

I. History of P4H introduction and involvement

January 2011: High level political dialogue about universal coverage between the President of Chad and the WHO Africa Regional Director.

March 2011: During the Senegal AFHEA conference, dialogue about universal coverage between a Prime Minister Adviser and WHO staff who attended the AFHEA conference.

April 2011: The AFD informed the other P4H partners about the preparation of a health financing survey focusing on the results of the presidential initiative to provide hospital emergency services for free.

May 2011: A request for P4H support was sent to WHO head office and to the P4H Coordination Desk. A joint scoping mission was scheduled between WHO AFRO, WHO HQ, AFD, SDC and P4H-CD to be carried out in June.

It is also noteworthy to mention that the President of Chad was reelected in May 2011 and that a new government is expected to be appointed during the months of August-September.

II. Terms of reference of the P4H mission

1. To draft a first sketch of a national roadmap towards universal health coverage in Chad
2. To propose an institutional set-up to finalize, implement and monitor the national roadmap

Specific TOR for the P4H-CD: to provide information about the P4H network and approach to the representatives of P4H partners in Chad and to the national authorities; to facilitate discussions for an inclusive design process of the roadmap; and to involve all partners concerned including those who are not part of P4H at global level.

III. Results

3.1. Development of a national roadmap

After having met the different levels of the Ministry of Health (MoH) and the development partners during the first two days, a basic review of the existing health financing mechanisms and a few ideas about the content of the roadmap were presented to the national authorities. The health financing analysis and the structure of the roadmap was validated and the P4H mission was asked to continue the work in order to present a more elaborate version of the roadmap including the proposed amendments during the debriefing session on Friday 24 June.

The second version of the draft roadmap (see annex) was modified accordingly, presented during the debriefing session and endorsed by the participants for further review and finalization in line with the phases proposed for the institutional set-up.

3.2. Options for an institutional set-up

In the first version of the roadmap, the proposed institutional set-up corresponded to the standard two-tier's distinction between strategic (steering) and operational functions. Thanks to the input of the participants, a phasing dimension was added in the second version presented during the debriefing (see annex). A temporary, limited in size, technical and focused committee will be in

P4H Coordination Desk Mission Report - Chad / 19 to 24 June 2011

charge of finalizing the roadmap during a first phase (until end of 2011) before the two-tier mechanism is set up beginning of 2012.

IV. P4H Coordination Desk comments

4.1. Observations

About the Chad national authorities

Ownership of the UC process: The development partners in Chad seem to have a strong influence in the health sector and the Ministry of Health has to simultaneously face numerous challenges (huge and sometimes hostile territory to cover, missing power supply, lack of health personnel, great need for capacity development, etc.) with limited resources. Nevertheless, the P4H mission has noted four significant and very encouraging signs of increasing ownership of the UC process:

- Despite repeated offers from the Swiss Cooperation and the WHO Office to hold the debriefing meeting in their premises for logistics reasons, the MoH insisted on organizing it in their own building;
- The debriefing meeting was attended by high level representatives of the Prime Minister's office, of the Ministry of Economy and Planning (Director level), of the Ministry of Social Welfare and of the Ministry of Civil Service;
- The debriefing meeting got good media coverage and was reported on national TV during the evening news in Arabic and in French.
- The Deputy Secretary General of the MoH made the following last statement to conclude the debriefing meeting: "The ball is now in our court".

Intersectoral approach: The P4H scoping mission has contributed to raising the awareness of the Ministry of Health about the importance of the multisectoral dimension of universal health coverage and the need for stronger coordination between the different agencies in Chad. The Ministry of Economy and Planning also mentioned that a social protection situation analysis report has recently been prepared for Chad and that the universal health coverage debate is strongly related to the broader topic of social protection.

About the P4H partners and the local P4H network

Networking: According to all participants, the P4H scoping mission has been very helpful to clarify the P4H approach and its operational implications in Chad. Despite several phone conversations and emails during the preparation phase, the role of the local representatives of the P4H partners during the scoping mission still remained unclear upon arrival of the participants coming from Geneva and Brazzaville. Only after this clarification stage did they see themselves as fully integrated and part of the decision-makers of the scoping mission.

The P4H local network is fully integrated in the pre-existing "health partners working group (HPWG)" formed end of 2010, comprised of WHO, EU, AFD, WB, UNFPA, UNAIDS and MDM, and under the leadership of WHO. The P4H local network will therefore operate as a specialized technical sub-group focusing on health financing.

The HPWG has been strongly involved in the preparation of the IHP+ Compact agreement and strong coordination between IHP+ and P4H approaches is therefore expected. One of the P4H partner even mentioned the need to broaden the health financing perspective of IHP+ and that the P4H intervention might be helpful in this regard.

P4H Coordination Desk Mission Report - Chad / 19 to 24 June 2011

On top of WHO, AFD, SDC and WB, the European Union (EU) as well is fully part of the P4H local network and has been involved in all stages of the scoping mission despite some minor planning misunderstanding.

The inclusive approach with all development partners was very much appreciated, created an environment where each and every partner provided a specific input in the process and has probably prevented conflicts.

4.2. Recommendations

Alignment: In the coming months, it would be important for the P4H partners to reinforce as often as possible the Government leadership by referring systematically to the universal health coverage roadmap when discussing or planning further their respective activities.

As deemed appropriate, the universal health coverage roadmap could be tabled during the MoH weekly Steering Committee, which WHO attends on behalf of all the development partners active in the health sector (health partners working group).

Harmonization: Because the technical person in charge of the health financing sector for the WB was not in the country during the scoping mission, it would be highly beneficial to strongly involve him and the WB Technical Team Leader (TTL) based in Abuja during his next visits to Chad and discuss with them the perspective of Performance Based Financing (PBF) as being one of the health financing mechanisms contributing to universal health coverage in Chad.

Capacity building: All P4H partners as well as Chad stakeholders agree that a common language on universal health coverage has first to be promoted even before finalization of the roadmap. After the initial phase, the provision of timely and intensive technical support to Chad would greatly contribute to sustain progress in implementing the roadmap. Technical support is needed at central level, however the regional and district levels should not be forgotten in order to progressively translate the reform in the districts.

The P4H network support could operate in stages, taking into account the current limited capacity of the Chad public health system (especially in terms of human resources), the "Bamako initiative environment" that is still a central reference for most of the health professionals operating in the country and the role of the private not for profit (missionary and NGO) health sector. Overall, it is advised to conduct a systematic assessment of capacity issues and to include a set of priority capacity development activities in the roadmap.

Managing for results: All participants agreed on the importance of setting realistic and pragmatic objectives and of not being over-ambitious. For instance, it might be appropriate for the P4H partners to support the Government of Chad in looking for synergies between complementary health financing mechanisms rather than in seeking immediately a fully harmonized health financing system.

ANNEX 1

N'Djaména, le 05 mai 2011

Appui au processus de mise en place de la couverture médicale universelle au Tchad
Termes de référence

I Contexte et justification

Des impulsions internationales, un contexte national préoccupant

Le Ministère de la Santé publique (MSP) du Tchad a entamé en 2002 un processus pour la mise en place d'une couverture du risque lié à la maladie, suite aux constats de la réunion sur l'Initiative de Bamako en 1999. Dix ans après l'adoption de cette stratégie, l'amélioration de l'accès aux soins de santé ne semblait pas évidente, en particulier pour les populations les plus pauvres et celles vivant dans des zones reculées ou d'accès difficile. La réunion de Ouagadougou en 2008, sur les 30 ans des soins de santé primaires, a fait les mêmes constats et a recommandé le développement de financements alternatifs.

Enfin, en 2010, le rapport sur la santé dans le monde a mis l'accent sur le financement des systèmes de santé en recommandant aux Etats de s'engager dans un processus de mise en place d'une couverture médicale universelle.

En 2004, le rapport de la revue des dépenses publiques pour le secteur de la santé au Tchad a souligné des difficultés de financement des formations sanitaires, particulièrement au niveau périphérique¹ : (i) le niveau central du MSP exécute 80% du budget (hors salaires) des DSR sous forme d'achats centralisés ; (ii) les DSR ont reçu moins de 6,5% de la valeur de ces achats centralisés en 2003 ; (iii) seuls 10% des CS rapportent avoir reçu une dotation de la part des autorités administratives ; (iv) les ménages et leurs communautés supportent plus des 62% des coûts de fonctionnement des centres de santé.

En 2006, une étude sur le fonctionnement des formations sanitaires faite par le MSP en collaboration avec l'Union Européenne est parvenue aux mêmes conclusions que le rapport de la revue des dépenses publiques de 2004.

¹ DSR : Délégation sanitaire régionale (au nombre de 22) ; CS : Centre de santé

Les premières réponses

Des réflexions ont été menées au niveau national sous la coordination de la Direction de l'Organisation des Services de Santé (DOSS). Ces réflexions ont été nourries par des forums au niveau sous régional : ateliers sur la développement du risque lié à la maladie dans les pays d'Afrique francophones tenus en 2001 à Dakar, en 2002 à Accra et en 2004 à Paris.

Une analyse de la situation des expériences en matière de couverture du risque lié à la maladie au Tchad a été réalisée en 2003 en collaboration avec les syndicats et le Bureau International du Travail. Sur cette base, le MSP avait retenu à l'époque deux stratégies complémentaires pour lever les barrières financières liées à l'accès aux soins : Le développement de l'assurance maladie obligatoire pour les travailleurs du secteur formel et la promotion de mutuelles de santé pour les secteurs formel et informel. Cette analyse a été reprise en 2009 avec la collaboration de certains partenaires, notamment l'Unicef.

La Politique nationale de santé (2007-2015) et le Plan national de développement sanitaire (2009-2012) indiquent tous deux la volonté du Gouvernement de développer une couverture médicale universelle.

Cette vision n'a cependant pas donné lieu, à ce stade, à une approche méthodique.

De 2006 à 2010, sous l'impulsion du Chef de l'Etat, une série des mesures ont été prises pour faciliter l'accès financier de la population à certaines prestations de soins. La prise en charge médicale gratuite des personnes vivant avec le VIH/SIDA et de celles souffrant de maladies opportunistes vient s'ajouter aux mesures antérieures financées sur subventions: gratuité du traitement contre le paludisme, de la vaccination infantile, de la prise en charge de certaines maladies chroniques et des évacuations sanitaires à l'extérieur du pays. En 1996, le Ministère de la Santé Publique avait par ailleurs commencé à faire la promotion de mécanismes internes à la population pour atténuer les effets du recouvrement des coûts sur l'accès aux soins des plus démunis, notamment de la gestion des indigents par les comités de santé. Différents rapports de supervision (MSP/DOSS 2002-2003) et les constats sur le terrain montrent que ces dispositifs ont donné des résultats peu concluants

L'une des mesures les plus importantes a été prise en 2008 : la gratuité de tous les soins d'urgence. Aucune évaluation de cette mesure n'a été faite à l'heure actuelle. Cependant, des inquiétudes sont rapportées lors de diverses réunions de suivi : elles ont trait à la viabilité des structures de soins qui n'arrivent plus à renouveler leurs intrants et à fournir des primes à leurs personnels, l'impact de cette mesure sur l'accès aux soins concernés et leur qualité et, plus généralement, l'efficacité et la durabilité de ce mécanisme basé sur une subvention de l'Etat.

II La proposition actuelle

Les agences regroupées au sein de « P4H² » (France, Allemagne, Suisse, Banque Mondiale, BIT et OMS) sont prêtes à accompagner le Gouvernement du Tchad dans la mise en place progressive

² "Assurer la santé" (de l'anglais "Providing for health") est une initiative du G8 sur la protection sociale en matière de santé pour aider les pays à mettre en place des systèmes nationaux tout en contribuant à accroître les financements des donateurs.

d'une couverture santé universelle au sens large de ce terme, à savoir tant la protection contre les risques financiers en santé que la disponibilité effective en services de santé de qualité.

Des actions ont déjà été engagées dans ce sens par les différents acteurs de la santé. Néanmoins, il s'avère essentiel aujourd'hui que ces différents acteurs, tant nationaux qu'extérieurs, coordonnent leurs efforts afin d'obtenir des progrès significatifs dans ce domaine. Pour ce faire, le MSP, ainsi que les autres départements ministériels concernés, et les partenaires impliqués ont convenu de se retrouver pour, ensemble, élaborer un plan d'action pour le futur.

Concrètement une mission exploratoire d'une durée d'une semaine sera organisée du 20 au 24 juin 2011. Cette mission rassemblera tant les acteurs nationaux impliqués que les membres de P4H au niveau local et/ou international. Lorsque le Gouvernement du Tchad aura arrêté l'opportunité de cette mission exploratoire, un courrier officiel sera adressé aux représentations locales de P4H ainsi qu'au bureau de coordination de P4H à Genève.

Afin de préparer cette mission, un groupe de travail composé du Gouvernement (départements ministériels en charge de la santé, du travail, de l'action sociale, des finances) et des partenaires de P4H au niveau du pays sera mis en place pour lancer le processus actuellement – et provisoirement - sous la coordination du MSP (DOSS).

II-1 Objectifs de la mission exploratoire

L'objectif général est d'assurer un appui technique au Gouvernement du Tchad dans le processus de mise en place de la couverture médicale universelle.

Objectifs spécifiques

- Appuyer l'élaboration et la validation d'une feuille de route visant à guider le processus de mise en place de la couverture médicale universelle ;
- Appuyer la mise en place des organes de pilotage du processus de mise en place de la couverture médicale universelle ;

II-2 Résultats attendus de la mission exploratoire

A l'issue de cette mission exploratoire:

- Un plan d'action pour l'année en cours (ou "feuille de route") guidant le processus de mise en place d'une couverture santé universelle au Tchad élaborée aura été établi par l'ensemble des participants à la mission. Ce plan d'action sera ensuite validé selon des modalités qui auront été établies pendant la mission;
- Une structure de pilotage du processus sera mise en place. Cette structure aura pour tâche essentielle de s'assurer de la mise en place du plan d'action qui aura été arrêté.

A la demande du Gouvernement, un premier travail est déjà sur le point d'être mené. Il s'agit d'une analyse du financement de la gratuité des soins d'urgence en milieu hospitalier. Une note sur cette étude figure en annexe ci-après. L'OMS et l'AFD ont déjà pris des actions pour lancer cette étude.

Cette étude devra sans doute être considérée par la mission exploratoire comme une première activité du plan d'action qui sera arrêté.

Evaluation de la gratuité des soins d'urgence et des conséquences financières des paiements directs des prestations de santé sur les dépenses des ménages

Objectifs de l'étude

L'étude vise à décrire et mieux comprendre les mécanismes de financement du système de santé ayant un impact sur l'accès de la population aux soins et sur l'offre des services de santé au Tchad.

Il s'agit en particulier de mener des analyses d'impact, précises et détaillées a) des paiements directs, sur les ménages et b) de la gratuité des soins d'urgence, sur l'offre des soins, et d'étudier les conditions financières de la pérennisation du système de gratuité sur financement de l'Etat.

Résultats attendus

- Un rapport détaillé sur les conséquences financières des paiements directs des prestations de santé sur les dépenses des ménages;
- Un rapport exhaustif sur l'impact financier, matériel et humain de la gratuité des soins d'urgence sur les structures sanitaires;
- Une évaluation des besoins annuels de financement pour la prise en charge de toutes les prestations gratuites, par le budget de l'Etat.

Méthodologie de travail

Gestion de l'étude

Cette étude sera placée sous la coordination du Ministère de la Santé Publique et menée en collaboration avec les départements en charge de l'action sociale, des finances et de la fonction publique.

Un groupe de travail multidisciplinaire sera mis en place pour piloter l'étude (on pourra éventuellement utiliser, en l'aménageant, une structure déjà en place). Ce groupe de travail pourra comprendre des représentants de la société civile, du patronat et des partenaires. Des personnes ressources et d'autres organisations compétentes dans le domaine seront mises à contribution pour la réalisation de cette étude.

Le groupe de travail : (i) adoptera les termes de référence (TDR) de l'étude, (ii) élaborera un programme de travail pour la conduite de l'étude, (iii) donnera des orientations pour la conduite de l'étude et en validera le protocole; (iv) coordonnera l'organisation des ateliers de validation et la diffusion du rapport de l'étude ; (vi) assurera le suivi de la mise en œuvre des recommandations.

L'OMS mobilisera, comme consultant international, un de ses experts en financement de la santé qui effectuera 45 jours de mission pour appuyer le groupe de travail et le consultant national dans l'élaboration du protocole et le suivi de la réalisation de l'enquête.

Le MSP recrutera un consultant national pour une durée de 5 mois.

Principales étapes

L'étude se déroulera en 2 phases, d'avril à juillet 2011.

La première phase aura pour objectifs de faire une analyse globale de la situation en matière de financement de la santé au Tchad, de cerner précisément les besoins exprimés dans les TDR de l'étude et d'en élaborer le protocole qui devra être validé par le groupe de travail et les financeurs.

Une deuxième phase comprend la réalisation de l'étude proprement dite, la présentation du rapport, sa validation et sa diffusion.

Synthèse des étapes de l'étude (avril – juillet 2011)

| N° | Principales actions | Responsables | Dates |
|----|--|--------------------------------------|---------------|
| | Préliminaires | | |
| 1 | Mise en place ou réactualisation du groupe travail | DOSS/ Unité de gratuité des soins | Fin avril |
| 2 | Révision ou élaboration d'un programme de travail et des TDR du consultant national et du consultant international | Président du groupe de travail | Fin avril |
| 3 | Présentation du programme de travail et des TDR du consultant aux responsables des différents départements et partenaires du Gouvernement | Président du groupe de travail | Début mai |
| 4 | Recrutement du consultant national | MSP et Partenaires (OMS/AFD) | Mi-mai |
| | Première étape | | |
| 5 | Analyse d'ensemble du financement de la santé. Elaboration d'un protocole de l'étude : méthodologie, outils de collecte de données, organisation de la collecte de données, organisation du traitement des données | Consultants | juin |
| 6 | Validation du protocole de l'étude | Groupe de travail | Juin |
| | Deuxième étape | | |
| 7 | Collecte des données | Agents MSP | Juin |
| 8 | Analyse et traitement des données | Consultants | Début juillet |
| 9 | Rédaction du rapport final | Consultants | Mi juillet |
| 10 | Validation du rapport final par le groupe de travail | | Fin juillet |
| 11 | Diffusion du rapport | Président du groupe de travail | Août |

Profils et responsabilités des consultants

Consultant national

Le consultant national aura une formation BAC+ 5 en sciences sociales ou en gestion, avec des compétences en économie de la santé. Il devra avoir une solide expérience, de quatre ans au moins, dans la planification et la gestion des services de santé. Des compétences prouvées en matière de renforcement des systèmes de santé, notamment leur financement, seraient un atout.

Le consultant devra assister le président du groupe de travail dans le suivi du plan de travail et collaborera à la planification de l'étude. Il sera chargé de sa mise en œuvre avec l'appui de l'expert OMS et sous la supervision du groupe de travail.

Consultant international

L'expert OMS – de niveau P4 au minimum - sera un spécialiste du financement de la santé. Il devra avoir une expérience confirmée, de dix ans au moins, dans la planification et la gestion des services de santé et disposer de solides compétences dans le renforcement des systèmes de santé, notamment leur financement, dans les pays en développement.

L'expert OMS apportera un appui technique au groupe de travail et au consultant local.

ANNEX 2

République du Tchad

Ministère de la Santé Publique

Protection sociale en santé

Vers la couverture universelle en santé au Tchad

Esquisse de feuille de route

(Date à compléter par le comité temporaire mixte) 2011

I. Introduction

Depuis quelques années, les autorités du Tchad ont fait montre d'une forte volonté politique pour réaliser des progrès dans le domaine de la couverture universelle en santé. Le Président de la République a lui-même décidé en 2010 de rendre les soins d'urgence hospitaliers gratuits pour l'ensemble de la population tchadienne. De plus, le pays a vu récemment se développer de nombreuses initiatives dans le domaine du financement de la santé : mutuelles de santé, diverses formes de gratuité, financement basé sur les résultats, etc.

Ayant identifié un besoin de coordination dans ce domaine, les autorités tchadiennes ont alors engagé un dialogue avec les différents partenaires au développement actifs dans le domaine du financement de la santé. Ce dialogue a par exemple débouché sur une étude analysant la gratuité des soins financée par l'AFD et réalisée par l'OMS entre Juin et Septembre 2011 pour le compte du Ministère de la Santé.

Les partenaires au développement ont par la suite mentionné aux autorités tchadiennes l'existence de l'initiative mondiale P4H (Providing for Health - Initiative de protection sociale en santé, voir encadré ci-dessous) qui cherche justement à appuyer les pays dans leurs efforts vers une couverture universelle santé. En conséquence, le Ministère de la Santé publique a adressé une requête au réseau P4H pour le soutenir dans son cheminement vers la couverture universelle et une mission exploratoire conjointe (OMS, AFD, DDC Suisse, Union européenne, Banque mondiale) a été organisée en Juin 2011 pour appuyer le Tchad dans l'élaboration d'une feuille de route vers la couverture universelle santé et la mise en place d'un montage institutionnel garantissant sa mise en œuvre et son suivi.

La mission exploratoire P4H a profité des mécanismes de coordination préexistants entre partenaires (groupe de travail santé) et entre partenaires et gouvernement tchadien (comité de direction du Ministère de la Santé publique) ayant été mis en place récemment dans le cadre de la signature d'un accord intermédiaire avec l'initiative IHP+.

La mise au point de la feuille de route pour la couverture universelle en santé s'inscrit également dans le cadre plus général des efforts du gouvernement tchadien pour définir une politique générale de protection sociale, y compris pour les risques liés à la santé.

P4H (Providing for Health - Initiative de protection sociale en santé)

P4H est une initiative mondiale lancée fin 2007 lors d'un sommet du G8 dans le but d'améliorer le cheminement des pays en développement vers la couverture universelle en santé. Elle est actuellement constituée de six partenaires au développement : l'OMS, le BIT, la Banque mondiale, l'Allemagne, la France et la Suisse.

P4H a été lancée pour répondre à un défi mondial : plus de un milliard de personnes n'ont pas accès aux soins de base nécessaires et plus de cent millions de personnes tombent sous le seuil de pauvreté chaque année en raison des dépenses directes de santé effectuées par les ménages aux points de service. Les objectifs de P4H sont par conséquent d'appuyer les pays à élaborer leurs stratégies multisectorielles de couverture universelle en santé et à les accompagner dans la mise en œuvre.

P4H fonctionne comme un réseau de partenaires au développement qui ont décidé de coordonner leurs efforts dans le domaine de la couverture universelle en santé. Le réseau a délibérément choisi de ne pas être constitué comme un fonds dans lequel les ressources sont mises en commun. Chaque agence membre de P4H entreprend donc des activités qui peuvent être considérées comme des activités P4H pour autant que les autres partenaires en soient d'accord.

Le respect des principes de la déclaration de Paris (appropriation, alignement, harmonisation, etc.) constituent une base commune aux partenaires de P4H et le réseau dans son ensemble s'est accordé à concentrer ses efforts sur le niveau national et les réseaux nationaux de P4H. Les niveaux mondial et régional du réseau n'interviennent que pour compléter les capacités disponibles au niveau national.

II. Diagnostic actuel des mécanismes du financement de la santé

Subsides du gouvernement

Les données des Comptes Nationaux de la santé montrent que le pays est loin d'attendre les normes proposées par la commission macroéconomique de 34\$US car les dépenses de santé par tête d'habitant des dépenses du gouvernement sont à 4,6 \$US par habitant et par an. En ce qui concerne la déclaration d'Abuja, les chefs d'état des pays de l'Union Africaine se sont réunis et se sont engagés à fixer un objectif d'allouer au moins 15% de leur budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé, les données de 2009 (OMS, 2009) montrent que les dépenses de santé du gouvernement consacré à la santé représentent 13,7% des dépenses totales du gouvernement. Par ailleurs, on peut constater que la charge des dépenses de santé est plus supportée par les ménages, car ces derniers payent 44,8% des dépenses totales de santé et presque la totalité de ces dépenses sont des paiements directs qui représentent 96,7% (Out of pocket expenditure).

La part des financements extérieurs représente 26.2% du budget total de la santé dont la répartition est le 1/3 en dettes et 2/3 en dons (PNDS, données financières de 2007).

L'exécution effective du budget alloué à la santé à été estimé à 75.6% en 2007.

| Indicateurs | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ressources extérieures en % des dépenses totales de santé | 25,17 | 13,67 | 19,69 | 17,03 | 20,33 | 17,26 | 10,43 | 5,34 | 6,88 |
| Dépenses privées en % des dépenses totales de santé | 60,22 | 65,92 | 51,88 | 57,45 | 58,29 | 52,78 | 52,57 | 49,42 | 44,82 |
| % des dépenses de santé dans les dépenses totales publiques | 13,77 | 13,77 | 13,77 | 13,77 | 13,77 | 13,77 | 13,77 | 13,77 | 13,77 |
| Paiements directs des ménages en % des dépenses totales de santé | 96,20 | 96,34 | 96,20 | 96,61 | 96,57 | 96,62 | 96,70 | 96,70 | 96,70 |
| Assurances privées en % des dépenses totales privées de santé | 0,38 | 0,24 | 0,38 | 0,34 | 0,38 | 0,32 | 0,25 | 0,25 | 0,25 |
| Dépenses totales de santé par habitant et par an (en USD 2009 constants) | | | | | | | 2,15 | 3,10 | 4,66 |

Recouvrement de coût

Le pays a souscrit à l'Initiative de Bamako et les formations sanitaires du pays fonctionnent sous un système de recouvrement de coût comme l'un de moyen de financement de la santé. Le tableau précédent montre que les financements alternatifs par les mécanismes d'assurance restent encore très insignifiants car les dépenses de prépaiement par les assurances privées ne représentent que 0,25% des dépenses directes des ménages. Pour palier à cette situation, le gouvernement a mis en place les mécanismes alternatifs de financement de la santé, mais qui sont encore à leurs phases expérimentales. Depuis 2009, on peut citer l'émergence des mutuelles de santé, la gratuité de soins basée sur les activités préventives et curatives au niveau des centres de santé, la gratuité des urgences en milieu hospitalier et le financement basé sur les résultats et le transfert de cash conditionné qui agissent plutôt au niveau de l'offre mais qui peut contribuer à l'amélioration de la qualité de services. Ces initiatives qui sont encore pilotes fonctionnent encore de façon séparés dans leurs phases d'expérimentations et les données disponibles témoignent qu'ils n'ont pas encore réduit aussi bien la charge de dépenses de santé par les ménages que les paiements directs des ménages.

Mutuelles de santé

Pour réduire le paiement direct des usages, le pays encourage le système de mutualisation du risque maladie par la promotion des mutuelles de santé. Certains partenaires assurent un appui technique au développement des mutuelles de santé, nous citerons par exemple le Centre International de Développement et de Recherche (CIDR) qui est parmi les leaders d'initiation d'un réseau de mutualisation du risque maladie au Tchad en se basant sur caisses d'épargne et de crédit autogérées (CECA). Le réseau comptait autour de 7.200 bénéficiaires en 2009 et la projection estime avoir 45.000 bénéficiaires en fin d'année 2010. Le projet se focalise encore sur les activités de recrutement de nouveaux membres, d'information et sensibilisation, de formation des membres des organes de gestion, d'évaluation du personnel technique et de négociations des contrats avec les prestataires de soins.

D'autres mutuelles petites mutuelles existent aussi au Tchad, mais aucune étude sur le panorama des initiatives mutualistes qui a été réalisée.

Gratuité de soins basée sur les activités préventives et curatifs au niveau des centres de santé

Elle a été instaurée pour réduire les inégalités et faciliter l'accès aux soins (CPN, accouchement normaux, PTME, antipaludéens, ARV etc.... ;). Le remboursement de ces actes ne se fait ni sous forme de financement des médicaments, ni sous forme de subvention direct basé sur les services rendus.

Gratuité des d'urgence en milieu hospitalier

Elle a été décrétée en 2010 toujours dans le but de faciliter l'accès aux soins pour attendre les OMDs Santé 4, 5 et 6 à l'horizon 2015. Ceci concerne toutes les urgences avec menace du pronostic vital à savoir les urgences absolues ou vraies et les urgences relatives ou différées qui sont laissées à l'appréciation de chaque clinicien.

N.B: Risque de surfacturation des services payant pour compenser le manque à gagner.

Projet d'assurance maladie des fonctionnaires du secteur formel

Il est encore sous forme d'un projet à mettre en œuvre dans le cadre de tendre vers la couverture universelle et faciliter l'accès aux soins sans paiement direct. Il existe déjà une Caisse Nationale de Prévoyance Sociale qui pourrait servir d'opérateur du nouveau mécanisme.

Le financement basé sur les résultats (FBR)

Ce projet pilote est soutenu par certains partenaires (BM) et le gouvernement. Existence d'une agence d'achat de services (AEDES et CSSI), qui est un des mécanismes de financement agissant au niveau de l'offre et qui peut contribuer à la qualité de services

Transferts sociaux sous conditions (conditional cash transfer - CCT) :

Projet de mise en place des fonds d'équité

Cette activité est prévue dans le PNDS 2009-2012 pour faciliter l'accès aux soins en respectant le principe d'équité en visant les personnes indigentes et les populations vulnérables.

Secteur privé

Assurance maladie des entreprises privées qui ont commencé à souscrire les assurances maladies pour leurs agents même si ce mécanisme ne représente pas un échantillon représentatif de la population (0,25% des dépenses privées de santé)

III. Eléments de la feuille de route

Le Tchad, au travers de ses différentes instances publiques souhaite aller vers la couverture universelle en santé. Le Tchad est conscient que cet objectif ne pourra pas être atteint à court terme ; néanmoins, il souhaite mettre en place des actions qui l'orientent dans ce sens. Conscient de ses faibles capacités en la matière, il a souhaité que ses partenaires au développement l'accompagnent sur ce chemin, notamment au travers des partenaires du réseau P4H.

Dans la partie précédente, ont été listés les différents mécanismes de financement de la santé. Fort de ce constat, il s'agit maintenant de mettre en place des actions qui permettront au pays de progresser sur ce chemin de la couverture universelle en santé.

Concrètement, ce document s'appuiera sur le diagnostic posé pour proposer les grandes orientations de l'action, lesquelles seront ensuite déclinées en activités précises à mener au cours de la prochaine année, activités sur lesquels les partenaires au développement se seront entendus pour prendre en charge leur financement.

Il convient de rappeler que l'ensemble des éléments de cette feuille de route ont été discutés par les partenaires au développement et les différentes parties nationales concernées. Cette feuille de route aura été finalisée et approuvée lors de l'atelier de validation qui s'est tenu à N'Djamena le ...décembre 2011.

Le diagnostic peut se résumer ainsi : au cours des dernières années, le Tchad a mis en place, avec l'appui de ses partenaires au développement, différents mécanismes de financement de la santé. Ces mécanismes se sont mis en place sans concertation et parfois par méconnaissance et l'on aboutit aujourd'hui à une juxtaposition de ces mécanismes qui conduit fréquemment à une incohérence de l'action et à un impact assez faible sur le bien être des populations. Il est important de noter que jusqu'à présent les partenaires ont avancé en ordre dispersé sans cadre de concertation.

Afin de tenter des correctifs à cette situation, cette feuille de route propose les orientations et actions suivantes :

1. Meilleure documentation de la couverture universelle au Tchad:

Les mécanismes qui ont été identifiés dans le paragraphe précédent demeurent encore insuffisamment connus et documentés. Notamment, il n'existe pas aujourd'hui de document qui les présentent ensemble et en font une analyse comparative. Certes, l'actuelle étude financée par l'AFD et l'OMS apportera une première réponse en ce qui concerne les mécanismes de gratuité relatifs aux urgences hospitalières. Mais cette étude ne porte que sur un des mécanismes.

Par ailleurs, il existe d'autres mécanismes mis en place dans certains pays de la région et qui ne sont pas présents au Tchad. Il serait utile qu'une documentation soit apportée afin que le Tchad étudie l'opportunité de recourir à ces mécanismes.

Enfin, comme cela est généralement constaté, la compréhension du concept même de couverture universelle demeure encore imparfaite. Le Tchad a pris conscience d'adopter une vision large du concept de couverture universelle en santé. Aussi, convient-il que toutes les parties concernées partagent une même vision de la couverture universelle.

2. Rechercher les synergies entre les mécanismes existants: éviter la fragmentation et la juxtaposition:

L'analyse de la situation a fait ressortir la juxtaposition de ces différents mécanismes de financement de la santé. Il s'agit alors de rechercher la complémentarité de ces différents mécanismes afin d'avoir un impact positif à long terme sur les prestataires de services de santé et par conséquent d'apporter une meilleure réponse aux problèmes de santé des populations.

Il ne s'agit pas, au moins dans un premier temps, de rechercher une synergie totale entre tous ces mécanismes mais plutôt, dans une approche opérationnelle, de rechercher des synergies entre certains de ces mécanismes :

- Rechercher les synergies entre les mutuelles de santé (et autres mécanismes d'assurance) et les mécanismes de gratuité ;
- Rechercher les synergies entre les mécanismes de gratuité et les mécanismes de financement basés sur les résultats ;
- Autres.....

Il s'agira particulièrement de voir l'influence de ces synergies sur les personnels de santé et sur les établissements de santé afin d'améliorer l'efficacité de leurs prestations.

3. Renforcement des capacités

Un consensus règne entre l'ensemble des personnes et institutions impliquées dans le domaine de la protection sociale en santé : les capacités disponibles au Tchad ont un fort besoin de renforcement, tant sur un plan théorique qu'opérationnel.

Les aspects théoriques du renforcement des capacités en matière de financement de la santé pourront être comblés avec des formations de type traditionnelles mais ces dernières devront également être complétées par d'autres instruments tels que séminaires ou guides pour "fabriquer" au Tchad un nouveau langage et des concepts communs à l'ensemble des acteurs concernés.

La dimension plus opérationnelle du renforcement des capacités pourra se concrétiser par des activités dans lesquelles les acteurs tchadiens seront directement confrontés aux réalités et à la complexité du domaine :

- Echanges d'expérience
- Apprentissage par la pratique
- Analyse des coûts des soins
- Etc.

4. Orientation nationale en matière d'évolution vers la couverture universelle

Ces mécanismes de financement de la santé se sont mis en place en dehors d'une orientation politique claire et établie au niveau intersectorielle. On voit aujourd'hui des volontés dispersées d'élaborer des documents d'orientation Ministère de la Fonction publique, Ministère des Affaires sociales, etc.). Il est sans doute utile aujourd'hui que le Tchad, au travers de toutes ses instances concernées, élabore un document d'orientation qui établisse la stratégie nationale d'évolution vers la couverture universelle. Bien évidemment, ce document devra être mis en cohérence avec tous les documents déjà établis (Politique nationale de santé, PNDS, CDMT, etc.).

Une fois établie, une telle stratégie nationale du financement de la santé en vue de la couverture universelle servira d'orientation aux actions tant des instances nationales que des partenaires au développement.

5. Appui à la coordination

Le besoin de coordination est une réalité dans de nombreux secteurs au Tchad mais plus particulièrement encore pour une approche par définition multisectorielle et complexe telle que la couverture universelle en santé.

Un appui à la coordination du processus constitue ainsi un autre axe de travail nécessaire au succès de la couverture universelle en santé au Tchad et devra se traduire par un suivi régulier et des révisions de la feuille de route initiale.

| Orientations | Activités | Prise en charge |
|--|--|-----------------|
| 0. Elaboration et validation de la feuille de route | Atelier de validation de la feuille de route | |
| <p>1. Meilleure documentation de la couverture universelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Connaissance de chacun des mécanismes de financement . Analyse comparée des mécanismes existants . Compréhension partagée du concept de couverture universelle en santé | <ul style="list-style-type: none"> . Etude sur la gratuité des urgences hospitalières . Atelier national | |
| <p>2. Rechercher les synergies entre les mécanismes existants :</p> <ul style="list-style-type: none"> . entre les mutuelles de santé et les autres mécanismes de financement existant dans les zones mutualistes . entre le financement basé sur les résultats (FBR) et les autres mécanismes de financement existant dans les zones FBR . entre assurance maladie Fonction Publique et autres mécanismes . autres | <p>Mission de consultation</p> <p>Mission de consultation</p> | |

| Orientations | Activités | Prise en charge |
|--|---|-----------------|
| 3. Renforcement des capacités . Echanges d'expérience . Formation . Analyse des coûts | | |
| 4. Orientation nationale en matière d'évolution vers la couverture universelle | Appui à l'élaboration d'un document de stratégie nationale d'évolution vers la couverture universelle | |
| 5. Appui à la coordination | . Suivi, révision de la feuille de route | |
| | | |
| | | |

IV. Montage institutionnel

Il est prévu de distinguer deux phases dans le montage institutionnel de mise en œuvre et de suivi de la couverture santé universelle au Tchad : une première phase de finalisation de la feuille de route ici esquissée (six mois) suivie d'une deuxième phase de mise en œuvre, de suivi et de mise à jour régulière de la feuille de route finalisée (plusieurs années). Pour rappel, la couverture santé universelle est un processus de très long terme qui n'est jamais véritablement achevée même dans les pays industrialisés.

Première phase (Juillet - Décembre 2011)

Un montage institutionnel provisoire est prévu jusqu'à la finalisation de la présente esquisse de la feuille de route car il est difficile de définir la structure et le système de pilotage avant même d'avoir une idée précise des activités à mener et de l'ensemble des acteurs impliqués dans ces différentes activités.

Ainsi, un comité provisoire restreint, de type technique et mixte (autorités nationales et partenaires au développement) est mis en place dans un premier temps. Il est chargé de finaliser l'esquisse de feuille de route disponible et de compléter le montage institutionnel afin de le rendre permanent. Il est restreint pour être efficace car une composition trop large provoquerait des difficultés à organiser des réunions et à atteindre une participation satisfaisante. Sa composition de techniciens permettra de plus facilement lister et programmer les activités pouvant être intégrées à la feuille de route et le niveau politique se retrouvera dans le montage institutionnel permanent.

La désignation des membres est nominative et non par fonction au sein des différentes institutions représentées afin d'éviter les chaînes de délégation et donc la discontinuité tant dans la transmission des informations que dans les étapes de la réalisation de la "mission rapide" confiée au comité provisoire.

Liste des membres proposés :

1. Dadjim Blagui (DOSS)
2. Garba (UG Gratuité)
3. Fonction publique
4. Action sociale
5. UNAD-BELACD
6. Abdel (DDC Suisse)
7. Hamadou (OMS)
8. Mahamat (AFD)
9. Olivier (Union Européenne)
10. Cissé Bougou (Banque mondiale)

Le comité provisoire restreint sera animé par deux facilitateurs chargés d'organiser les réunions, de préparer les ordres du jour et de rendre compte. Un facilitateur sera plus particulièrement chargé de la mobilisation des autorités nationales (Dadjim DOSS) et un autre des partenaires au développement (Hamadou OMS).

La périodicité des réunions du comité provisoire sera élevée (mensuelle) lors de la première phase afin de garantir l'achèvement de la mission de finalisation de la feuille de route et du montage institutionnel permanent.

Le comité provisoire rendra compte à la fois au Comité Directeur du MSP et au Groupe de Travail des partenaires actifs dans le domaine de la santé.

Les formalisations de type arrêté ministériel ne sont pas forcément nécessaires pour la mise en place de ce comité provisoire. L'organisation rapide des premières réunions du comité provisoire par les deux facilitateurs est en revanche très importante.

Deuxième phase (à partir de Janvier 2012)

Au début de la deuxième phase (Janvier 2012), le comité provisoire devra se métamorphoser en un comité de suivi opérationnel permanent et élargi regroupant l'ensemble des parties prenantes.

Les membres du comité de suivi opérationnel permanent pour la couverture santé universelle seront désignés par fonctions au sein des institutions parties prenantes. (inclure suppléants ?)

Une possibilité de mise en place d'un animateur rémunéré (temps partiel) du réseau local P4H a été évoquée comme un facteur pouvant faciliter l'échange d'informations entre les différents acteurs impliqués et le suivi effectif des activités programmées dans le cadre du comité de suivi opérationnel.

La périodicité des réunions proposée pour la deuxième phase est trimestrielle car le contenu de ces réunions devrait être une activité de routine (suivi de la mise en œuvre des activités, difficultés rencontrées, solutions, mise à jour avec de nouvelles activités).

Le comité de suivi opérationnel rendra compte à un comité de pilotage de niveau politique qui reste à préciser durant la période de finalisation de la feuille de route mais dont le caractère intersectoriel et la présidence par le **Ministère du Plan ? / la Primature ?** constituent déjà des éléments soutenus par l'ensemble des parties prenantes.

Ces deux niveaux de coordination nécessaires à la mise en œuvre de la feuille de route finalisée devront être formalisés le plus rapidement possible après la phase de transition (fin 2011). Dans le cas du comité de suivi opérationnel, celui-ci devra être formalisé par une note de service du Ministère de la Santé. Le comité de pilotage sera quant à lui établi par un arrêté ministériel du Ministère du Plan.