



République du Sénégal

Un Peuple – Un But – Une Foi
MINISTRE DE LA SANTE
ET DE LA PREVENTION MEDICALE

Coopération Sénégal-Belge

**Programme d'Appui au développement de la
Micro-Assurance Santé au Sénégal
« PAMAS 2008-2011 »**

FICHE D'IDENTIFICATION DU PROJET

**« FINANCEMENT DE MECANISMES DE GARANTIE
FAVORISANT L'ACCES AUX SOINS DES POPULATIONS
VULNERABLES DANS LES REGIONS DE DIOURBEL,
FATICK, KAOLACK ET KAFFRINE »**

H

1

1. Brève description de l'intervention

1.1. Contexte de développement de la Micro-Assurance Santé au Sénégal

Depuis une quinzaine d'années, des systèmes de micro assurance santé (MAS) voient le jour en Afrique subsaharienne avec l'objectif premier d'améliorer l'accès aux soins de santé des populations par la levée de la barrière financière.

Ceci est favorisé par l'abandon de la gratuité des soins dans la plupart de ces pays, les limites des systèmes de sécurité sociale qui ne couvrent, en général, que les travailleurs du secteur public et les travailleurs du secteur privé formel, un cadre juridique favorable par d'une loi régissant les MAS et l'émergence de la société civile.

Bien que l'émergence des mutuelles de santé soit très récente au Sénégal, trois phases peuvent déjà se distinguer dont :

- une phase de naissance des premières expériences mutualistes avant 1994,
- une phase de diffusion comprise entre 1994 et 1998,
- et une phase d'engagement depuis 1998 qui voit l'implication d'un nombre de plus en plus important d'acteurs issus de la communauté nationale et de la communauté internationale dans la promotion et le développement des mutuelles de santé.

Cette troisième phase fait suite à la plate-forme d'Abidjan en 1998. Elle est marquée par un fort engouement des populations et des organismes de développement nationaux et internationaux vers les initiatives mutualistes, appuyé par une volonté politique de l'Etat (et le MSP) qui a mis en place une cellule d'appui aux mutuelles de santé, la CAMICS.

Cette phase marque le début d'un processus de structuration du mouvement mutualiste au Sénégal avec le développement de systèmes de support pour appuyer la promotion, la mise en place et la gestion des mutuelles de santé. Elle s'est traduite par l'accélération du développement des mutuelles de santé : par exemple, dans la région de Dakar, le nombre de mutuelles est passé de 12 en 1999 à 52 en 2003, soit une multiplication par 4 en quatre ans ; dans la région de Thiès, 20 des 39 mutuelles de santé que compte la région ont été mises en place entre 2000 et 2003. Aujourd'hui le Sénégal compte 128 mutuelles de santé.

Les micro-assurances santé à base communautaire sont des systèmes qui, en organisant un partage des risques «santé», permettent d'améliorer l'accès aux soins des bénéficiaires qui y cotisent. Les membres du système paient ainsi (mensuellement ou annuellement) une cotisation qui leur donne droit à un paquet de prestations dans des formations sanitaires avec lesquelles le système a généralement passé des conventions.

La forme la plus connue des Micro assurance Santé (MAS) - et actuellement la plus répandue - est la Mutuelle de Santé. Mais à côté de cette forme d'organisation, on voit également d'autres systèmes apparaître, comme par exemple des assurances-santé initiées par des prestataires de soins ou par des institutions de micro finance.

Cependant force est de noter que le développement de ces organisations communautaires est émaillé par un certain nombre d'obstacles entre autres on peut retenir :

- l'étroitesse des bases d'implantation de ces organisations (4% de la population),
- le faible taux de recouvrement des cotisations (moins de 40%),
- la réticence des prestataires à contracter avec les mutuelles de santé,
- l'insuffisance du cadre juridique par la non signature du décret d'application et les faibles compétences des responsables des mutuelles en matière de gestion.

Pour accompagner le développement des MAS et des mutuelles de santé en particulier, le MSP a élaboré avec les acteurs de l'environnement, un plan quinquennal stratégique de développement des mutuelles de santé. Le Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé a identifié plusieurs faiblesses dans le développement des mutuelles de santé, auxquelles il faudra trouver des solutions. Ces faiblesses devront canaliser les interventions futures dans le cadre de la promotion de la mutualité dans le secteur de la santé. Pour ce faire, le PSDMS offre des orientations aux actions de promotion des mutuelles de santé et constitue la vision du ministère de la santé en la matière. Il s'articule autour des cinq axes stratégiques suivants :

- Développement des capacités d'implantation, d'organisation et d'extension des Mutuelles de santé
- Renforcement des capacités des acteurs du développement des Mutuelles de Santé
- Mise en place d'un Plan de communication pour la promotion des Mutuelles de santé
- Mise en place et développement de partenariats effectifs entre les acteurs de la Mutuelle de Santé
- Renforcement de l'appui de l'État au développement des Mutuelles de Santé

L'objectif général du PSDMS est **d'améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé et la protection sociale des ménages à travers l'extension des mutuelles de santé.**

Pour atteindre cet objectif général, le PSDMS vise les objectifs spécifiques suivants :

1. Mettre en place un environnement favorable au développement des mutuelles de santé ;
2. Accroître l'adhésion des populations dans les mutuelles de santé à base communautaire dans toutes les régions du pays ;
3. Promouvoir la mise en place de mutuelles de santé de grande envergure dans les organisations socioprofessionnelles ;
4. Renforcer la contribution des mutuelles de santé dans la protection des revenus des ménages.

A travers **son axe d'intervention 4**, le PSDMS envisage de développer des partenariats effectifs entre les mutuelles de santé et les structures de prestation de soins en expérimentant l'élargissement des paquets de bénéfice des mutuelles de santé aux soins tertiaires avec l'appui de subventions de l'Etat.

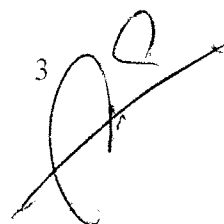
Cet axe prévoit également l'expérimentation en collaboration avec les ministères compétents et les collectivités locales des schémas de prise en charge des démunis et des groupes vulnérables dans les mutuelles de santé à base communautaire et le développement de partenariats effectifs entre les mutuelles de santé et les institutions de micro-finance.

A l'évidence, à l'exception de quelques expériences isolées, les actions contenues dans cet axe ont peu connu un début d'exécution à cause entre autres de la faible implication des acteurs concernés (Etat, collectivités locales, partenaires au développement).

C'est dans ce contexte qu'en novembre 2006, à l'occasion de la Commission Mixte Belgo Sénégalaise tenue à Bruxelles, la Belgique a décidé d'approuver la requête du Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP) pour un appui au développement de la micro-assurance santé portant sur trois axes d'intervention, représentant chacun un projet à part entière tout en constituant un ensemble cohérent, en vue d'améliorer l'accessibilité financière aux soins à travers la micro-assurance santé et la protection des couches vulnérables contre les dépenses catastrophiques liées au risque maladie.

H

3



1.2. Rappel des principaux axes d'intervention de l'appui à la micro-assurance santé

L'appui belge à la micro-assurance santé se structure selon trois axes d'intervention :

1°. **l'appui institutionnel aux structures du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale responsables du financement de la santé et du partenariat**, à savoir la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP) qui est la structure responsable de la mise en œuvre du Plan stratégique de développement des mutuelles de santé, et ses correspondants (points focaux) dans les régions médicales. Cet appui a finalement été reporté à 2008 pour une formulation conjointe avec le deuxième projet ci-dessous.

2°. **le renforcement des institutions mutualistes** : En matière de renforcement des capacités, l'accent sera mis sur les mutuelles de santé de grande taille, en favorisant leur partenariat en réseau, leur professionnalisation et le développement des initiatives innovantes (mécanismes d'adhésion collectif, cotisations indirects, couplage MAS-IMF, etc.).

Les résultats des formulations de ces deux premiers projets ont été intégrés dans un seul DTF dont l'objectif spécifique vise une meilleure structuration de la demande et le renforcement des acteurs clés impliqués dans le développement de la microassurance santé au niveau macro, meso et micro. Les budgets cumulés seront engagés en 2008.

3°. **le développement de mécanismes de garantie** favorisant l'accès aux soins des couches vulnérables. Cet appui sera assuré dans le cadre du deuxième projet d'intervention (budget prévu pour engagement en 2009 (cfr la présente fiche d'identification à joindre au PV de la prochaine réunion du Comité des partenaires prévue en Juin 2008).

Ce dernier projet sera consacré au développement de mécanismes de garantie favorisant l'adhésion des couches vulnérables et la prise en charge des soins, subsidiés ou non, par les systèmes de micro-assurance dans la zone du projet.

L'idée maîtresse de ce mécanisme de garantie est d'établir une confiance durable dans les relations financières entre prestataires de soins-mutuelles de santé (et leurs adhérents)-organisme subsidiant (ministère de la santé-programmes nationaux,...). La mise en place de ce mécanisme de garantie s'inscrira en effet dans le cadre global des politiques de gratuité par subsidiation initiées par le Ministère de la Santé et de la Prévention pour faciliter l'accès aux soins de santé des groupes vulnérables. Il s'agit notamment de :

- La gratuité des accouchements et césariennes ;
- La gratuité des soins aux personnes âgées (carte Sésame);
- L'accès gratuit aux antirétroviraux (ARV) ;
- La gratuité des médicaments antituberculeux
- La subvention abaissant les coûts des traitements : antipaludéens ; diabétiques (insuline), anticancéreux, de l'insuffisance rénale, des cardiopathies ;
- Le traitement gratuit du paludisme grave chez les enfants et les femmes enceintes et le prix subventionné des moustiquaires imprégnées ;
- La subvention pour la prise en charge des indigents

Ces différents programmes de subsides, qui facilitent l'accès aux soins par une meilleure solvabilité de la demande, permettront également une amélioration de la santé financière des structures de santé de l'Etat. En effet, cette politique de gratuité des soins (par subsidiation

JF

4
Q

nationale) intervient dans un contexte général de tarification des prestations à tous les niveaux de structures de santé .

Il faut cependant développer des mécanismes garantissant aux prestataires d'être payés à charge des subsides, ce qui n'est le cas qu'avec beaucoup de retard. En effet, si les fonds existent au niveau du MSPM ou des collectivités locales, les modalités d'utilisation sont peu performantes (retards, non-transparence, faible utilisation des fonds, absence de relais...). Ainsi ils ne touchent actuellement qu'une proportion relativement faible de la population solvable ou non solvable. En effet, les prestataires préfèrent se faire payer directement par le patient tout en l'encourageant à solliciter un remboursement à posteriori, proposition inapplicable pour le patient non solvable et démarche trop décourageante pour le patient solvable.

Les mutuelles de santé pourraient jouer un rôle important de relais entre les programmes subsidiant, d'une part, et les structures prestataires, d'autre part. L'intervention du mécanisme de garantie permettrait d'assurer auprès de chaque mutuelle impliquée la surface financière (fonds d'avance) suffisante pour rembourser régulièrement les structures de soins pour les prestations (subsidées) réalisées, à charge pour elle de récupérer ces dépenses auprès de l'organisme ou du programme subsidiant.

En intégrant ainsi les mutuelles de santé aux programmes de subside existants, les mécanismes de garantie auront un triple impact :

1° Assurer le nécessaire relais entre les programmes de subside et les bénéficiaires (groupes-vulnérables) et ainsi améliorer la capacité d'absorption de ces fonds. En effet, lorsque l'on considère d'une part les budgets alloués à la subside des accouchements, césariennes, soins des personnes âgées, divers traitements chroniques, prise en charge des indigents, et d'autre part le faible nombre relatif de personnes qui ont réellement bénéficié de ces facilités, il apparaît qu'un mécanisme catalyseur de financements transitant par les mutuelles faciliterait leur utilisation.

2° Augmenter le taux de pénétration des institutions mutualistes en y intégrant les groupes vulnérables, solvables ou non solvables. En effet, les mécanismes de garantie peuvent atténuer partiellement un certain nombre de difficultés des mutuelles de santé : entre autres on peut retenir :

- l'étroitesse des bases d'implantation de ces organisations (4% de la population) pourrait être élargie,
- le faible taux de recouvrement des cotisations (moins de 40%) pourrait être en partie compensé par le remboursement des soins subsidiés.
- la réticence des prestataires à contracter avec les mutuelles de santé, du fait de leur fragilité financière, pourrait être inversée par les mécanismes de garantie.

3° la couverture du risque maladie à des groupes vulnérables plus importants et aux indigents dans la zone du projet permettrait d'améliorer le taux de population ayant l'accès aux soins .

Le développement de mécanismes de garantie envisagé mettra l'accent sur des processus donnant aux prestataires de services (câd les postes de santé, centres de santé et l'hôpital régional l'assurance d'être payés à charge (finale) des lignes budgétaires de subside.

2. Ministère responsable

2.1. Ministère

Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

2.2. Services centraux

Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP)

2.3. Services régionaux

Les trois régions médicales de Kaolack, Diourbel et Fatick et les structures de coordination régionale des mutuelles de santé et des institutions de micro-finance.

L'ancrage institutionnel de cette intervention sera identique à celui du projet précédent, dans le cadre de la mise en œuvre du programme sectoriel d'appui à la micro-assurance santé PAMAS

3. Objectif global et objectif spécifique

3.1. Objectif global

L'accessibilité financière des populations aux soins de santé et à la protection sociale des ménages à travers l'extension des mutuelles de santé est améliorée dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kafferine.

3.2. Objectif spécifique

Des mécanismes de garantie permettent aux mutuelles de santé de contribuer à la prise en charge des démunis et des groupes vulnérables en collaboration avec l'Etat et les collectivités locales dans les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kafferine, de manière à contribuer à couvrir les soins préventifs et curatifs au niveau primaire et dans les structures de référence (CS, hôpitaux régionaux).

4. Groupes-cibles et principaux bénéficiaires

4.1. Bénéficiaires directs

- Les mutuelles de santé et les institutions de micro-finance développant un projet de micro-assurance santé dans les régions de Kaolack, Diourbel et Fatick
- Les régions médicales de Diourbel, Fatick, Kaolack et Kafferine et les structures de coordination régionale des mutuelles de santé et des institutions de micro-finance.

4.2. Bénéficiaires indirects

- les groupes-vulnérables au sein des populations rurales des trois régions, à savoir les femmes et leurs enfants, les personnes atteintes de maladies chroniques,
- l'ensemble des personnes adhérentes aux systèmes de micro-assurance et leurs familles.

5. Relation de la prestation avec le DSRP 2 et les Objectifs du millénaire pour le Développement (OMD).

5.1. Référence au DSRP

L'absence de protection sociale et d'assurance-risques pour le milieu informel, et principalement le milieu rural, ont été identifiés parmi les principales contraintes à une croissance plus forte de l'économie sénégalaise, dont 80% de la main d'œuvre travaille dans le secteur informel. En créant les conditions d'une meilleure protection sociale par un accès à la micro assurance santé, le développement de synergie entre la micro-finance et la micro-assurance-santé permettra au Sénégal de renforcer le caractère pro-pauvre de la croissance économique et de la protection sociale. Cet objectif est ainsi en totale cohérence avec la stratégie de réduction de la pauvreté.

Les leçons tirées de la mise en œuvre d'un premier Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté couvrant la période 2001-2005, ont conduit à l'élaboration du DSRP II 2006-2010 qui se distingue du précédent par la volonté de renforcer le caractère pro-pauvre de la croissance économique, notamment par la mise en place progressive d'un système de protection sociale et par la reconnaissance de la bonne gouvernance, y inclus la décentralisation, comme un des axes prioritaires de la lutte contre la pauvreté.

C'est dire si la micro-assurance santé constitue un secteur tout à fait en phase avec les priorités du nouveau DSRP (II) :

- l'accès à la micro-assurance santé est un élément essentiel de l'axe 3 du DSRP II, qui met l'accent sur le renforcement de la protection sociale, particulièrement pour le secteur informel et rural.
- l'absence d'accès à la protection sociale en milieu rural contribue à l'exode rural vers les villes et à l'émigration

5.2. Référence aux OMD

L'accès à la micro-assurance santé aura un impact sur plusieurs OMD :

- en améliorant l'accessibilité financière aux soins, ce qui réduit l'incidence de la morbidité et renforce donc la capacité de travail générateur de revenus (OMD1)
- en améliorant l'accès financier aux soins des femmes, ce qui contribue à l'égalité des sexes et à l'autonomie des femmes (OMD3)
- en améliorant l'accessibilité financière aux soins néonataux et infantiles, ce qui réduit l'incidence de la mortalité infantile (OMD4)
- en améliorant l'accessibilité financière aux soins obstétricaux, ce qui réduit l'incidence de la mortalité maternelle (OMD5)
- en améliorant l'accessibilité financière aux soins globaux, ce qui réduit l'incidence du VIH, du paludisme et d'autres maladies (OMD6)
- en améliorant la couverture en protection sociale à travers le projet assurance maladie dont la MAS en est une dimension

6. Cohérence avec les autres bailleurs

6.1 Cadre de partenariat

Dans sa mission d'élargissement du niveau de la protection sociale en général et de promotion des mutuelles de santé en particulier, le Ministère de la Santé Publique et de la Prévention Médicale, par l'entremise de la CAFSP s'est appuyé sur les promoteurs (ONG, associations, etc.) qui interviennent dans différentes régions du Sénégal. Il s'agit de : BIT/STEP, PHRplus, PROMUSAF, ENDA-ECOPOP. Elle collabore, par ailleurs, avec d'autres partenaires qui mènent des actions plus localisées dans leurs régions d'implantation comme le Projet de réhabilitation de l'hôpital de Diourbel (EPOS), le GRAIM de Thiès, l'APROFES de Kaolack, l'ACDEV pour la région de Fatick et l'ONG WSM-PROMUSAF à Diourbel.

Dans un souci d'harmoniser leurs interventions, ces différents acteurs ont mis en place un **cadre national de concertation des promoteurs de mutuelles de santé au Sénégal**. Coordonnée par la CAFSP ; cet espace d'échanges a pour objectif de faciliter la coordination des interventions des différents promoteurs, de mener un plaidoyer pour permettre une meilleure connaissance des mutuelles de santé, de mener des réflexions, études et recherches sur les grandes thématiques qui accompagnent le développement des mutuelles de santé (procédures de reconnaissance, coûts des prestations, formes de mutuelles de santé adaptées aux réalités socio-économiques locales, etc.), de fournir et d'analyser les informations sur la demande d'appui en vue d'orienter les interventions des promoteurs, d'élaborer et de diffuser les supports didactiques et de promotion des mutuelles de santé, de faciliter le renforcement des capacités

des différents acteurs, et de développer le partenariat avec les réseaux nationaux et internationaux.

6.2. Structures internes d'appui

Pour faire face aux difficultés d'ordres technique, organisationnel ou institutionnel liées à la jeunesse des mutuelles de santé au Sénégal, les promoteurs et les acteurs de la mutualité engagent des initiatives fédératives depuis plus de dix ans dans le pays. Ainsi, sous l'égide du Ministère de la Santé, des coordinations régionales de la mutualité se sont mises en place dans les régions de Thiès (créée en 1992), de Dakar (créée en 1997), et plus récemment de Saint-Louis (2004), de Kaolack (**UMUSARK**), de Diourbel (**CORMUSAD**), Kaffrine (**CLCMSK**) et de Fatick (**CRCAMF**). Ce sont des organisations fédératives régionales créées et gérées par leurs membres

Les coordinations régionales ont consolidé les meilleures pratiques en matière de gestion administrative et financière sur la base des expériences de leurs mutuelles membres. Elles assurent la formation en gestion administrative et financière des membres des organes de mutuelles membres.

Les moyens des coordinations régionales sont cependant très limités. Leurs principales ressources proviennent des droits d'adhésion et des cotisations périodiques des mutuelles membres. Elles disposent de faibles moyens humains et matériels. Jusqu'ici, elles ont fonctionné sur la base du bénévolat de leurs dirigeants. Elles bénéficient cependant, des appuis des promoteurs de la mutualité. A titre d'exemples, l'union des mutuelles de santé de la région de Dakar (UMSD) a pu se doter récemment d'une cellule technique composée d'un gestionnaire comptable et d'un économiste de la santé, qui ont été recrutés grâce à l'appui du BIT/STEP et de la Coopération Française ; par ailleurs, la coordination des mutuelles de la région de Diourbel (CORMUSAD), bénéficie d'une subvention accordée par le projet pour la réhabilitation de l'hôpital régional (GTZ/EPOS).

6.3. Structures externes d'appui

Plusieurs structures externes contribuent à la promotion et l'appui au développement des mutuelles de santé au Sénégal : *les agences de coopération bi/multilatérale* qui ont généralement des mandats très larges, au delà de l'appui exclusif au développement des mutuelles de santé¹.

Au niveau des *ONG nationales et internationales*, la plupart ont des actions prioritaires dans le domaine de la santé, même si des activités annexes s'y greffent. Parmi ces ONG, on peut citer PROMUSAF-WSM, ENDA Graf, ACDEV, World Vision, GRAIM, et PACTE.

La plupart des structures externes d'appui sont installées à Dakar ; si elles disposent de possibilités d'action sur l'ensemble du territoire, la majorité des interventions restent toutefois confinées dans les régions de Dakar et Thiès. Ces structures interviennent essentiellement dans l'appui technique, et dans une moindre mesure dans l'appui financier, aux mutuelles de santé, en vue de leur assurer plus d'autonomie. Les appuis qui sont relevés dans le domaine financier sont très ponctuels et sont destinés à appuyer le démarrage de l'activité ou, dans des cas isolés, à octroyer un fond de réserve, ou à financer des activités de formation et des journées de sensibilisation. Les appuis financiers dans l'acquisition de matériel d'équipement de bureau et informatique et surtout l'intervention dans les fonds de garantie et de réserve sont encore très minimes. Plusieurs réflexions sont en cours pour la mise en place de systèmes de réassurance

¹ Au niveau des agences multilatérales, la principale organisation qui mène des actions en direction des mutuelles de santé est le programme STEP du Bureau International du Travail (BIT)

ou mécanismes de garantie pour soutenir les dépenses exceptionnelles des mutuelles de santé (à l'étude pour Thiès avec le GRAIM et PHRplus, Dakar avec STEP et effective pour Diourbel).

6.4. Autres acteurs belges

La Belgique appuie depuis de nombreuses années le Sénégal dans le secteur de la micro-assurance-santé, à travers sa coopération bilatérale directe (Projet ASSRMKF), indirecte, (WSM/PROMUSAF) multilatérale (Progr.STEP/BIT) et par le Fonds Belge de Survie (FBS) (WSM/projet PROMUSAF).

7. Budget

L'appui de la Belgique au secteur de la micro-assurance-santé en vue du « **FINANCEMENT DE MECANISMES DE GARANTIE FAVORISANT L'ACCES AUX SOINS DES POPULATIONS VULNERABLES DANS LES REGIONS DE DIOURBEL, FATICK ET KAOLACK ET KAFFRINE** » se fera dans le cadre du « Plan National de développement des mutuelles de santé (2005-2010) », pour un montant maximum de 1,5 millions €.

Durée de la mise en œuvre du projet : 3 ans.

Durée de la convention spécifique du projet : 4 ans.

8. Analyse des risques

Le présent projet vise à rendre accessible les opportunités de subvention des soins prévues par l'Etat Sénégalais, en assurant des mécanismes de garantie permettant aux mutuelles de santé d'assurer le relais de financement entre les organismes subsidiant et les prestataires de soins.

Les risques tiendraient principalement en l'absence de pérennisation de la politique de subvention des soins en faveur des groupes vulnérables, mais le risque de voir cette politique disparaître à court terme est faible. En effet, cette politique paraît être le passage obligé entre la situation actuelle (sans couverture sociale pour la majorité de la population, travaillant dans le secteur informel) et la situation idéale souhaitée (couverture sociale universelle pour la majorité de la population travaillant dorénavant dans un secteur formalisé).

En attendant cette évolution idéale, le gouvernement s'est attaché à subsidier durablement les soins prioritaires des groupes vulnérables (femmes, enfants, personnes âgées, malades chroniques, indigents,...). Les mutuelles de santé peuvent jouer un rôle très utile dans la structuration de cette couverture de soins prioritaires pour les groupes vulnérables en servant de structure relais entre les groupes vulnérables, les prestataires de soins et les organismes subsidiant, mais pour jouer ce rôle relais, les mutuelles de santé ont besoin de disponibilités financières. Cette préoccupation sera prise en compte dans le cadre de la présente intervention.

L'autre risque serait que les organismes/programmes subsidiant ne soient pas favorables à cette intercession des mutuelles. Ce risque est également faible car :

1° L'intercession des mutuelles facilitera la tâche et rassurera l'ensemble des intervenants quant à la bonne adéquation entre prestations et recettes/dépenses ;

2° Les organismes et programmes subsidiant sont sous la supervision du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Ministère requérant le présent projet .

9. Mesures qui seront prises pour assurer la durabilité de la prestation

9.1. Ancrage institutionnel

Etant typé comme un projet national car couvrant plus d'une région, la gestion du projet sera ancrée institutionnellement au niveau de la Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat (CAFSP).

Cette cellule pérenne du Ministère de la Santé et de la Prévention médicale est plus particulièrement chargée de la mise en œuvre du Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé au Sénégal à travers les régions médicales, les collectivités locales et les coordinations de mutuelles.

9.2. Pérennisation des activités

L'ancrage institutionnel des moyens de garantie et de financement se fera au niveau de la CAFSP et des coordinations mutualistes. Il s'agit de structures pérennes, à même d'assurer la poursuite des activités au-delà du projet. Par ailleurs, les fonds de garantie sont par définition des fonds qui se reconstituent, puisqu'ils interviennent en garantie, comme catalyseurs, et non en dépenses définitives.

Le renforcement des coordinations régionales mutualistes prévu dans le cadre du premier projet du PAMAS est aussi un gage de pérennisation du présent projet. Ces structures faitières des MAS seront arrimées aux Régions médicales, dont les plans d'opération annuels intégreront ceux des coordinations. Ceci constituera un signal fort de durabilité institutionnelle.

La professionnalisation des mutuelles émergentes appuyée dans le cadre du premier projet d'appui dans le cadre du PAMAS contribuera également à maintenir la pérennité des mécanismes de garantie.

Enfin, l'engagement des collectivités locales dans le processus du développement des MAS apparaît également un gage de pérennisation des mécanismes envisagés.

10