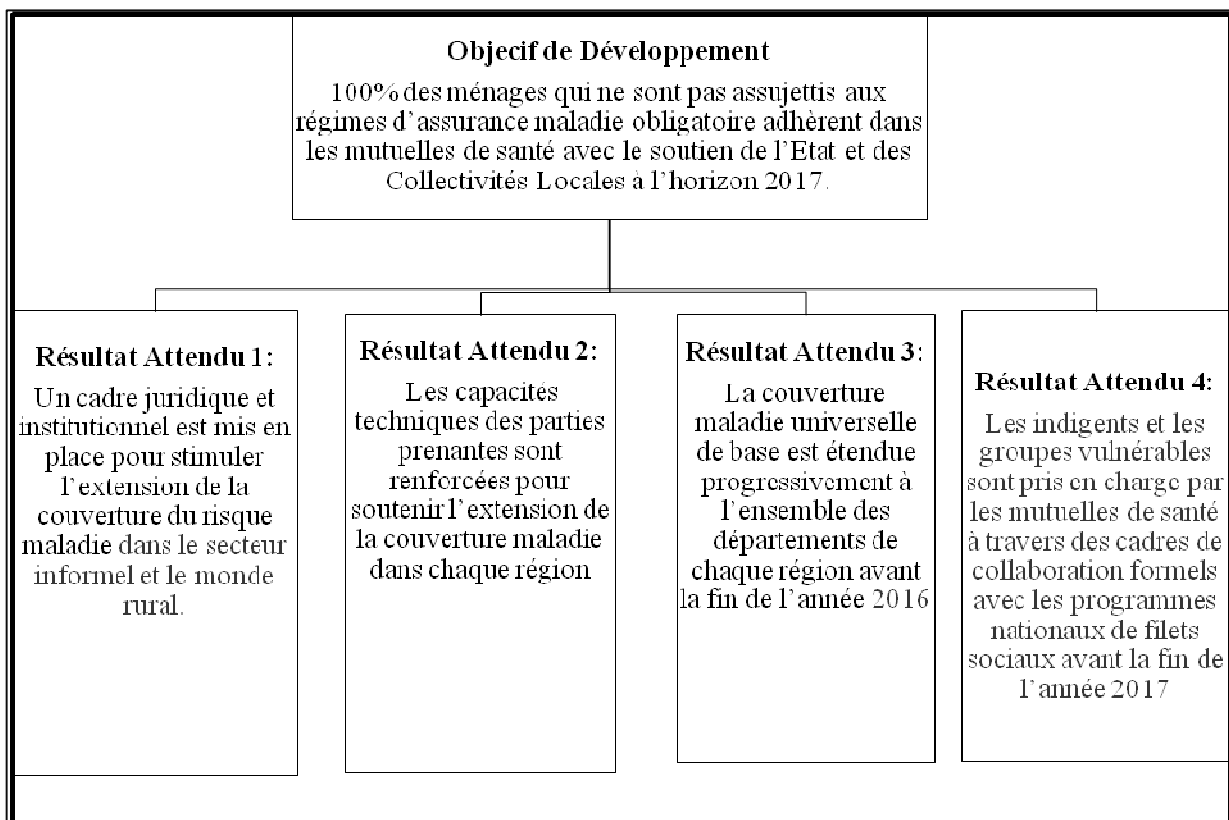
Dans cette perspective, l'objectif général du Plan d'Action 2013-2017 est d'étendre la couverture maladie de base à 100% des populations du secteur informel et du monde rural à travers les mutuelles de santé à l'horizon 2017. Pour atteindre cet objectif général, le Plan d'Action 2013-2017 poursuit les objectifs spécifiques suivants :

1. Mettre en place un environnement juridique et institutionnel favorable pour stimuler l'extension de la couverture du risque maladie dans le secteur informel et le monde rural;
2. Renforcer les capacités techniques des acteurs de développement pour soutenir l'extension de la couverture maladie dans le secteur informel et le monde rural dans toutes les régions du pays;
3. Etendre progressivement la couverture maladie universelle à travers la mise en œuvre du projet décentralisation de la couverture assurance maladie (DECAM) au niveau de chaque région;

4. Renforcer l'interface entre les mutuelles de santé et les filets sociaux pour étendre la couverture maladie aux indigents et aux groupes vulnérables.

4.3. Résultats Attendus

Le cadre logique d'ensemble du Plan d'Action 2013-2017 est fondé sur des mesures et des actions à plusieurs niveaux pour atteindre des résultats dont les effets combinés contribuent durablement à l'extension de la couverture maladie des populations du secteur informel et du monde rural à l'horizon 2017 : Le cadre logique d'ensemble du Plan d'Action 2013-2017 est résumé dans l'Annexe A1. Les résultats attendus sont présentés dans le schéma ci-dessous.



5. Approche générale

Les orientations stratégiques de la SNDES 2013-2017 en matière de protection sociale sont : i) l'extension de la protection sociale au secteur informel et aux groupes vulnérables par la mise en place d'une couverture maladie universelle de base à travers les mutuelles de santé, ii) l'amélioration des mécanismes de ciblage et la mise en place d'un dispositif d'information et de suivi-évaluation, (iii) la

mise en application de la loi d'orientation sociale pour la protection des personnes handicapées, (iv) la mise en place de cadres financiers d'appui (CAPSU, FNSS) et l'extension de la gratuité en soins sanitaires en faveur des groupes vulnérables.

Les orientations de la SNDES 2013-2017 intègrent les principaux axes d'intervention de la stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie et du PNDS 2009-2018. Cette stratégie a été conçue pour faire face au double défi de l'accessibilité financière et de la protection des sénégalais contre les risques financiers associés aux soins de santé. Partant de l'existant et des expériences au Sénégal et dans d'autres pays en développement, la stratégie comprend trois piliers : (i) la réforme des politiques de gratuité des soins pour les rendre plus pérennes à travers la création d'un fonds national de solidarité santé; (ii) la réforme des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) ; et (iii) l'extension de la couverture du risque maladie à travers les mutuelles de santé dans le contexte de la décentralisation. Le premier et le troisième pilier constituent la trame stratégique du projet DECAM.

Le projet DECAM est sous-tendu par le développement progressif d'un système de protection contre le risque maladie des populations vulnérables et la promotion des mutuelles de santé communautaires qui sont, à l'état actuel du niveau de couverture et de l'ampleur des secteurs informels et ruraux dans le pays, les seules à disposer de potentiels pour couvrir la majorité de la population sénégalaise.

5.1. Stratégie du DECAM

5.1.1. Stratégie générale

Le défi majeur de l'extension de la couverture et de l'impact de l'assurance maladie dans les secteurs ruraux et informels a trait à la nécessité de créer une synergie entre les interventions de l'Etat, des collectivités locales et les initiatives communautaires. Pour relever ce défi, le noyau dur de la stratégie du DECAM est la mise en place d'un partenariat effectif entre les mutuelles de santé communautaires, les collectivités locales et l'Etat pour étendre l'impact de la couverture du risque maladie dans les secteurs informels et ruraux.

L'Etat, les collectivités locales et les mutuelles de santé communautaires partagent les mêmes valeurs fondatrices de solidarité, disposent d'avantages comparatifs, et apportent des ressources complémentaires dans l'extension de la couverture du risque maladie dans le secteur informel. L'Etat et les collectivités locales apportent au partenariat leur légitimité sociopolitique et leur responsabilité partagée d'essence constitutionnelle dans la protection de la santé des familles sénégalaises. L'Etat dispose de capacités légales, humaines et financières qui sont au-delà des capacités des mutuelles de santé communautaires et des communautés de base. Les collectivités locales offrent un cadre institutionnel, des expériences dans le développement local, une capacité importante de mobilisation des acteurs locaux et une équivalence structurelle qui constituent un capital social important pour étendre rapidement les mutuelles de santé dans le pays. Les mutuelles de santé communautaires, quant

à elles, se basent sur la proximité, les valeurs de solidarité et d'entraide mutuelle ambiantes dans les communautés de base du Sénégal pour engager et soutenir l'investissement des populations dans la santé.

Le partenariat entre les mutuelles de santé communautaires, les collectivités locales et l'Etat sert de fondation à une nouvelle architecture de l'extension de la couverture du risque maladie dans le contexte de la décentralisation (DECAM) : **voir l'architecture du DECAM à la page suivante.**

5.1.2. Piliers du DECAM

Le partenariat entre les mutuelles de santé communautaires, les collectivités locales et l'Etat est déclinée en une approche intégrée d'extension de la couverture du risque maladie dans le secteur informel et rural sur la base de six piliers suivants.

Population cible des mutuelles de santé communautaires. La population cible de la mutuelle de santé communautaire de la collectivité locale dans le cadre de l'approche DECAM couvre toutes les personnes résidentes de la collectivité locale d'implantation à l'exception des personnes qui bénéficient d'une couverture maladie basée sur l'emploi. Ainsi la population cible exclut toutes les personnes résidentes qui sont assujetties au régime des institutions de prévoyance maladie et leurs ayants-droits ou les agents de l'Etat et leurs ayants-droits qui bénéficient du régime d'imputation budgétaire.

L'adhésion aux mutuelles de santé est organisée sur une base familiale : en d'autres termes, lorsqu'une famille adhère à la mutuelle de santé, ce sont tous les membres de la famille qui deviennent bénéficiaires de la mutuelle de santé. Par ailleurs, les résidents de la collectivité de base appartenant à des groupes organisés reconnus (coopératives, groupements d'intérêt économique, groupements féminins, sociétaires des institutions de micro finance, etc.) peuvent s'associer pour adhérer en groupe dans les mutuelles de santé. Dans ce cas d'espèce, les instances de décision du groupe constitué décident délibérément d'adhérer à la mutuelle de santé. Lorsqu'un groupe adhère à la mutuelle de santé, ce sont tous les membres du groupe et leurs dépendants qui deviennent bénéficiaires de la mutuelle de santé.

L'adhésion familiale ou l'adhésion en groupe sont la règle et l'adhésion individuelle est l'exception. L'exception de l'adhésion individuelle est admise dans le cadre d'arrangements contractuels entre le Fonds National de Solidarité Santé (FNSS) et les mutuelles de santé pour la prise en charge des individus qui sont bénéficiaires des initiatives de gratuités du Ministère chargé de la santé.

Paquet minimum de services. L'intervention de l'Etat dans le financement de l'extension de la couverture du risque maladie dans les secteurs informels et ruraux nécessite l'harmonisation des paramètres fondamentaux et le renforcement de la réglementation des mutuelles de santé communautaires. Dans cette perspective, un Paquet Minimum de Bénéfices (PMB) des mutuelles de santé communautaires est déterminé par le Ministère chargé de la santé en collaboration avec les

parties prenantes pour garantir aux membres et bénéficiaires des institutions mutualistes des services de santé de qualité quels que soient leur statut social et leurs niveaux de contribution.

Dans le cadre du DECAM, le PMB est composé **d'un paquet de base** et **d'un paquet complémentaire**. Le paquet de base inclut les services qui sont offerts au niveau des postes de santé et des centres de santé. Le paquet complémentaire inclut les services qui sont offerts au niveau des hôpitaux. La décomposition du PMB en paquet de base et en paquet complémentaire est un choix délibéré pour renforcer l'efficacité dans la prise en charge et le système de référence. L'accès au paquet complémentaire est conditionné par la référence obligatoire d'un poste de santé ou d'un centre de santé. Par ailleurs, les bénéficiaires des mutuelles de santé devront s'acquitter d'un ticket modérateur dont le taux varie selon le type de prestation et le niveau de prise en charge des soins. L'instauration d'un ticket modérateur vise à réduire les risques de hasard moral et de surconsommation des soins. Le prototype du PMB est résumé dans l'**annexe X**.

Organisation des mutuelles de santé. Les institutions mutualistes sont organisées à trois niveaux dans le cadre du DECAM sur la base des principes de solidarité, de responsabilisation et de participation. Au niveau local, une mutuelle de santé communautaire est mise en place au niveau de chaque collectivité locale (commune et communauté rurale). Au niveau départemental, une union départementale des mutuelles de santé communautaires est mise en place au niveau de chaque département administratif. Les mutuelles de santé communautaires et l'union départementale des mutuelles de santé remplissent des rôles complémentaires dans les fonctions (collecte des revenus, assurance maladie et mise en commun des risques, achat des soins de santé) sur la base du principe de subsidiarité.

Les unions départementales de mutuelles de santé adhèrent à l'union régionale de mutuelles de santé de leur région respective et représentent leurs mutuelles membres au sein de l'union régionale. L'avènement des unions départementales dans le contexte du DECAM s'accompagne, cependant, d'une mutation des fonctions des unions régionales vers le renforcement de leurs rôles d'assistance technique (formation, partage des expériences, système d'information, suivi et appui-conseil) et d'intermédiation sociale entre les unions départementales, les hôpitaux régionaux et nationaux, l'agence de réglementation et les autres acteurs de développement au niveau régional. A terme, les unions régionales sont appelées, en collaboration avec les hôpitaux, à mettre en place des conventions cadres pour harmoniser les pratiques contractuelles entre les unions départementales et les hôpitaux et à mettre en place des organismes indépendants de traitement et de gestion des factures de soins pour rationaliser les relations contractuelles entre les unions départementales de mutuelles de santé et les hôpitaux. Les rôles des organisations mutualistes à différents niveaux sont décrits dans le tableau ci-dessous :

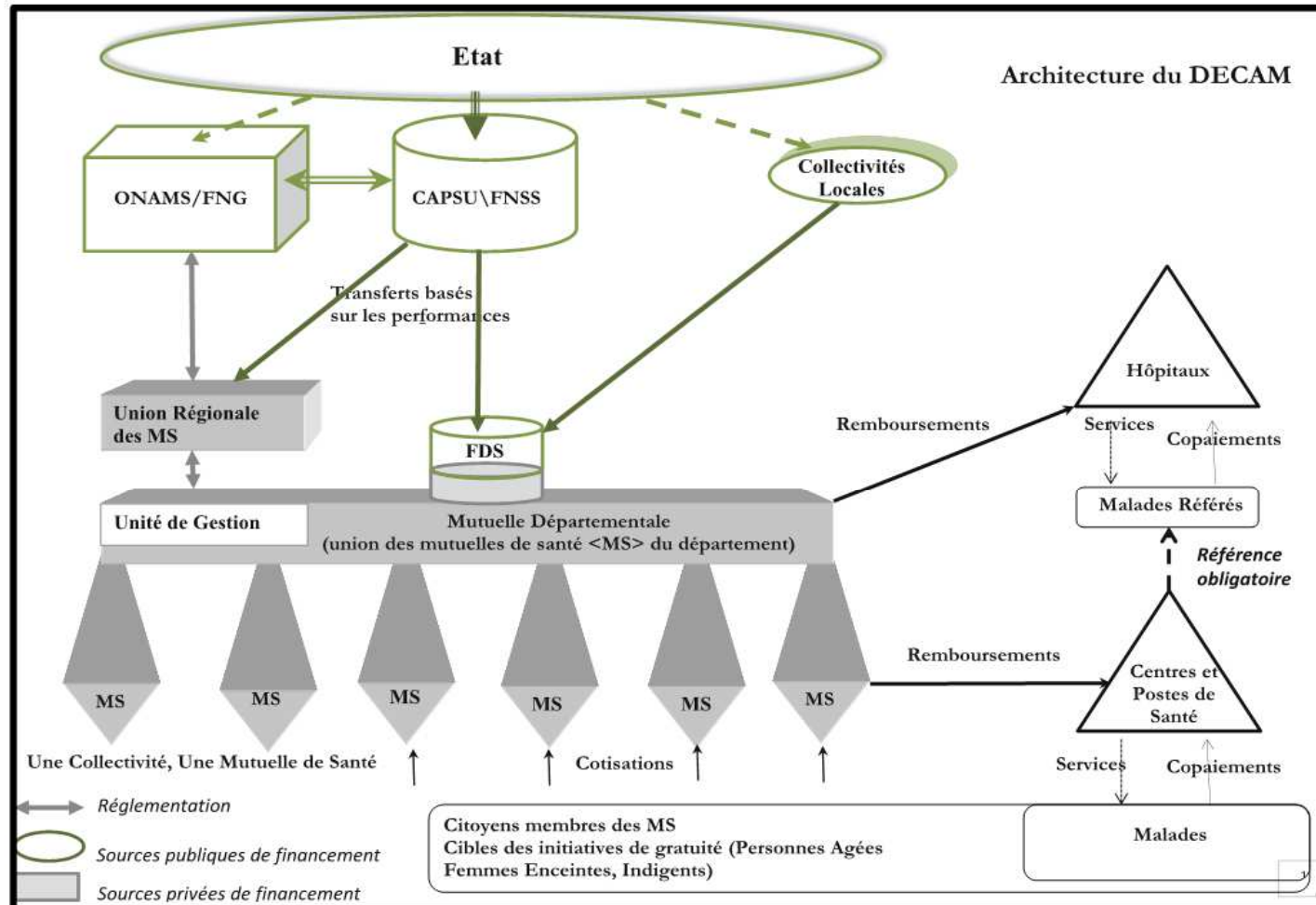


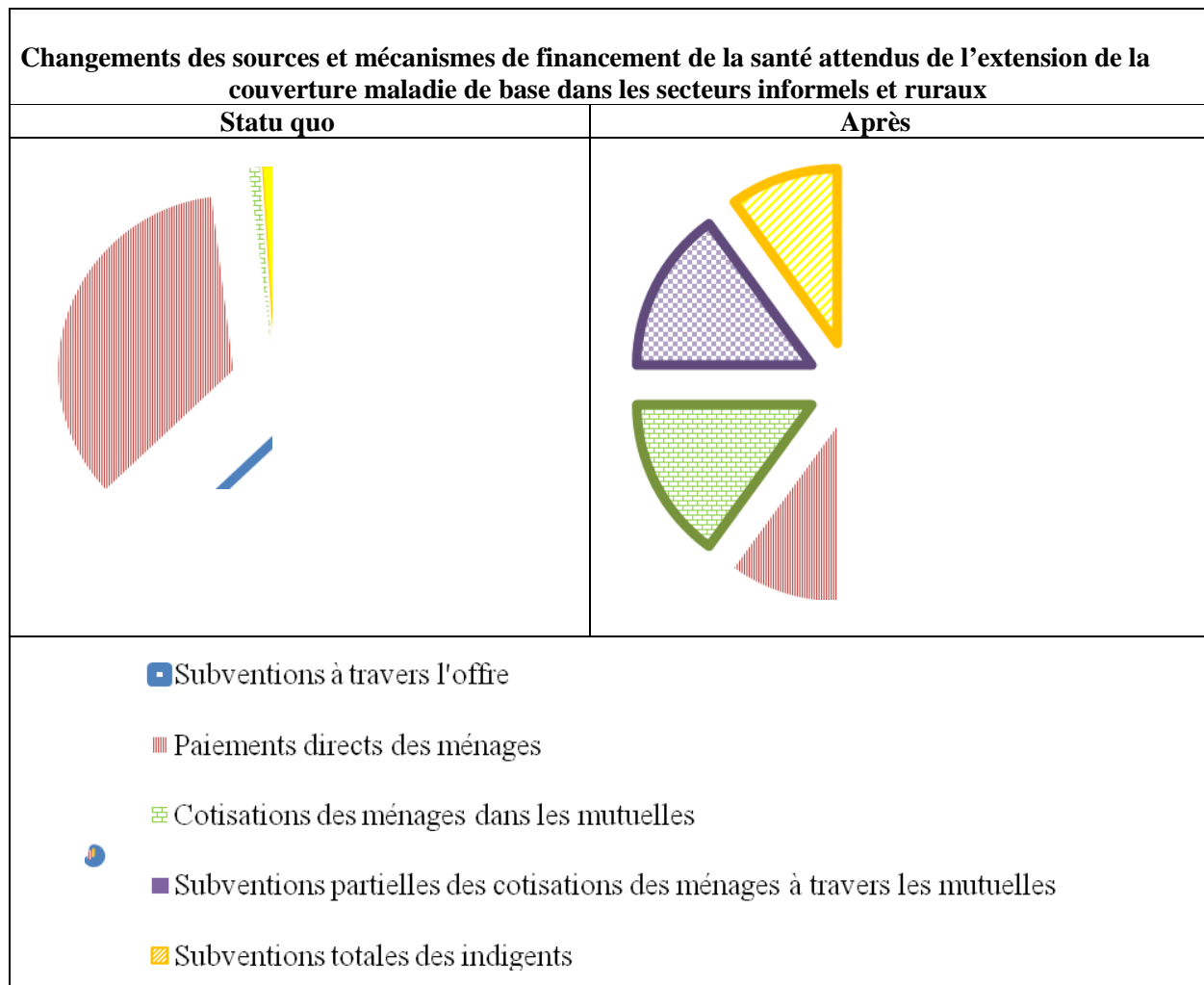
Tableau N° : Rôles des mutuelles de base, unions départementales et régionales des mutuelles de santé

Organisations mutualistes	Rôles
Mutuelles de santé de base	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation des populations de la collectivité de base. • Recrutement des adhérents au sein des populations de la collectivité de base • Collecte des cotisations • Relations contractuelles avec les postes et les centres de santé et les cabinets privés • Prise en charge du paquet de bénéficiaires de base (postes et centres de santé, et cabinets privés) • Participation à l'identification des indigents et des groupes vulnérables en rapport avec les comités villageois, les comités de santé et les collectivités locales • Plaidoyer auprès des collectivités locales pour la prise en charge des indigents • Contribution au financement du Fonds départemental de solidarité santé proportionnellement au nombre de bénéficiaires
Union départementale des mutuelles de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation et plaidoyer sur la mutualité auprès des autorités locales. • Intermédiation sociale entre les mutuelles de santé communautaires et les partenaires au niveau du département • Participation au renforcement des systèmes d'administration, de gestion et de suivi/évaluation des MS en collaboration avec l'unité d'appui technique au niveau départemental. • Prise en charge du paquet de bénéficiaires complémentaires (hôpitaux de niveau 1): mise en commun des gros risques. • Entretien des relations contractuelles avec les d'hôpitaux de niveau 1 • Participation à la gestion du Fonds départemental de solidarité santé.
Union régionale des mutuelles de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Représentation et intermédiation sociale entre les unions départementales et les hôpitaux régionaux et nationaux, l'ONAMS, le FNG, le FNSS, le FNMS et autres acteurs au niveau régional (ARD, CL, PTF). • Appui à la mise en place de conventions cadre pour harmoniser les pratiques contractuelles avec les prestataires de soins. • Assistance technique (formation, partage d'expériences, système d'information, suivi et appui-conseil).

Relations avec les prestataires de soins. Les relations avec les prestataires de soins sont gérées à trois niveaux dans le cadre des réseaux départementaux et régionaux de mutuelles de santé. Une convention cadre est signée entre l'union départementale des mutuelles de santé et chacun des districts sanitaires pour harmoniser les arrangements contractuels entre les mutuelles de santé communautaires et les postes de santé et les centres de santé du district et les dispositions portant sur la référence obligatoire et la portabilité de la couverture au sein du département. Sur la base de la convention cadre, chaque mutuelle de santé communautaire adapte les relations contractuelles aux spécificités des postes de santé et des centres de santé de sa commune ou communauté rurale. L'union départementale des mutuelles de santé entretient des relations contractuelles avec les hôpitaux de niveau 1 qui desservent le département. L'union régionale appuie la mise en place de conventions cadre entre les unions départementales et les hôpitaux de niveau 1 du département pour harmoniser les pratiques contractuelles avec les prestataires de soins. En outre, elle est responsable de la gestion du paquet complémentaire au niveau des hôpitaux régionaux et nationaux.

Mécanismes de financement. Le principal défi à relever à travers le pilier mécanismes de financement est l'inexistence de synergie entre les mécanismes de financement public et la contribution des ménages dans le financement de la santé au Sénégal. Pour relever ce défi, le partenariat entre les mutuelles de santé communautaires, les collectivités locales et l'Etat est décliné à travers la contractualisation entre le Fonds National de Solidarité Santé (FNSS) et l'union départementale des mutuelles de santé pour soutenir la mise en place d'un fonds départemental de solidarité santé (FDS) qui va servir de relais au FNSS dans chaque département. Les FDS vont remplir les trois fonctions suivantes : une subvention partielle pour étendre les paquets de bénéficiaires et pour promouvoir la mise en commun des gros risques des mutuelles de santé communautaires au niveau départemental ; des subventions ciblées pour assurer la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé communautaires ; et des mécanismes de garanties pour promouvoir l'adhésion en groupe à travers des partenariats entre les mutuelles de santé communautaires et les institutions de financement décentralisées (micro finance, micro crédit et épargne).

Le schéma ci-dessous résume les changements attendus dans la combinaison des sources et des mécanismes de financement de la santé en conséquence des interventions du FNSS. Le panel « statu quo » décrit la situation actuelle du financement de la santé du Sénégal où les sources de financement public (Etat et Appuis Extérieurs) financent 65% des services et soins de santé à travers des mécanismes basés sur l'offre. Dans le statu quo, l'essentiel des contributions des ménages au financement de la santé (35%) est effectué à travers les paiements directs au moment du besoin. L'importance des paiements directs des ménages et la faiblesse du ciblage des pauvres expliquent l'exclusion des pauvres des services de santé et l'exposition de la majorité de la population aux risques financiers associés aux dépenses catastrophiques de santé dans le cadre du statu quo.



Le panel « après » résume les effets attendus des interventions du FNSS. Les interventions du FNSS sont conçues pour renforcer le ciblage des plus pauvres à travers la subvention totale de leurs cotisations dans les mutuelles de santé pour assurer que les plus pauvres accèdent équitablement aux services et soins de santé qui sont déjà largement subventionnés par l'Etat. Les interventions du FNSS à travers la subvention partielle des cotisations des ménages dans les mutuelles de santé sont conçues pour inciter la majorité de la population à recycler les contributions des ménages dans la santé à travers les mécanismes de prépaiement des mutuelles de santé afin de promouvoir l'accessibilité financière aux soins de santé et réduire l'exposition aux risques associés aux dépenses catastrophiques des soins de santé au moment du besoin. Dans le cadre du plan d'action actuel, il est prévu de subventionner partiellement les cotisations des ménages dans les mutuelles de santé à hauteur de 50%.

Mesures d'accompagnement. Enfin, le sixième pilier est un paquet de mesures d'accompagnement pour renforcer la viabilité institutionnelle des mutuelles de santé y inclus : le renforcement de la réglementation et du suivi des mutuelles de santé ; le renforcement des capacités de gestion administrative et financière ; le renforcement des capacités de communication ; et enfin, le renforcement des partenariats pour mieux ancrer les institutions mutualistes dans leur environnement social, économique, financier et politique.

5.2. Phases de la mise œuvre

Les cibles fixées par la SNDES 2013-2017 sont respectivement de 27,70% en 2013 ; 46,32% en 2014 ; 50,50% en 2015 ; 60,30% en 2016 et 65,5% en 2017. Les progrès à réaliser pour atteindre ces cibles sont énormes quand on sait qu'à l'heure actuelle, le taux de couverture de la population sénégalaise par les mutuelles de santé demeure toujours faible. Par conséquent, la mise en place d'une CMU de base devra s'étendre sur plusieurs phases et séquences dans le temps pour assurer l'adaptation cumulative des systèmes et des mécanismes de financement et de couverture du risque maladie sur la base des expériences et garantir la pérennité financière et institutionnelle des améliorations de l'accessibilité et la protection financière dans la santé des populations employées dans le secteur informel et rural. Sur la base des leçons tirées des expériences vers la couverture maladie universelle dans le monde, l'extension de la CMU de base dans les secteurs informels et ruraux sur la base de l'approche DECAM va se dérouler en trois phases : une phase de démonstration, une phase d'extension et une phase de consolidation.

Phase de démonstration 2013-2014.

La phase de démonstration d'une durée de deux ans va couvrir quatorze (14) départements à raison d'un département par région pour servir de rampe de lancement du projet au cours de la phase d'extension dans chaque région. La phase de démonstration va mettre en place une plateforme au niveau de chaque région pour familiariser les acteurs locaux avec l'organisation des mutuelles de santé et leurs unions, les relations avec les prestataires et l'intervention de l'Etat dans l'extension de la couverture et la prise en charge des indigents. Cette phase va générer une somme d'expériences et d'informations qui vont servir de base pour soutenir les débats de politique et l'adaptation des paquets de bénéfices, des modalités de paiement des prestataires et des niveaux et mécanismes de subventions de l'Etat et des collectivités locales sur des bases factuelles.

Cette phase sera mise à profit pour finaliser la mise en place des cadres financiers et réglementaires d'appui (ONAMS, FNGMS, FNSS). Elle est mise à profit aussi pour développer les systèmes et les outils de gestion, les systèmes d'information et de suivi-évaluation des mutuelles de santé. Elle va servir de base pour mettre en place des cadres de suivi et des pools de formateurs pour appuyer l'extension de la CMU de base au niveau de chaque région.

Phase d'extension 2015-2017.

La phase d'extension s'articule sur deux volets pour atteindre les cibles de couverture de la SNDES 2013-2017. Le premier volet concerne l'extension géographique des mutuelles de santé et des unions départementales. Les efforts de la phase d'extension sont renforcés pour assurer qu'en 2017 chaque collectivité locale de base dispose au-moins d'une mutuelle de santé communautaire, assurer la densification des réseaux locaux de mutuelles de santé au niveau des grandes communautés rurales et des grandes communes, et la mise en place d'une union départementale des mutuelles de santé dans chaque département du pays.

Le deuxième volet porte sur le renforcement de l'interface entre les mutuelles de santé et les mécanismes de prise en charge des indigents et des groupes vulnérables. Des cadres de collaboration formels sont mis en place entre les collectivités locales et les mutuelles de santé pour assurer la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables. En outre, des cadres de collaboration formels sont mis en place entre les programmes nationaux de filets sociaux et les unions régionales et départementales de mutuelles de santé pour assurer la prise en charge dans la santé des populations cibles des programmes nationaux de filets sociaux.

Phase de consolidation 2018-2022.

La phase d'extension est suivie par une phase de consolidation entre 2018 et 2022 pour atteindre une couverture du risque maladie à hauteur de 90% de la population en 2022. Cette phase est mise à profit pour consolider les organismes de réglementation, les mécanismes de financement, et les cadres nationaux d'orientation politique de la couverture maladie universelle.

6. Plan d'actions 2013-2017

6.1. Régime d'assurance maladie volontaire

Le plan d'action 2013-2017 est aligné sur l'horizon de la SNDES 2013-2017 et ne couvre que les phases de démonstration et d'extension. Pour servir de cadre de coordination des efforts du gouvernement, des acteurs au niveau régional et local et des partenaires extérieurs, le plan d'action est articulé autour de quatre (4) domaines d'intervention articulés sur les objectifs spécifiques et les résultats attendus à l'horizon 2017 :

- Cadre juridique et institutionnel d'appui ;
- Renforcement des capacités des acteurs ;
- Mise en œuvre au niveau régional et local ;
- Mécanisme de prise en charge des indigents et groupes vulnérables

Les sections suivantes du plan d'action résument pour chaque domaine d'intervention : (i) les principaux défis, (ii) les résultats attendus, (iv) les lignes d'action, les extraits et les activités clés de chaque ligne d'action. Les cadres logiques spécifiques des domaines d'intervention sont présentés en annexe avec l'identification des indicateurs de chaque extrait et une description plus détaillée des activités : Annexes A2, A3, A4, A5. L'Annexe F identifie pour chaque domaine d'intervention les étapes clés (milestones) qui doivent être atteintes chaque année pour suivre les progrès vers les indicateurs attendus entre 2013 et 2017. L'évaluation des progrès réalisés au cours des années précédentes et les étapes clés de chaque année serviront de base à l'élaboration des plans de travail annuel au niveau central et régional.

6.1.1. Domaine d'intervention 1 : Cadres juridique et institutionnel d'appui

Défis principaux

Le principal défi dans ce domaine d'intervention est lié à la mise en place de mécanismes financiers et réglementaires d'appui au développement des mutuelles de santé. En effet, le faible développement des mutuelles de santé dans le pays est lié en partie à la faible implication des parties prenantes clés dans la mise en place des mutuelles de santé. Les expériences des mutuelles de santé ont démontré la capacité des acteurs locaux à gérer des caisses de solidarité dans la santé. L'histoire du développement des systèmes de protection sociale a démontré que le potentiel social des mutuelles de santé pour contribuer à la couverture maladie universelle dépend de l'intervention de l'Etat dans le financement et la réglementation des organisations mutualistes. Au Sénégal, cependant, le faible appui de l'Etat central et des collectivités locales

aux mutuelles communautaires n'a pas permis jusqu'ici de transformer les mutuelles de santé en relais dans l'extension de la couverture du risque maladie. Le faible appui des pouvoirs publics et la modicité des montants de cotisations ont contraint la plupart des mutuelles à offrir des paquets de prestations pas attractives à leurs adhérents. Pour relever ce défi, le MSAS envisage la mise en place de cadres financiers et réglementaires d'appui aux mutuelles de santé (ONAMS, FG, FNSS).

Résultat Attendu 1 :

- **Un cadre institutionnel et juridique est mis en place pour stimuler l'extension de la couverture maladie dans les secteurs ruraux et informels.**

Pour stimuler l'extension de la couverture du risque maladie dans le secteur informel et rural, un cadre juridique et institutionnel est mis en place pour renforcer la coordination des différents acteurs intervenant dans le cadre de la CMU. L'Etat impulse l'extension de la couverture du risque maladie dans le secteur informel et rural à travers des interventions dans le financement de la couverture maladie universelle de base à travers la CAPSU : subvention partielle des cotisations pour assurer leur abordabilité pour la majorité de la population employée dans le secteur informel et rural ; subvention totale de la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables pour garantir l'inclusion des populations les plus démunies. La réglementation des mutuelles de santé est renforcée pour protéger les adhérents des mutuelles sur la base du cadre réglementaire de l'UEMOA. Enfin, le paquet minimum de services garantis et les modalités de paiement des prestataires de soins de santé sont réglementés pour assurer la qualité des services et la soutenabilité financière de la CMU par l'Etat, les Collectivités Locales, et les ménages. Le cadre logique spécifique du domaine d'intervention est résumé dans **l'Annexe A2**.

Deux lignes d'action sont identifiées pour atteindre ce résultat : (i) mécanismes de financement ; (ii) cadres réglementaire.

Ligne d'Action 1.1 : Mécanismes de financement

Extrant 1.1.1 : Les mécanismes d'intervention de l'Etat dans le financement des mutuelles de santé sont fonctionnels

Extrant 1.1.2 : Les Collectivités Locales ont mis en place un mécanisme de subvention et d'appui des mutuelles de santé de leur territoire

L'innovation majeure de l'approche DECAM est la mise en place de synergie entre les mécanismes de financement public et la contribution des ménages dans le financement de la santé au Sénégal. Il s'agira à travers cette ligne d'action, de mettre en place des cadres

fonctionnels pour faciliter l'intervention de l'Etat et des collectivités locales dans le financement des mutuelles de santé. Dans cette perspective, la création d'un Fonds National de Solidarité Santé au Sénégal (FNSS) obéit à une impérieuse nécessité dictée par des considérations d'équité et de justice sociale relativement à l'accès aux soins pour toute la population particulièrement les couches vulnérables. Les missions du Fonds National de Solidarité Santé sont : (i) assurer la couverture maladie universelle des sénégalais ; (ii) appuyer le développement harmonieux des mutuelles de santé à l'échelle du pays ; (iii) assurer la mise en œuvre et le suivi des politiques de subvention et de gratuité ; (iv) assurer le rôle de garant des mutuelles de santé pour la couverture des prestations complémentaires.

Pour faciliter l'intervention du FNSS dans les mécanismes de financement des mutuelles de santé, un fonds départemental de solidarité santé (FDS) qui va servir de relais au FNSS est mis en place dans chaque département : **voir ligne d'action 3.2**. La mise en place du FDS est soutenue par un contrat de performances entre le FNSS, l'union départementale des mutuelles de santé qui représente les mutuelles de santé communautaires membres, et les collectivités locales du département. Le FDS est financé sur la base des contributions des mutuelles de santé communautaire à l'union départementale, les contributions des collectivités locales et les transferts du FNSS. Le contrat de performance va préciser les modalités de gestion du FDS par les parties prenantes qui seront appuyées par l'unité départementale de gestion.

Activités clés :

- Mettre en œuvre un plan de plaidoyer pour la mise en place d'un cadre juridique pour soutenir les mécanismes de financement de la CMU de base dans le secteur informel
- Adopter les textes juridiques qui régissent la Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle (CAPSU)
- Adopter le projet de texte juridique qui régit le Fonds National de Solidarité dans la Santé
- Adapter la nomenclature budgétaire des collectivités locales pour faciliter la subvention aux mutuelles de santé
- Mettre en œuvre un plan de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières au niveau central et local
- Prendre des mesures transitoires à travers le budget du MSAS pour assurer le démarrage effectif des mécanismes de subvention dans le cadre de l'extension de la CMU de base dans le secteur informel en 2013

Ligne d'Action 1.2 : Cadre réglementaire

Extrant 1.2.1 : L'Office National de la Mutualité Sociale chargé de la réglementation des mutuelles sociales est fonctionnel

Extrant 1.2.2 : Un paquet minimum de services garantis base est mis en place dans le cadre de la CMU

Extrant 1.2.3 : Des modalités harmonisées de paiement des prestataires sont définies

Le renforcement de la réglementation des mutuelles de santé sera intégré dans le cadre plus large de la transposition des dispositions du cadre de règlement UEMOA au Sénégal avec la perspective de la mise en place de l'Office National de la Mutualité Sociale (ONAMS) qui aura comme attributions (i) la supervision des mutuelles sociales, leur immatriculation dans un registre national et le suivi régulier de leur fonctionnement. Conformément au règlement de l'UEMOA, un Fonds National de Garanties est mis en place pour protéger les adhérents aux mutuelles de santé. Par ailleurs, la mise en place d'un contrat de performance entre le FNSS et les unions départementales de mutuelles de santé va contribuer au renforcement de la réglementation avec l'inclusion de clauses ayant trait au reporting, au suivi et à la sensibilisation des populations sur la mutualité. Le renforcement des capacités de gestion administrative et financière des mutuelles de santé va inclure aussi un volet sur la réglementation. Avec l'augmentation attendue de la taille des mutuelles de santé communautaire, des gestionnaires permanents ayant un profil professionnel adapté seront recrutés. Enfin, les mesures d'harmonisation des paquets de bénéfice à travers la mise en place d'un paquet minimum de base et l'adoption de modalités de paiement de prestataires vont assurer la prestation de services de santé de qualité et la minimisation des coûts.

Activités clés :

- Adopter les projets de textes relatifs à l'Office National de la Mutualité Sociale et au Fonds National de Garantie de la mutualité sociale conformément au règlement de l'UEMOA
- Mettre en place le registre d'immatriculation des mutuelles sociales
- Réaliser des études pour appuyer l'élaboration du paquet minimum de services garantis dans le cadre de la CMU de base dans le secteur informel
- Adopter un texte juridique portant réglementation du paquet minimum de services garantis dans le cadre de la CMU de base
- Mettre en place un comité d'experts pour l'élaboration des modalités de paiement des prestataires dans le cadre de la CMU de base
- Expérimenter des modalités alternatives de paiement des prestataires dans le cadre de la CMU
- Appuyer des voyages d'études portant sur les modalités de paiement des prestataires dans le cadre de la CMU

6.1.2. Domaine d'intervention 2 : Capacités techniques des acteurs

Défis principaux

Les défis à relever dans ce domaine sont liés aux faiblesses des capacités de gestion et de suivi au niveau des mutuelles de santé communautaires. Ces faiblesses s'expliquent en partie par le bénévolat des membres, et le manque de fonctionnalité des organes de gestion. Par ailleurs, la formation en gestion administrative et financière des administrateurs est généralement insuffisante. Relativement à la faiblesse des contributions des mutuelles membres, les ressources humaines, matérielles et financières des unités régionales de coordination et d'appui technique des mutuelles de santé sont insuffisantes. Les expériences sont faiblement documentées et capitalisées en raison des faiblesses de capacités des unités régionales de coordination. Enfin, les mécanismes de suivi et de coordination des interventions d'appui aux mutuelles de santé sont faibles dans le pays.

Résultat Attendu 2 :

- **Les capacités techniques des parties prenantes sont renforcées pour soutenir l'extension de la couverture maladie dans chaque région.**

Les capacités techniques des parties prenantes sont renforcées à travers le renforcement des systèmes de gestion administrative et financière et des systèmes d'information et de suivi des mutuelles de santé et des unions de mutuelles de santé, la formation des acteurs à tous les niveaux, le développement de stratégies de communication, et le développement d'une plateforme TIC pour soutenir l'extension de la couverture maladie. Les capacités techniques des acteurs sont renforcées pour assurer la professionnalisation de la gestion du risque maladie à travers les mutuelles de santé. Le cadre logique spécifique du domaine d'intervention est résumé dans l'**Annexe A3**.

Quatre lignes d'actions concourent à l'atteinte de ce résultat : (i) développement de systèmes et d'outils ; (ii) formation ; (iii) communication ; (iv) plateforme TIC.

Ligne d'Action 2.1 : Développement de systèmes et d'outils

Extrant 2.1.1 : Les mutuelles de santé disposent d'un plan comptable adapté au cadre réglementaire de l'UEMOA

Extrant 2.1.2 : Un système national d'information et de suivi des mutuelles de santé est adopté et mis en œuvre conformément au cadre réglementaire de l'UEMOA

Extrant 2.1.3 : Les cadres et les outils de contractualisation des mutuelles de santé sont adaptés relativement à l'organisation et aux rôles des mutuelles de santé et de leurs unions

Depuis 2005 la Commission de l'UEMOA, avec le soutien technique et financier du Bureau International du Travail (BIT), a entrepris d'élaborer un cadre réglementaire sur les mutuelles sociales. Des ateliers nationaux et sous régionaux ont permis de consulter et d'impliquer les principaux acteurs concernés dans la mise en place de ce cadre réglementaire. Au terme de ce processus, un dispositif réglementaire sur la mutualité sociale a été adopté dont un règlement spécifique de l'UEMOA portant création du Plan Comptable sur les Mutuelles Sociales (PCMS). Celui-ci est le principal outil de gestion dont disposent les mutuelles sociales en vue de produire une information financière fiable et harmonisée. Il permet de mesurer leur performance et de contribuer à la pérennité de leurs activités.

L'accélération de l'extension de la couverture maladie dans les secteurs informels avec la contribution attendue d'autres acteurs dans le financement des mutuelles de santé (Etat, collectivités locales, PTF) va nécessiter le renforcement des capacités techniques et humaines au niveau national et régional dans plusieurs domaines, notamment la gestion financière et comptable. Le plan comptable UEMOA sur les mutuelles sociales (PCMS/UEMOA) offre cette opportunité. Cependant, son utilisation dans sa configuration actuelle suppose un accompagnement des acteurs mutualistes dans le cadre de la professionnalisation de la gestion des mutuelles. Il est donc nécessaire de l'adapter aux capacités gestionnaires actuelles des administrateurs de mutuelles pour soutenir l'extension progressive de la couverture maladie dans l'ensemble du territoire national.

Pour appuyer la réglementation des mutuelles de santé, il est nécessaire de mettre en place un système national de suivi et d'évaluation des mutuelles de santé en plus des mécanismes et indicateurs de suivi internes aux mutuelles de santé communautaires et à leurs organisations faitières. Ce système va couvrir les indicateurs pour suivre et évaluer non seulement la performance des institutions mutualistes, le respect des règles prudentielles par les institutions mutualistes, mais aussi la mise en œuvre du plan d'action actuel. L'ONAMS sera chargé de la gestion de ce système d'information en collaboration avec les unions départementales et régionales de mutuelles de santé.

La distribution des fonctions d'achat de prestations entre les organisations mutualistes sur la base du principe de subsidiarité va nécessiter une adaptation des outils de contractualisation avec les prestataires de soins : voir tableau ci-dessus sur les **rôles des mutuelles de base, unions départementales et régionales des mutuelles de santé**. En plus, des outils de contractualisation seront développés pour assurer le suivi de la prise en charge des indigents et groupes vulnérables à travers le fonds départemental de solidarité.

Activités clés :

- Tenir un atelier national pour valider le système et les outils de gestion administrative et financière des mutuelles de santé
- Produire un manuel de procédures de gestion administrative et financière des mutuelles de santé adapté au plan comptable UEMOA
- Développer les profils des gestionnaires des mutuelles de santé et des unions de mutuelles de santé
- Recruter un consultant pour le développement d'un système national d'information et de suivi des mutuelles de santé adaptés au cadre réglementaire de l'UEMOA
- Tenir un atelier national de validation du système national d'information et de suivi des mutuelles de santé
- Produire un manuel de procédures du système national d'information et de suivi
- Recruter un expert juriste pour l'adaptation des cadres et des outils de contractualisation des mutuelles de santé à l'organisation et aux rôles des mutuelles de santé et de leurs unions dans le cadre de la CMU
- Tenir un atelier national de validation des cadres et outils de contractualisation

Ligne d'Action 2.2 : Formation

Extrant 2.2.1 : Une stratégie et les outils de formation adaptés pour soutenir l'extension progressive de la CMU sont développés (mise en place des mutuelles de santé, gestion administrative et financière, suivi et évaluation, leadership, ciblage et enrôlement des indigents)

Extrant 2.2.2 : Un pool de formateurs est mis en place dans chaque région en collaboration avec les unions régionales des mutuelles de santé

L'accélération de l'extension de la couverture maladie dans les secteurs informels et ruraux va nécessiter le renforcement des capacités techniques et humaines au niveau national et local dans plusieurs domaines. L'approche en réseau dans la mise en place des mutuelles de santé suppose que la méthodologie et les manuels de formation sur la mise en place et la gestion des mutuelles de santé soient adaptés. Pour assurer la formation des acteurs au niveau régional et local et soutenir l'extension progressive de la couverture maladie dans chaque région, un pool de formateurs sera mis en place au niveau de chaque région. Le noyau dur de cette équipe sera constitué des points focaux mutuelles de santé des régions médicales et des districts, des services déconcentrés de l'action sociale et du développement communautaire, des représentants des unions départementales et régionales et des représentants des agences régionales de développement (ARD).

Activités clés :

- Elaborer des outils pédagogiques (modules, manuels, guides pratiques, brochures) sur les domaines suivants : mise en place des mutuelles de santé ; gestion administrative et financière des mutuelles de santé ; suivi et évaluation des mutuelles de santé ; leadership ; protection sociale ; gestion des factures des prestataires ; ciblage des indigents.
- Organiser des ateliers de formation des formateurs en collaboration avec les unions régionales de mutuelles de santé au niveau de chaque région
- Adapter les outils pédagogiques sur la base des expériences
- Recycler les pools de formateurs régionaux tous les deux ans
- Développer des programmes de formation diplômante en gestion des mutuelles de santé en collaboration avec les institutions de formation

Ligne d'Action 2.3 : Communication

Extrant 2.3.1 : Une stratégie, les outils de communication, et les outils de formation en IEC/CCC adaptés pour soutenir l'extension progressive de la CMU sont développés

Extrant 2.3.2 : la stratégie de communication est mise en œuvre

Le déficit de connaissances, d'information et de sensibilisation des populations sur l'assurance maladie en général et les mutuelles de santé en particulier constitue entre autres un déterminant important à la faible adhésion aux mutuelles de santé. Pour lever ces obstacles, d'importants efforts de sensibilisation sont nécessaires non seulement pour faire porter l'initiative mutualiste par les acteurs et les leaders communautaires, mais aussi pour promouvoir l'acceptabilité du projet de mutuelle par les populations et leur volonté de participer à la mutuelle de santé. Des activités de sensibilisation seront ciblées sur les populations à travers plusieurs média. Par ailleurs, des activités de plaidoyer seront développées en direction des leaders d'opinion, des notables, des chefs religieux, des leaders des organisations faïtières des organisations communautaires de base, des élus locaux et des leaders politiques. Chaque année, des campagnes de sensibilisation seront organisées pour accompagner la campagne d'adhésion, de ré adhésion et de collecte des cotisations au niveau des populations cibles. Ces campagnes seront soutenues par le développement de plans et d'outils de communication sur la CMU.

Activités clés :

- Faire l'état des lieux des outils de communication sur les mutuelles de santé
- Recruter un expert en communication pour adapter la stratégie et les outils de communication des mutuelles de santé dans le contexte de la CMU

- Tenir un atelier de validation de la stratégie et des outils de communication des mutuelles de santé dans le contexte de la CMU
- Produire les outils de communication
- Elaborer les outils de formation en IEC/CCC adaptés pour soutenir l'extension progressive de la CMU
- Elaborer un plan de plaidoyer pour un environnement favorable à l'extension de la CMU (voir domaine 1)
- Appuyer la mise en œuvre du plan de communication
- Appuyer le développement d'un plan de communication dans chaque région (voir domaine 3)
- Appuyer le développement d'un plan de fidélisation des adhérents et membres des mutuelles de santé dans chaque région (voir domaine 3)
- Actualiser les outils de communication en fonction des expériences requises

Ligne d'Action 2.4 : Plateforme TIC

Extrant 2.4.1 : Une plateforme TIC de la CMU de base est développée et mise en place dans tous les départements du pays

Le renforcement de la gestion administrative et financière, les relations entre les prestataires de soins de santé et les mutuelles de santé et les unions de mutuelles, le renforcement du système national d'information et de suivi vont être soutenus par le développement d'une plateforme de technologies de l'information et de la communication (Plateforme TIC) pour accélérer les progrès vers la CMU de base dans le secteur informel. Les opportunités offertes par les TIC seront mises à profit pour renforcer les systèmes d'identification et de garantie des adhérents et des bénéficiaires, des indigents et des groupes vulnérables. La plateforme TIC sera adaptée progressivement pour appuyer les systèmes d'aiguillage, les systèmes de facturation des soins et de paiement des prestataires des soins. Enfin, les TIC seront mises à profit pour renforcer les systèmes d'information d'appui à la gestion des organisations prestataires de soins de santé, des mutuelles de santé et des unions de mutuelles de santé, des systèmes d'information et de suivi de l'ONAMS.

Activités clés :

- Réaliser des études de faisabilité et d'ingénierie pour le développement d'une plateforme TIC pour appuyer le CMU de base dans le secteur informel
- Appuyer le développement d'applications pour renforcer la gestion, le système d'information et de suivi des mutuelles de santé dans le cadre de la CMU
- Appuyer le développement d'applications pour la gestion de la facturation des prestations dans le cadre de la CMU

- Renforcer les capacités des gérants des mutuelles de santé, unions de mutuelles et des prestataires de soins conventionnés en informatique
- Renforcer l'équipement des mutuelles de santé, des unions de mutuelles de santé, et des prestataires de soins conventionnés en informatique
- Former les gestionnaires des mutuelles de santé et des unions de mutuelles de santé sur les applications de gestion, d'information et de suivi
- Former les gestionnaires des mutuelles de santé, des unions de mutuelles de santé et des formations sanitaires conventionnées sur les applications pour la gestion informatisée de la facturation des prestations dans le cadre de la CMU

6.1.3 Domaine d'intervention 3 : Mise en œuvre au niveau régional et local

Défis principaux

Le défi majeur dans ce domaine d'intervention est l'extension de la couverture du risque maladie aux acteurs du secteur informel et rural à travers les mutuelles de santé. Pour faire face à ce défi, il est nécessaire d'adapter l'organisation des mutuelles de santé et de leurs unions dans le contexte du système de décentralisation administrative afin qu'elles servent de relais entre les interventions de l'Etat (CAPSU, FNSS) et les ménages dans la gestion du risque maladie au niveau régional et local. En outre, l'adhésion aux mutuelles de santé sera renforcée à travers la communication de proximité, l'implication des collectivités locales et des acteurs de développement au niveau local, l'amélioration de la gouvernance et la professionnalisation de la gestion des mutuelles de santé, et l'encadrement technique des mutuelles de santé et de leurs unions.

Résultat Attendu 3 :

- **La couverture maladie universelle de base est étendue progressivement à l'ensemble des départements de chaque région avant la fin de l'année 2017**

La couverture maladie universelle de base est étendue progressivement à l'ensemble des départements de chaque région avant la fin de l'année 2017 à travers la mise en place d'une mutuelle de santé au-moins dans chaque collectivité locale de base, la mise en place d'une union départementale de mutuelles de santé pour servir de cadre à la mise en commun des gros risques dans chaque département, le renforcement des capacités techniques des mutuelles de santé, des unions départementales et des unions régionales de mutuelles de santé. Le cadre logique spécifique du domaine d'intervention est résumé dans **l'Annexe A4**.

Ce résultat est attendu à travers les effets combinés de trois lignes d'action complémentaires suivantes :

Ligne d'Action 3.1 : Mise en place et restructuration des mutuelles de santé

Extrant 3.1.1 : Une adhésion accrue des populations aux mutuelles de santé de chaque département de démonstration soutenue par l'implication effective de l'Etat, des collectivités locales, des partenaires et du personnel de santé dans la promotion de la mutualité dans le secteur de la santé.

Extrant 3.1.2 : Des mutuelles de santé attractives, solvables et fonctionnelles au niveau de toutes les collectivités locales de chaque département de démonstration.

La couverture géographique et la restructuration des mutuelles de santé sont étendues progressivement au niveau de chaque région sur la base du slogan « une collectivité locale, une mutuelle de santé au moins » du projet DECAM pour atteindre les cibles suivantes :

- 14 départements en 2013 ;
- 28 départements en 2014 ;
- 42 départements en 2015 ;
- 45 départements en 2016.

Les mutuelles de santé sont mises en place et restructurées simultanément selon une approche en réseau au niveau de chaque département sous l'impulsion du MSAS et en collaboration avec les autorités administratives (gouverneurs, préfets, sous-préfets), les services déconcentrés de l'Etat, les collectivités locales, les unions régionales de mutuelles de santé, les organisations communautaires de base (coopératives, groupements d'intérêt économique, groupements féminins, associations sportives et culturelles, etc.), et les organisations non-gouvernementales. Au niveau de chaque département, un Comité Départemental de Suivi (CDS), présidé par le Préfet du département, assure le suivi de la mise en place et la restructuration des mutuelles de santé et du réseau départemental de mutuelles de santé avec l'appui du MSAS/CACMU/ONAMS et l'union régionale des mutuelles de santé à travers les activités suivantes.

Activités clés:

- Organisation d'un CRD
- Organiser un Comité Départemental de Développement (CDD) de lancement du DECAM au niveau du département
- Organiser des Comités Locaux de Développement (CLD) d'information sur le DECAM au niveau des arrondissements du département

- Mettre en place des nouvelles mutuelles de santé dans les collectivités locales qui n'en disposent pas (voir détails des étapes de la mise en place des mutuelles dans l'Annexe A4)
- Appuyer la restructuration des mutuelles de santé existantes (voir détails de la restructuration des mutuelles de santé existantes dans l'Annexe A4)

Ligne d'Action 3.2 : Mise en commun des risques au niveau départemental

Extrant 3.2.1 : Une union départementale des mutuelles de santé effective et affiliée à l'union régionale pour assurer la mise en commun des gros risques et l'intermédiation sociale au niveau de chaque département de démonstration.

Au niveau de chaque département, une union départementale des mutuelles de santé est mise en place par les mutuelles de santé avec l'appui du Comité Départemental de Suivi, l'union régionale des mutuelles de santé et le MSAS. L'union départementale est dotée d'une unité départementale de gestion qui est dirigée par un coordonnateur départemental. Il est soutenu par une équipe de trois techniciens dont un chargé des mutuelles de santé, un chargé de la communication, un chargé du suivi de la gestion administrative et financière des institutions mutualistes. Il s'appuie sur une équipe administrative composée d'un responsable administratif et financier et d'une secrétaire.

L'unité départementale est chargée de la gestion du fonds départemental de solidarité dans la santé sous la supervision des parties prenantes clés dont les représentants de l'Etat, des collectivités locales et de l'union départementale des mutuelles de santé. Elle assure l'assistance technique aux mutuelles de santé communautaires du département. Dans ce cadre, elle appuie le développement de systèmes et outils de gestion administrative et financière des mutuelles de santé, la formation des administrateurs des mutuelles de santé, et fournit des services d'appui-conseils aux mutuelles de santé communautaires du département. Elle assure la gestion du système d'information des mutuelles de santé au niveau du département.

Le MSAS/CACMU\ONAMS va collaborer avec les autorités administratives départementales, les services techniques déconcentrés, les unions régionales de mutuelles de santé et les mutuelles de santé de chaque département pour mettre en œuvre les activités clés suivantes.

Activités clés :

- Elaborer les projets de statuts et de règlement intérieur de l'union départementale
- Organiser l'assemblée générale constitutive des unions départementales des mutuelles de santé
- Former les membres des organes de l'union départementale sur la mise en commun et la gestion des gros risques
- Appuyer le plaidoyer auprès des autorités départementales et des acteurs clés

- Mettre en place l'unité technique départementale de gestion, de l'administration et du suivi des mutuelles de santé
- Rendre fonctionnelle l'unité technique de gestion de l'union départementale
- Harmoniser les systèmes de gestion administrative et financière des mutuelles de santé communautaires

Extrant 3.2.2 : Un fonds départemental de solidarité santé soutenu conjointement par l'Etat et les collectivités locales disponible dans chaque département pour appuyer l'extension des paquets de bénéfiques et la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables.

Au niveau de chaque département, un fonds départemental de solidarité santé est mis en place par le MSAS et le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), en collaboration avec l'union départementale des mutuelles de santé, l'union régionale des mutuelles de santé et le Comité Départemental de Suivi (CDS). Le MSAS/CACMU\ONAMS va collaborer avec le MEF, les autorités administratives régionales et départementales pour mettre en œuvre les activités clés suivantes.

Activités clés :

- Elaborer un texte juridique pour régir le fonds départemental de solidarité santé
- Produire un manuel de procédures pour la gestion du fonds départemental de solidarité santé
- Tenir un comité départemental de développement (CDD) sur le fond départemental de solidarité santé dans chaque département
- Tenir un atelier de formation du CDS sur le fonds départemental de solidarité santé dans chaque département
- Alimenter le fond départemental de solidarité santé dans chaque département sur la base des performances de couverture des mutuelles de santé du département.

Ligne d'Action 3.3 : Capacités des réseaux de mutuelles de santé

Extrant 3.3.1 : Les capacités techniques de gestion, d'appui, et de supervision des unions de mutuelles de santé sont renforcées à tous les niveaux.

Le MSAS/CACMU\ONAMS, en collaboration avec les Comités Régionaux de Suivi et les Comités Départementaux de Suivi et les unions régionales de mutuelles de santé, va assurer l'encadrement et le renforcement des capacités techniques des mutuelles de santé et des réseaux locaux de mutuelles de santé. Dans ce cadre, le MSAS/CACMU\ONAMS va collaborer avec les autorités administratives régionales et départementales pour mettre en œuvre les activités clés suivantes.

Activités clés:

- Mettre en place les unions régionales dans les régions de Matam, Kédougou et Tambacounda
- Doter les unions de sièges fonctionnels et de moyens d'intervention
- Appuyer les unions régionales et départementales à assurer le suivi appui-conseil trimestriel des unions départementales
- Appuyer les unions départementales à assurer le suivi bimensuel des mutuelles de santé
- Mettre en place un système d'information et de gestion des mutuelles de santé (voir domaine 2)
- Mettre en place une base de données sur les mutuelles de santé au niveau de chaque département et de chaque région
- Produire un rapport annuel sur la situation des mutuelles de santé de chaque département

Extrait 3.3.2 : Les capacités de communication des unions de mutuelles de santé sont renforcées à tous les niveaux.

Le MSAS/CACMU\ONAMS, en collaboration avec les Comités Régionaux de Suivi (CRS), les Comités Départementaux de Suivi (CDS) et les unions régionales de mutuelles de santé, va renforcer les capacités de communication des mutuelles de santé et des réseaux locaux de mutuelles de santé. Dans ce cadre, le MSAS/CACMU\ONAMS et les unions de mutuelles de santé vont mettre en œuvre les activités clés suivantes.

Activités clés :

- Mettre en œuvre le plan de communication à tous les niveaux (voir les détails dans l'Annexe A4)
- Mettre en œuvre un plan de fidélisation des adhérents et membres des mutuelles de santé (voir les détails dans l'Annexe A4)
- Faire le plaidoyer auprès des responsables des institutions de micro-finance sur le partenariat avec les mutuelles de santé
- Faire le plaidoyer auprès des collectivités locales, des ONGs et des partenaires pour la prise en charge des indigents et groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé.

Extrait 3.3.3 : Des partenariats effectifs sont mis en place entre les réseaux locaux de mutuelles de santé et les réseaux de micro-finance pour faciliter l'adhésion et la collecte des cotisations aux mutuelles de santé.

Le MSAS et le MEF, en collaboration avec les Comités Régionaux de Suivi (CRS), les Comités Départementaux de Suivi (CDS) et les unions régionales de mutuelles de santé, vont promouvoir la mise en place de partenariats entre les réseaux locaux de mutuelles de santé et les réseaux

locaux de micro-finance. Dans cette perspective, le MSAS et le MEF vont mettre en œuvre les activités clés suivantes.

Activités clés :

- Produire un document de référence sur les expériences de partenariat entre mutuelles de santé et institutions de micro-finance
- Tenir un atelier de partage sur le couplage mutuelles de santé et institutions de micro-finance
- Produire un document d'orientation sur le partenariat entre mutuelles de santé et institutions de micro-finance
- Faciliter la mise en place des conventions de partenariat entre les réseaux locaux de mutuelles de santé et les institutions de micro-finance
- Assurer le suivi des conventions MS/IMF à travers les cadres de coordination au niveau départemental et régional.

6.1.4. Domaine d'intervention 4 : Mécanisme de prise en charge des indigents

Défis principaux

Le défi majeur dans ce domaine d'intervention est le renforcement des mécanismes de prise en charge des indigents et des groupes vulnérables. En effet, il est **nécessaire d'accroître** les moyens d'intervention de la Direction Générale de l'Action Sociale et les mécanismes de ciblage pour la prise en charge médicosociale des personnes défavorisées. Dans cette perspective, il est impérieux de renforcer la collaboration entre les services sociaux du secteur de la santé, les interventions des autres ministères, les collectivités locales et les mutuelles de santé pour plus d'efficacité dans la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables.

Résultat Attendu 4 :

- **Les indigents et les groupes vulnérables sont pris en charge à travers les mutuelles de santé avant la fin de l'année 2017.**

L'ancrage communautaire des mutuelles de santé est mis à profit pour assurer la prise en charge de proximité des indigents et des groupes vulnérables à travers des cadres de collaboration formels entre les mutuelles de santé, leurs unions et les Collectivités Locales. **Sous** ce rapport, l'interface entre les unions régionales de mutuelles de santé et les programmes nationaux de filets sociaux sera défini avant la fin de l'année 2017. Dans le cadre de la prise en charge de ces groupes cibles, une stratégie nationale de ciblage harmonisée sera élaborée dans une approche

multisectorielle et inclusive. Le cadre logique spécifique du domaine d'intervention est résumé dans l'**Annexe A5**.

Ce résultat est attendu à travers les effets combinés des trois lignes d'action suivantes : (i) mécanisme commun de ciblage, (ii) collaboration avec les collectivités locales et (iii) interface avec les programmes de filets sociaux.

Ligne d'Action 4.1 : Mécanisme commun de ciblage

Extrant 4.1.1 : L'efficacité de la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables dans la santé est améliorée à travers des approches et systèmes communs de ciblage avec les autres secteurs avant 2017.

Au niveau stratégique et technique, la Direction Générale de l'Action Sociale du MSAS va collaborer avec les autres ministères pour mettre en place un système commun de ciblage des indigents et des groupes vulnérables.

A ce propos il est entendu la mise en œuvre des activités suivantes :

Activités clés :

- Produire un document stratégique pour une approche commune de ciblage des indigents et groupes vulnérables en collaboration avec les autres secteurs.
- Produire un manuel de procédures et des outils d'identification des indigents et des groupes vulnérables.
- Elaborer un plan de communication sur les mécanismes de prise en charge des indigents et des groupes vulnérables dans le secteur de la santé.
- Elaborer une convention de financement entre l'Etat et les unions régionales
- Elaborer des contrats administratifs entre l'Etat et les unions régionales pour la mise en œuvre des activités
- Elaborer un plan de formation des acteurs des structures d'appui techniques sur les procédures de ciblage
- Maintenir une base de données nationale des indigents et des groupes vulnérables

Ligne d'Action 4.2 : Collaboration avec les collectivités locales

Extrant 4.2.1 : Des cadres de collaboration formels sont établis entre les Collectivités Locales et les mutuelles de santé.

Activités clés :

- Elaborer une convention cadre entre les Collectivités Locales et les Mutuelles de Santé pour la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables.

- Adapter les conventions au contexte local pour leur validation par les autorités administratives.
- Assurer le suivi de la convention CL/MS
- Mettre en place des comités locaux chargés de la présélection des indigents et des groupes vulnérables
- Mener des enquêtes sociales d'identification des indigents et groupes vulnérables pour appuyer le processus de validation des listes des indigents et des groupes vulnérables au niveau local et départemental.

Ligne d'Action 4.3 : Interface avec les programmes de filets sociaux

Extrant 4.3.1 : Des cadres de collaboration formels sont établis dans toutes les régions entre les programmes nationaux de filets sociaux (bourses de solidarité familiale, Plan Sésame, Enfants de moins de 5 ans, handicapés etc.) et les unions de mutuelles de santé.

Dans le cadre de cette politique, le MSAS travaillera en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés notamment la Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale, le Ministère chargé de la femme, les programmes nationaux de filets sociaux et les unions régionales des mutuelles de santé les PTF afin de rationaliser la gestion de la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables. La Direction Générale de l'Action Sociale et la Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle vont collaborer avec les programmes existants de filets sociaux et les unions régionales de mutuelles de santé pour mettre en œuvre les activités clés suivantes.

Activités clés :

- Faire l'inventaire exhaustif des programmes nationaux de filets sociaux intervenant au niveau de chaque région.
- Elaborer une convention de partenariat entre les programmes nationaux de filets sociaux /Unions régionales de mutuelles de santé (URMS) pour la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé.
- Elaborer un manuel de procédure pour formaliser les cadres de collaboration.
- Assurer le suivi de la convention entre les Programmes nationaux et les URMS à travers les cadres de coordination au niveau local, départemental et régional.
- Apporter un appui institutionnel aux structures techniques.
- Apporter des subventions effectives aux Indigents et Groupes Vulnérables

6.2. Régime d'assistance médicale

Pour rappel, il concerne les initiatives suivantes : le plan Sésame, les accouchements et les césariennes et d'autres initiatives notamment le traitement du paludisme, les vaccins dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination, la prise en charge des pathologies à soins coûteux (diabète à travers la subvention de l'insuline, la prise en charge des séances d'hémodialyse), le traitement de la tuberculose, la gratuité des Antirétroviraux (ARV) et la dotation en kit d'hygiène.

Il faut noter qu'en 2013, une nouvelle initiative a été prise pour la gratuité des soins de santé des enfants de 0-5ans. Elle s'inscrit dans le cadre de la couverture maladie universelle, qui est une option prioritaire du gouvernement du Sénégal.

En effet, le Gouvernement du Sénégal, conscient que le bien-être du nouveau-né et de l'enfant de moins de cinq ans est à la fois résultat et indicateur du développement du pays, a décidé ainsi de mettre en œuvre la gratuité des soins pour ces cibles vulnérable s'il s'agira pour la cible du nouveau-né et de l'enfant de 0 à 5 ans d'assurer la prise en charge gratuite des soins essentiels et des affections prioritaires les plus morbides et les plus meurtrières (palu grave, IRA, diarrhée, malnutrition et affection néonatale).

Globalement, toutes les initiatives de gratuités et de subventionnement répondent à leur objectif en termes d'augmentation de la consommation des soins et d'amélioration des indicateurs de santé (surtout pour les accouchements –césariennes et prise en charge des enfants 0- 5 ans). On a également noté une augmentation de la qualité des soins grâce à la possibilité d'intervenir en urgence (réduction du temps d'attente) et une augmentation de l'équité face aux soins.

6.2.1. Le plan sésame :

Parmi les personnes âgées de 60 ans et plus, seules 30% bénéficient d'une prise en charge en cas de maladie en l'occurrence les retraités de l'IPRES et du FNR. Le plan sésame a offert aux 70% restants soit 450 000 personnes du troisième d'accéder gratuitement à des soins. La gestion est assurée par le Bureau de la santé des Personnes Agées de la Direction Générale de la Santé en partenariat avec l'IPRES, le FNR la Faculté de Médecine de l'UCAD et les Associations de Personnes âgées.

Par ailleurs, les médicaments spécifiques aux personnes âgées ne sont pas encore intégrés dans la liste nationale des médicaments essentiels de la PNA. Les remboursements des Districts en médicaments accusent une lenteur préjudiciable à la prise en charge des bénéficiaires. Cette lenteur est en rapport avec la faiblesse de l'encadrement de la gestion du Plan et les ruptures de stocks de médicaments à la PNA. La vérification du coût des prestations offertes aux personnes

âgées ainsi que la régularité des pièces justificatives donne lieu à des contentieux (rejet de certaines factures). Enfin, les financements alloués sont nettement insuffisants conformément à l'évaluation à mi-parcours du plan sésame, ce qui est à l'origine d'une dette cumulée de 4,7 milliards que le Plan sésame doit aux différentes structures sanitaires du pays.

Cependant, les expériences tirées de la mise en œuvre du plan SESAME ont montré sa pertinence et il convient d'en assurer sa pérennisation par des mesures appropriées au vu des dysfonctionnements bien identifiés. Ainsi, pour une rationalisation des fonds Sésame, en vue d'une prise en charge optimum des personnes âgées sans couverture médicale, il est nécessaire : d'inciter les autorités de l'IPRES à renforcer la prise en charge de ces allocataires et de modifier le décret 72-215 du 07 mars 1972 pour permettre aux retraités du FNR d'avoir une imputation budgétaire au 5/5.

6.2.2. Accouchements et césariennes :

La réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infanto juvéniles, en raison de son impact sur le développement du pays, constitue le défi majeur du Programme National de Développement Sanitaire (PNDS 2009- 2018). L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité du paquet intégré d'interventions de qualité pour le couple mère/enfant nécessite un accroissement de la couverture sanitaire notamment en zone rurale.

Le Sénégal a entrepris depuis 2005, des initiatives de gratuité des accouchements et des césariennes dans 5 régions pilotes considérées comme les plus pauvres et les plus difficiles d'accès du pays.

En 2006, la gratuité des césariennes a été étendue dans tous les hôpitaux du Sénégal sauf à ceux de Dakar. La généralisation de la gratuité des césariennes est effective à partir de 2011 grâce à l'intégration des EPS de la banlieue de Dakar.

La politique de subvention des Kits d'accouchements et de césariennes est mise en place pour garantir une accessibilité financière aux populations les plus pauvres. Ainsi la mise œuvre de ce dispositif dénote d'un souci d'équité dans l'offre de soins notamment en direction des personnes vulnérables.

Les différentes supervisions réalisées depuis 2007 ont montré une augmentation du taux d'utilisation des services, et en conséquence une diminution du nombre de morts nés frais et une réduction des accouchements à domicile. Au demeurant, certaines difficultés et contraintes ont été soulevées, à savoir : (i) une irrégularité dans la dotation des kits, (ii) le retard à la mise à disposition des fonds pour assurer le remboursement dans les délais et (iii) la persistance de la politique de recouvrement des coûts pour les actes déjà subventionnés.

Au demeurant, du fait du succès enregistré, la continuation de la politique de gratuité nécessite la mise en place de procédures minimales, pour garantir la bonne utilisation des ressources supplémentaires qui sont requises pour couvrir les besoins et la couverture de l'ensemble du pays.

6.2.3. Les autres politiques de gratuité :

La Direction de l'Action Sociale a mis en place depuis 2003 une ligne budgétaire utilisée comme fonds de solidarité pour améliorer l'état sanitaire des personnes démunies sans couverture médico-sociale. Les paquets de services concernent tous les actes médicaux prescrits par le médecin traitant et ils sont offerts par la structure hospitalière partenaire (consultations, imageries médicales, analyses, hospitalisation, interventions chirurgicales, soins médicaux...). La source de financement est étatique avec un budget en baisse d'année en année (140 millions en 2010, 60 en 2011 et 40 en 2012.).

D'autres initiatives de gratuité sont également développées par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale. Il s'agit entre autres :

- du traitement du paludisme
- des vaccins dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination
- de la prise en charge des pathologies à soins coûteux (diabète à travers la subvention de l'insuline et l'insuffisance rénale chronique à travers la gratuité de la dialyse dans les hôpitaux).
- du traitement de la tuberculose
- de la gratuité des Antirétroviraux (ARV)
- de la dotation en kits d'hygiène...

6.2.4. Pour la cible des enfants 0-5 ans:

Pour la cible des enfants 0-5 ans, les initiatives de gratuité ont débuté dans les années 1990 avec le PEV, puis se sont étendues à d'autres programmes parmi lesquels : la gratuité des ACT et TDR, les ARV, les antituberculeux, les Aliments Thérapeutiques pour le traitement de la malnutrition, la supplémentation en Vitamine A, le déparasitage etc.

L'initiative pour la gratuité des soins de santé du nouveau-né et de l'enfant de moins de cinq ans s'inscrit dans le cadre de la couverture maladie universelle, qui est une option prioritaire du gouvernement du Sénégal.

En effet, le Gouvernement du Sénégal, conscient que le bien-être du nouveau-né et de l'enfant de moins de cinq ans est à la fois résultat et indicateur du développement du pays, a décidé ainsi de mettre en œuvre la gratuité des soins pour ces cibles vulnérable s'il s'agira pour la cible du nouveau-né et de l'enfant de 0 à 5 ans d'assurer la prise en charge gratuite des soins essentiels et des affections prioritaires les plus morbides et les plus meurtrières (palu grave, IRA, diarrhée, malnutrition et affection néonatale).

Globalement, toutes les initiatives de gratuités et de subventionnement répondent à leur objectif en termes d'augmentation de la consommation des soins et d'amélioration des indicateurs de santé (surtout pour les accouchements –césariennes et prise en charge des enfants 0- 5 ans). On a

également noté une augmentation de la qualité des soins grâce à la possibilité d'intervenir en urgence (réduction du temps d'attente) et une augmentation de l'équité face aux soins.

6.3. Régime d'assurance maladie obligatoire

6.3.1. Justification de la réforme

La Sécurité sociale et par extension la Protection sociale, de nos jours, constitue un outil incontournable, voire indispensable pour relever les défis actuels auxquels le monde est confronté et qui sont engendrés par la crise économique et financière.

C'est d'ailleurs ce qui a valu l'adoption, par le Comité de haut niveau sur les programmes du Conseil des chefs de secrétariat des Nations Unies, du Socle de protection sociale qui comprend un paquet minimum de quatre (4) garanties essentielles dont la couverture maladie universelle.

Très tôt convaincu de cette nécessité, le Sénégal s'est engagé dans la mise en œuvre de programmes économiques et sociaux ayant comme axe prioritaire la protection sociale, dont l'une des dimensions essentielles concerne la couverture du risque maladie.

Il s'agit notamment :

- du Document de Politique Economique et Social (DPES), cadre de référence des politiques nationales, qui a retenu la protection sociale comme un des axes stratégiques majeurs ;
- du Programme Pays pour le Travail Décent (PPTD), outil permettant aux pays de réaliser, avec l'appui du BIT, les objectifs du travail décent parmi lesquels figure la protection sociale ;
- de la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) qui vise une meilleure coordination des interventions en matière de protection sociale avec la collaboration des partenaires ;
- de la Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie qui a pour but de contribuer à l'atteinte des OMD en matière de réduction de la pauvreté en permettant à chaque citoyen sénégalais, qui en a besoin, d'accéder à des soins de santé de qualité, quel que soit son niveau de revenu.

Cette stratégie s'articule autour de trois objectifs spécifiques :

- mettre en place des stratégies de pérennisation des politiques de gratuité
- réformer l'assurance maladie obligatoire (IPM)
- développer des approches innovantes en matière de mutualisation du risque maladie.

La protection sociale et plus précisément la couverture du risque maladie est donc au cœur des priorités définies dans ces différents documents de politique économique et sociale du Sénégal.

Cette dynamique a été confortée par la vision du Président de la République, Monsieur Macky SALL, qui lors de son message à la nation à l'occasion de la célébration de la fête de l'indépendance, le 03 avril 2012, a soutenu les propos suivants : « Notre plateau médical reste encore limité, les effectifs réduits et l'accès au service de santé hors de portée de la majorité des patients.

C'est pourquoi, au-delà d'un nouveau volontarisme dans le renforcement de l'équipement sanitaire, je compte lancer, en concertation avec les acteurs concernés, un programme de couverture maladie universelle et une sérieuse réflexion sur la gouvernance sanitaire. »

cette réforme de l'assurance maladie obligatoire s'inscrit parfaitement dans cette dynamique de couverture maladie universelle.

En effet, pour atteindre cet objectif de couverture maladie universelle, il est essentiel que toutes les couches de la population puissent avoir accès aux soins médicaux quelle que soit leur situation et durant tout le cycle de leur vie (enfants, élèves, étudiants, travailleurs, chômeurs, retraités, personnes âgées).

La traduction concrète de cet objectif appelle l'implication de chaque acteur qui doit faire tout ce qui est possible pour assurer aux populations cibles, une couverture efficace et efficiente.

Transposée dans le monde du travail, cette vision consistera pour les IPM à résorber le déficit de couverture noté dans le système.

Un tel défi pourra être relevé à travers l'amélioration de l'efficacité de la couverture des travailleurs permanents, l'extension de cette couverture aux travailleurs non permanents et l'appui des entreprises de l'économie informelle à disposer d'une couverture médicale adéquate.

Par ailleurs, cette réforme contribuera fortement à améliorer le système de protection sociale et par conséquent à atteindre l'objectif du travail décent, à lutter contre la pauvreté et à renforcer la justice et la paix sociale, car la maladie est l'un des principaux facteurs aggravant la pauvreté des familles.

C'est dans cette perspective que les jalons de la réforme de l'assurance maladie obligatoire (RAMO) ont été posés en 2009 comme une recommandation forte de l'étude commanditée par la Commission de Supervision et de Régulation des Institutions de Sécurité sociale(COSRISS).

6.3.2. Objectifs

6.3.2.1. Objectif general

Cette réforme vise globalement à contribuer à l'atteinte de la couverture maladie universelle à travers l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience du système de l'assurance maladie obligatoire.

6.3.2.2. Objectifs spécifiques

Cette réforme tourne autour de trois objectifs spécifiques :

- Mettre en place l'ICAMO et réactualiser le cadre juridique des IPM ;
- Renforcer les capacités des acteurs ;
- Améliorer la gouvernance et le suivi des IPM.

6.3.2.3. Résultats attendus

- Création juridique de l'ICAMO et réactualisation du cadre juridique des IPM ;
- installation de l'ICAMO ;
- formation des acteurs ;
- Sensibilisation des acteurs ;
- amélioration de la gouvernance des IPM ;
- Augmentation du taux de couverture de l'assurance maladie obligatoire d'au moins 20% ;
- Amélioration du suivi des IPM.

6.3.3. Activités et contenu

➤ Organisation d'un atelier pour recueillir l'avis obligatoire du Conseil Consultatif National du Travail et de la Sécurité sociale (CCNTSS)

Cette réunion a été tenue conformément à l'article L. 205. Du code du travail : « Un conseil national du Travail et de la Sécurité sociale est institué auprès du Ministre chargé du Travail et de la Sécurité sociale. Cet organisme consultatif a pour mission générale d'étudier les problèmes concernant le travail et la sécurité sociale.

Tous projets de loi intéressant le travail et la sécurité sociale doivent être obligatoirement accompagnés de l'avis du Conseil consultatif national du travail et de la sécurité sociale. »

➤ **Installation des bureaux et équipements / Mise en place des organes et du budget de l'ICAMO/ inauguration du siège de l'ICAMO**

L'ICAMO aura pour missions d'assurer la formation, le suivi et le conseil des IPM, la gestion du contentieux commun, le regroupement des achats, la gestion informatique, la mise en commun des services de conseil et de contrôle médicaux, la conclusion de conventions entre les professionnels de santé et les IPM, la promotion des actions de santé publique et du bon usage des soins et des produits médicaux, la centralisation des états statistiques et financiers des IPM ainsi que la transmission de ces informations à la tutelle. Le budget défini dans ce document constitue une subvention de départ devant permettre à l'ICAMO de s'installer et de démarrer correctement ses activités durant au moins une année, étant entendu que le financement de cette structure sera assuré par une partie des cotisations des IPM devant alimenter le fonds de garantie. Il faut préciser que ces cotisations étaient déjà prévues dans le décret 75-895 du 14 août 1975 et par conséquent n'entraînent aucune nouvelle charge financière pour les IPM ou leurs membres.

➤ **Atelier de vulgarisation des nouveaux textes de l'assurance maladie obligatoire**

Si le cadre juridique des IPM change, il est impératif que les acteurs principaux devant utiliser ces textes et ceux qui seront chargés du contrôle de leur application ainsi que les autres partenaires sociaux soient mis au courant des changements intervenus.

➤ **Formation à l'école nationale supérieure de la sécurité sociale (EN3S) ou au centre international de formation de Turin (CIF)**

L'amélioration de la gouvernance des IPM dépend en grande partie des capacités et de l'expertise des agents chargés de la gestion, du contrôle et du suivi des IPM. A cet effet, des modules de formation sur mesure sont dispensés à l'Ecole Nationale Supérieure de la Sécurité sociale de Saint Etienne (EN3S) et au Centre international de formation de l'OIT à Turin. Cette formation permettra aux bénéficiaires de procéder à un transfert de connaissances et d'expertises afin d'améliorer la gouvernance du système. Il faut préciser que les agents formés seront appelés à restituer cette formation à travers des ateliers internes.

➤ **Organisation d'un atelier de formation des Inspecteurs et Contrôleurs du Travail et de la Sécurité sociale sur les aspects techniques et la gestion des IPM**

➤ **Organisation d'un atelier de formation et de mise à niveau des partenaires sociaux sur les aspects techniques et la gestion des IPM**

Ces deux formations entrent dans le cadre du renforcement des capacités des acteurs et sont la suite logique du voyage d'étude. Elles permettront :

- aux Inspecteurs et Contrôleurs du Travail et de la Sécurité sociale d'assurer efficacement leurs missions de conseil, d'information, de contrôle et de suivi des IPM
 - aux partenaires sociaux de bénéficier d'une mise à niveau sur les aspects techniques et la gestion des IPM.
- **Mise en œuvre d'un plan de communication à travers la diffusion de spots publicitaires, des affiches, des dépliants etc.**
 - **élaboration d'un recueil des nouveaux textes et d'un guide pratique des IPM**
 - **Atelier de vulgarisation du recueil et du guide**
 - **Organisation d'une campagne nationale d'information et de sensibilisation sur l'ICAMO et les nouveaux textes avec la distribution du recueil et du guide pratique**

Ce recueil et ce guide permettront de mettre à la disposition des acteurs des outils pratiques pour une meilleure compréhension du cadre juridique et des paramètres techniques des IPM, ce qui va améliorer l'information et la sensibilisation.

- **Appui institutionnel à la Direction de la Protection sociale (DPS)**
- **Mise en place d'une base de données électronique pour le fichier national des IPM**
- **Mise en place d'un logiciel de gestion et de suivi et des IPM**

La tutelle ne peut pas exercer efficacement ses missions si elle ne dispose pas des moyens essentiels et indispensables pour communiquer avec les IPM, les contrôler et assurer leur suivi. Il faut donc un minimum de moyens matériels et logistiques.

- **Atelier d'élaboration et de validation du modèle type de rapport annuel des IPM**
- **Atelier de vulgarisation de l'arrêté portant modèle type de rapport annuel des IPM**

Les IPM ont l'obligation de transmettre leurs rapports annuels à la tutelle, mais dans la mise en œuvre de cette obligation, chaque IPM rédige son rapport annuel suivant un canevas différent. Vu le nombre d'IPM existantes, cette diversité dans l'élaboration des rapports rend l'exploitation de ces derniers lente et difficile. C'est pourquoi il est utile de définir un canevas d'élaboration unique pour toutes les IPM afin d'harmoniser les pratiques.

- **Organisation d'une campagne nationale de contrôle et de suivi avec la collaboration des Inspections régionales du Travail et de la Sécurité sociale**

Cette campagne nationale permettra d'accompagner les Inspections régionales du Travail et de la Sécurité sociale pour:

- Contrôler les IPM déjà existantes afin de vérifier qu'elles se conforment au nouveau cadre juridique,

- Contrôler les entreprises qui ne se sont pas acquittées de leurs obligations afin qu'elles affilient leurs travailleurs.
- **Etude pour l'extension de la couverture maladie aux travailleurs non permanents**
- **Atelier de partage et de validation de l'étude sur la couverture maladie des travailleurs non permanents**

Le décret 75-895 du 14 août 1975 prévoyait une couverture médicale pour les travailleurs permanents au service des entreprises, ce qui excluait les travailleurs non permanents ou atypiques comme les journaliers et les saisonniers dont la couverture est difficile du fait de leur mobilité. Toutefois, cette mobilité ne saurait constituer une excuse valable pour les priver d'une couverture médicale au moment où l'on parle d'extension même aux personnes qui ne travaillent pas. C'est pourquoi, il est prévu de mettre en place une IPM des travailleurs non permanents, mais la mise en place d'une telle IPM, vu sa spécificité, nécessite une étude pour définir son architecture et les paramètres techniques de son fonctionnement comme les cotisations, l'assiette de calcul, le recouvrement, les prestations, l'accessibilité des services etc.

- **organisation de réunions trimestrielles du comité de suivi de la réforme**
- **Elaboration du rapport annuel de l'AMO**
- **Organisation d'un atelier de restitution, de partage et de validation du rapport annuel de l'assurance maladie obligatoire**

Cette réforme n'aurait aucun sens si l'on ne peut pas à terme l'évaluer pour dire ce qu'elle a apporté de plus dans l'efficacité du système de l'assurance maladie obligatoire. C'est là tout le sens du suivi-évaluation qui permet de préserver les acquis et de corriger les points faibles de cette réforme afin de faire de l'amélioration de l'efficacité une bataille permanente.

6.3.4. Bénéficiaires et acteurs à impliquer

Tous les acteurs et partenaires œuvrant dans le domaine de la protection sociale et de la santé seront impliqués dans la mise en œuvre de cette réforme, notamment :

- ✓ La Délégation générale à la Protection sociale et à la Solidarité nationale
- ✓ L'Administration du Travail ;
- ✓ La Commission de Supervision et de Régulation des Institutions de Sécurité sociale (COSRISS).
- ✓ Les administrateurs d'IPM (PCA, Gérants, Trésoriers...) ;
- ✓ Les professionnels de la santé ;
- ✓ Les organisations patronales ;
- ✓ les organisations syndicales de travailleurs ;

- ✓ les services techniques des ministères partenaires : Ministère de la Santé et de l'Action sociale (CACMU), Ministère de l'Economie et des Finances (DCEF, DGCPT) etc.
- ✓ les partenaires techniques et financiers : GIP/SPSI, P4H, AFD, BIT

6.3.5. Solutions apportées par la réforme

Cette réforme apporte des solutions concrètes aux problèmes actuels notés dans le système de l'assurance maladie obligatoire, notamment :

PROBLEMES REELS PRIS EN CHARGE PAR LA REFORME	
PROBLEMES	SOLUTION DE LA REFORME
Obsolésence de nombreux points du cadre réglementaire ;	Réactualisation du cadre juridique des IPM avec 6 nouveaux textes
Absence de synergie, d'économie d'échelle et d'équilibre entre cotisations et prestations	Augmentation de la cotisation qui passe d'une fourchette de 2 à 6% à une fourchette de 4 à 15%. Augmentation du plafond de l'assiette de calcul qui passe de 60 000f à 250 000f Augmentation de la fourchette de prise en charge qui passe de 40-80% à 50-80%
Difficultés financières et manque de solidarité entre IPM	Mise en place effective du fonds de garantie
Absence d'une unité de coordination, plus précisément d'un organe régulateur ;	Mise en place de l'Institution de Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire (ICAMO)
Absence de régulation médico-économique	Recrutement d'un médecin conseil au niveau de l'ICAMO
	Renforcement des capacités des acteurs par des formations

<p>Problèmes de gouvernance et de gestion des IPM.</p>	<p>et voyages d'études</p> <p>Définition d'un profil du gérant d'IPM annexé aux modèles types de règlement intérieur</p> <p>Effectivité des contrôles avec les contrats d'objectifs que la tutelle pourra signer avec l'ICAMO</p> <p>Mise en place d'un logiciel de gestion et de suivi des IPM au niveau de la tutelle et accompagnement des IPM pour disposer du logiciel.</p>
<p>Faiblesse du taux de couverture et évasion sociale</p>	<p>Amélioration de la couverture des travailleurs permanents avec la modification des paramètres techniques</p> <p>Extension de la couverture maladie aux travailleurs non permanents</p> <p>Possibilité d'aider les entreprises de l'économie informelle à avoir une couverture maladie dans le cadre de l'extension.</p>

7. Cadres institutionnels de mise en œuvre et de suivi de la CMU

7.1. Cadres de suivi et de mise en œuvre du régime d'assurance maladie volontaire

La mise en œuvre du Plan d'Action 2013-2017 a pour objet de créer les conditions pour la mise en place d'un système de couverture du risque maladie au Sénégal au profit de l'ensemble de la population sénégalaise employée dans les secteurs informel et rural. Même si le Ministre chargé de la santé assure la maîtrise d'œuvre du projet, l'implication des autres acteurs constitue un gage de succès du fait de la transversalité de la couverture maladie. Pour ce faire, le suivi de la mise en œuvre du plan d'action est assuré par les cadres multisectoriels suivants : un comité national de pilotage, un comité régional de suivi et un comité départemental de suivi.

7.1.1. Comité national de pilotage

L'orientation du projet de démonstration est assurée par le Comité National de Pilotage (CNP). Le CNP est présidé par le Ministre chargé de la santé. Les membres du CNP incluent des représentants du ministère chargé de l'économie et des finances, du ministère chargé de la famille, de l'entrepreneuriat féminin et de la micro finance, du ministère chargé de la décentralisation et des collectivités locales, du ministère chargé de l'agriculture et de l'élevage, du ministère chargé de la fonction publique, de l'emploi et du travail, de la Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale, des organisations mutualistes et des représentants de l'Union des Associations des Elus Locaux (UAEL). Le comité de pilotage et de suivi a pour rôle la définition des orientations stratégiques, l'appréciation des résultats intermédiaires, l'approbation et la mobilisation des moyens nécessaires à la réalisation de la mission. La Cellule d'Appui à la Couverture maladie Universelle (CACMU) du MSAS assure le secrétariat du CNP. La CACMU offre un appui technique et administratif permanent aux acteurs de la mise en œuvre et du suivi au niveau régional et départemental. Le CNP se réunit une fois par semestre sur convocation de son président.

7.1.2. Comités régionaux de suivi

En collaboration avec le Gouverneur de région, le MSAS va tenir un comité régional de développement pour la diffusion du plan d'action 2013-2017 d'extension de la CMU de base dans le secteur informel dans chaque région et la mise en place du comité régional de suivi (CRS). Le CRS est présidé par le Gouverneur de la région. Les membres du CRS incluent les préfets des départements, le président du conseil régional, deux représentants des maires de la région, deux représentants des présidents de conseil rural de la région, le directeur de l'agence régionale de développement, le chef du service régional du développement communautaire, le

chef du service régional de l'action sociale, le médecin-chef de région, le représentant du MEF/Trésor, le représentant de l'agence nationale de la statistique et de la démographie, le directeur de l'hôpital régional, le représentant de l'union régionale mutuelles de santé, et le représentant de chaque union départementale des mutuelles de santé de la région. Le secrétariat du CRS est assuré par le médecin-chef de la région. Le CRS a pour rôle le suivi de la mise en œuvre du plan d'action d'extension de la CMU de base dans le secteur informel dans la région. Le CRS se réunit une fois par trimestre sur convocation de son président.

7.1.3. Comités départementaux de suivi

En collaboration avec le Préfet de chaque département, le MSAS va tenir un comité départemental de développement pour la diffusion du plan d'action 2013-2017 d'extension de la CMU de base dans le secteur informel dans chaque département et la mise en place du comité départemental de suivi (CDS). Le CDS est présidé par le Préfet du département. Les membres du CDS incluent les représentants de l'Etat dans le département (Préfet et sous-préfets), deux représentants des maires du département, deux représentants des présidents de conseil rural du département, le chef du service départemental du développement communautaire, le chef du service départemental de l'action sociale, les médecins-chef des districts sanitaires du département, le payeur du département, le représentant de l'hôpital département, deux représentants de l'union départementale des mutuelles de santé, et deux représentants des institutions de financement décentralisées. Le secrétariat du CDS est assuré par le médecin-chef de district sanitaire du chef-lieu de département. Le CDS a pour rôle le suivi de la mise en œuvre du plan d'action d'extension de la CMU de base dans le secteur informel dans le département et des activités de l'unité départementale de gestion. Le CDS se réunit une fois par trimestre sur convocation de son président.

7.2. Cadre de dépenses et financement

7.2.1. Cadre de dépenses à moyen terme

Plan d'Action de la Couverture Maladie de Base dans le Secteur Informel A Travers les Mutuelles de Santé						
Projections de Dépenses (en Millions de FCFA) : 2013-2017						
Hypothèse Moyenne						
Dépenses	2013	2014	2015	2016	2017	Total 2013-2017
I. Investissement	1 240	690	776	0	0	2 706
II. Personnel	1 400	2 089	2 881	2 997	3 116	12 483
III. Fonctionnement	670	1 014	1 411	1 480	1 553	6 128
IV. Interventions/Activités	1 564	1 483	2 328	1 538	1 938	8 850
V. Dépenses Techniques	4 275	9 922	19 723	29 985	39 464	103 369
• Paquet de base	2 399	5 569	11 070	16 829	22 149	58 016
• Paquet complémentaire	1 875	4 353	8 653	13 156	17 315	45 352
Total	9 148	15 197	27 119	36 000	46 071	133 535

7.2.2. Financement

Plan d'Action de la Couverture Maladie de Base dans le Secteur Informel A Travers les Mutuelles de Santé						
Sources de Financement (en Millions de FCFA) : 2013-2017						
Hypothèse Moyenne						
Sources de financement	2013	2014	2015	2016	2017	Total 2013-2017
Contributions des Ménages dans les Mutuelles de Santé	2 350	5 454	10 843	16 484	21 695	56 826
Subvention partielle "paquet minimum de base" : Etat	2 350	5 454	10 843	16 484	21 695	56 826
Subvention totale (indigents + GV) : Etat et CL	671	1 558	3 098	4 710	6 199	16 236
Subvention de lancement : Etat et PTF	3 777	1 812	2 035	0	0	7 623
Total	9 148	14 278	26 818	37 678	49 588	137 511

7.3. Suivi et évaluation du régime d'assurance maladie volontaire

7.3.1. Indicateurs clés

Plan d'Action de la Couverture Maladie de Base dans le Secteur Informel A Travers les Mutuelles de Santé							
Indicateurs Clés: Horizon 2013-2017							
Indicateurs Clés	Baseline		Cibles				
	Année	Valeur	2013	2014	2015	2016	2017
Proportion (%) de naissances dont l'accouchement a eu lieu dans un établissement de santé parmi les 20% des ménages les plus pauvres	2011	39,8	-	-	45	-	65
Proportion (%) de malades ayant cherché des soins curatifs auprès des prestataires modernes parmi les 20% des ménages les plus pauvres	2011	16,9	-	-	20	-	25
Dépenses directes de santé des ménages (moyenne en FCFA)	2011	72 780	-	-	50 0 0	-	30 000
Proportion (%) des ménages qui font face à des dépenses catastrophiques de santé parmi les 20% des ménages les plus pauvres	2011	6,6	-	-	4	-	1,5
Proportion (%) de la population qui est satisfaite de la qualité des services des formations sanitaires							
Proportion de la population générale couverte par les mutuelles de santé							
Nombre de bénéficiaires des mutuelles de santé							
Nombre d'indigents et de groupes vulnérables pris en charge par les mutuelles de santé avec l'appui de l'Etat et des Collectivités Locales							
Niveaux (FCFA) des subventions de l'Etat et des Collectivités Locales pour étendre les paquets de bénéfices couverts par les mutuelles de santé							
Niveaux (FCFA) des subventions de l'Etat et des Collectivités Locales pour assurer la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé							

7.3.2. Rapports des institutions mutualistes

Conformément aux articles 28 et 32 du règlement de l'UEMOA, les mutuelles de santé et les unions de mutuelles de santé sont tenues de produire et communiquer les rapports annuels (technique, moral et financier) à l'ONAMS (MSAS/CACMU). Par ailleurs, elles sont obligées de se soumettre au contrôle de l'ONAMS (MSAS/CACMU) et le cas échéant au contrôle d'autres organismes prévus à cet effet. Conformément au règlement et aux procédures du système

national d'information des mutuelles de santé, le contrat de performance entre le FNSS et les unions départementales des mutuelles de santé va disposer de clauses spécifiant les conditions et la périodicité de la soumission de rapports des mutuelles de santé, des unions départementales de mutuelles de santé et des unions régionales de mutuelles. Les formats des rapports seront attachés en annexe aux contrats de performance. Un système de vérification sera mis en place pour s'assurer de la fiabilité des données des mutuelles de santé et des unions de mutuelles de santé.

7.3.3. Suivi des institutions mutualistes

Le suivi et le contrôle des institutions mutualistes est un des piliers de la réglementation des mutuelles de santé en plus de l'agrément, de l'immatriculation dans le registre national, des cotisations au fonds national de garanties, de la soumission des rapports et du contrôle. Le suivi des institutions mutualistes se base sur deux volets complémentaires : le suivi 'hors-site' et le suivi 'sur-site'. A travers le suivi 'hors-site', les rapports soumis par les mutuelles de santé et les unions de mutuelles de santé sont traités et analysés par les services de suivi-évaluation de l'ONAMS (MSAS/CACMU) afin d'analyser les progrès et les performances des mutuelles de santé et d'identifier les mutuelles de santé qui respectent ou dévient des normes prudentielles. A travers le suivi 'sur-site', l'ONAMS (MSAS/CACMU) procède à un contrôle externe sur pièce et sur place, portant sur la constitution, le fonctionnement et la situation financière des mutuelles de santé et des unions départementales et régionales des mutuelles de santé.

La ligne d'action 3.3 du plan d'action prévoit de renforcer les capacités des réseaux des mutuelles de santé et d'autorégulation des mutuelles de santé en général, les capacités de gestion, de suivi et d'appui-conseil et de supervision des unions en particulier. Il est attendu que les unions régionales assurent des services de suivi et d'appui-conseil aux unions départementales de mutuelles de santé tous les trois mois. Par ailleurs, les unions départementales de mutuelles de santé sont attendues d'assurer des services de suivi et d'appui-conseil aux mutuelles membres tous les deux mois.

7.3.4. Revues périodiques

Des revues périodiques sont tenues au niveau départemental, régional et national pour identifier les goulots d'étranglement dans la mise en œuvre du plan d'action et les performances des institutions mutualistes, leurs relations avec les organisations de prestation de soins, les collectivités locales et les structures d'appuis et leur trouver des solutions au niveau pertinent. Des revues trimestrielles sont tenues au niveau départemental, des revues semestrielles au niveau régional et une revue annuelle au niveau national.

Des revues trimestrielles sont organisées au niveau départemental par le CDS. L'objectif des revues trimestrielles est d'identifier les goulots d'étranglement dans la mise en œuvre du plan d'action au niveau départemental. Les revues départementales sont mises à profit pour apprécier les progrès dans la mise en place et la restructuration des mutuelles de santé, la mise en place et la fonctionnalité des réseaux locaux de mutuelles de santé et les goulots d'étranglement. Les acteurs au niveau départemental passent en revue les progrès dans l'adhésion aux mutuelles de santé, la collecte des cotisations, la prise en charge des indigents, la fonctionnalité des mécanismes de transferts et les relations entre les institutions mutualistes et les prestataires de soins dont la régularité dans le remboursement des prestataires. Enfin, les revues départementales portent sur la fonctionnalité des organes de gestion des institutions mutualistes, la planification et la mise en œuvre des activités de communication et de sensibilisation des populations.

Des revues semestrielles sont organisées au niveau régional par le CRS. Les revues semestrielles sont consacrées au suivi de la mise en œuvre du plan d'action au niveau régional. Elles passent en revue les progrès dans l'adhésion et la collecte de cotisation dans les mutuelles de santé des départements de la région. Elles sont focalisées sur la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables, la fonctionnalité des mécanismes de transferts et de remboursement des prestataires de soins. Par ailleurs, les revues régionales examinent la fonctionnalité des systèmes de soutien dont le système d'information, les activités de formations, de suivi et d'appui-conseil et l'application des directives et instructions du niveau central.

La revue annuelle est organisée au niveau national par le CNP. La revue annuelle est consacrée à l'évaluation de la mise en œuvre du plan d'action au niveau national. Elle est focalisée sur l'évaluation des progrès de la mise en œuvre au niveau des régions, la mobilisation des ressources, le développement et l'adaptation des systèmes et des outils d'appui, la fonctionnalité du système de transfert, la fonctionnalité du système national d'information, la fonctionnalité des cadres financiers d'appui et la fonctionnalité du cadre réglementaire des mutuelles de santé.

7.3.5. Evaluations

Le plan de suivi-évaluation va bâtir sur l'enrôlement progressif de départements et la série des enquêtes auprès des ménages de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) pour définir la combinaison des évaluations du plan d'action. Une évaluation à mi-parcours sera réalisée en 2015. Celle-ci va porter sur l'évaluation de la conception et du processus de mise en œuvre. Elle sera appuyée par une étude qualitative sur la satisfaction des parties prenantes. Une évaluation d'impact est prévue en 2017. L'évaluation va tirer profit des bases d'informations qui sont générées à travers l'EDS-MICS de 2011, l'Enquête de Suivi de la Pauvreté (ESP) de 2010/2011, les EDS-MICS Continues en cours, l'EDS-MICS de 2015 et l'ESP de 2015 pour une analyse quantitative de l'impact de la mise en œuvre du plan d'action entre 2013 et 2017. L'analyse quantitative de l'impact sera complétée par des études qualitatives auprès des bénéficiaires, des études sur les coûts et le financement de la CMU de base, et des

études coût-efficacité des approches et expériences de ciblage des indigents et groupes vulnérables.


7.4. Mécanismes de suivi-évaluation de la réforme du régime d'assurance maladie obligatoire

LES INDICATEURS DE SUIVI	METHODES DE COLLECTE ET SOURCES DE VERIFICATION
REACTUALISATION DU CADRE JURIDIQUE DES IPM	<ul style="list-style-type: none"> - les rapports technique et financier de la réunion du CCNTSS - Les textes adoptés, signés et publiés (JO Sénégal)
MISE EN PLACE DE L'ICAMO	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports financiers - La cérémonie officielle d'ouverture de l'ICAMO - les rapports d'activités de l'Institution
FORMATION ET SENSIBILISATION DES ACTEURS	<ul style="list-style-type: none"> - les rapports technique et financier des ateliers de formation - la rapport de l'atelier de vulgarisation du recueil et du guide distribués, - les rapports de la tournée de sensibilisation, - le rapport financier du plan de communication (spot et affiches publicitaires)
AMELIORATION DE LA GOUVERNANCE DES IPM	<ul style="list-style-type: none"> -remise officielle de l'appui institutionnel -publication des données statistiques issues de l'enquête nationale -installation et fonctionnement du logiciel de suivi des IPM -l'arrêté portant modèle type de rapport annuel des IPM
AUGMENTATION DU TAUX DE COUVERTURE DES IPM	<ul style="list-style-type: none"> - Les rapports de la tournée de contrôle, - l'arrêté d'approbation de l'IPM des travailleurs non permanents - les rapports trimestriels des IRTSS, - le nouveau taux de couverture des IPM qui figurera dans le rapport d'évaluation

SUIVI EVALUATION DU PLAN D'ACTION

- arrêté ministériel portant création du comité de suivi de la réforme
- Rapports financiers des activités de ce comité
- Les comptes rendus des réunions du comité technique de suivi,
- Les rapports réguliers envoyés par les IRTSS,
- le rapport de l'atelier de partage et de validation du rapport annuel de l'assurance maladie obligatoire.

Annexes :

- Annexe A1. Cadre logique d'ensemble du Plan d'Action 2013-2014
 - Annexe A2. Cadre logique du domaine « Cadre juridique et institutionnel d'appui »
 - Annexe A3. Cadre logique du domaine « Capacités techniques des acteurs de développement »
 - Annexe A4. Cadre logique du domaine « Mise en œuvre au niveau régional et local »
 - Annexe A5. Cadre logique du domaine « Mécanisme de prise en charge des indigents et groupes vulnérables»
 - Annexe B. Chronogramme de l'année 2013
 - Annexe C. Paramètres fondamentaux des mutuelles de santé
 - Annexe D. Milestones de suivi de la mise en œuvre : 2013-2017
 - Annexe E. Synthèse du budget de la réforme de l'Assurance Maladie volontaire
 - Annexe F. Plan de financement de la réforme, de l'Assurance Maladie volontaire
 - Annexe G. Plan d'actions de la réforme de l'Assurance Maladie obligatoire
 - Annexe H. Plan de financement de la réforme de l'Assurance Maladie obligatoire
 - Annexe I. plan d'actions de la réforme de l'assistance médicale
 - Annexe J. Plan de financement de la réforme de l'assistance médicale
 - Annexe K. Synthèse budget CMU
- 

Annexe A1 : Cadre Logique d'Ensemble du Plan d'Action d'Extension de la Couverture Maladie dans les Secteurs Informel et Rural 2013-2017 à travers les mutuelles de santé

Hiérarchie des Objectifs	Indicateurs de Performance Clés	Hypotheses Critiques
But	Indicateurs d'impact	
<p>Améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé de qualité parmi les populations des secteurs informels et ruraux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'utilisation des services de santé <soins curatifs, services de santé infantile et maternelle, hospitalisation> (Accès équitable) • Dépenses directes de santé des ménages parmi les utilisateurs des services de santé (Protection financière des ménages) • Proportion des ménages qui font face à des dépenses catastrophiques de santé (Protection financière des ménages) • Proportion de la population qui est satisfaite de la qualité des services des formations sanitaires (Satisfaction des populations) <p>Les indicateurs sont mesurés parmi les sous populations de bénéficiaires et de non bénéficiaires des mutuelles de santé et selon les catégories socio-économiques (quintiles, niveau d'instruction, type de résidence, groupe ethnique, région)</p>	

Objectif général	Indicateurs d'impact	
<p>Etendre la couverture maladie à 65% des populations employées dans les secteurs informels et ruraux à l'horizon 2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de la population générale couverte par les mutuelles de santé • Proportion de la population du secteur informel et rural couverte par les mutuelles de santé <p>Les indicateurs sont mesurés parmi les catégories socio-économiques (quintiles, niveau d'instruction, type de résidence, groupe ethnique, région)</p>	
Objectifs spécifiques	Indicateurs d'effets spécifiques	Des objectifs spécifiques à l'objectif général
<p>Mettre en place un environnement favorable pour stimuler l'extension de la couverture du risque maladie dans les secteurs informels et ruraux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Niveaux (FCFA) des subventions de l'Etat et des Collectivités Locales pour étendre les paquets de bénéfices couverts par les mutuelles de santé selon la région 	<p>Qualité de l'offre de services de santé est améliorée (renforcement de ressources humaines, renforcement des infrastructures, des équipements, disponibilité des médicaments, politique de tarification harmonisée, partenariat public privé pour rendre accessible l'offre de soins)</p>
<p>Renforcer les capacités techniques des acteurs de développement pour soutenir l'extension de la couverture maladie dans les secteurs informels et ruraux dans toutes les régions du pays</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de mutuelles de santé qui disposent de gestionnaires qui répondent au profil professionnel défini par les autorités compétentes 	<p>Gouvernance améliorée dans le secteur de la santé pour renforcer la confiance entre les acteurs de la santé</p>
<p>Etendre progressivement la couverture maladie universelle à travers la mise en œuvre du projet d'extension de la couverture de l'assurance maladie dans le contexte de la décentralisation au niveau de chaque région</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de bénéficiaires des mutuelles de santé selon la région 	
<p>Renforcer l'interface entre les mutuelles de</p>		

santé et les filets sociaux pour étendre la couverture maladie aux indigents et aux groupes vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'indigents et de groupes vulnérables pris en charge par des tiers (Etat, CL, ONG, mécènes, etc.) à travers les mutuelles de santé selon la région 	
Extrants des Composantes	Indicateurs de Performance Clés (Un indicateur par extrant)	Des extrants aux objectifs spécifiques
Domaine 1 : Cadre juridique et institutionnel d'appui		<ul style="list-style-type: none"> • Capacité de prépaiement des ménages soutenue par une croissance économique soutenue et inclusive • Capacité de payer de l'Etat et des collectivités locales soutenue par une croissance économique soutenue • La Caisse Autonome de la Protection Sociale Universelle est fonctionnelle • leadership politique soutenus durablement à plusieurs niveaux • des Collectivités Locales • de la Société Civile, des organisations socioprofessionnelles et des organisations communautaires de base • politique et cohésion sociale renforcées
Extrant 1.1 : Les mécanismes d'intervention de l'Etat dans le financement des mutuelles de santé sont fonctionnels	Voir les cadres logiques spécifiques de chaque domaine d'intervention	
Extrant 1.2 : Les Collectivités Locales ont mis en place un mécanisme de subvention et d'appui des mutuelles de santé de leur territoire	«	
Extrant 1.3 : L'Office National de la Mutualité Sociale chargé de la réglementation des mutuelles sociales est fonctionnel	«	
Extrant 1.4 : Un paquet minimum de services garantis base est mis en place dans le cadre de la CMU	«	
Extrant 1.5 : Des modalités harmonisées de paiement des prestataires sont définies		
Domaine 2 : Capacités techniques des acteurs		
Extrant 2.1 : Les mutuelles de santé disposent d'un plan comptable adapté au cadre réglementaire de l'UEMOA	«	Engagement
Extrant 2.2 : Un système national d'information et de suivi des mutuelles de santé est adopté et mis en œuvre conformément au cadre réglementaire de l'UEMOA	«	Stabilité

Extrant 2.3 : Les cadres et les outils de contractualisation des mutuelles de santé sont adaptés relativement à l'organisation et aux rôles des mutuelles de santé et de leurs unions	«
Extrant 2.4 : Une stratégie et les outils de formation adaptés pour soutenir l'extension progressive de la CMU sont développés (mise en place des mutuelles de santé, gestion administrative et financière, suivi et évaluation, leadership, ciblage et enrôlement des indigents)	«
Extrant 2.5 : Un pool de formateurs est mis en place dans chaque région en collaboration avec les unions régionales des mutuelles de santé	«
Extrant 2.6 : Une stratégie, les outils de communication, et les outils de formation en IEC/CCC adaptés pour soutenir l'extension progressive de la CMU sont développés	
Extrant 2.7 : Une plateforme TIC de la CMU de base est développée et mise en place dans tous les départements du pays	«
Domaine 3 : Mise en œuvre au niveau régional et local	
Extrant 3.1 : Une adhésion accrue des populations aux mutuelles de santé de chaque département soutenue par l'implication effective de l'Etat, des collectivités locales, et du personnel de santé dans la promotion de la mutualité dans le secteur de la santé	«
Extrant 3.2 : Des mutuelles de santé attractives et solvables fonctionnelles au niveau de toutes les collectivités de base	«

de chaque département	
Extrant 3.3 : Une union départementale des mutuelles de santé communautaires effective pour assurer la mise en commun des gros risques et l'intermédiation sociale au niveau de chaque département	«
Extrant 3.4 : Un fonds départemental de solidarité santé soutenu conjointement par l'Etat et les collectivités locales disponible dans chaque département pour appuyer l'extension des paquets de bénéfices et la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables	«
Extrant 3.5 : Toutes les unions départementales de mutuelles de santé adhérent à l'union régionale de leur région respective	«
Extrant 3.6 : Les capacités techniques d'appui, de supervision, et de communication des unions régionales de mutuelles de santé sont renforcées	«
Domaine 4 : Mécanisme de prise en charge des indigents et groupes vulnérables	
Extrant 4.1 : L'efficience de la prise charge des indigents et des groupes vulnérables dans la santé est améliorée à travers des approches et systèmes communs de ciblage avec les autres secteurs	«
Extrant 4.2 : Des cadres de collaboration formels sont établis entre les Collectivités Locales et les mutuelles de santé pour la gestion de proximité de la prise en charge dans la santé des indigents et des groupes vulnérables à	«

travers les mutuelles de santé		
Extrant 4.3 : Des cadres de collaboration formels sont établis entre les programmes nationaux de filets sociaux (bourses de solidarité familiale, Plan Sésame, Enfants de moins de 5 ans, handicapés etc.) et les unions régionales de mutuelles de santé pour la gestion de proximité de la prise en charge dans la santé des indigents et des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé	«	

Annexe A2 : Cadre Logique – Domaine d'intervention « Cadre juridique et institutionnel d'appui »

Objectif spécifique 1 : Mettre en place un environnement favorable pour stimuler l'extension de la couverture du risque maladie dans les secteurs informels et ruraux

Extrant	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification	Hypothèses
Extrant 1.1 : Les mécanismes d'intervention de l'Etat dans le financement des mutuelles de santé sont fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> Niveaux (FCFA) des subventions de l'Etat et des collectivités locales pour assurer la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé selon la région 		
Extrant 1.2 : Les Collectivités Locales ont mis en place un mécanisme de subvention et d'appui des mutuelles de santé de leur territoire	<ul style="list-style-type: none"> Niveaux (FCFA) des subventions des Collectivités Locales aux mutuelles de santé selon la région 		
Extrant 1.3 : L'Office National de la Mutualité Sociale chargé de la réglementation des mutuelles sociales est fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> Proportion des mutuelles de santé qui sont effectivement immatriculées dans le registre des mutuelles sociales par l'ONAMS/CACMU 		
Extrant 1.4 : Un paquet minimum de services garantis base est mis en place dans le cadre de la CMU	<ul style="list-style-type: none"> Texte juridique régissant le paquet minimum de services garantis dans le cadre de la CMU est disponible 		
Extrant 1.5 : Des modalités harmonisées de paiement des prestataires sont définies	<ul style="list-style-type: none"> Texte juridique régissant les modalités de paiement des prestataires dans le cadre de la CMU est disponible 		
Activités	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Sources de Vérification	Hypothèses
<p>Ligne d'Action : Mécanismes de financement</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre un plan de plaidoyer pour la mise en d'un cadre juridique pour soutenir les mécanismes de financement de la CMU de base dans le secteur informel Adopter les textes juridiques qui régissent la Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle (CAPSU) Doter la CAPSU de ressources suffisantes Adopter le projet de texte juridique qui régit le Fonds National de Solidarité dans la Santé Doter Fonds National de Solidarité dans la Santé de moyens suffisants Adapter la nomenclature budgétaire des collectivités locales pour faciliter la subvention aux mutuelles de 	Des IOV détaillés à élaborer par les parties prenantes aux niveaux national, régional, départemental et local au niveau de leur plan de travail annuel	Des sources de vérification détaillées à déterminer par les parties prenantes aux niveaux national, régional, départemental et local au niveau de leur plan de travail annuel	Des hypothèses détaillées à déterminer par les parties prenantes aux niveaux national, régional, départemental et local au niveau de leur plan de travail annuel

<p>santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre un plan de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières au niveau central et local • Prendre des mesures transitoires à travers le budget du MSAS pour assurer le démarrage effectif des mécanismes de subvention dans le cadre de l'extension de la CMU de base dans le secteur informel en 2013 <p>Ligne d'Action : Cadre réglementaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adopter le projet de texte juridique qui régit l'Office National de la Mutualité Sociale conformément au règlement de l'UEMOA • Mettre en place l'Office National de la Mutualité Sociale • Doter l'Office National de la Mutualité Sociale de moyens humains, financiers et logistiques suffisantes • Développement du système national d'information et de suivi (voir domaine é) • Mettre en place le registre d'immatriculation des mutuelles sociales • Mener une campagne d'immatriculation des mutuelles de santé existantes • Adopter le projet de texte juridique qui régit le Fonds National de Garantie de la mutualité sociale conformément au règlement de l'UEMOA • Mettre en place les organes de gestion et de surveillance du Fonds National de Garantie de la mutualité sociale conformément au règlement de l'UEMOA • Mettre en place un comité d'experts pour l'élaboration du paquet minimum de services garantis dans le cadre de la CMU de base dans le secteur informel • Réaliser des études pour appuyer l'élaboration du paquet minimum de services garantis dans le cadre de la CMU de base dans le secteur informel • Tenir un atelier national de validation du paquet minimum de services garantis dans le cadre de la CMU de base dans le secteur informel • Adopter un texte juridique portant réglementation du paquet minimum de services garantis dans le cadre de la CMU de base • Mettre en place un comité d'experts pour 			
--	--	--	--

<p>l'élaboration des modalités de paiement des prestataires dans le cadre de la CMU de base</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appuyer des voyages d'études portant sur les modalités de paiement des prestataires dans le cadre de la CMU • Expérimenter des modalités alternatives de paiement des prestataires dans le cadre de la CMU <ul style="list-style-type: none"> ○ Capitation au niveau des services de santé de base ○ Groupes homogènes de maladie au niveau hospitalier ○ Autres modalités... • Tenir des ateliers de consensus et de validation des modalités de paiement des prestataires dans le cadre de la CMU • Adopter une politique portant sur les modalités de paiement des prestataires dans le cadre de la CMU <p>Ligne d'Action : Appui institutionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appuyer le fonctionnement de la CACMU (personnel, logistique, fonctionnement) • Appuyer des voyages d'études portant sur les modalités de paiement des prestataires dans le cadre de la CMU • Renforcer la logistique de la CACMU • Renforcer le personnel de la CACMU • Renforcer les capacités des agents de la CACMU et autres acteurs de la mutualité (participation à des voyages d'études, des séminaires, congrès, formations etc...) • Appuyer le fonctionnement des 45 unités de gestion départementales (personnel, logistique, fonctionnement) • Doter les unités de gestion des 45 départements en logistiques • Recruter du personnel pour les 45 unités de gestion départementales • Recruter des Assistants techniques régionaux (ATR) • Appuyer les unités de gestions sur leurs interventions/Activités • Renforcer l'équipement informatique des mutuelles de santé, des unions de mutuelles de santé, et des prestataires de soins conventionnés • Appuyer le démarrage du fonctionnement de 			
--	--	--	--

Annexe A3 : Cadre Logique – Domaine d'intervention « Capacités techniques des acteurs de développement »

Objectif spécifique 2 : Renforcer les capacités techniques des acteurs de développement pour soutenir l'extension de la couverture maladie dans les secteurs informels et ruraux dans toutes les régions du pays

Extrant	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification	Hypothèses
Extrant 2.1 : Les mutuelles de santé disposent d'un plan comptable adapté au cadre réglementaire de l'UEMOA	<ul style="list-style-type: none"> • Un manuel de procédures du plan comptable adapté au règlement de l'UEMOA est disponible • Proportion de mutuelles de santé qui utilisent le plan comptable adapté du règlement de l'UEMOA selon le manuel de procédures selon la région 		
Extrant 2.2 : Un système national d'information et de suivi des mutuelles de santé est adopté et mis en œuvre conformément au cadre réglementaire de l'UEMOA	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de mutuelles de santé qui soumettent régulièrement leurs rapports annuels (technique, moral et financier) à l'ONAMS/CACMU selon la région 		
Extrant 2.3 : Les cadres et les outils de contractualisation des mutuelles de santé sont adaptés relativement à l'organisation et aux rôles des mutuelles de santé et de leurs unions	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de mutuelles de santé dont les relations contractuelles avec les prestataires respectent la pyramide sanitaire selon la région 		
Extrant 2.4 : Une stratégie et les outils de formation adaptés pour soutenir l'extension progressive de la CMU sont développés (mise en place des mutuelles de santé, gestion administrative et financière, suivi et évaluation, leadership, ciblage et enrôlement des indigents)	<ul style="list-style-type: none"> • Des manuels de formation sur la mise en place, la gestion administrative et financière et le suivi évaluation des mutuelles de santé sont disponibles 		
Extrant 2.5 : Un pool de formateurs est mis en place dans chaque région en collaboration avec les unions régionales des mutuelles de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de formateurs formés sur la mutualité selon la région 		
Extrant 2.6 : Une stratégie, les outils de communication, et les outils de formation en IEC/CCC adaptés pour soutenir l'extension progressive de la CMU sont développés	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de contrats passés avec les radios pour la communication sur la CMU et la mutualité selon la région 		
Extrant 2.7 : Une plateforme TIC de la CMU de base est développée et mise en place dans tous les départements du pays	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de mutuelles de santé qui utilisent des applications de gestion dans le cadre de la CMU selon la région 		

Activités	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Sources de Vérification	Hypothèses
<p>Ligne d'Action : Développement de systèmes et d'outils</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire l'état des lieux des outils de gestion des mutuelles de santé disponibles • Recruter un consultant pour adapter le système et les outils de gestion administrative et financière des mutuelles de santé au plan comptable de l'UEMOA • Tenir un atelier national pour valider le système et les outils de gestion administrative et financière des mutuelles de santé • Produire un manuel de procédures de gestion administrative et financière des mutuelles de santé adapté au plan comptable UEMOA • Développer les profils des gestionnaires des mutuelles de santé et des unions de mutuelles de santé • Faire l'état des lieux des systèmes d'information des mutuelles de santé • Recruter un consultant pour le développement d'un système national d'information et de suivi des mutuelles de santé adaptés au cadre réglementaire de l'UEMOA • Tenir un atelier national de validation du système national d'information et de suivi des mutuelles de santé • Produire un manuel de procédures du système national d'information et de suivi • Recruter un expert juriste pour l'adaptation des cadres et des outils de contractualisation des mutuelles de santé à l'organisation et aux rôles des mutuelles de santé et de leurs unions dans le cadre de la CMU • Tenir un atelier national de validation des cadres et 	<p>Des IOV détaillés à élaborer par les parties prenantes aux niveaux national, régional, départemental et local au niveau de leur plan de travail annuel</p>	<p>Des sources de vérification détaillées à déterminer par les parties prenantes aux niveaux national, régional, départemental et local au niveau de leur plan de travail annuel</p>	<p>Des hypothèses détaillées à déterminer par les parties prenantes aux niveaux national, régional, départemental et local au niveau de leur plan de travail annuel</p>

outils de contractualisation

- Outils de ciblage des indigents (voir domaine d'intervention 4)

Ligne d'Action : Formation

- Elaborer des outils pédagogiques (modules, manuels, guides pratiques, brochures) sur les domaines suivants :
 - Mise en place des mutuelles de santé
 - Gestion administrative et financière des mutuelles de santé
 - Suivi et évaluation des mutuelles de santé
 - Leadership
 - Protection sociale
 - Gestion des factures des prestataires
 - Ciblage des indigents (voir domaine 4)
- Organiser des ateliers de formation des formateurs en collaboration avec les unions régionales de mutuelles de santé au niveau de chaque région
- Organiser des ateliers de formation des responsables des mutuelles de santé (voir domaine 3)
- Adapter les outils pédagogiques sur la base des expériences
- Recycler les pools de formateurs régionaux tous les deux ans
- Développer des programmes de formation diplômante en gestion des mutuelles de santé en collaboration avec les institutions de formation

Ligne d'Action : Communication

Stratégie et outils de communication

- Faire l'état des lieux des outils de communication sur les mutuelles de santé
- Recruter un expert en communication pour adapter la stratégie et les outils de communication des mutuelles de santé dans le contexte de la CMU
- Tenir un atelier de validation de la stratégie et des outils de communication des mutuelles de santé dans le contexte de la CMU
- Produire les outils de communication
- Elaborer les outils de formation en IEC/CCC adaptés pour soutenir l'extension progressive de la CMU
- Elaborer un plan de plaidoyer pour un environnement favorable à l'extension de la CMU (voir domaine 1)
- Appuyer le développement d'un plan de communication dans chaque région (voir domaine 3)
- Appuyer le développement d'un plan de fidélisation des adhérents et membres des mutuelles de santé dans chaque région (voir domaine 3)

Ligne d'Action : Plateforme TIC

- Réaliser des études de faisabilité et d'ingénierie pour le développement d'une plateforme TIC pour appuyer le CMU de base dans le secteur informel
- Appuyer le développement d'applications pour renforcer la gestion, le système d'information et de suivi des mutuelles de santé dans le cadre de la CMU
- Appuyer le développement d'applications pour la gestion de la facturation des prestations dans le cadre de la CMU
- Renforcer l'équipement des mutuelles de santé, des unions de mutuelles de santé, et des prestataires de soins conventionnés en informatique
- Former les gestionnaires des mutuelles de santé et des unions de mutuelles de santé sur les applications de

<p>gestion, d'information et de suivi</p> <ul style="list-style-type: none">• Former les gestionnaires des mutuelles de santé, des unions de mutuelles de santé et des formations sanitaires conventionnées sur les applications pour la gestion informatisée de la facturation des prestations dans le cadre de la CMU			
---	--	--	--

Annexe A4 : Cadre Logique – Domaine d'intervention « Mise en œuvre au niveau régional et local »

Objectif spécifique 3 : Etendre progressivement la couverture maladie universelle à travers la mise en œuvre du projet d'extension de la couverture de l'assurance maladie dans le contexte de la décentralisation au niveau de chaque région

Extrant	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification	Hypothèses
Extrant 3.1 : Une adhésion accrue des populations aux mutuelles de santé de chaque département de démonstration soutenue par l'implication effective de l'Etat, des collectivités locales, des partenaires et du personnel de santé dans la promotion de la mutualité dans le secteur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> Taux de pénétration des mutuelles de santé selon la région 		
Extrant 3.2 : Des mutuelles de santé attractives, solvables et fonctionnelles au niveau de toutes les collectivités locales de chaque département de démonstration	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de mutuelles de santé dont le taux de recouvrement des cotisations est supérieure à 80% selon le département 		
Extrant 3.3 : Une union départementale des mutuelles de santé effective et affiliée à l'union régionale pour assurer la mise en commun des gros risques et l'intermédiation sociale au niveau de chaque département de démonstration	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'unions départementales de mutuelles de santé dont l'unité technique départementale de gestion est fonctionnelle 		
Extrant 3.4 : Un fonds départemental de solidarité santé soutenu conjointement par l'Etat et les collectivités locales disponible dans chaque département pour appuyer l'extension des paquets de bénéficiaires et la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de mutuelles de santé qui sont à jour de leurs cotisations à l'union départementale selon la région 		
Extrant 3.5 : Les capacités techniques de gestion, d'appui, et de supervision des unions de mutuelles de santé sont renforcées à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de personnes formées sur la gestion administrative et financière des mutuelles de santé selon la région 		
Extrant 3.6 : Les capacités de communication des unions de mutuelles de santé sont renforcées à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de personnes formés IEC/CCC sur la CMU et la mutualité selon le département 		
Extrant 3.7 : Des partenariats effectifs sont mis en place entre les réseaux locaux de mutuelles de santé et les réseaux de micro-finance pour faciliter l'adhésion et la collecte des cotisations aux mutuelles de santé	<ul style="list-style-type: none"> Nombre d'unions départementales de mutuelles de santé ayant une convention avec au moins un réseau d'institutions de micro-finance pour faciliter la collection des cotisations aux mutuelles de santé 		
Activités	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Sources de Vérification	Hypothèses

<p>Ligne d’Action : Mise en place et restructuration des mutuelles de santés au niveau local Mise en place / <u>Restructuration des mutuelles existantes</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser un CDD de lancement du DECAM • Organiser des CLD d’information sur le DECAM • Mettre en place un comité d’initiative (CIM) – <u>comité de restructuration (CRM) pour les mutuelles existantes</u> – impliquant les parties prenantes clés de la communauté pour porter le projet de mutuelle dans chaque collectivité de base • Former les membres du CIM/CRM sur les concepts de base de la mutualité, le processus de mise en place et les paramètres fondamentaux • Mettre en œuvre les activités de sensibilisation au niveau des collectivités locales des départements enrôlés pour recruter des adhérents • Préparer et tenir l’assemblée générale constitutive – <u>assemblée générale extraordinaire pour les mutuelles existantes</u> – des mutuelles de santé communautaire dans chaque collectivité locale • Former les membres des organes élus en gestion administrative et financière • Mettre en place les systèmes et les outils de gestion administrative et financière • Orienter les personnels de santé et de l’action sociale sur la mutualité • Encadrer la négociation et la signature des conventions entre la mutuelle de santé et les structures prestataires <p>Ligne d’Action : Mise en place des unions départementales</p> <p>Union départementale des mutuelles de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer les projets de statuts et de règlement intérieur de l’union départementale • Organiser l’AGC des unions départementales des mutuelles de santé • Former les membres des organes de l’union départementale sur la mise en commun et la gestion des gros risques 	<p>Des IOV détaillés à élaborer par les parties prenantes aux niveaux national, régional, départemental et local au niveau de leur plan de travail annuel</p>	<p>Des sources de vérification détaillées à déterminer par les parties prenantes aux niveaux national, régional, départemental et local au niveau de leur plan de travail annuel</p>	<p>Des hypothèses détaillées à déterminer par les parties prenantes aux niveaux national, régional, départemental et local au niveau de leur plan de travail annuel</p>
---	---	--	---

- Appuyer le plaidoyer auprès des autorités départementales et des acteurs clés
- Mettre en place l'unité technique départementale de gestion, de l'administration et du suivi des mutuelles de santé
- Rendre fonctionnelle l'unité technique de gestion de l'union départementale
- Harmoniser les systèmes de gestion administrative et financière des mutuelles de santé communautaires

Fonds départemental de solidarité santé

- Elaborer un texte juridique pour régir le fonds départemental de solidarité santé
- Produire un manuel de procédures pour la gestion du fonds départemental de solidarité santé
- Tenir un comité départemental de développement (CDD) sur le fond départemental de solidarité santé dans chaque département de démonstration
- Tenir un atelier de formation du CDS sur le fonds départemental de solidarité santé dans chaque département
- Alimenter le fond départemental de solidarité santé dans chaque département sur la base des performances de couverture des mutuelles de santé du département

Ligne d'Action : Renforcement des capacités des réseaux au niveau régional et local

Capacités techniques de gestion, d'appui, et de supervision

- Doter les unions de sièges fonctionnels et de moyens d'intervention
- Appuyer les unions régionales à assurer le suivi appui conseil trimestriel des unions départementales
- Appuyer les unions départementales à assurer le suivi bimensuel des mutuelles de santé
- Mettre en place un système d'information et de gestion des mutuelles de santé
- Mettre en place une base de données sur les mutuelles de santé au niveau de chaque département

- Produire un rapport annuel sur la situation des mutuelles de santé de chaque département
- Capacités de communication des unions**
- Mettre en œuvre le plan de communication à tous les niveaux
 - Mener des activités de communication de masse sur la CMU et la mutualité dans la santé à travers la presse audiovisuelle
 - Mener des activités de communication de masse la CMU et la mutualité dans la santé à travers la presse écrite
 - Mener des activités de communication de masse sur la CMU et la mutualité dans la santé à travers des affiches publicitaires,
 - Mener des activités de communication de masse sur la CMU et la mutualité dans la santé à travers des campagnes d'information et de sensibilisation
 - Appuyer les activités de communication interpersonnelle ciblées sur la population générale à travers des causeries éducatives et des focus groups
- Mettre en œuvre un plan de fidélisation des adhérents et membres des mutuelles de santé
 - Appuyer des activités de causeries éducatives ciblées sur les adhérents des mutuelles
 - Organiser des focus groups avec les adhérents des mutuelles sur les textes fondamentaux et les procédures de fonctionnement et de gestion des mutuelles
 - Appuyer la tenue des réunions fonctionnelles et institutionnelles des mutuelles
 - Diffuser les textes fondamentaux (règlement UEMOA, statuts, règlement intérieur, conventions, contrats, etc.)
 - Appuyer la production de bulletins sur la CMU et la mutualité
 - Appuyer la production de brochures didactiques et éducatives sur la CMU et la mutualité
- Faire le plaidoyer auprès des responsables des institutions de micro-finance sur le partenariat avec les mutuelles de santé
- Faire le plaidoyer auprès des collectivités locales, ONGs et des partenaires pour la prise en charge des indigents et groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé

<p>Renforcement du partenariat avec les IMF</p> <ul style="list-style-type: none">• Produire un document de référence sur les expériences de partenariat entre mutuelles de santé et institutions de micro-finance• Tenir un atelier de partage sur le couplage mutuelles de santé et institutions de micro-finance• Produire un document d'orientation sur le partenariat entre mutuelles de santé et institutions de micro-finance• Faciliter la mise en place des conventions de partenariat entre les unions départementales de mutuelles de santé et les institutions de micro-finance• Mettre en place les organes de coordination et de suivi des interventions			
---	--	--	--

Annexe A5 : Cadre Logique – Domaine d'intervention « Mécanisme de prise en charge des indigents et groupes vulnérables »

Objectif spécifique 4 : Renforcer l'interface entre les mutuelles de santé et les filets sociaux pour étendre la couverture maladie aux indigents et aux groupes vulnérables

Extrant	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Sources de Vérification	Hypothèses
Extrant 4.1 : L'efficacité de la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables dans la santé est améliorée à travers des approches et systèmes communs de ciblage avec les autres secteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de membres des comités locaux de ciblage formés sur les mécanismes communs de ciblage par région 		
Extrant 4.2 : Des cadres de collaboration formels sont établis entre les Collectivités Locales et les mutuelles de santé pour la gestion de proximité de la prise en charge dans la santé des indigents et des groupes vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de mutuelles de santé ayant passé une convention avec leur collectivité locale respective pour la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables selon le département 		
Extrant 4.3 : Des cadres de collaboration formels sont établis entre les programmes nationaux de filets sociaux (bourses de solidarité familiale, Plan Sésame, Enfants de moins de 5 ans, handicapés etc.) et les unions de mutuelles de santé pour la gestion de proximité de la prise en charge dans la santé des indigents et des groupes vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'unions régionales ayant passé une convention avec au moins un programme national de filets sociaux pour la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables 		
Activités	Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV)	Sources de Vérification	Hypothèses
<p>Ligne d'Action : Mécanisme intersectoriel commun de ciblage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un comité de suivi de la stratégie de ciblage • Organiser un atelier de finalisation et de validation technique du document de stratégie de ciblage des IGV à la lumière des recommandations de l'atelier de Thiès • Faire valider au plan politique le document par les autorités ministérielles. • Diffuser et partager le document avec les acteurs concernés. • Finaliser et valider les outils de ciblage (y compris la collecte de données). • Elaborer un manuel de procédure d'identification des IGV. • Elaborer un plan de communication sur le mécanisme de prise en charge des IGV. • Valider et diffuser les outils d'identification des IGV. 	Des IOV détaillés à élaborer par les parties prenantes aux niveaux national, régional, départemental et local au niveau de leur plan de travail annuel	Des sources de vérification détaillées à déterminer par les parties prenantes aux niveaux national, régional, départemental et local au niveau de leur plan de travail annuel	Des hypothèses détaillées à déterminer par les parties prenantes aux niveaux national, régional, départemental et local au niveau de leur plan de travail annuel

<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des comités locaux de ciblage des IGV. • Former les acteurs des structures d'appui techniques. • Présélection des IGV. • Mener des enquêtes sociales d'identification des IGV. • Valider les listes des IGV par les comités locaux, départementaux et régionaux. • Créer une base de données nationale des indigents et des groupes vulnérables, gérée par l'Action Sociale. <p>Ligne d'Action : Collaboration avec les collectivités locales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer une convention cadre C.L/MS. • Organiser un atelier de validation de la convention cadre. • Faire valider les conventions par les autorités administratives. • Mettre en place des cadres de coordinations et de suivi de la convention CL/MS (local, départemental et régional). <p>Ligne d'Action : Collaboration avec les programmes nationaux de filets sociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire l'inventaire exhaustif des programmes nationaux de filets sociaux intervenant au niveau régional. • Elaborer une convention de partenariat entre les Programmes nationaux de filets sociaux /URMS. • Valider la convention cadre. • Mettre en place des cadres de coordinations et de suivi de la convention entre les Programmes nationaux /URMS). • Elaborer un manuel de procédure des cadres de collaboration. • Apporter un appui institutionnel aux structures techniques. • Apporter des subventions effectives aux Indigents et Groupes Vulnérables 			
--	--	--	--

Annexe B

Chronogramme d'activités de l'année 2013

Domaine d'interventions	Lignes d'actions	Activités	juin-13	juil-13	août-13	sept-13	oct-13	nov-13	déc-13
1- Cadres juridique et institutionnel d'appui	1.1 Mécanismes de financement	Elaborer un plan de plaidoyer pour la mise en place d'un cadre juridique pour soutenir les mécanismes de financement de la CMU de base dans le secteur informel							
		Organiser un atelier national de validation du plan de plaidoyer							
		Mettre en œuvre le plan de plaidoyer pour la mise en place d'un cadre juridique pour soutenir les mécanismes de financement de la CMU de base dans le secteur informel et du monde rural							
		Elaborer les textes juridiques qui régissent la Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle (CAPSU)							
		Adopter les textes juridiques qui régissent la Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle (CAPSU)							
		Adopter le projet de texte juridique qui régit le Fonds National de Solidarité dans la Santé							
		Modifier le plan comptable des CL afin d'insérer un sous compte relatif au transfert de ressources vers les MS							
		Adapter la nomenclature budgétaire des collectivités locales pour faciliter la subvention et l'appui aux mutuelles de santé							
		Elaborer un plan de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières au niveau central et local							

		Adopter un plan de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières au niveau central et local							
		Mettre en œuvre un plan de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières au niveau central et local							
		Prendre des mesures transitoires à travers le budget du MSAS pour assurer le démarrage effectif des mécanismes de subvention dans le cadre de l'extension de la CMU de base dans le secteur informel en 2013							
		Subvention partielle "paquet minimum de base"							
		Subvention totale (indigents + GV) : Etat et CL							
	1.2 Cadre réglementaire	Adopter les projets de textes relatifs à l'Office National de la Mutualité Sociale et au Fonds National de Garantie de la mutualité sociale conformément au règlement de l'UEMOA							
		Elaborer le registre d'immatriculation des mutuelles sociales							
		Adopter le registre d'immatriculation des mutuelles sociales							
		Mettre en place le registre d'immatriculation des mutuelles sociales							
		Réaliser des études pour appuyer l'élaboration du paquet minimum de services garantis dans le cadre de la CMU de base dans le secteur informel et le monde rural							
	1.3 Appui institutionnel	Appuyer le fonctionnement de la CACMU (personnel, logistique, fonctionnement)							

		Renforcer les capacités des agents de la CACMU et autres acteurs de la mutualité (participation à des voyages d'etudes, des séminaires, congrès, formations etc...)							
		Appuyer le fonctionnement des 14 unités de gestion départementales (personnel, logistique, fonctionnement)							
		Recruter des Assistants techniques régionaux (ATR)							
		Appuyer les unités de gestions sur leurs interventions/Activités							
		Renforcer l'équipement informatique des mutuelles de santé, des unions de mutuelles de santé, et des prestataires de soins conventionnés							
		Appuyer le démarrage du fonctionnement de l'ONAMS et du FNGMS							

Domaine d'interventions	Lignes d'actions	Activités	juin-13	juil-13	août-13	sept-13	oct-13	nov-13	déc-13
2- Capacités techniques des acteurs	2.1 Développement des systèmes et d'outils	Recruter un consultant pour le développement d'un système national de gestion administrative et financière des mutuelles de santé adaptés au plan comptable de l'UEMOA							
		Tenir un atelier de partage du système et des outils de gestion administrative et financière des mutuelles de santé							
		Tenir un atelier national pour valider le système et les outils de gestion administrative et financière des mutuelles de santé							
		Impression et Reproduction du manuel de procédure							
		Définir le profil des gestionnaires des mutuelles de santé et des unions de mutuelles de santé							
		Recruter un consultant pour le développement d'un système national d'information et de suivi des mutuelles de santé adaptés au cadre réglementaire de l'UEMOA							
		Tenir un atelier de partage du système national d'information et de suivi des mutuelles de santé							
		Tenir un atelier national de validation du système national d'information et de suivi des mutuelles de santé							

		Impression et Reproduction du manuel de procédure							
		Recruter un expert juriste spécialiste en droit privé et en droit public pour l'adaptation des cadres et des outils de contractualisation entre acteurs à l'organisation et aux rôles des mutuelles de santé et de leurs unions dans le cadre de la CMU							
		Tenir un atelier de partage des cadres et outils de contractualisation							
		Tenir un atelier national de validation des cadres et outils de contractualisation							
	2.2 Formation	Elaborer des outils pédagogiques (modules, manuels, guides pratiques, brochures) sur les domaines suivants : mise en place des mutuelles de santé ; gestion administrative et financière des mutuelles de santé ; suivi et évaluation des mutuelles de santé ; leadership ; protection sociale ; gestion des factures des prestataires ; ciblage des indigents.							
		Organiser des ateliers de formation des formateurs en collaboration avec les unions régionales de mutuelles de santé au niveau de chaque région							
	2.3 Communication	Faire l'état des lieux des outils de communication sur les mutuelles de santé							
		Recruter un expert en communication pour adapter la stratégie et les outils de communication des mutuelles de santé dans le contexte de la CMU							

	Tenir un atelier de partage de la stratégie et des outils de communication des mutuelles de santé dans le contexte de la CMU								
	Tenir un atelier de validation de la stratégie et des outils de communication des mutuelles de santé dans le contexte de la CMU								
	Produire les supports de communication et de plaidoyer								
	Vulgariser les supports de communication au niveau local, régional et national								
	Organiser des journées d'information et d'orientation à l'intention des journalistes au niveau local, régional et national								
	Mener des activités de plaidoyer à l'intention des leaders politiques, religieux, société civile ...								
	Organiser la journée nationale de la mutualité								

Domaine d'intervention	Ligne d'actions	Activités	juin-13	juil-13	août-13	sept-13	oct-13	nov-13	déc-13
3- Mise en œuvre au niveau régional et local	3.1 Mise en place et restructuration des mutuelles de santé	Mettre en place des nouvelles mutuelles de santé dans les collectivités locales qui n'en disposent pas (voir détails des étapes de la mise en place des mutuelles dans l'Annexe A4)							
		Appuyer la redynamisation / restructuration des mutuelles de santé existantes(voir détails de la restructuration des mutuelles de santé existantes dans l'Annexe A4)							

	3.2: Mise en commun des risques au niveau départemental	Appuyer la tenue d'ateliers de partage avec les acteurs sur l'opportunité, les missions et objectifs de l'union départementale							
		Elaborer les projets de statuts et de règlement intérieur de l'union départementale							
		Organiser l'assemblée générale constitutive des unions départementales des mutuelles de santé							
		Former les membres des organes de l'union départementale sur la mise en commun et la gestion des gros risques							
		Mettre en place les unités techniques départementales de gestion, d'administration et de suivi des mutuelles de santé							
		Rendre fonctionnelle les unités techniques de gestion de des unions départementales							
	3.3: Capacités des réseaux de mutuelles de santé	Mettre en place une base de données sur les mutuelles de santé au niveau de chaque département et de chaque région							
		Tenir un atelier de partage sur le couplage mutuelles de santé et institutions de micro-finance							
		Faciliter la signature des conventions de partenariat entre les réseaux locaux de mutuelles de santé et les institutions de micro-finance							

Domaine d'interventions	Lignes d'actions	Activités	juin-13	juil-13	août-13	sept-13	oct-13	nov-13	déc-13
4- Mécanismes de prise en charge des indigents	4.1: Mécanisme commun de ciblage	Produire un document stratégique pour une approche commune de ciblage des indigents et groupes vulnérables en collaboration avec les autres secteurs.							
		Organiser un atelier de validation du document							
		Imprimer le document							

		Diffuser le document							
		Produire un manuel de procédures et des outils d'identification des indigents et des groupes vulnérables.							
		Elaborer un plan de communication sur les mécanismes de prise en charge des indigents et des groupes vulnérables dans le secteur de la santé.							
		Elaborer un plan de formation des acteurs des structures d'appui techniques sur les procédures de ciblage dans le secteur de la santé							
		Organiser un atelier de formation des formateurs							
		Organiser des ateliers de formation des prestataires							
		organiser un atelier national de validation de l'outil de ciblage							
		Mener des enquêtes sociales d'identification des indigents et groupes vulnérables pour appuyer le processus de validation des listes des indigents et des groupes vulnérables au niveau local et départemental.							
	4.2: Mise en commun des risques au niveau départemental	Elaborer une convention cadre entre les Collectivités Locales et les Mutuelles de Santé pour la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables.							
		Mettre en place des comités locaux chargés de la présélection des indigents et des groupes vulnérables en collaboration avec les Collectivités Locales et les mutuelles de santé.							
	4.3: Capacités des réseaux de mutuelles de santé	Faire l'inventaire exhaustif des programmes nationaux de filets sociaux intervenant au niveau de chaque région.							
		Assurer le suivi de la convention entre les Programmes nationaux /URMS travers les cadres de coordination au niveau local, départemental et régional.							

Domaine d'intervention	Ligne d'actions	Activités	juin-13	juil-13	août-13	sept-13	oct-13	nov-13	déc-13
5- Suivi-évaluation	5.1: Suivi	Elaborer un plan de suivi évaluation							
		Suivre trimestriellement les MS par les unions départementales							
		Suivre trimestriellement es mutuelles de santé et les unions départementales par les unions régionales							
		Suivre semestriellement les organisations mutualistes par le niveau central							
		Elaborer les rapports périodiques							
	5.2: Evaluation	Faire une évaluation ex anté (Etats des lieux)							
	5.3: Coordination	Mise en place des instances de suivi évaluation au niveau départemental, régional et national							
		Appuyer les instances de suivi évaluation							

Annexe C

Paramètres fondamentaux des mutuelles de santé

Politique d'adhésion	-Adhésion familiale (tous les membres de la famille nucléaire plus ascendants directs) - Adhésion individuel
	Adhésion en groupe (décision de groupe d'adhérer tous les membres): <ul style="list-style-type: none"> • Groupement d'intérêt économique d'au-moins 20 membres disposant d'un récépissé • Groupement de promotion de femmes d'au-moins 20 membres disposant d'un récépissé • Autres catégories de groupes constitués disposant de récépissé
Politique de cotisation	Périodicité annuelle
	Taux de cotisation par bénéficiaire par an : <ul style="list-style-type: none"> • Adhésion familiale : 3.500 FCFA jusqu'au 5^{ième} bénéficiaire 3.000 FCFA à partir du 6^{ième} bénéficiaire • Adhésion en groupe : 3.000 FCFA
	Période de collecte des cotisations : Trimestre de la commercialisation des produits agricoles
Période d'attente	Période d'attente ou d'observation d'au-moins 1 mois avant de bénéficier de la couverture de la mutuelle de santé après versement des cotisations
Identification des bénéficiaires	Chaque bénéficiaire d'une famille adhérente doit avoir sa photo d'identité dans le carnet de membre

Co- paiement des prestations	Bénéficiaire prend en charge X % du coût des prestations pour bénéficier de la prise en charge de la mutuelle de santé (voir tableau sur les paquets de bénéfices)
Accès au paquet de bénéfices complémentaire	La référence d'un poste de santé ou d'un centre de santé est obligatoire pour pouvoir jouir de la couverture de la mutuelle de santé pour les prestations incluses dans les paquets de bénéfices complémentaires

Annexe D : Plan d'Action d'Extension de la Couverture Maladie Universelle de Base dans le Secteur Informel 2013-2017 : Milestones du Plan de Suivi de la Performance

Domaine d'intervention	Année 2013	Année 2014	Année 2015	Année 2016	Année 2017	Résultats Attendus
Cadre juridique et institutionnel d'appui	<p>Textes juridiques qui régissent la Caisse Autonome de Protection Sociale (CAPSU) sont adoptés</p> <p>Textes juridiques qui régissent le Fonds National de Solidarité Santé (FNSS) sont adoptés</p> <p>Textes juridiques qui régissent l'Office National de la Mutuelle Sociale – ONAMS) sont adoptés</p> <p>Textes juridiques qui régissent le Fonds National de Garantie (FNG) des mutuelles sociales sont adoptés</p> <p>Les mécanismes de financement du FNSS sont effectifs à partir de 2013</p> <p>Un plan d'action d'extension de la CMU de base dans le secteur informel est adopté par le Gouvernement</p> <p>Le comité national, les comités régionaux et les comités départementaux du mécanisme de suivi de la mise en œuvre de la CMU tiennent leurs réunions statutaires à partir de 2013</p>	<p>La CAPSU est dotée chaque année de moyens suffisants pour appuyer la progression de la CMU de base dans le secteur informel à partir de 2014</p> <p>L'ONAMS le FNG sont effectivement mis en place</p> <p>75% des Collectivités Locales ont mis en place un mécanisme de subvention et d'appui des mutuelles de santé de leur territoire dans les départements cibles</p> <p>Texte juridique régissant le paquet minimum de services garantis dans le cadre de la CMU est disponible</p>	<p>Toutes les mutuelles de santé sont effectivement immatriculées dans le registre des mutuelles sociales par l'ONAMS à partir de 2015</p> <p>Toutes les mutuelles sociales remplissent leurs obligations vis-à-vis de l'ONAMS selon la réglementation UEMOA à partir de 2015</p> <p>Toutes les mutuelles sociales remplissent leurs obligations vis-à-vis du FNG selon la réglementation UEMOA à partir de 2015</p> <p>25% des MS immatriculées reçoivent au-moins une (1) mission de suivi sur le terrain de l'ONAMS</p> <p>75% des Collectivités Locales ont mis en place un mécanisme de subvention et d'appui des</p>	<p>50% des MS immatriculées reçoivent au-moins une (1) mission de suivi sur le terrain de l'ONAMS</p> <p>75% des Collectivités Locales ont mis en place un mécanisme de subvention et d'appui des mutuelles de santé de leur territoire dans les départements cibles</p> <p>Texte juridique régissant les modalités de paiement des prestataires dans le cadre de la CMU est disponible</p>	<p>75% des MS immatriculées reçoivent au-moins (1) une mission de suivi sur le terrain de l'ONAMS</p> <p>75% des Collectivités Locales ont mis en place un mécanisme de subvention et d'appui des mutuelles de santé de leur territoire dans les départements cibles</p>	cadre juridique et institutionnel est mis en place pour stimuler l'extension de la couverture du risque maladie dans les secteurs ruraux et informels

Domaine d'intervention	Année 2013	Année 2014	Année 2015	Année 2016	Année 2017	Résultats Attendus
			mutuelles de santé de leur territoire dans les départements cibles			
Renforcement des capacités techniques des acteurs	<p>Un Système et des outils de gestion administrative et financière des MS sont adaptés sur la base du Plan Comptable des Mutuelles Sociales de l'UEMOA (PCMS/UEMOA)</p> <p>Un système d'information et de suivi des MS adapté au PCMS/UEMOA est adopté</p> <p>Les cadres et les outils de contractualisation des mutuelles de santé sont adaptés sur la base du Règlement de l'UEMOA sur la Mutualité Sociale</p> <p>Une stratégie et les outils de communication sont adaptés aux objectifs et cibles de l'extension de la CMU de base dans le secteur informel</p> <p>Les termes de référence pour la mise en place d'une plateforme TIC pour appuyer l'extension de la CMU de base dans le secteur informel sont adoptés</p> <p>Une stratégie et les outils de</p>	<p>Tous les gestionnaires des mutuelles de santé et des unions sont formés sur le PCMS/UEMOA dans les départements cibles</p> <p>Les outils de formation adaptés au PCMS/UEMOA et au système d'information et de suivi sont adaptés avec les formateurs régionaux sur la base des expériences</p> <p>Toutes les mutuelles de santé dans les départements cibles soumettent leurs rapports d'activités et leurs rapports financiers à l'ONAMS (MSAS/CACMU)</p> <p>Un rapport annuel sur la situation des mutuelles de santé est produit par l'ONAMS (MSAS/CACMU)</p> <p>La phase pilote de la</p>	<p>Tous les gestionnaires des mutuelles de santé et des unions sont formés sur le PCMS/UEMOA dans les départements cibles</p> <p>Les outils de formation adaptés au PCMS/UEMOA et au système d'information et de suivi sont adaptés avec les formateurs régionaux sur la base des expériences</p> <p>Toutes les mutuelles de santé dans les départements cibles soumettent leurs rapports d'activités et leurs rapports financiers à l'ONAMS (MSAS/CACMU)</p> <p>Un rapport annuel sur la situation des mutuelles de santé est produit par l'ONAMS (MSAS/CACMU)</p> <p>75% des mutuelles de</p>	<p>Tous les gestionnaires des mutuelles de santé et des unions sont formés sur le PCMS/UEMOA dans les départements cibles</p> <p>Toutes les mutuelles de santé dans les départements cibles soumettent leurs rapports d'activités et leurs rapports financiers à l'ONAMS (MSAS/CACMU)</p> <p>Un rapport annuel sur la situation des mutuelles de santé est produit par l'ONAMS (MSAS/CACMU)</p> <p>75% des mutuelles de santé disposent d'un équipement informatique fonctionnel pour appuyer la gestion dans les départements cibles</p>	<p>Tous les gestionnaires des mutuelles de santé et des unions sont formés sur le PCMS/UEMOA dans les départements cibles</p> <p>Toutes les mutuelles de santé dans les départements cibles soumettent leurs rapports d'activités et leurs rapports financiers à l'ONAMS (MSAS/CACMU)</p> <p>Un rapport annuel sur la situation des mutuelles de santé est produit par l'ONAMS (MSAS/CACMU)</p>	<p>Les capacités techniques des parties prenantes sont renforcées pour soutenir l'extension de la couverture maladie dans chaque région</p>

Domaine d'intervention	Année 2013	Année 2014	Année 2015	Année 2016	Année 2017	Résultats Attendus
	<p>formation adaptés au PCMS/UEMOA et au système d'information et de suivi sont développés</p> <p>Un pool de formateurs sur la mise en place et la gestion des MS est formé dans chaque région en collaboration avec les unions régionales des mutuelles de santé existantes</p>	<p>mise en place de la plateforme TIC pour appuyer l'extension de la CMU de base dans le secteur informel est mise en œuvre dans trois départements</p>	<p>santé disposent d'un équipement informatique fonctionnel pour appuyer la gestion dans les départements cibles</p>		<p>75% des mutuelles de santé disposent d'un équipement informatique fonctionnel pour appuyer la gestion dans les départements cibles</p>	
Mise en œuvre au niveau régional et local	<p>Des CDD de lancement du DECAM sont tenus dans les 10 départements nouvellement enrôlés</p> <p>Des campagnes intensives d'information et de sensibilisation CMU et la mutualité dans la santé dans les 10 départements enrôlés</p> <p>Des assemblées générales constitutives – assemblées générales extraordinaires pour les mutuelles existantes – des mutuelles de santé communautaire sont tenues dans chaque collectivité locale des 10 départements enrôlés</p> <p>Des assemblées générales constitutives des unions départementales des mutuelles de santé sont tenues dans les 10</p>	<p>Des CDD de lancement du DECAM sont tenus dans les 14 départements nouvellement enrôlés</p> <p>Des campagnes intensives d'information et de sensibilisation CMU et la mutualité dans la santé dans les 28 départements enrôlés</p> <p>Des assemblées générales constitutives – assemblées générales extraordinaires pour les mutuelles existantes – des mutuelles de santé communautaire sont tenues dans chaque collectivité locale</p>	<p>Des CDD de lancement du DECAM sont tenus dans les 14 départements nouvellement enrôlés</p> <p>Des campagnes intensives d'information et de sensibilisation CMU et la mutualité dans la santé dans les 42 départements enrôlés</p> <p>Des assemblées générales constitutives – assemblées générales extraordinaires pour les mutuelles existantes – des mutuelles de santé communautaire sont tenues dans chaque collectivité locale</p>	<p>Des CDD de lancement du DECAM sont tenus dans les 3 départements nouvellement enrôlés</p> <p>Des campagnes intensives d'information et de sensibilisation CMU et la mutualité dans la santé dans les 45 départements enrôlés</p> <p>Des assemblées générales constitutives – assemblées générales extraordinaires pour les mutuelles existantes – des mutuelles de santé communautaire</p>	<p>Des campagnes intensives d'information et de sensibilisation CMU et la mutualité dans la santé dans les 45 départements enrôlés</p> <p>Des unités départementales de gestion, de l'administration et du suivi des mutuelles de santé sont fonctionnelles dans les 45 départements enrôlés</p> <p>Des fonds départementaux</p>	<p>couverture maladie universelle de base est étendue progressivement à l'ensemble des départements de chaque région avant la fin de l'année 2017</p>

Domaine d'intervention	Année 2013	Année 2014	Année 2015	Année 2016	Année 2017	Résultats Attendus
	<p>départements enrôlés</p> <p>Des unités départementales de gestion, de l'administration et du suivi des mutuelles de santé sont fonctionnelles dans les 10 départements enrôlés</p>	<p>des 14 départements nouvellement enrôlés</p> <p>Des unités départementales de gestion, de l'administration et du suivi des mutuelles de santé sont fonctionnelles dans les 28 départements enrôlés</p> <p>Des fonds départementaux de solidarité santé sont fonctionnels dans les 28 départements enrôlés</p>	<p>des 14 départements nouvellement enrôlés</p> <p>Des unités départementales de gestion, de l'administration et du suivi des mutuelles de santé sont fonctionnelles dans les 42 départements enrôlés</p> <p>Des fonds départementaux de solidarité santé sont fonctionnels dans les 42 départements enrôlés</p>	<p>sont tenues dans chaque collectivité locale des 3 départements nouvellement enrôlés</p> <p>Des unités départementales de gestion, de l'administration et du suivi des mutuelles de santé sont fonctionnelles dans les 45 départements enrôlés</p> <p>Des fonds départementaux de solidarité santé sont fonctionnels dans les 45 départements enrôlés</p>	<p>ux de solidarité santé sont fonctionnels dans les 45 départements enrôlés</p>	

Domaine d'intervention	Année 2013	Année 2014	Année 2015	Année 2016	Année 2017	Résultats Attendus
Mécanisme de prise en charge des indigents et groupes vulnérables	<p>Un atelier de finalisation et de validation technique du document de stratégie de ciblage des indigents et des groupes vulnérables</p> <p>Des comités locaux de ciblage des indigents et groupes vulnérables sont mis en place dans les collectivités locales des 14 départements cibles</p> <p>Des cadres de collaboration formels sont établis entre les Collectivités Locales et les mutuelles de santé pour la gestion de la prise en charge dans la santé des indigents et des groupes vulnérables au niveau des 14 départements cibles</p>	<p>Un manuel de procédures d'identification des indigents et groupes vulnérables est disponible</p> <p>Des comités locaux de ciblage des indigents et groupes vulnérables sont mis en place dans les collectivités locales des 28 départements cibles</p> <p>Des cadres de collaboration formels sont établis entre les Collectivités Locales et les mutuelles de santé pour la gestion de la prise en charge dans la santé des indigents et des groupes vulnérables au niveau des 28 départements cibles</p> <p>Des cadres de collaboration formels sont établis entre les programmes nationaux de filets sociaux et les unions de mutuelles de santé pour la prise en charge dans la santé des indigents</p>	<p>Des comités locaux de ciblage des indigents et groupes vulnérables sont mis en place dans les collectivités locales des 42 départements cibles</p> <p>Des cadres de collaboration formels sont établis entre les Collectivités Locales et les mutuelles de santé pour la gestion de la prise en charge dans la santé des indigents et des groupes vulnérables au niveau des 42 départements cibles</p> <p>Des cadres de collaboration formels sont établis entre les programmes nationaux de filets sociaux et les unions de mutuelles de santé pour la prise en charge dans la santé des indigents et des groupes vulnérables dans 8 régions</p>	<p>Des comités locaux de ciblage des indigents et groupes vulnérables sont mis en place dans les collectivités locales des 45 départements cibles</p> <p>Des cadres de collaboration formels sont établis entre les Collectivités Locales et les mutuelles de santé pour la gestion de la prise en charge dans la santé des indigents et des groupes vulnérables au niveau des 45 départements cibles</p> <p>Des cadres de collaboration formels sont établis entre les programmes nationaux de filets sociaux et les unions de mutuelles de santé pour la prise en charge</p>		<p>Les indigents et les groupes vulnérables sont pris en charge par les mutuelles de santé à travers des cadres de collaboration formels avec les Collectivités Locales et l'interface avec les programmes nationaux de filets sociaux avant la fin de l'année 2017</p>

Domaine d'intervention	Année 2013	Année 2014	Année 2015	Année 2016	Année 2017	Résultats Attendus
		et des groupes vulnérables dans 3 régions		dans la santé des indigents et des groupes vulnérables dans 14 régions		

Synthèse du budget du régime d'assistance volontaire 2013-2017

Domaines d'interventions	Lignes d'actions	Montant par ligne d'action en FCFA
1- Cadres juridique et institutionnel d'appui	1.1 Mécanismes de financement	103 650 066 203
	1.2 Cadre réglementaire	25 500 000
	1.3 Appui institutionnel	17 587 360 621
	Total	121 262 926 824
2- Capacités techniques des acteurs	2.1 Développement des systèmes et d'outils	105 472 500
	2.2 Formation	538 000 000
	2.3 Communication	1 972 052 500
	2.4 Plateforme TIC	540 000 000
	Total	3 155 525 000
3- Mise en œuvre au niveau régional et local	3.1 Mise en place et restructuration des mutuelles de santé	3 768 000 000
	3.2 : Mise en commun des risques au niveau départemental	526 000 000
	3.3 : Capacités des réseaux de mutuelles de santé	724 500 000
	Total	5 018 500 000
4- Mécanismes de prise en charge des indigents	4.1 : Mécanisme commun de ciblage	581 600 000
	4.2 : Mise en commun des risques au niveau départemental	234 448 176
	4.3 : Capacités des réseaux de mutuelles de santé	520 000 000
	Total	1 336 048 176
5- Suivi-évaluation	5.1 : Suivi	2 535 000 000

	5.2 : Evaluation	150 000 000
	5.3 : Coordination	77 000 000
	Total	2 762 000 000
Budget global		133 535 000 000

Total budget Réforme Assurance Maladie Volontaire de 2013 à 2017 : 133 535 000 000 F CFA

Annexe F

Plan de financement du régime d'assurance maladie volontaire 2013-2017

Domaines d'interventions	Lignes d'actions	Cout 2013 en F CFA	Cout 2014 en F CFA	Cout 2015 en F CFA	Cout 2016 en F CFA	Cout 2017 en F CFA
1- Cadres juridique et institutionnel d'appui	1.1 Mécanismes de financement	3 975 000 000	9 447 715 033	19 422 748 700	30 432 543 653	40 372 058 817
	1.2 Cadre réglementaire	25 500 000				
	1.3 Appui institutionnel	2692112967	2433753950	4532132925	3895737972	4033622807
	Total	6 692 612 967	11 881 468 983	23 954 881 625	34 328 281 625	44 405 681 625
2- Capacités techniques des acteurs	2.1 Développement des systèmes et d'outils	105 472 500				
	2.2 Formation	138 000 000	200 000 000	200 000 000		
	2.3 Communication	272 458 900	699 593 600	400 000 000	300 000 000	300 000 000
	2.4 Plateforme TIC	40 000 000	200 000 000	100 000 000	100 000 000	100 000 000
	Total	555 931 400	1 099 593 600	700 000 000	400 000 000	400 000 000
3- Mise en œuvre au niveau régional et local	3.1 Mise en place et restructuration des mutuelles de santé	999 000 000	999 000 000	1 000 900 000	400 000 000	369 100 000
	3.2: Mise en commun des risques au niveau départemental	150 000 000	150 000 000	150 000 000	46 000 000	30 000 000
	3.3: Capacités des réseaux de mutuelles de santé	200 000 000	200 000 000	200 000 000	74 500 000	50 000 000
	Total	1 349 000 000	1 349 000 000	1 350 900 000	520 500 000	449 100 000
4- Mécanismes de prise en charge des indigents	4.1: Mécanisme commun de ciblage	81 600 000	200 000 000	200 000 000	50 000 000	50 000 000
	4.2: Mise en commun des risques au niveau départemental	54 448 176	60 000 000	60 000 000	30 000 000	30 000 000
	4.3: Capacités des réseaux de mutuelles de santé	150 000 000	150 000 000	150 000 000	40 000 000	30 000 000
	Total	286 048 176	410 000 000	410 000 000	120 000 000	110 000 000
5- Suivi-évaluation	5.1: Suivi	219 407 457	421 937 417	631 218 375	631 218 375	631 218 375

	5.2: Evaluation	25 000 000	-	50 000 000	-	75 000 000
	5.3: Coordination	20 000 000	35 000 000	22 000 000	-	-
	Total	264 407 457	456 937 417	703 218 375	631 218 375	706 218 375
Budget global par année		9 148 000 000	15 197 000 000	27 119 000 000	36 000 000 000	46 071 000 000

Annexe G

Plan d'actions de la réforme de l'assurance maladie obligatoire (AMO) 2013 – 2017

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS DE RESULTAT	COUT en F CFA	DATE DE DEBUT	DATE DE FIN	RESPONSABLE
OS1 : METTRE EN PLACE L'ICAMO ET REACTUALISER LE CADRE JURIDIQUE DES IPM	R1.1 : création juridique de l'ICAMO	1.1 1: Organisation d'un atelier pour recueillir l'avis du Conseil Consultatif National du Travail et de la Sécurité sociale (CCNTSS)	1.1.1.1 : L'avis du CCNTSS, sur les textes, est donné	réalisé			Ministère du travail
	R1.2 : installation de l'ICAMO (Mobilier et matériel de bureau de L'ICAMO (agencement équipement et installation))	1.2.1. : Assemblée générale constitutive de l'ICAMO	1.2.1.1 : les textes de l'ICAMO sont adoptés et les membres des organes sont élus	3 000 000			Ministère du travail
		1.2.2. : Installation des bureaux et équipements	1.2.2.1: les locaux de l'ICAMO sont trouvés et équipés	340 751 500			Ministère du travail
		1.2 3. Mise en place des organes et du budget	1.2.3.1. : Les organes et le budget de départ sont mis en place	0			Ministère du travail
		1.2.4 : inauguration du siège de l'ICAMO	1.2.4.1 : le siège de l'ICAMO est inauguré	1 000 000			Ministère du travail
OS2 : RENFORCER LES CAPACITES DES ACTEURS	R2.1. : formation des acteurs	2.1.1. : Atelier de vulgarisation des nouveaux textes de l'assurance maladie obligatoire	2.1.1.1 : les acteurs sociaux sont informés du nouveau cadre juridique et réglementaire des IPM	0			Ministère du travail

		2.1.2. : formation à l'école nationale supérieure de la sécurité sociale (EN3S) ou au centre international de formation de Turin (CIF)	2.1.2.1 : 10 Inspecteurs et Contrôleurs du travail et de la Sécurité sociale et 5 administrateurs d'IPM ont bénéficié d'une formation d'un mois à l'EN3S ou au CIF	60 000 000			Ministère du travail
		2.1.3. : organisation d'un atelier de formation des Inspecteurs et Contrôleurs du Travail et de la Sécurité sociale et des agents des statistiques du travail sur les aspects techniques et la gestion des IPM	2.1.3.1. : les Inspecteurs et Contrôleurs du Travail et de la Sécurité sociale et les agents des statistiques du travail sont formés sur les aspects techniques et la gestion des IPM	45 000 000			Ministère du travail
		2.1.4. : organisation d'un atelier de formation des agents de L'ICAMO, des administrateurs D'IPM et des partenaires sociaux	2.1.4.1. les agents de l'ICAMO ainsi que des représentants, des syndicats de travailleurs, d'employeurs et des administrateurs d'IPM ont bénéficié de la formation	45 000 000			Ministère du travail
	R 2.2 : Sensibilisation des acteurs	2.2.1 : Mise en œuvre d'un plan de communication à travers la diffusion de spots publicitaires, des affiches etc.	2.2.1.1 : le plan de communication est mis en œuvre	14 300 000			Ministère du travail
		2.2.2. : élaboration d'un recueil des nouveaux et d'un	2.2.2.1 : le recueil et le guide sont élaborés et édités	33 992 750			Ministère du travail

		guide pratique des IPM					
		2.2.3. : Atelier de vulgarisation du recueil et du guide	2.2.3.1 : Les acteurs sont informés et ont reçu le recueil et le guide : inspecteurs et contrôleurs du travail - agents de l'ICAMO et administrateurs d'IPM partenaires sociaux	9 000 000			Ministère du travail
		2.2.4. : Organisation d'une campagne nationale d'information et de sensibilisation sur l'ICAMO et les nouveaux textes	2.2.4.1 : les acteurs de l'AMO sont sensibilisés sur toute l'étendu du territoire	20 000 000			Ministère du travail
OS3 : AMELIORER LA GOUVERNANCE ET LE SUIVI DES IPM	R3.1 : amélioration de la gouvernance des IPM	3.1.1. : appui institutionnel à la Protection sociale DPS : 2 voitures, 1 imprimante, 1 scanner, 1 fax	3.1.1.1 : la DPS dispose de 2 voitures, d'une imprimante, d'un scanner, d'un fax	75 000 000			Ministère du travail
		3.1.2. : Mise en place du système d'information de l'assurance maladie obligatoire	3.1.2.1 : Le consultant choisi a livré la base de données Le système est fonctionnel	100 000 000			Ministère du travail
		3.1.3. : Enquête sur les IPM pour l'alimentation de la base de données et la réactualisation des statistiques de l'AMO	3.1.3.1. : les résultats de l'enquête sont livrés	30 000 000			Ministère du travail

		3.1.4 : Mise en place d'un logiciel de gestion et de suivi et des IPM	3.1.4.1 : Le consultant choisi a installé le logiciel	10 000 000			Ministère du travail
		3.1.5 : Atelier d'élaboration et de validation du modèle type de rapport annuel des IPM	3.1.5.1 : le modèle type de rapport annuel des IPM est élaboré et validé	6 000 000			Ministère du travail
		3.1.6. : Atelier de vulgarisation de l'arrêté portant modèle type de rapport annuel des IPM	3.1.6.1 : Les acteurs sont informés et ont reçu l'arrêté	6 000 000			Ministère du travail
	R3.2 : Augmentation du taux de couverture de l'assurance maladie obligatoire	3.2.1 : Organisation d'une campagne nationale de contrôle et de suivi avec la collaboration des Inspection régionales du Travail et de la Sécurité sociale (contrôle de l'affiliation et du fonctionnement des IPM)	3.2.1.1 : Des entreprises de toutes les régions ont été contrôlées et le suivi est assuré par les IRTSS pour la création ou l'adhésion à une IPM	30 000 000			Ministère du travail
		3.2.2. Etude pour l'extension de la couverture maladie aux travailleurs non	3.2.2.1 : Le consultant choisi a livré l'étude	6 000 000			Ministère du travail

		permanents					
		3.2.3 : Atelier de partage et de validation de l'étude sur la couverture maladie des travailleurs non permanents	3.2.3.1. Les paramètres techniques de mise en œuvre de cette couverture sont définis et validés	4 000 000			Ministère du travail
	R 3.3 : Amélioration du suivi des IPM	3.3.1. : organisation de réunions trimestrielles du comité de suivi de la réforme	3.3.1.1 : La situation de l'AMO est évaluée tous les trois mois et des recommandations sont faites à l'endroit de l'ICAMO, des Inspections et des IPM	20 000 000			Ministère du travail
		3.3.2. Elaboration du rapport annuel de l'AMO	3.3.2.1 : Le consultant choisi a livré le rapport	20 000 000			Ministère du travail
		3.3.3. : Organisation d'un atelier de restitution, de partage et de validation du rapport annuel de l'assurance maladie obligatoire	3.3.3.1 : Le rapport annuel de l'assurance maladie obligatoire est validé	24 000 000			Ministère du travail

Annexe H**Plan D'actions Prioritaires De L'assurance Maladie Obligatoire / Année 2013**

ECHEANCES	ACTIVITES	COUTS	NIVEAU DE MISE EN OEUVRE
mai 2013	Mise en œuvre d'un plan de communication pour poursuivre la vulgarisation de la réforme	6 300 000 f CFA	
mai 2013	Assemblée générale constitutive de l'ICAMO	3 000 000 f CFA	
juin 2013	Dépôt des statuts et RI de l'ICAMO pour approbation		
juin 2013	Mobilier et matériel de bureau de L'ICAMO (agencement équipement et installation)	340 751 500 f CFA	
juillet 2013	Inauguration du siège de l'ICAMO	1 000 000 f CFA	
juillet 2013	Mise en place du système d'information de l'assurance maladie obligatoire (conception, mise en œuvre, accompagnement)	50 000 000 f CFA	
juillet 2013	Enquête sur les IPM pour l'alimentation de la base de données et la réactualisation des statistiques de l'assurance maladie obligatoire	30 000 000 f CFA	
Août 2013	formation d'ITSS et d'administrateurs d'IPM à l'école nationale supérieure de la sécurité sociale (EN3S) ou au	20 000 000 f CFA	

	centre international de formation de Turin (CIF)		
Août 2013	organisation d'un atelier de formation des Inspecteurs, contrôleurs et agents des statistiques du Travail et de la Sécurité sociale sur les aspects techniques et la gestion des IPM	9 000 000f CFA	
Août 2013	organisation d'un atelier de formation des agents de L'ICAMO et des administrateurs D'IPM	9 000 000f CFA	
	appui institutionnel à la Direction de la Protection sociale DPS	60 000 000F CFA	
Septembre à novembre 2013	Campagne nationale d'information et de sensibilisation sur les nouveaux textes et l'ICAMO	10 000 000 f CFA	
Décembre 2013	organisation de réunions trimestrielles du comité de suivi de la réforme	4 000 000 f CFA	
TOTAL		543 051 000 f CFA	

Annexe I
Plan de financement Réforme Assurance Maladie Obligatoire

OBJECTIFS SOECIFIQUES	RESULTATS ATTENDUS	COUT en FCFA					
		2013	2014	2015	2016	2017	
OS1 : METTRE EN PLACE L'ICAMO ET REACTUALISER LE CADRE JURIDIQUE DES IPM	R1.1 : création juridique de l'ICAMO	réalisé	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	
	R1.2 : installation de l'ICAMO (Mobilier et matériel de bureau de L'ICAMO (agencement équipement et installation))	3 000 000	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	
		340 751 500	Pas de besoins pour ces années : le budget défini dans la première année constitue une subvention de départ devant permettre à l'ICAMO de s'installer et de démarrer correctement ses activités durant au moins une année, étant entendu que le financement de cette structure sera assuré par une partie des cotisations des IPM devant alimenter le fonds de garantie.				
		1000000	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	
OS2 : RENFORCER LES CAPACITES DES ACTEURS	R2.1. : formation des acteurs	38 000 000	38 000 000	38 000 000	18000000	18000000	
	R 2.2 : Sensibilisation	16 300 000	40 992 750	13 000 000	5 000 000	2 000 000	

	des acteurs					
OS3 : AMELIORER LA GOUVERNAN CE ET LE SUIVI DES IPM	R3.1 : amélioration de la gouvernance des IPM	140000000	82000000	5000000	0	0
	R3.2 : Augmentation du taux de couverture de l'assurance maladie obligatoire	0	20000000	10000000	10000000	0
	R 3.3 : Amélioration du suivi des IPM	4000000	15000000	15000000	15000000	15000000
Total Budget		540 051 500	195 992 750	81 000 000	48 000 000	35 000 000

Total budget Réforme Assurance Maladie Obligatoire de 2013 à 2017 : 900 044 250 F CFA

Plan d'actions de la réforme de l'assistance médicale

OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS ATTENDUS	ACTIVITES	INDICATEURS DE RESULTAT	DATE DE DEBUT	DATE DE FIN	Cout total	RESPONSABLES
OS1 : Renforcer et rationaliser les initiatives de gratuité existantes (Plan Sésame, accouchement, césariennes)	R1.1 : Renforcement du système de gestion des politiques de gratuité (définition d'un manuel de procédure pour une bonne gestion de ces politiques)	1.1 1: Organiser un atelier de partage des expériences existantes avec l'ensemble des acteurs	Un atelier de partage des expériences existantes avec l'ensemble des acteurs est organisé	Organisé au cours du mois d'Aout 2013		4000000	MSAS
		1.1.2: Mettre en place un système de gestion formel en définissant un bon manuel de procédures avec une bonne unité de gestion pour les accouchements et césariennes	Un système de gestion est mis en place			145000000	MSAS
		1.1.3: Réactualiser le manuel de procédure du plan sésame	Le manuel de procédure du plan sésame est réactualisé			7000000	MSAS
	R1.2 : Intégration des médicaments spécifiques aux personnes âgées et aux femmes enceintes dans la liste nationale des médicaments essentiels	1.2.1 : Définir un paquet de base de prestations de soins et de médicaments essentiels destinés aux personnes âgées	Un paquet de base de prestations de soins et de médicaments essentiels destinés aux personnes âgées est défini	juin-13			MSAS
		1.2.2:Définir un paquet de base de prestations de soins et de médicaments essentiels destinés aux femmes enceintes	1.2.2.1:Un paquet de base de prestations de soins et de médicaments essentiels destinés aux femmes enceintes est défini	juin-13			MSAS

	R1.3: Augmentation des fonds alloués au plan sésame	1.3.1 Préfinancer les hôpitaux par l'IPRES	1.3.1.1 les hôpitaux sont préfinancés par l'IPRES	mai-13		2 000 000 000	MSAS/MFPOPRI
		1.3.2 Augmenter les fonds alloués au plan sésame	1.3.2.1 Les fonds alloués au plan sésame sont augmentés	sept-13		8 707 012 715	MSAS
	R.1.4: Elaboration une stratégie de restructuration du plan sésame	1.4.1 Elaborer une stratégie de restructuration du plan sésame un plan de remboursement du plan sésame	1.4.1.1 Une stratégie de restructuration du plan sésame est élaborée	juil.-13			MSAS
	R.1.5: Modification du décret 72-215 du 07 mars 1972 pour permettre aux retraités du FNR d'avoir une imputation budgétaire au 5/5	1.5.1 Réviser le décret 72-215 du 07 Mars 1972	1.5.1.1 Le décret 72-215 du 07 Mars est révisé	Dés juillet 2013			MSAS/MFPOPRI
	R.1.6: Extension de la gratuité de la césarienne et des accouchements à toutes les régions.	1.6.1: Rendre effective la gratuité de la césarienne et des accouchements à toutes les régions du pays	1.6.1.1 La gratuité de la césarienne et des accouchements est effective à toutes les régions du pays	sept-13		9 029 555 393	MSAS
OS2 : Prendre en charge gratuitement les soins de santé des enfants de 0 à 5 ans	R2.1. : Sensibilisation des acteurs	2.1.1. : Organiser un atelier de vulgarisation de cette nouvelle politique à l'ensemble des acteurs	2.1.1.1 : l'ensemble des acteurs est informé de la nouvelle politique de gratuité 0-5 ans			3000000	MSAS
		2.1.2 Elaborer un plan de communication sur la gratuité des enfants 0 -5 ans	2.1.2.1: le plan de communication est élaboré		Juillet 13	10000000	MSAS

		2.1.3. : Mettre en œuvre un plan de communication à travers la diffusion de spots publicitaires, des affiches etc.	2.1.3.1 : Le plan de communication est mis en œuvre à travers la diffusion de spots publicitaires, des affiches etc.		Aout 2013	15 000 000	MSAS
	R2.2 Définition d'un système de gestion efficace de cette politique de gratuité (définition du paquet de base, d'un manuel de procédure pour les mécanismes de prise en charge et de remboursement)	2.2.1 : Définir d'un paquet de base des prestations de soins	2.2.1.1 : un paquet de base est défini		juin-13		MSAS
		2.2.2. : élaborer un manuel de procédures pour les mécanismes de prise en charge et de remboursement	2.2.2.1 : le manuel de procédure est élaboré		oct.-13	10 000 000	
	R2.3 Rendre effective la prise en charge médicale	2.3.1: Mettre en œuvre la politique de prise en charge médicale des enfants de 0-5ans	2.3.1.1 : La prise en charge médicale est mise en œuvre		1 500 000 000	21 208 985 620	MSAS
OS3 : Renforcer et rationaliser autres politiques de gratuité existantes	R3.1 : Renforcement du système de gestion de ces politiques de gratuité (définition d'un manuel de procédure pour une bonne gestion de ces politiques)	3.1.1. : Rendre disponibles les ARV et réactifs spécifiques sur toute l'étendue du territoire	3.1.1.1 : les ARV et les réactifs spécifiques sont disponibles sur toute l'étendue du territoire		sept-13	14 103 455 015	MSAS
		3.1.2. : Rendre effective la gratuité de l'hémodialyse sur toute l'étendue du territoire	3.1.2.1 : La gratuité de l'hémodialyse est effective		sept-13	29 346 460 000	MSAS
		3.1.3. : Prendre en charge gratuitement toutes formes de tuberculose sur toute l'étendue du territoire	3.1.3.1. : Toutes formes de tuberculose sont prises en charge gratuitement sur toute l'étendue du territoire		sept-13	2 132 000 000	MSAS

		3.1.4 : Augmenter les ressources financières allouées à la prise en charge du diabète, du cancer, autres affections chroniques	3.1.4.1 Les ressources financières allouées au diabète, cancer et autres affections chroniques sont augmentées		juil.-13	4 025 000 000	MSAS
		3.1.5. : Renforcer le PEV en intégrant d'autres antigènes	3.1.5.1 : Le PEV est renforcé avec intégration d'autres antigènes		sept-13	16 481 000 000	MSAS
	R3.2 : Renforcement des mécanismes de prise en charge des IGV	3.2.1 : Produire et valider un document stratégique pour une approche commune de ciblage des IGV en collaboration avec les autres acteurs	3.2.1.1 : Un document stratégique pour une approche commune de ciblage des IGV en collaboration avec les acteurs est produit et validé		juil.-13	10 000 000	MSAS
		3.2.2. Mettre en place un système d'information et de contrôle du mécanisme en élaborant au préalable des outils de collecte et de traitement des données	3.2.2.1 : un système d'information et de contrôle du mécanisme est mis en place		nov-13	25 000 000	
		3.2.3 : Etendre les initiatives de gratuité des soins à d'autres indigents et groupes vulnérables par la DGAS en signant des conventions avec les hôpitaux régionaux	3.2.3.1. les initiatives de gratuité des soins sont étendues à d'autres indigents et groupes vulnérables par la DGAS en signant des conventions avec les hôpitaux régionaux		juin-13	PM	MSAS
		3.2.4. : Allouer à la DGAS des fonds pour la prise en charge des pathologies à soins couteux	3.2.4.1: les fonds sont alloués à la DGAS pour la prise en charge des pathologies à soins couteux		sept-13	1 500 000 000	MSAS

		3.2 5:Assurer la prise en charge des indigents et groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé	3.2.4.1 : la prise en charge des indigents et groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé est assurée			PM	MSAS
--	--	--	--	--	--	----	------

Annexe K.

Plan de financement de la réforme du régime d'assistance médicale

ACTIVITES	COUT 2013	2014	2015	2016	2017	Cout total
1.1 1: Organiser un atelier de partage des expériences existantes avec l'ensemble des acteurs	4 000 000					4 000 000
1.1.2: Mettre en place un système de gestion formel en définissant un bon manuel de procédures avec une bonne unité de gestion pour les accouchements et césariennes	50 000 000	30 000 000	25 000 000	20 000 000	20 000 000	145 000 000
1.1.3: Réactualiser le manuel de procédure du plan sésame	7 000 000					7 000 000
1.2.1 : Définir un paquet de base de prestations de soins et de médicaments essentiels destinés aux personnes âgées	PM					0
1.2.2:Définir un paquet de base de prestations de soins et de médicaments essentiels destinés aux femmes enceintes	PM					0
1.3.1Prefinancer les hôpitaux par l'IPRES	300 000 000	350 000 000	400 000 000	450 000 000	500 000 000	2 000 000 000
1.3.2 Augmenter les fonds alloués au plan sésame	1 650 000 000	1 694 420 272	1739491782	1 787 092 451	1 836 008 210	8 707 012 715
1.4.1 Elaborer une stratégie de restructuration du plan sésame un plan de remboursement du plan sésame	PM					0
1.5.1 Réviser le décret 72-215 du 07 Mars 1972	PM					0

1.6.1: Rendre effective la gratuité de la césarienne et des accouchements à toutes les régions du pays	1 489 676 000	1 815 737 754	1 861 131 198	1 907 659 477	1 955 350 964	9 029 555 393
2.1.1. : Organiser un atelier de vulgarisation de cette nouvelle politique à l'ensemble des acteurs	3 000 000					3 000 000
2.1.2 Elaborer un plan de communication sur la gratuité des enfants 0 -5 ans	10 000 000					10 000 000
2.1.3. : Mettre en œuvre un plan de communication à travers la diffusion de spots publicitaires, des affiches etc.	15 000 000					15 000 000
2.2.1 : Définir d'un paquet de base des prestations de soins	PM					
2.2.2. : élaborer un manuel de procédures pour les mécanismes de prise en charge et de remboursement	10 000 000					10 000 000
2.3.1:Mettre en œuvre la politique de prise en charge médicale des enfants de 0-5ans	5 107 502 906	5 235 190 478	5 366 070 240	5 500 221 996		21 208 985 620
3.1.1. : Rendre disponibles les ARV et réactifs spécifiques sur toute l'étendue du territoire	1300000000	2000000000	2500000000	3000000000	5303455015	14 103 455 015
3.1.2. : Rendre effective la gratuité de l'hémodialyse sur toute l'étendue du territoire	3 324 480 000	4 500 000 000	6 000 000 000	7521980000	8 000 000 000	29 346 460 000
3.1.3. : Prendre en charge gratuitement toutes formes de tuberculose sur toute l'étendue du territoire	2600000000	350 000 000	472000000	500000000	550000000	2 132 000 000
3.1.4 : Augmenter les ressources financières allouées à la prise en charge du diabète, du cancer, autres affections chroniques	3250000000	5000000000	7000000000	10000000000	15000000000	4 025 000 000
3.1.5. : Renforcer le PEV en intégrant d'autres antigènes	9000000000	3481000000	3600000000	4000000000	4500000000	16 481 000 000

3.2.1 : Produire et valider un document stratégique pour une approche commune de ciblage des IGV en collaboration avec les autres acteurs	10000000					10 000 000
3.2.2. Mettre en place un système d'information et de contrôle du mécanisme en élaborant au préalable des outils de collecte et de traitement des données	25 000 000					25 000 000
3.2.3 : Etendre les initiatives de gratuité des soins à d'autres indigents et groupes vulnérables par la DGAS en signant des conventions avec les hôpitaux régionaux	PM	PM	PM			-
3.2.4. : Allouer à la DGAS des fonds pour la prise en charge des pathologies à soins couteux				500000000	1000000000	1 500 000 000
3.2 5:Assurer la prise en charge des indigents et groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé	PM Cf. régime d'assurance maladie volontaire	PM	PM	PM	PM	PM

Total Budget de la réforme du régime d'assistance médicale : 108 762 468 743 F CFA

Annexe L

Synthèse budget CMU sur 5 ans (2013- 2017)

Budget CMU en F CFA	Année 2013	Année 2014	Année 2015	Année 2016	Année 2017
Régime d'assurance maladie volontaire	9 148 000 000	15 197 000 000	27 119 000 000	36 000 000 000	46 071 000 000
Régime d'assurance maladie obligatoire	540 051 500	195 992 750	81 000 000	48 000 000	35 000 000
Régime d'assistance médicale	14 790 658 906	19 956 348 504	22 663 693 220	26 186 953 924	25 164 814 189
Total	24 478 710 406	35 349 341 254	49 863 693 220	62 234 953 924	71 270 814 189

Budget CMU total sur 5ans (2013- 2017)

Budget CMU en F CFA	Montant
Régime d'assurance maladie volontaire	133 535 000 000
Régime d'assurance maladie obligatoire	900 044 250
Régime d'assistance médicale	108 762 468 743
Total CMU	243 197 512 993