



REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple – Un But – Une Foi



MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

**CONSEIL INTERMINISTERIEL SUR LA COUVERTURE
MALADIE UNIVERSELLE**

RAPPORT INTRODUCTIF

Sommaire

I - Contexte et justification :	3
II. Etat des lieux de la couverture du risque maladie au Sénégal :	5
II.1 Le régime d'assurance maladie obligatoire : IPM et régime des agents de l'Etat :	5
II.2 Le régime d'Assurance Maladie volontaire à travers les mutuelles de santé :.....	6
II.3 L'assurance maladie commerciale :	8
II.4 Le régime d'assistance médicale :	8
III- Les modalités de mise en œuvre de la CMU :	10
III.1 Les préalables :.....	11
III.2 Les options de mesures et d'actions vers une couverture maladie universelle:.....	11
IV- Financement de la CMU :	12
IV-1 Besoins de financement de la CMU en 2013 :	12
IV-2 Projection financière 2013-2017 (voir annexes).	14
IV-3 Mobilisation et modalités de gestion des ressources :.....	14
V - Recommandations	15
Conclusion :	22
Annexes :	24
Prévision de 2013-2017.....	24
Options de paquets de services offerts par les mutuelles de santé (paquet minimum de base et paquet complémentaire).....	26

Introduction :

L'accès aux soins de santé est une priorité au Sénégal. En effet, l'évolution du système de santé montre que les efforts réalisés en matière de couverture sanitaire et d'amélioration du fonctionnement des structures sanitaires n'ont pas suffi à garantir l'équité dans l'accès aux soins de santé.

Plusieurs réformes ont été initiées et ont permis un renforcement de la gestion des structures sanitaires en termes de disponibilité des médicaments et de viabilité financière. Malheureusement, ces réformes ont également eu un impact négatif sur l'accessibilité financière des soins de santé à travers, notamment, l'introduction du système de recouvrement des coûts consécutive à l'initiative de Bamako.

Ces difficultés d'accès aux soins de santé ont amené le Ministère de la Santé et de l'Action sociale à développer un certain nombre de programmes et de projets, en particulier pour les groupes vulnérables.

Mais, en raison du faible niveau du plateau technique, du déficit en ressources humaines, du déséquilibre dans la répartition géographique des infrastructures et surtout de la faiblesse du pouvoir d'achat des populations surtout en milieu rural, le problème de l'accessibilité des soins de santé demeure entière.

Le présent Conseil interministériel sur la couverture maladie universelle fait suite aux concertations nationales sur la Santé et l'Action sociale tenues les **18 et 19 janvier 2013** sous la présidence effective de Son Excellence le Président de la République. L'une des recommandations phares issues de ces concertations est « d'accélérer la mise en œuvre de la stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie ».

Le rapport qui vous est présenté, s'inscrit dans le suivi de la mise en œuvre de cette recommandation. Il s'articule autour des points suivants : (i) les éléments de contexte ; (ii) l'état des lieux de la couverture maladie au Sénégal ; (iii) les mesures à prendre pour étendre significativement la couverture maladie ; (iv) le plan de financement ; (v) les recommandations et (vi) le cadre institutionnel de suivi d'évaluation des actions menées.

Le présent rapport a été élaboré dans une démarche participative dans le cadre d'un atelier de partage organisé les 08 et 09 février 2013, qui a regroupé l'ensemble des acteurs concernés par la couverture maladie universelle. Il s'agit des représentants :

- du Ministère de la Santé et de l'Action sociale ;
- du Ministère de l'Economie et des Finances ;
- du Ministère de la Femme, de l'Enfant et de l'Entrepreneuriat féminin ;
- du Ministère de l'Aménagement du territoire et des Collectivités locales ;
- du Ministère de la Fonction Publique, du Travail, des Organisations Professionnelles et des Relations avec les Institutions ;
- de la Commission Santé de l'Assemblée nationale ;
- de l'Union des Associations des Elus locaux (UAEL) ;
- des ONG intervenant dans le domaine de la Santé ;
- des syndicats de la Santé ;
- des mutuelles de santé ;
- des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) ;
- des partenaires techniques et financiers.

I. Contexte et justification :

Le Président de la République, Son Excellence Monsieur Macky SALL, a fait de la protection sociale une des priorités de son programme. C'est dans cette perspective qu'il a décidé d'engager une politique de développement de la couverture maladie universelle afin de corriger l'iniquité dans l'accès aux soins de santé en mettant un accent particulier sur les populations les plus démunies.

En effet au Sénégal, la part des dépenses de santé supportée par les ménages est de 34% de la Dépense Nationale de Santé (DNS) selon les résultats des comptes nationaux de la santé de 2005. Ces dépenses de santé à la charge des populations pèsent lourdement sur les revenus des ménages dont 48,5% vivent en dessous du seuil de pauvreté selon l'Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal de 2005. En l'absence d'une couverture maladie, ces dépenses sont essentiellement payées lors de l'utilisation des services de santé aussi bien publics que privés et constituent un facteur de non utilisation des services. C'est pourquoi, sur instruction du Chef de l'Etat, des dispositions permettant de prendre des mesures à fort impact social et psychologique ont été prises. Il s'agit notamment de la création d'une Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle (CAPSU), avec l'inscription d'une ligne budgétaire de 10 milliards de FCFA pour l'année 2013 dans le budget du Ministère de la Santé et de l'Action sociale, pour le financement des bourses de sécurité familiales et de la couverture maladie universelle. Cette couverture maladie universelle permettra à tout citoyen sénégalais d'accéder à des soins de santé de qualité, à des coûts abordables.

Ce faisant, le Sénégal s'inscrit dans la dynamique internationale en cours, visant à créer un environnement favorable à l'extension de la couverture du risque maladie. Ce mouvement pour la promotion de la CMU dans les pays pauvres s'est amplifié au cours de ces dix dernières années et les progrès notés dans certains pays d'Afrique comme le Rwanda ou le Ghana sont cités en exemple pour montrer que la CMU est réalisable dans les pays en développement. Le plaidoyer international pour que la CMU constitue la trame de l'agenda post 2015 est à l'ordre du jour et la question sera certainement au cœur des débats lors de l'évaluation des OMD.

Toujours au plan international, la 58^{ième} Assemblée Mondiale de la Santé a adopté en 2005 à l'unanimité une résolution demandant aux pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de développer des systèmes de financement de la santé pour garantir à leur population un accès équitable à des services de santé de qualité.

Déjà en 2001, les Chefs d'Etat Africains s'étaient engagés à Abuja à allouer au moins 15% de leur budget national annuel à la santé.

Le 12 décembre 2012, la 67^{ième} 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 Sénégal, le développement de la CMU va s'appuyer sur la mise en œuvre de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie dont l'objectif est de porter le taux de couverture en assurance maladie de 20% à 65,5% en 2017. Elle est basée sur la Stratégie

Nationale de Protection Sociale et de Gestion des Risques dont les principales orientations sont intégrées dans la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES 2013-2017) à travers son **Axe 2 : Accélération de l'accès aux services sociaux de base, protection sociale et développement durable.**

Par ses objectifs stratégiques, la SNDES 2013-2017 envisage 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 les mutuelles de santé, l'amélioration des mécanismes de ciblage et 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, la création d'une Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle et l'extension de la gratuité des soins de santé en faveur des groupes vulnérables.

Fruit d'un large consensus, la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie s'appuie sur le principe selon lequel l'accès aux soins de santé est un droit constitutionnel. Elle est sous-tendue par le développement progressif d'un système de protection contre la 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, les seules en mesure de couvrir la majorité de la population sénégalaise.

Considérée comme un outil essentiel pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, la Stratégie d'Extension de la Couverture du Risque Maladie au Sénégal, comprend trois axes stratégiques :

- (i) la réforme des politiques de gratuité des soins de santé pour les rendre pérennes en mutualisant les ressources qui leur sont destinées à travers la création d'un Fonds National de Solidarité Santé (FNSS) ;
- (ii) la réforme des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) à travers la mise en place d'une Institution de Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire (ICAMO) et d'un fonds de garantie ;
- (iii) l'extension de la couverture du risque maladie aux secteurs ruraux et informels à travers les mutuelles de santé par la mise en œuvre du projet « Développement de la Couverture Universelle par l'Assurance Maladie dans le Contexte de la Décentralisation » (DECAM).

Toutefois, depuis son adoption en août 2008, la mise en œuvre de cette stratégie n'a pas démarré faute de financements conséquents de la part de l'Etat et des partenaires techniques.

Mais, compte tenu de l'évolution du contexte politique et des nouvelles orientations définies par le Chef de l'Etat en matière de couverture maladie universelle, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale a souhaité qu'une réflexion globale et holistique soit menée au niveau national, impliquant l'Etat, les partenaires du secteur de la santé et les acteurs de la société civile afin d'accélérer le processus de mise en œuvre de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie. C'est ainsi que des concertations nationales sur la santé et l'action sociale ont été organisées les **18 et 19 janvier**, autour du thème central : la couverture maladie universelle. A l'issue de ces assises, un état des lieux de la couverture du risque maladie au Sénégal a été fait et des mesures correctrices pour lever les barrières d'accès financières aux soins de santé, à l'endroit des populations défavorisées en particulier, ont été proposées. Ce travail a été réalisé dans une approche participative impliquant l'ensemble des ministères et acteurs concernés par la couverture maladie universelle afin de trouver un consensus autour de cette problématique d'intérêt national.

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

Au Sénégal, seule 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 : assurance obligatoire, assurance volontaire et assistance médicale.

II.1 Le régime d'assurance maladie obligatoire : IPM et régime des agents de l'Etat :

Les Institutions de Prévoyance Maladie ont été créées par le décret 75-895 du 14 août 1975 conformément aux dispositions de la loi cadre 75-50 du 3 Avril 1975 relative aux Institutions de prévoyance Sociale (IPS) pour assurer la couverture médicale des travailleurs du secteur privé et des membres de leur famille.

La contribution des IPM au financement de la santé est loin d'être négligeable ; les comptes nationaux 2005 révèlent qu'elles assurent 58% des recettes des pharmacies privées et des opticiens, 48% des recettes des laboratoires biomédicaux et 51% de celles des cabinets privés en ambulatoire.

Les IPM participent donc à la rentabilisation de l'investissement dans le secteur médical et concourent également à la résorption du chômage des médecins, pharmaciens et autres professionnels de santé.

Elles sont toutefois confrontées depuis de longues années à des difficultés structurelles liées :

- à la mauvaise gouvernance ;
- au manque d'équité verticale ;
- à la fragmentation du dispositif.

Aussi, une réforme a été initiée pour corriger ces insuffisances et, partant, améliorer l'efficacité et l'efficience du système de l'assurance maladie obligatoire.

Cette réforme s'articule autour de trois axes principaux à savoir :

- la réactualisation du cadre juridique des IPM afin d'adapter leurs paramètres techniques au contexte économique et social actuel déjà concrétisée par la signature du décret n° 2012 – 832 du 07 août 2012 relatif à l'organisation et fonctionnement des IPM ;
- la réforme institutionnelle à travers la mise en place de l'Institution de Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire (ICAMO), unité de coordination, d'assistance et de contrôle des IPM ;
- la réforme de la gouvernance et du suivi des IPM avec la mise en place du Fonds de garantie et de solidarité des IPM.

Le régime obligatoire des agents de l'Etat ainsi que de leurs familles est quant à lui 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 ayants-droits) sont couverts par ce système.

L'IPRES dans le cadre de la continuité de la prise en charge des salariés a mis en place depuis 1982 un dispositif qui comprend :

L'adhésion à la mutuelle de santé est individuelle et volontaire ; la qualité de membre participant s'acquiert par le paiement d'un droit d'adhésion fixé dans la plupart des cas à 1000 FCFA. Le principe d'adhésion volontaire pourrait constituer un obstacle au développement de la mutualité au Sénégal.

Sur le plan juridique, les mutuelles de santé sont régies par le Règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA par le conseil des Ministres statutaire du 26 Juin 2009.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce règlement communautaire, le Sénégal s'apprête à mettre en place les deux organes prévus au sein de chaque Etat membre de l'UEMOA ; il s'agit, d'une part, de l'**Organe Administratif de la Mutualité Sociale** chargé du contrôle de la régularité de la constitution des mutuelles sociales, de la conformité des dossiers d'agrément, de la tenue du registre national d'immatriculation et du suivi des Mutuelles Sociales et, d'autre part, du **Fonds National de Garantie des mutuelles sociales**, qui a pour objet principal de prévenir les défaillances éventuelles des mutuelles et de garantir leurs engagements contractuels vis-à-vis de leurs membres. Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale a déjà soumis au Secrétariat général du Gouvernement les projets de décrets portant attributions, organisation et fonctionnement de chacun de ces deux organes.

II.3 L'assurance maladie commerciale :

Les assurances privées sont régies par le code CIMA et offrent une protection maladie avec une gamme variée de produit aux entreprises et aux particuliers. Elles couvrent une très faible partie de la population (moins de 2% de la population totale).

II.4 Le régime d'assistance médicale :

L'assistance médicale concerne les services de santé subventionnés par l'Etat et mis en œuvre par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale ainsi que tous les mécanismes d'exemption en faveur des indigents. Ces politiques de gratuité concernent notamment : (i) les accouchements et les césariennes ; (ii) les personnes âgées de 60 ans et plus (Plan Sésame); (iii) l'accès aux antirétroviraux (ARV) et aux médicaments antituberculeux ; (iv) la dialyse.

Certaines affections à soins coûteux tel que le diabète font par ailleurs l'objet de subventions pour rendre leurs tarifs plus abordables.

Toutes, ces initiatives ont un effet non négligeable sur l'augmentation de la consommation de soins et l'amélioration des indicateurs de santé (surtout les accouchements et les césariennes). 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.

▪ 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 âgées 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.

Le non-respect de la référence et contre référence, les abus constatés de la part des bénéficiaires et les manquements aux procédures du plan par les établissements de santé 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 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 l'irrégularité des pièces justificatives donne lieu à des contentieux (rejet de certaines factures). Or, 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 comme le révèle l'évaluation à mi-parcours du plan sésame, ce qui est à l'origine d'une dette cumulée de 4,7 milliards du Plan sésame vis-à-vis des structures sanitaires du pays.

Les expériences tirées de la mise en œuvre du Plan sésame ont montré la pertinence de sa pérennisation par des mesures appropriées tenant compte des dysfonctionnements identifiés. Ainsi, pour une rationalisation des fonds sésame, en vue d'une prise en charge optimale des personnes âgées sans couverture médicale, il est nécessaire d'exhorter l'IPRES à renforcer la prise en charge des ses allocataires mais aussi de modifier le décret 72-215 du 07 mars 1972 afin de permettre aux retraités du FNR d'avoir une couverture intégrale (5/5) avec les imputations budgétaires.

▪ **Accouchements et césariennes :**

La réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infanto juvéniles 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 pris 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. L'initiative pour la gratuité des soins de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant de moins de cinq ans s'inscrit dans le cadre de la couverture maladie universelle.

En effet, le Gouvernement du Sénégal, conscient que le bien-être de la mère, du nouveau-né et de l'enfant de moins de cinq ans est un indicateur de développement du pays, a décidé ainsi de mettre en œuvre la gratuité des soins pour ces cibles vulnérables.

En 2011 la gratuité des césariennes a été étendue à tous les hôpitaux du Sénégal à l'exception de du département de Dakar.

Une politique de subvention des kits d'accouchements et de césariennes est mise en place pour garantir une accessibilité financière aux populations les plus pauvres. La mise en œuvre d'un tel dispositif procède 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 mort-nés et une réduction des accouchements à domicile. Toutefois, certaines difficultés et contraintes ont été soulevées, à savoir : (i) une irrégularité dans la dotation de kits, (ii) le retard dans la mise à disposition des fonds de remboursement (iii) et la persistance du recouvrement des coûts pour des actes rendus gratuits.

▪ **Gratuité de la prise en charge des enfants de 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, TDR, les ARV, les antituberculeux, les Aliments Thérapeutiques pour le traitement de la malnutrition, la supplémentation en Vitamine A, le déparasitage etc.

Il s'agira dans le cadre des nouvelles orientations définies par le Président de la République d'assurer pour la cible du nouveau-né et de l'enfant de 0 à 5 ans la prise en charge gratuite des soins essentiels et des affections les plus morbides et les plus meurtrières (paludisme grave, IRA, diarrhée, malnutrition et affections néonatales).

▪ **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 de santé des personnes démunies et sans couverture médico-sociale. Les paquets de services concernent tous les actes médicaux prescrits par le médecin traitant à l'exception des ordonnances. La source de financement est étatique avec une dotation en baisse d'année en année (140 millions en 2010 ; 60 millions en 2011 et 40 millions en 2012.). Mais depuis en 2013, avec l'intégration de l'Action sociale au Ministère de la Santé et son érection en Direction générale, les moyens ont été renforcés.

La mise en œuvre du décret 2012-1038 du 02 octobre 2012 portant application de la loi d'orientation sociale N°15-2010 du 6 Juillet 2010 relative à la promotion et à la protection des personnes handicapées, permettra à cette cible d'accéder gratuitement aux soins de santé grâce à la carte d'égalité des chances.

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 Elargie de Vaccination
- de la prise en charge des maladies non transmissibles 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)

III- Les modalités de mise en œuvre de la CMU :

Le financement de l'accès universel aux soins de santé repose sur deux principes interdépendants. Le premier est d'éviter que les barrières financières empêchent les populations d'avoir accès aux services de santé dont ils ont besoin (soins préventifs, promotionnels, traitement et réhabilitation). Le second est de faire en sorte que les frais de

santé ne privent les ménages de ressources financières destinées à couvrir les autres besoins de base.

La politique de couverture universelle requiert des ressources substantielles pour sa pérennité. Ainsi, une stratégie de mobilisation des ressources aussi bien internes qu'externes est essentielle.

III.1 Les préalables :

L'amélioration de l'accès financier des personnes démunies va entraîner une hausse de l'utilisation des services de santé. Mais, si l'offre de service n'est pas de qualité, le résultat escompté ne sera pas obtenu. D'où la nécessité d'agir sur l'offre de soins parallèlement aux actions à mener sur la demande. Il s'agit entre autres mesures de renforcer les infrastructures, les équipements, les ressources humaines et la disponibilité des médicaments mais aussi d'harmoniser les tarifs des prestations offertes.

III.2 Les options vers une couverture maladie universelle:

Pour le régime d'assurance maladie obligatoire, les solutions ci-après sont préconisées :

A court terme :

Mettre en œuvre la réforme de l'assurance maladie obligatoire, objet du décret 2012 – 832 du 07 août 2012, notamment :

- mettre en place l'ICAMO ;
- mettre en place le fonds de garantie et de solidarité des IPM ;
- mettre en place l'IPM interentreprises des travailleurs non permanents (une seule et unique d'envergure nationale).

A moyen terme :

Assurer la prise en charge des ascendants au premier degré.

Pour le régime d'assurance maladie volontaire à travers les mutuelles de santé:

A court terme :

- porter le taux de couverture du secteur informel et rural à 27% en 2013 ;
- accorder une subvention jusqu'à hauteur de 50% des cotisations arrêtées aux mutuelles de santé dans les 14 départements pilotes du DECAM ;
- mettre en place la CAPSU et le Fonds National de Solidarité Santé ;
- mettre en place les deux organes prévus par le règlement UEMOA (Fonds National de Garantie des Mutuelles Sociales, Office National de la Mutualité Sociale ;
- promouvoir les mutuelles de santé au sein des organisations mutualistes et groupes organisés (associations, organisations socio professionnelles, institutions de micro finance) plus particulièrement dans le secteur informel et rural.

A moyen terme :

- porter le taux d'adhésion à 46% en 2014 et 50% en 2015;
- renforcer la professionnalisation des mutuelles de santé ;
- étendre le DECAM à tous les départements d'ici 2017 ;
- atteindre le taux 65% en 2017 conformément aux objectifs de la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social ;

- mettre en réseau les mutuelles de santé (au niveau départemental, régional et national).

Pour les mutuelles de santé complémentaires les options concernent :

A court terme :

- promouvoir les mutuelles complémentaires dans les secteurs public et privé ;
- mettre en place une plateforme commune de gestion de mutuelles complémentaires.

A moyen terme :

- rendre systématique l'adhésion aux mutuelles complémentaires ;
- développer des mesures incitatives pour maintenir les adhérents.

Court terme :

- étendre le fonds d'équité pour la prise en charge des indigents à toutes les mutuelles de santé communautaires existantes ;
- renforcer les lignes budgétaires destinées au plan sésame, aux accouchements et aux césariennes ;
- relancer le plan Sésame dans l'ensemble des structures de santé et renforcer sa gestion ;
- mettre en place un système pour la gratuité des soins des enfants de 0 à 5 ans en impliquant la caisse de sécurité sociale dans le financement de cette initiative.

Moyen terme :

- regrouper les différents crédits destinés aux initiatives de gratuité et de subventionnement dans le Fonds national de solidarité santé ;
- accroître les ressources financières destinées aux initiatives de gratuité.

Il est important de retenir que dans le cadre de la mise en œuvre de la CMU, l'option stratégique est le développement des mutuelles de santé qui pourraient à terme gérer les gratuits. Des mesures d'accompagnement sont prévues pour leur permettre d'assurer cette mission. Il s'agit de l'octroi de subventions aux cotisations afin de leur permettre d'élargir leur base et de leur mise en réseaux au niveau départemental et régional pour le partage des gros risques et le renforcement de leur système de gestion.

IV- Financement de la CMU :

IV-1 Besoins de financement de la CMU en 2013 :

Il faut noter que le budget alloué aux gratuits avoisine 7 milliards. En ce qui concerne les 5 milliards prévus pour la CMU, il s'agira de renforcer certaines gratuits (accouchements, césariennes, plan sésame) mais également d'introduire de nouvelles mesures (gratuité de la prise en charge des enfants de 0-5 ans, subventions générales aux mutuelles, subventions ciblées pour la prise en charge des indigents à travers le fonds d'équité).

Initiatives (Gratuité et subventions)	Lignes inscrites dans le budget de l'Etat 2013	Renforcement de l'existant et nouvelles mesures pour la consommation des 5 milliards destiné à la CMU	Besoins en 2013
Plan Sésame	850 000 000	800 000 000	2 500 000 000 +4 milliards (dette Sésame aux hôpitaux)
Gratuité des enfants 0 -5 ans	0	1 500 000 000	12 669 807 164
Accouchements et césariennes	489 676 000	1 000 000 000	2 475 000 000
Contraceptifs	200 000 000		
Subvention générales aux mutuelles de santé pour élargir le paquet de bénéfices	0	1 000 000 000	2 647 575 000
Subvention de la prise en charge des indigents à travers les mutuelles de santé	0	700 000 000	1 323 787 500
Les CPN	0	0	8 775 000 000 dont 7 750 000 000 de l'état
Réparation des fistules	0	0	90 000 000
ARV	1 300 000 000	0	5 303 455 015
PEV	900 000 000		3 481 000 000
L'insuffisance rénale (dialyse)	3 324 480 000	0	7 521 980 000
Diabète (insuline)	300 000 000	0	300 000 000
Cancer	25 000 000	0	100 000 000
La Tuberculose	260 000 000	0	472 000 000
Prise en charge des personnes vulnérables/DGAS	109 275 000	0	1 163 000 000
Rage	0	0	60 000 000
Santé oculaire	0	0	150 000 000
Total	7 758 431 000	5 000 000 000	54 316 767 179

IV-2 Projection financière 2013-2017 (voir annexes) :

IV-3 Mobilisation et modalités de gestion des ressources :

Les modalités de financement de la couverture maladie universelle sont basées sur la combinaison des financements de l'Etat et des collectivités locales sous forme de subventions et la contribution des ménages à travers les cotisations et les fonds des PTF. Les cadres d'appui financier qui seront mis en place (FNSS, CAPSU) vont remplir les trois fonctions suivantes : une subvention générale pour étendre les paquets de bénéfices 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).

Les transferts des fonds aux mutuelles de santé seront basés sur des critères de performance. La subvention générale pour étendre les paquets de bénéfice est fonction du nombre de bénéficiaires à jour de leur cotisation : ainsi, la subvention générale va récompenser les efforts pour accroître l'adhésion aux mutuelles de santé et les efforts pour recouvrer les cotisations.

Les subventions ciblées pour assurer la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé communautaires seront accordées sur la base de listes nominatives des indigents et des groupes vulnérables qui feront l'objet d'une sélection basée sur des critères et principes de légitimité, de fiabilité et de légalité.

V – Recommandations :

Recommandations	Stratégies	Acteurs responsables
<p>Etendre la couverture du risque maladie aux secteurs ruraux et informels à travers les mutuelles de santé conformément aux indicateurs de la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (27% en 2013 ; 46% en 2014 ; 50% en 2015 ; 60% en 2016 et 65% en 2017)</p>	<p>Régime d'assurance maladie volontaire à travers les mutuelles de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appui à la mise en place d'une mutuelle de santé au moins dans chaque collectivité locale - Appui à la mise en place de mutuelles de santé au sein des groupes organisés (acteurs culturels, les écuries de lutte, groupement de promotion féminine, institutions de micro finance). - Allocation d'une subvention générale à hauteur de 50% de la cotisation aux mutuelles de santé dans les 14 départements pilotes du DECAM pour élargir le paquet de prestations offert. - Allocation d'une subvention ciblée pour la prise en charge médicale des indigents à travers les mutuelles de santé dans le cadre de l'extension du fonds d'équité au niveau national. - Inscription d'un fonds d'appui aux mutuelles de santé dans les budgets des collectivités locales. - Appui à la mise en place d'unions régionales, départementales et locales des mutuelles de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de la Santé et de l'Action Sociale - Ministère de la Femme, de l'Enfant et de l'Entrepreneuriat féminin - Ministère de l'Aménagement du territoire et des collectivités locales - Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale - Collectivités locales - Les institutions mutualistes - Techniques et Financiers - Les ONG - Partenaires

<p>Mettre en place des cadres d'appui financiers et réglementaires pour la promotion des mutuelles sociales conformément au Règlement communautaire de l'UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale</p>	<p>- Appui à la mise en place la fédération nationale des mutuelles de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signature et application des décrets portant organisation et fonctionnement du Fonds National de Garantie des Mutuelles Sociales et de l'Office National de la Mutualité Sociale. 	<p>de la République</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présidence - Primature Ministère - Ministère - PTF - Commissio <p>n UEMOA</p>
<p>Régime d'assistance médicale</p>		
<p>Renforcer et rationaliser les initiatives de gratuité existantes (Plan Sésame, accouchement, césariennes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des fonds alloués aux politiques de gratuité (plan Sésame, accouchements et césariennes). - Renforcement du système de gestion des politiques de gratuité. - Remboursement de la dette du Plan Sésame - Modification du décret 72-215 du 07 mars 1972 pour permettre aux retraités du FNR d'avoir une imputation budgétaire au 5/5. - Augmentation des fonds de prise en charge médicale des retraités de l'IPRES. - Intégration des médicaments spécifiques aux personnes âgées dans la liste nationale des médicaments essentiels. - Extension de la gratuité de la césarienne et des accouchements à toutes les régions du pays. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de la Santé et de l'Action Sociale - de l'Economie et des Finances - Ministère - Ministère de la Fonction Publique, du Travail, des Organisations Professionnelles et des relations avec les Institutions - PTF

<p>Etendre les initiatives de gratuité aux enfants de 0 à 5 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Accessibilité du paquet de service défini dans les structures de santé publiques. - Identification de la cible à partir de l'état civil. - Incitation de la caisse de sécurité sociale à contribuer au financement de cette initiative. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de la Santé et de l'Action Sociale - Ministère de la Femme, de l'Enfant et de l'Entreprenariat féminin - Ministère de l'Economie et des Finances - Ministère de la Fonction Publique, du Travail, des Organisations Professionnelles et des relations avec les Institutions - PTF
<p>Regrouper toutes les initiatives de gratuité dans un Fonds unique</p>	<p>Signature et application du décret portant organisation et fonctionnement du Fonds National de Solidarité Santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Présidence de la République - Primature - Ministère de la Santé et de l'Action Sociale - Ministère de l'Economie et des Finances - Ministère de l'Aménagement du territoire et des collectivités locales
<p>Régime d'assurance maladie obligatoire</p>		
<p>Mettre en œuvre la réforme sur les IPM à travers l'application du décret 2012-832 du 07 août 2012.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place du fonds de garantie et de solidarité des IPM. - Création d'une seule IPM inter entreprises pour les travailleurs non permanents. (journaliers, saisonniers). - Mise en place de l'ICAMO (Institution de Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire). 	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de la Fonction Publique, du Travail, des Organisations Professionnelles et des relations avec les Institutions - Ministère de la Santé et de l'Action Sociale - Ministère de l'Economie et des Finances - PTF
<p>Renforcer la prise en charge médicale des fonctionnaires et agents de l'Etat</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des médicaments à hauteur de 50% par l'Etat. - Création de centres médico-sociaux des fonctionnaires dans toutes les régions. - Prise en charge totale des fonctionnaires retraités par 	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de la Fonction Publique, du Travail, des Organisations Professionnelles et des relations avec les Institutions - Ministère de la Santé et de l'Action Sociale - Ministère de l'Economie et des Finances

	l'imputation budgétaire.	
Mesures d'accompagnement du développement de la CMU		
Garantir une offre permanente de soins de santé de qualité	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des ressources humaines, - Renforcement des infrastructures, des équipements, - Disponibilité des médicaments - Mise en place d'une politique de tarification harmonisée adaptée à la CMU - Développement d'un partenariat public privé pour rendre accessibles l'offre de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de la Santé et de l'Action Sociale - Ministère de l'Aménagement du territoire et des collectivités locales - Ministère de la Fonction Publique, du Travail, des Organisations Professionnelles et des relations avec les Institutions - PTF - Cabinets privés
Elaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de ciblage des indigents et groupes vulnérables éligibles à la CMU	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'Etat civil pour les enfants de 0-5ans - Harmonisation des outils de ciblage - Création de carte d'accès aux prestations de soins de santé pour les bénéficiaires du plan Sésame. - Carnet de santé pour les femmes enceintes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de l'intérieur - Ministère de la Santé et de l'Action Sociale - Ministère de l'Aménagement du territoire et des Collectivités locales - Ministère de la Femme, de l'Enfant et de l'Entrepreneuriat féminin - PTF - ONG
Mettre en place un cadre de synergie entre les bourses de sécurité familiales et autres système de cash de transfert et la CMU	<ul style="list-style-type: none"> - Subvention par le fond d'équité de l'adhésion des bénéficiaires de bourses de sécurité familiale aux mutuelles de santé. - Affectation d'une partie des transferts monétaires pour l'adhésion des bénéficiaires aux mutuelles de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de la santé et de l'Action Sociale - Ministère de la Femme, de l'Enfant et de l'Entrepreneuriat féminin
Renforcer la communication sur la CMU	Elaboration et mise en œuvre d'un plan de communication sur la CMU.	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de la santé et de l'Action Sociale - Ministère de la Fonction Publique, du Travail, des Organisations Professionnelles et des relations avec les Institutions

		<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de la Communication, des Télécommunications et de l'Economie numérique - Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale
<p>Mettre en place un comité de pilotage multisectoriel de la CMU</p>	<p>Signature d'un acte mettant en place le comité de pilotage proposé à cet effet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allocation de crédits à ces groupes cibles pour le développement d'activités génératrices de revenus. - Développement de stratégies de couplage micro finance/micro assurance pour leur permettre à terme d'assurer leur cotisation aux mutuelles de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primature et ministères concernés - Ministère de la santé et de l'Action Sociale - Ministère de la Famille, de l'Enfant et de l'Entrepreneuriat féminin - Ministère de l'Economie et des Finances - PTF - Institutions de micro-finances
<p>Développer des stratégies de financement innovant de la CMU</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taxation sur le tabac, l'alcool et les produits de luxe pour financer la CMU - Allocation d'une partie de la TVA au financement de la CMU - Contribution du secteur privé au financement de la CMU 	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de l'Economie et des Finances

VI- Mécanisme de suivi et évaluation :

La Couverture Maladie Universelle ne saurait être l'apanage d'un seul département ministériel encore moins d'un seul secteur. Pour une meilleure implication de tous les acteurs concernés par cette problématique, son suivi devrait être assuré par un comité national présidé par le Ministre de la Santé et de l'Action sociale et comprenant les membres suivants:

Membres :

- Le Représentant de la Primature
- Le Représentant de la Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale
- Le Représentant du Ministère chargé de la Fonction Publique, du Travail des Organisations professionnelles et des Relations avec les Institutions ;
- Le Représentant du Ministère chargé de la Décentralisation et des collectivités locales
- Le Représentant du Ministère de l'Intérieur
- Le Représentant du Ministère de l'Economie et des Finances
- Le Représentant du Ministère chargé de la famille et de la microfinance
- Le Représentant du Ministère chargé du Commerce
- Le Représentant du Ministère chargé de l'Industrie et de l'Artisanat
- Le Représentant du Ministère des Forces Armées
- Le Représentant du Ministère chargé des Sports
- Le Représentant du Ministère chargé des Transports
- Le Représentant du Ministère chargé de l'Agriculture
- Le Représentant de la Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale
- Le Président de la Commission Population, Santé et Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale
- Le Représentant du CONGAD
- Le Représentant du CNCR
- Le Représentant des Élus locaux
- Le Représentant de la Fédération des assureurs
- Trois Représentants des Partenaires au Développement (Nations Unies, Coopération Multilatérale, Coopération Bilatérale)
- Le Représentant de la Fédération Nationale des Mutuelles de Santé
- Les Représentants des Promoteurs de Mutuelles de Santé

Le comité se réunit tous les six mois pour faire la situation sur le niveau de mise en œuvre des stratégies mise en place pour le développement de la couverture maladie universelle.

Le Comité national peut s'adjoindre des Commissions techniques relativement aux régimes d'assurance maladie :

- Une Commission technique chargée du suivi de la réforme de l'assurance maladie obligatoire
 - **Présidence** : Division des IPM au Ministère chargé du travail
 - **Membres** :
 - Représentant Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle /MSAS
 - Représentant COSRISS
 - Président Association gérants d'IPM
 - CNP
 - CNES
 - MEDS
 - Associations consoméristes

- Une commission technique chargée de la promotion de la mutualisation du risque maladie.
 - **Présidence** : Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle
 - **Membres** :
 - Représentant Ministère de l'agriculture
 - Représentant Ministère chargé des Transports
 - Représentant Ministère chargé des Collectivités locales
 - Représentant Ministère chargé des Sports
 - Représentant Ministère chargé de l'Artisanat
 - Représentant Ministère chargé du Commerce
 - Représentant Associations Elus locaux
 - Représentant CNCR
 - Partenaires au développement

- Une Commission technique chargée de la réforme des initiatives de gratuité
 - **Présidence** : Cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle
 - **Membres** :
 - DGS
 - DGAS/MSAS
 - DES
 - DAGE/MSAS
 - Délégation générale à la protection sociale et à la solidarité nationale
 - Cellule de lutte contre la pauvreté/MEF
 - Direction du Budget/MEF
 - CNP
 - Associations consoméristes
 - CONGAD
 - Représentants des partenaires au développement

- Une Commission technique chargée du financement de la CMU
 - **Présidence** : Ministère Délégué chargé du budget
 - **Membres** :
 - CACMU/MSAS
 - DGS/MSAS
 - DGAS/MSAS
 - Ministère chargé du travail
 - Ministère chargé de l'agriculture
 - Ministère chargé des transports
 - CNP
 - CNES
 - MEDS
 - Représentants partenaires au développement.

Les Commissions techniques sont chargées d'évaluer les besoins de financement nécessaires pour chaque composante, d'en identifier les sources en collaboration avec la commission chargée du financement et d'animer la mise en œuvre des recommandations relatives à la composante.

Elles se réunissent tous les trois mois et rendent compte au Comité national du niveau de mise en œuvre des recommandations relatives à leur composante.

En outre, il est mis en place des comités régionaux et départementaux de pilotage de la mise en œuvre de la CMU. Ces comités sont présidés par les autorités administratives et comprennent entre autres :

- Les représentants des élus locaux
- Les chefs de services déconcentrés
- Les représentants des organisations mutualistes
- Les représentants de la société civile
- Les responsables des structures décentralisées de la CAPSU et du FNSS
- Les représentants des partenaires techniques présents dans la région et le département

Conclusion :

Le plaidoyer international pour que la couverture maladie universelle constitue la trame de l'agenda international en matière de santé est à l'ordre du jour et la question risque d'être au cœur des débats lors de l'évaluation des OMD au terme de 2015. Le Gouvernement du Sénégal est en parfaite phase avec l'agenda international en faisant de cette couverture maladie universelle un axe majeur de sa politique sociale.

Toutefois, il est important de noter que la mise en place d'un système de couverture maladie au profit de l'ensemble de la population sénégalaise particulièrement celle employée dans les secteurs informel et rural, avec un accent particulier accordé aux populations les plus démunies, doit s'inscrire dans la durée. L'effectivité de la CMU a pris une dizaine d'années en France. Il a fallu au Rwanda et dans d'autres pays cités comme références en matière de développement de la couverture maladie universelle, la même durée pour arriver à un taux de couverture conséquent de la population.

Tenant compte de ces expériences, la mise en œuvre de la couverture maladie universelle va se dérouler en plusieurs phases dépendamment des mesures proposées selon le régime d'assurance maladie. L'organisation de ce conseil interministériel s'inscrit dans ce cadre et doit permettre de trouver un consensus autour des différentes stratégies et options proposées qui sont susceptibles d'induire, à court et moyen termes, une amélioration significative de l'existant en matière de couverture maladie universelle.

Budget prévisionnel CMU 2013- 2017

	Année 2013	Année 2014	Année 2015	Année 2016	Année 2017
Population totale	12 712 563	13 030 377	13 356 136	13 690 039	14 032 290
Mutuelles de santé					
Pourcentage de la population couverte par les mutuelles de santé	7,4%	18,6%	36,2%	55,3%	61,9%
Population couverte par les MS	945 563	2 423 004	4 829 181	7 569 121	8 680 305
Besoin Subvention générale "paquet minimum de base"	2 647 575 000	7 632 462 305	15 211 921 399	23 842 730 974	27 342 961 491
Besoin Subvention ciblée pour la prise en charge des indigents	1 323 787 500	1 696 102 734	3 380 426 978	5 298 384 661	6 076 213 665
Besoin Subvention de lancement	3 079 213 625	-	955 817 495	1 621 940 982	-
Total Besoin	7 050 576 125	9 344 018 420	19 566 351 189	30 784 315 778	33 441 887 752
Prise en charge des personnes âgées de 60 ans et plus					
Pourcentage des personnes âgées de 60 ans et plus	5%	5%	5%	5%	5%
Population bénéficiant du plan sésame	635 628	651 519	667 807	684 502	701 615
Besoins par année	2 500 000 000	2 500 000 000	2 500 000 000	2 500 000 000	2 500 000 000
Prise en charge des enfants de 0 à 5 ans					
Pourcentage des enfants de 0 à 5 ans	15%	15%	15%	15%	15%
Population âgée de 0 à 5 ans	1 906 884	1 954 556	2 003 420	2 053 506	2 104 844
Besoins par année	4 982 929 664	5 107 502 906	5 235 190 478	5 366 070 240	5 500 221 996
Prise en charge des accouchements					
Population FAR	2 923 889	2 996 987	3 071 911	3 148 709	3 227 427
Nombre d'accouchements attendus parmi les FAR	485 000	497 125	509 553	522 292	535 349
Nombre d'accouchements simples attendus	436 500	447 413	458 598	470 063	481 814
Besoins par année	1 771 451 467	1 815 737 754	1 861 131 198	1 907 659 477	1 955 350 964

Annexe 2 : Propositions d'options de paquets de prestations qui seront couverts par les mutuelles de santé communautaires.

Services, produits et procédures	Taux (%) de prise en charge de la mutuelle (quote-part de la mutuelle de santé)
Paquet de Base (Postes et Centres de Santé)	
Soins ambulatoires (consultations, soins et petite chirurgie)	80
Médicaments génériques	80
Médicaments de spécialités	50
Maternité (consultations pré/post natales, planification familiale, accouchement simple)	80
Hospitalisation	80
Transport (références)	80
Soins ambulatoires (privé lucratif)	50
Paquet Complémentaire (Hôpitaux)	
Soins ambulatoires (consultations, soins et petite chirurgie)	80
Soins ambulatoires (analyses et examens, radiographie)	80
Médicaments génériques	80
Médicaments de spécialités	50
Maternité (consultations pré/post natales, planification familiale, accouchement simple)	80
Césarienne, interventions chirurgicales, hospitalisation	100
Transport (références)	100
<p>La contribution de base correspondant à ce paquet de services est de 7 000 FCFA par personne et par an en l'absence de toute subvention de la part de l'Etat. Sans subvention des pouvoirs publics, les niveaux de contribution aux mutuelles de santé se traduisent par un lourd fardeau pour les ménages. En d'autres termes, sans subvention, les niveaux de contribution ne seraient abordables que pour les 30% des ménages les plus aisés du pays.</p> <p>A un niveau de subvention de 50%, soit 3 500 FCFA par personne et par an, les contributions aux mutuelles de santé vont être abordables pour la majorité des ménages, quel que soit le niveau de revenus du ménage à l'exception des 20% des ménages les plus pauvres. Cette subvention générale devra être associée à une subvention ciblée pour la prise en charge à 100% de la cotisation des 20% les plus pauvres aux mutuelles de santé dans le cadre du fonds d'équité.</p>	