

Aide Mémoire
SENEGAL- AT sur la réforme du secteur de la santé P107480
Financement soutenable de la santé
14-25 Avril 2008

Du 14 au 25 avril 2008, une équipe spécialisée en financement de la santé de la Banque Mondiale, composée d'Alexander S. Preker (Economiste en chef) et Yohana Dukhan (Consultante), a fourni une assistance technique au Gouvernement du Sénégal dans le cadre d'une mission de la Banque Mondiale dirigée par Vincent Turbat (Economiste Senior, TTL). D'autres membres de la Banque ont participé à cette mission : Christophe Lemièrre (Spécialiste en Santé) et Aïssatou Diack (Spécialiste des Politiques de santé).

Les objectifs du travail effectué par l'équipe spécialiste en financement de la santé consistaient à :

- Réaliser un diagnostic rapide de l'état actuel du financement de la santé au Sénégal
- Examiner le programme de réforme du financement de la santé du Gouvernement, avec une attention particulière aux questions relatives aux soins hospitaliers, aux ressources humaines et l'atteinte des OMD
- Travailler avec le Gouvernement et les autres partenaires au développement sur la définition d'un programme afin d'appuyer la mise en place de la réforme du financement de la santé proposée

L'équipe de la Banque s'est entretenue avec des décideurs politiques de haut niveau du Sénégal (le Ministère de la Santé et de la Prévention, le Ministère du Travail et le Ministère de l'Economie et des Finances) afin de discuter de ces objectifs. Ces entretiens ont été menés en étroite collaboration avec le BIT (Christine Brockstal, Aly Cisse, Olivier dit Guerin, Charles Crévier, Luis Frota, Céline Felix et Aurélia Lépine), l'OMS (Farba Lamine Sall), l'UNICEF (**Nom du représentant UNICEF), de nombreuses agences partenaires bilatérales comme l'AFD (Benedicte Brusset), la Coopération Technique Belge (Guy Castadot), l'USAID/ Abt (Francois Diop) et la GTZ (**Ajouter nom**).

L'équipe tient à remercier le Gouvernement Sénégalais, les Mutuelles de santé et les autres agences partenaires pour leur hospitalité pendant la mission.

Contexte

L'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé au Sénégal nécessitera (a) la mobilisation de ressources financières additionnelles pour le secteur de la santé ; (b) de meilleurs mécanismes d'atténuation des risques afin de protéger les populations vulnérables contre les effets d'appauvrissement liés à la maladie ; et (c) une meilleure valorisation des rares ressources dépensées dans le secteur de la santé. Cela nécessitera également une étroite coordination entre les ministères afin que les déterminants intersectoriels de l'état de santé soient traités de manière adéquate (croissance économique, éducation de base, eau, hygiène, logement, transport etc.).

Principaux défis

Le Sénégal est confronté aux mêmes contraintes institutionnelles que les autres pays de la sous région pour garantir un système de financement efficace de la santé. Les ressources

publiques sont aujourd'hui insuffisantes pour offrir une gamme complète de services de santé (hospitalisations et soins ambulatoires) à la fois à la population rurale et urbaine.

Le Sénégal souffre d'une grave pénurie de personnel médical, le secteur hospitalier est en proie à des problèmes récurrents d'inefficience et de nombreuses populations rurales sont exclues de l'accès aux soins de base. Le coût élevé de la fourniture de médicaments essentiels aux populations nécessiteuses dépasse le budget du gouvernement, ce qui contraint les patients à les acheter dans le secteur privé. La récente crise du HIV/SIDA, le fardeau de la malaria et la réémergence d'infections résistantes aux médicaments rendent la situation encore plus préoccupante. Plus de 80% de la population ne dispose pas d'assurance afin de bénéficier d'une protection contre les risques d'appauvrissement liés aux coûts catastrophiques de la maladie.

L'engagement du Gouvernement vis à vis du financement du secteur de la santé s'est récemment amélioré, atteignant environ 10% des dépenses publiques. Mais cet effort reste encore largement inférieur à l'objectif d'Abuja de 15%. Le pays a pu bénéficier d'une croissance économique ces dernières années mais à un taux inférieur à 5% par an. Le développement des mutuelles de santé, qui avait suscité des attentes importantes au cours des années 1990, n'a permis d'atteindre qu'un taux de couverture de la population de 4%.

Ainsi, l'insuffisance de ressources pour atteindre toute la population laisse de nombreuses personnes pauvres sans accès aux soins de santé, même de base. Un grand nombre d'entre elles sont des enfants et les dépendants des travailleurs agricoles ruraux du secteur informel. Tous ces travailleurs, et notamment les enfants, sont souvent exposés à des risques élevés pour la santé – parmi les dangers quotidiens, on retrouve l'absence de chaussures lors du travail dans les champs et les carrières, l'escalade d'échafaudage de fortune ou l'inhalation de fumées toxiques dans des industries artisanales mal ventilées. De nombreuses jeunes femmes n'ont pas accès à la contraception et aux soins prénataux. Seules quelques chanceuses ont la possibilité de bénéficier d'un accouchement assisté.

Tout comme dans les autres pays, le gouvernement a tenté d'atteindre ces populations exclues par le biais de politiques d'exemption et d'accès à des services de santé subventionnés dans les hôpitaux et les cliniques publics. Une combinaison de ressources provenant des recettes générales, des mutuelles de santé, des co-paiements et de l'aide extérieure est utilisée pour financer ces services. Mais ces ressources ont tendance à se concentrer principalement sur quelques maladies prioritaires traitées de manière verticale, contribuant alors peu au développement institutionnel du secteur de la santé.

Le système de financement de la santé résultant au Sénégal est confronté à deux principaux problèmes:

- *Le gouvernement* rencontre des difficultés pour collecter les taxes, organiser les finances publiques, offrir une protection sociale aux populations vulnérables, et exercer une supervision politique du vaste réseau de prestataires de soins
- *Le marché* n'a jusqu'à présent pas réussi à assurer un équilibre entre l'offre et la demande, en partie à cause de l'écart important qui existe entre les besoins, la demande et la capacité à payer, mais aussi en raison de l'importance des transactions non monétaires dans le secteur informel.

Dans ces circonstances, de nombreuses populations rurales et les travailleurs du secteur informel se tournent vers des organisations communautaires locales afin de les aider à assurer leur accès à l'assurance maladie et aux soins de santé nécessaires.

Les points forts de ces programmes reposent sur trois facteurs. Le premier est le capital social. Lorsque les individus sont frappés par des événements difficiles, la famille, les amis et la communauté sont souvent l'ultime filet de sécurité pour les groupes à faible revenu. Le second facteur est la préexistence d'institutions communautaires qui organisent des systèmes de réciprocité prospères entre les membres de la communauté, ce qui inclue la *micro assurance*. Les ménages à faible revenu se sentent souvent davantage en confiance lorsqu'il s'agit de contribuer à des programmes communautaires qui exploitent le crédit, l'épargne, et les organisations d'assurance qui ont déjà un bilan positif au niveau local, que lorsqu'il s'agit de contribuer à de larges systèmes d'assurance maladie nationaux. Le troisième facteur est l'interconnexion entre les communautés locales et les institutions extérieures engagées dans l'amélioration du bien être général de la société. Les systèmes qui ont construit de telles connexions dans le passé ont de plus chances d'élargir leur base d'adhérents, leurs ressources, leur pool de risque, et leur paquet de soins à mesure que la communauté qu'elles servent s'élargit et évolue.

Mais pour prendre en charge les pauvres, les programmes de financement communautaires doivent surmonter d'importantes limites. Généralement, de tels systèmes couvrent seulement des petits groupes de personnes. Ils se caractérisent par l'absence de mécanismes d'assurance et de réassurance afin de répartir les risques au sein de larges groupes de populations et ils sont isolés du financement formel et des réseaux de prestataires. Souvent, ils rencontrent des difficultés pour mobiliser des ressources suffisantes afin de couvrir le coût des services de santé prioritaires pour les pauvres. Ils ne parviennent également pas à encourager la prévention ou l'utilisation de thérapies efficaces et ils sont gérés par du personnel possédant des compétences professionnelles limitées. La survie et l'intégration des systèmes de financement communautaires dépendent dans une large mesure de la manière dont on peut remédier à ces questions de fond.

Programme de réforme du Gouvernement

Un cadre de protection sociale élargi

En 2005, le Gouvernement du Sénégal a élaboré une orientation stratégique pour la protection sociale et la vulnérabilité financière. Il s'agit d'une stratégie globale qui comprend des dispositions sur la réforme du système de retraite, les prestations en espèce et les risques liés à l'emploi. L'atténuation du risque financier lié à la maladie constitue une part importante de la Stratégie Nationale de Protection Sociale.

Stratégie pour l'extension de la protection financière contre les risques maladie

Dans le cadre de la Stratégie Nationale de Protection Sociale, un comité interministériel a été créé début 2007 afin d'élaborer une stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais.

La stratégie proposée par le comité fournit un projet et un cadre global pour réformer le financement de la santé au Sénégal. Le rapport fait le point sur l'actuel environnement législatif et réglementaire au Sénégal, ce qui comprend (a) les programmes non contributifs (subventionnés) ; (b) le programme d'assurance maladie obligatoire (IPM) pour les travailleurs du secteur privé ; et (c) les programmes d'assurance maladie volontaires (assurance à but non lucratif et à but lucratif).

Selon l'analyse du contexte effectuée dans ce rapport, seule 20% de la population serait couverte de manière formelle contre le risque financier de la maladie.

Les points forts de ces programmes reposent sur trois facteurs. Le premier est le capital social. Lorsque les individus sont frappés par des événements difficiles, la famille, les amis et la communauté sont souvent l'ultime filet de sécurité pour les groupes à faible revenu. Le second facteur est la préexistence d'institutions communautaires qui organisent des systèmes de réciprocité prospères entre les membres de la communauté, ce qui inclue la *micro assurance*. Les ménages à faible revenu se sentent souvent davantage en confiance lorsqu'il s'agit de contribuer à des programmes communautaires qui exploitent le crédit, l'épargne, et les organisations d'assurance qui ont déjà un bilan positif au niveau local, que lorsqu'il s'agit de contribuer à de larges systèmes d'assurance maladie nationaux. Le troisième facteur est l'interconnexion entre les communautés locales et les institutions extérieures engagées dans l'amélioration du bien être général de la société. Les systèmes qui ont construit de telles connexions dans le passé ont de plus chances d'élargir leur base d'adhérents, leurs ressources, leur pool de risque, et leur paquet de soins à mesure que la communauté qu'elles servent s'élargit et évolue.

Mais pour prendre en charge les pauvres, les programmes de financement communautaires doivent surmonter d'importantes limites. Généralement, de tels systèmes couvrent seulement des petits groupes de personnes. Ils se caractérisent par l'absence de mécanismes d'assurance et de réassurance afin de répartir les risques au sein de larges groupes de populations et ils sont isolés du financement formel et des réseaux de prestataires. Souvent, ils rencontrent des difficultés pour mobiliser des ressources suffisantes afin de couvrir le coût des services de santé prioritaires pour les pauvres. Ils ne parviennent également pas à encourager la prévention ou l'utilisation de thérapies efficaces et ils sont gérés par du personnel possédant des compétences professionnelles limitées. La survie et l'intégration des systèmes de financement communautaires dépendent dans une large mesure de la manière dont on peut remédier à ces questions de fond.

Programme de réforme du Gouvernement

Un cadre de protection sociale élargi

En 2005, le Gouvernement du Sénégal a élaboré une orientation stratégique pour la protection sociale et la vulnérabilité financière. Il s'agit d'une stratégie globale qui comprend des dispositions sur la réforme du système de retraite, les prestations en espèce et les risques liés à l'emploi. L'atténuation du risque financier lié à la maladie constitue une part importante de la Stratégie Nationale de Protection Sociale.

Stratégie pour l'extension de la protection financière contre les risques maladie

Dans le cadre de la Stratégie Nationale de Protection Sociale, un comité interministériel a été créé début 2007 afin d'élaborer une stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais.

La stratégie proposée par le comité fournit un projet et un cadre global pour réformer le financement de la santé au Sénégal. Le rapport fait le point sur l'actuel environnement législatif et réglementaire au Sénégal, ce qui comprend (a) les programmes non contributifs (subventionnés) ; (b) le programme d'assurance maladie obligatoire (IPM) pour les travailleurs du secteur privé ; et (c) les programmes d'assurance maladie volontaires (assurance à but non lucratif et à but lucratif).

Selon l'analyse du contexte effectuée dans ce rapport, seule 20% de la population serait couverte de manière formelle contre le risque financier de la maladie.

Recommandations

Plan d'action

- Le ministère de la santé, en collaboration avec le Ministère des Finances, le Ministère du Travail, la Commission de la Sécurité Sociale, et les autres agences concernées par les réformes, devrait mettre en place un groupe de travail sur le financement de la santé et désigner un homologue afin de travailler avec la Banque et ses agences partenaires.
- La Banque, en collaboration avec les autres partenaires au développement, pourrait aider le gouvernement à préparer un plan d'action pour étendre la couverture maladie et mettre en place la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie.

Evaluation du coût du programme

- Le Gouvernement, avec le soutien étroit de la Banque et les autres partenaires au développement, pourrait assister le groupe de travail sur le financement de la santé afin d'évaluer le coût du programme et estimer son impact.
- La Banque contactera ses agences partenaires – BIT, OMS, USAID/Abt, AFD et CTB afin de garantir la coopération et le soutien de la communauté du développement.

Forum des acteurs de la réforme

- Le Ministère de la Santé, en collaboration avec le Ministère des Finances et les autres ministères, devrait réunir un Forum des acteurs impliqués dans la réforme afin de discuter d'un plan d'action et de rechercher un consensus national sur les réformes futures proposées et les activités de développement ;
- La Banque, en collaboration avec les autres bailleurs de fonds, pourrait participer au Forum afin de discuter de divers mécanismes de financement extérieurs qui pourraient être utilisés pour soutenir le Gouvernement dans sa volonté d'étendre la couverture maladie.