

2013



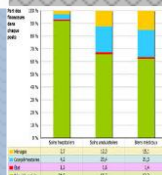
REPUBLIQUE DU SENEGALE
Un Peuple – Un But – Une Foi



MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE



COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE 2006-2008 – SENEGAL



Introduction

Au seuil du troisième millénaire, le continent Africain est confronté à de nombreux et importants défis qu'il faut affronter pour garantir à la majorité des populations un accès équitable et durable à des services de santé de qualité et une amélioration du niveau de vie des populations.

Le Sénégal, confronté à ces défis, a entrepris des réformes dans le financement de la santé avec des politiques telles que celles relatives à la gratuité des césariennes, au Plan SESAME et à la Couverture Maladie Universelle (CMU) dont la gratuité des soins pour la tranche d'âge comprise entre 0 et 5 ans.

Aussi, à l'image de la communauté internationale le gouvernement a également adopté les Objectifs du millénaire pour le Développement (OMD) et a eu à élaborer le Document stratégique de réduction de la pauvreté (DSRP) dont les orientations ont guidé la révision du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) au cours de sa deuxième phase quinquennale. Egalement, plusieurs études ont été menées dans le secteur de la santé afin de fournir des informations utiles pour le management du système. Il s'agit notamment des revues des dépenses publiques (RDP), de l'enquête suivi des dépenses jusqu'à destination (SDD), l'Enquête Démographie et Santé (EDS). A cela il faut ajouter l'enquête budget et consommation des ménages (ESAM II juillet 2004, la MICS 2000) et les comptes nationaux de la santé pour l'année 2005.

Les Comptes nationaux de la santé (CNS) ont pour objectif de saisir au mieux l'ensemble des flux des dépenses de santé mobilisées dans un pays et pour une période donnée. Plus précisément, il s'agit avec les CNS de mesurer un agrégat qu'est la dépense nationale de santé (DNS) à partir duquel plusieurs lectures sont possibles quant à l'origine du financement et à l'utilisation des fonds destinés à la santé des populations.

En effet les comptes nationaux permettent de capter les flux financiers existant entre les sources de financement et les agents de financement (ceux qui gèrent les ressources), entre les agents de financement et les prestataires (ceux qui fournissent les biens et services de santé), la répartition des dépenses par fonction (biens et services santé fournis), les dépenses de santé par bénéficiaire, etc.

Les CNS constituent ainsi un outil puissant d'aide à la décision pour une meilleure allocation des ressources du secteur de la santé.

Ce présent document porte sur les comptes nationaux de la santé 2006-2008 réalisés par l'équipe technique chargée de l'élaboration des CNS.

Il constitue un additif par rapport aux premiers comptes de la santé de l'année 2005 mais aussi par rapport aux autres études portant sur le financement de la santé et peut aider à une meilleure utilisation des fonds destinés à la santé.

I- Contexte, enjeux et justification de l'élaboration des comptes 2006-2008

Le Sénégal est situé à l'extrême ouest du continent africain. Il couvre une superficie de 196 712 Km² et compte en 2008 selon l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD/BADIS Edition 2007-2009), 11,84 millions habitants, dont 59,7% en milieu rural. Celle-ci varie largement entre les régions. La région de Dakar concentre à elle seule, près du quart de la population pour 0,3 % de la superficie nationale et abrite près de 23 % de la population totale et 75 % de la population urbaine. La région la plus étendue, Tambacounda, abrite environ 6 % seulement de la population.

La population du Sénégal en 2008 reste caractérisée par sa jeunesse, celle de moins de 20 ans représente 55% et les personnes âgées (**65 ans et plus**) est de l'ordre 4%.

I -1 contexte économique

Dans un contexte international marqué par un ralentissement de l'économie mondiale consécutif à une crise financière aigue, le Sénégal, à l'instar de nombreux pays subsahariens, s'est engagé à relever les grands défis liés à la réduction de la pauvreté et à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Le Document de Stratégie pour la croissance et la réduction de la Pauvreté (DSRP) de seconde génération, la Stratégie de

Croissance Accélérée (SCA) et la Stratégie nationale de Protection sociale et de Gestion des Risques et Catastrophes ont été élaborés pour aider à l'atteinte de ces objectifs.

L'économie sénégalaise a connu des contre-performances sur la période 2006-2008 avec une croissance moyenne de 3,7% . Dans le souci de réduire durablement la pauvreté, le Sénégal s'est fixé comme objectif d'atteindre un taux de croissance minimal de 7% à 8% , à travers la mise en place de la Stratégie de Croissance Accélérée (SCA) basée sur une série de grappes prioritaires à fort potentiel en termes de croissance, de compétitivité internationale et de création d'emplois.

L'amélioration du climat des affaires¹, l'assainissement du cadre macroéconomique et les travaux de construction d'infrastructures routières mis en œuvre par le Gouvernement au cours de la période 2003-2008, ont contribué à relever substantiellement le taux d'investissement qui est passé de 21,5 % à 26,6 % du PIB, soit une augmentation de cinq points sur la période.

En 2008, l'économie sénégalaise a enregistré un léger ralentissement, avec un taux de croissance de 2,5% ² contre 4,7% en 2007. Cette situation résulte, en sus des facteurs exogènes, des difficultés du secteur secondaire liées en partie, au retard de paiement des dettes de l'Etat vis-à-vis du secteur privé et à la constance des difficultés des Industries Chimiques du Sénégal (ICS). En revanche, le secteur primaire s'est bien comporté à la faveur d'une pluviométrie précoce et normale dans la majeure partie du pays et à une situation phytosanitaire globalement calme.

L'inflation, mesurée par l'Indice Harmonisé des Prix à la Consommation, est ressortie à 7,4% en 2008 contre 4,9% en 2007³. Cette tension inflationniste a entraîné une perte de compétitivité de l'économie sénégalaise de l'ordre de 4%, en raison notamment d'un différentiel d'inflation défavorable par rapport aux principaux pays partenaires à l'exception de ceux de la zone UEMOA.

¹ Doing Business 2009 : le Sénégal, 1^{er} en Afrique et 5^{ème} parmi les 10 meilleurs réformateurs au monde.

² DPEE, Revue du cadrage macroéconomique, avril 2009

³ Comptes Nationaux ANSD

Par rapport aux Finances Publiques, il a été noté un bon niveau recouvrement des recettes budgétaires sur la période 2006-2008. Bien que la situation de la plupart des agrégats macroéconomiques ait montré une certaine stabilité en 2008, il faut souligner que l'économie sénégalaise a été confrontée à des difficultés liées notamment à la flambée des prix des denrées de première nécessité et de l'énergie et aux problèmes du secteur privé consécutifs au retard de paiement de leurs créances sur l'Etat. A cet égard, le Gouvernement s'est résolument engagé à améliorer les procédures d'élaboration du budget par la modification des principales pratiques d'exécution

I.2. Situation sociale

La mise en œuvre de la première version du DSRP a permis d'enregistrer des progrès en matière sociale. Le DSRP II 2006-2010 vise la consolidation des résultats enregistrés en vue de réduire la pauvreté de moitié à l'horizon 2015 et d'atteindre ainsi les OMD.

Selon l'enquête de suivi de pauvreté au Sénégal (ESPS 2005-2006), l'incidence de la pauvreté (proportion d'individus vivant en dessous du seuil de pauvreté) est de 50,6% en 2005 contre 57,1% en 2001 (selon l'ESAM1). L'extrême pauvreté⁴ concerne 15,9% de la population.

I-3 Contexte sanitaire

Le système de santé du Sénégal a une organisation de type pyramidal à trois (3) niveaux :

- ✓ Au sommet, le Niveau Central ou National joue un rôle politique et normatif. Il est composé du cabinet du ministre, du secrétariat général, des Directions et Services Centraux. Au niveau technique, se trouvent les Établissements Publics de Santé de niveau 3 (EPS3);
- ✓ Au niveau intermédiaire, la Région Médicale (RM) joue un rôle stratégique. Elle est dirigée par un médecin coordonnant les activités sanitaires de la région. Au niveau technique, se trouvent les Établissements Publics de Santé de niveau 2 (EPS 2) ;
- ✓ À la base, le district sanitaire constitue la zone opérationnelle. Il est composé d'au moins un Centre de Santé, de Postes de Santé (PS).

Dans le secteur de la santé, les soins de santé primaires constituent la base de définition de la politique de santé. Le rapprochement de l'offre à la demande reste un souci constant et

⁴ Le seuil de pauvreté extrême/alimentaire (par personne et par jour) est de 378 FCFA à Dakar, 352 FCFA dans les autres villes et 340 FCFA en milieu rural.

justifie les efforts de couverture du pays en infrastructures et équipements sanitaires et la création de nouveaux districts sanitaires pour améliorer l'accessibilité à la base et contribuer à une meilleure satisfaction des besoins sanitaires des populations. En dépit de l'amélioration de l'accessibilité géographique, les difficultés d'accès aux soins demeurent. A cela, s'ajoute la faiblesse de la couverture maladie (moins de 20% de la population), qui dans un contexte de pauvreté conduit à des difficultés d'accès aux services de santé pour une bonne partie des sénégalais. Pour remédier à cette situation l'Etat a adopté des politiques de subvention partielle ou intégrale.

S'agissant des objectifs relatifs à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, à l'amélioration de la santé maternelle et à l'éradication de certaines maladies (VIH/sida, paludisme, autres), la situation se présente comme suit :

- Le taux de mortalité infanto-juvénile reste élevé au plan national. En effet, les résultats les plus récents montrent que sur 1 000 naissances vivantes, 47 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire.

Globalement, le risque de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 72 pour 1000 naissances, soit environ un enfant sur 14

- la santé maternelle s'est sensiblement améliorée, avec un taux de mortalité maternelle de 392 décès pour 100 000 naissances vivantes sur la période 2000-2011 (EDS MICS) contre 401 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour les périodes précédentes.
- le taux de prévalence du SIDA, dans la population générale, est de 0,7%. Cette prévalence est plus marquée chez les femmes où elle se situe à 0,8% contre 0,5% chez les hommes. Ce taux maintenu en deçà de 3% est le résultat des efforts fournis par le Gouvernement, à travers le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS).
- Le paludisme constitue toujours un problème de santé publique. Les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes continuent de payer un lourd tribut face à cette endémie. Des progrès fort appréciables ont été cependant notés depuis quelques années avec l'introduction des tests de diagnostic rapide et du traitement des cas simples par les ACT. Le taux de morbidité palustre qui était estimé à 32,39% en 2005 avec 973 384 cas recensés a été évalué à 5,7% en 2008/2009 selon les résultats de l'ENSP2008-2009⁵.

⁵ Enquête nationale sur le paludisme (ENSP-II) 2008-2009

I-4 Enjeux et Justification des Comptes Nationaux de la Santé

I-4-1 Concepts des CNS

Les comptes nationaux de santé sont un ensemble de matrices ou tableaux, qui présentent les différents aspects des dépenses de santé d'un pays. Ce format peut être facilement compris et interprété par les décideurs politiques et autres acteurs du système de santé.

Les comptes nationaux de santé regroupent les dépenses de santé totales d'un pays, y compris les dépenses publiques, privées et des donateurs.

En plus, pour déterminer combien chacune de ces sources de financement dépense en santé, les comptes nationaux de santé suivent avec beaucoup de précision le flux des fonds d'un acteur de santé à un autre, tel que la répartition des fonds du Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et de la Prévention à chaque prestataire de service de santé du gouvernement, la répartition des dépenses des ménages.

Les Comptes Nationaux de la Santé aident à évaluer la performance du système de santé, et à identifier les problèmes et possibilités de changement dans le secteur de la santé. Ils permettent de :

- Contribuer à l'élaboration des politiques de santé.
- Fournir des informations complètes sur la capacité de mobilisation de fonds d'un système de santé.
- Décrire les flux de fonds à travers le système de santé selon les questions suivantes
 - Qui finance le secteur de la santé ?
 - Quel est le montant des dépenses ?
 - Où sont acheminés les fonds destinés à la santé (répartition entre les prestataires de services et les prestations fournies) ?
 - Qui tire profit de cette répartition des dépenses ?

La flexibilité du schéma des comptes nationaux de santé permet aussi d'analyser les données sur des populations cibles ou des activités spécifiques à la maladie, telles que les dépenses de santé ayant trait à la santé maternelle et infantile, le VIH/SIDA, etc.

I-4-2 But des CNS

Les premiers utilisateurs sont les décideurs politiques des systèmes de santé et les managers qui utilisent les données des comptes nationaux de santé dans leurs efforts pour améliorer les résultats et le management des systèmes de santé.

L'information que fournissent les comptes nationaux de santé est utilisée dans le processus de prise de décision parce que c'est une évaluation de l'utilisation actuelle des ressources et peut être utilisée pour comparer le système de santé d'un pays avec celui d'autres pays, d'une valeur particulière en mettant en place les performances et les objectifs.

Si les comptes nationaux de santé sont réalisés régulièrement, ils peuvent permettre de suivre la trace des dépenses de santé, qui sont utiles pour le suivi et l'évaluation de la politique de financement de la santé.

Les données des comptes nationaux de santé, ajoutées aux données non financières telles que les taux de prévalence et les taux d'utilisation des prestataires, outillent les décideurs politiques dans la prise de décisions.

Au Sénégal, le processus d'élaboration des Comptes nationaux de la santé (CNS) qui constituent un outil essentiel d'aide à la décision a démarré depuis l'année 2006. Le comité technique des CNS, créé à cet effet, a élaboré les Comptes nationaux de la santé 2005 et un sous compte santé de la reproduction qui ont permis de disposer d'informations sur l'ensemble des fonds qui ont été mobilisés au cours de cette année dans le secteur de la santé et l'utilisation qui en est faite.

Les comptes nationaux de la santé sont logés dans le programme fonctionnel « Gouvernance Sanitaire » du PNDS (Programme National de Développement Sanitaire) et constituent un élément de la sous-composante suivi-évaluation.

Sigles et Abréviations

ANSD :	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
AUTREMIN	Autres Ministères et Institutions de l'Etat
BAF	Bureau d'analyse financière de la DAGE
BCI	Budget Consolidé d'Investissement
BDEF	Banque de Données Economiques et Financières
BM :	Banque Mondiale
CAB	Cabinet de médecins ou d'autres professionnels de soins
CICS	Classification Internationale pour les Comptes de la Santé
CL :	Collectivité Locale
CM :	Consommation Médicale
CMI :	Consommation Médicale Individuelle
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNLS :	Conseil National de Lutte contre le SIDA
CNS :	Comptes Nationaux de la Santé
CNMS :	Commission Nationale Macroéconomie et Santé
CNTS :	Centre National de Transfusion Sanguine
CPN :	Consultation Périnatale
CS :	Centre de Santé
DAGE :	Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement
DNS :	Dépense Nationale de Santé
DPO	Distributeurs de produits d'optique
DPRS	Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
DSRP II	Document de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté, version 2
DTS :	Dépense Totale de Santé
EDS :	Enquête Démographie et Santé
EDS-MICS	Enquête Démographique et de Santé à indicateurs multiples
au Sénégal	
EPS :	Etablissement Public de Santé
EPS3 :	Établissement Public de Santé de niveau 3
EPS2 :	Établissement Public de Santé de niveau 2
ESAM2 :	Enquête Sénégalaise auprès des Ménages Phase 2
ESPS :	Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal
FDD :	Fonds de Dotation de la Décentralisation
FECL :	Fonds d'Équipement des Collectivités Locales
FGA :	Fonds de Garantie Automobile
GF :	Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives
GRAIM :	Mutualistes
IPM :	Institution de Prévoyance Maladie
IPRES :	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
IRF :	Institut de Recherche et de Formation
ISBL :	Institution Sans But Lucratif
ISS :	Institution de Sécurité Sociale
LAB& IM :	Laboratoire d'analyse et d'Imagerie médicale
MEF/DPS :	Ministère de l'Économie et des Finances/Direction de la Prévision et des Statistiques
MSPHP :	Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène Publique
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PAF :	Patients à leurs frais
PIB :	Produit Intérieur Brut

PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PNLS :	Programme National de Lutte contre le SIDA
PRN :	Programme de Renforcement Nutritionnel
PS :	Poste de Santé
PSC	Poste de Santé Catholique
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RDM :	Reste du Monde
SAM :	Système d'Assurance Maladie
SAP	Sociétés d'assurance privée
SIGFIP :	Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
SCA	Stratégie de croissance accélérée
SR :	Santé de la Reproduction
TMI :	Taux de Mortalité Infantile
TRADI :	Tradipraticiens

COORDINATION DE L'EXERCICE DES CNS 2006-2008

- Mame Abdoulaye GUEYE : Directeur de cabinet du MSAS
- Dr Amadou Djibril BA: Directeur Amadou Djibril BA, Directeur de la Planification de la Recherche et des Statistiques/MSAS
- Dr Filifyng TOUNKARA WAGUE, Ex Coordinatrice CAFSP/MSAS
- Dr Ousseynou DIOP : DSPS/ Présidence de la République
- Dr Siaka COULIBALY, Chef de division Planification à la DPRS/MSAS
- M. Arona MBENGUE : Point focal des CNS, DPRS/MSAS

COMITE DE SYNTHESE DES TRAVAUX DE L'EQUIPE TECHNIQUE DES CNS

- M. Arona MBENGUE, Economiste de la Santé à la DPRS/MSAS
- M. Magor SOW, Economiste de la Santé à la CACMU/MSAS
- Mme Ndèye Fatou TALL NDIAYE, Economiste de la Santé, Chef de division Partenariat à la DPRS/MSAS
- M. Abou AW, Comptable national, Statisticien à la DGF/MEF
- Dr Farba Lamine SALL, Economiste de la Santé, OMS

EQUIPE DE REDACTION DU RAPPORT

- Dr Siaka COULIBALY, Chef de division Planification à la DPRS/MSAS
- M. Arona MBENGUE, Point focal CNS : Div. Planification DPRS/MSAS
- M. Magor SOW : CACMU/MSAS
- M. Abou AW : DB/MEF
- Mme Ndèye Fatou TALL : Chef de division Partenariat à la DPRS/MSAS
- M. Cheikh Moustahine SARR : Div. Planification DPRS/MSAS
- M. Habib SAMBOU : Div. Partenariat DPRS/MSAS
- M. Ibrahima Alioune SALL : DPRS/MSAS
- Mme Aminata KONTE : DPRS/MSAS
- Dr Abibou CISSE, Direction des Etablissements Publics de Santé/MSAS
- M. Cheikh Oumar BA : Direction des Etablissements Publics de Santé/MSAS
- M. Alioune Badara SONKO : Chef Bureau Suivi Budgétaire/DPSB/DAGE/MSAS
- M. Khalifa DIENG : Chef BAF/DAGE/MSAS
- Dr Farba Lamine SALL : OMS

RESUME

a) Contexte, justification et enjeux des CNS

Le gouvernement du Sénégal a entrepris des politiques dans le domaine du financement de la santé telles que celles relatives à la gratuité des césariennes et des accouchements, au Plan SESAME et à la gratuité des soins pour les enfants âgés de moins de 5 ans à travers la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Dans ce contexte, il urge de disposer d'instruments de veille comme les comptes nationaux de la santé qui constituent un outil d'aide à la décision pour une meilleure allocation des ressources financières dans le cadre des différentes politiques. Les comptes permettent de produire des informations sur les dépenses engagées dans le système de santé par financeur et par secteur de production. Ils aident aussi à la reconstitution de la dépense nationale de santé, d'en analyser les sources de financement, la répartition par catégorie de soins et de mettre en perspective sur une longue période les évolutions macro-économiques structurelles du système de soins.

Sur le plan institutionnel, les CNS sont actuellement domiciliés à la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, ce qui constitue un atout important dans l'optique de leur institutionnalisation. L'élaboration des comptes nationaux de la santé est un exercice complexe qui nécessite l'engagement des acteurs concernés, leur disponibilité, une bonne organisation des ressources humaines et une bonne répartition des tâches.

Pour cette raison, deux comités ont été mis en place : le comité de pilotage et le comité technique.

Le comité de pilotage dont les membres sont désignés par arrêté ministériel (voir annexe de la note de service jointe ci-dessous), est une instance qui permet de donner aux Comptes Nationaux de la Santé la dimension nationale nécessaire. Il doit accompagner le travail technique afin de s'assurer que les informations produites répondront aux attentes.

Le comité technique composé d'une équipe pluridisciplinaire réalise les travaux nécessaires à l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé. Il est animé par le point focal des CNS qui prépare les travaux du comité technique sous la direction du Directeur de la Planification de la Recherche et des Statistiques.

b) Principaux résultats

La dépense de santé est mesurée principalement à travers deux indicateurs: La dépense Nationale de santé et la dépense totale de santé.

La **Dépense Nationale de Santé** (DNS) prend en compte l'ensemble des dépenses de santé effectuées pour le compte des résidents .En d'autres termes, elle représente le coût de l'ensemble des activités réalisées durant l'année au profit de la santé des populations.

La dépense totale de santé (DTS) correspond à la dépense nationale de santé à laquelle on exclue les dépenses relatives à la formation, à la recherche, au contrôle sanitaire et aux dépenses de santé non spécifiées par catégorie.

- la Dépense nationale de santé (DNS) est passée de **275,8** milliards de FCFA en 2006 à **308,3** milliards de FCFA en 2008 ; soit un accroissement de 11,8%.

- la Dépense totale de santé (DTS) évaluée à **293,7** milliards de FCFA en 2008, se chiffrait à **270,1** milliards de FCFA en 2006 soit une hausse de 3,7%. Elle représentait 4,88% du PIB en 2008 contre 5,54% en 2006.

La dépense nationale de santé par tête d'habitant est passée de 24391 FCFA en 2006 à 25289 FCFA en 2008.

• Structure des sources de financement de la santé :

La dépense de santé par source de financement se répartit de la façon suivante :

- Le secteur privé constitue la première source de financement de la santé au Sénégal. Sa contribution dans la DNS passe de 113,3 milliards de FCFA en 2006 soit 41% à 145,2 milliards de FCFA en 2008 soit 49%. Les fonds des ménages estimés à 126,4 milliards en valeur absolue en 2008, soit 87,07% et 98,7 milliards en 2006, soit 87,1% constituent l'essentiel de la contribution du secteur privé.

- Le secteur public représente la deuxième source de financement, sa contribution passe de 105,6 milliards de FCFA en 2006, soit 39% à 112,1 milliards de FCFA en 2008 soit 34 %.

- les fonds de l'extérieur viennent en troisième position avec 56,7 milliards en 2006 soit 20% de la DNS et 50,9 milliards en 2008 soit 17%.

- **Gestion des fonds**

Les agents de financement sont des entités qui gèrent les fonds fournis par les sources de financement. Ils constituent les destinataires directs des ressources allouées au secteur de la santé. Ainsi, ils décident de l'utilisation de ces fonds pour financer les activités de santé ou acheter les biens et services fournis par les prestataires de soins.

Ils sont regroupés en trois grandes catégories : les agents du secteur public, les agents du secteur privé et les agents du reste du monde (ou de l'extérieur).

Les résultats montrent que le poids des ressources utilisées par les agents publics est passé de 57,7% en 2006 à 48,5% en 2008. Ce qui se traduit par une baisse importante des fonds reçus par le secteur public qui sont passés entre 2008 et 2006 respectivement de 134,1 milliards à 160,1 milliards.

Parmi les agents publics, le Ministère de la santé reste naturellement le principal destinataire des ressources avec en moyenne 73,5% des fonds. Rapportées à la dépense nationale de santé, les ressources gérées par le ministère représentent en moyenne 38,1%, soit environ 111,0 milliards en 2008, 100 milliards en 2007 et 111,3 milliards en 2006.

Près de la moitié des ressources utilisées dans le domaine de la santé (48,4% en 2008) est gérée par les agents privés dont principalement les ménages. Les ressources gérées par ces derniers correspondent aux paiements qu'ils ont effectués directement auprès des prestataires pour l'achat de biens et services de santé. Elles représentent plus de 75% des dépenses financées par le biais des agents privés, soit environ 110 milliards en 2008. Rapportés à la dépense nationale de santé, les versements directs des ménages représentent en moyenne 35,1%, avoisinant le montant des fonds gérés par le Ministère de la Santé.

- **Répartition des dépenses par prestataire**

La dépense de santé par prestataire se présente comme suit en 2008:

- 95,6 milliards de FCFA sont orientés vers les hôpitaux, soit 31,01% de la DNS.
- 73,7 milliards de FCFA sont orientés vers l'administration générale de la santé et de l'assurance maladie soit 23,9% de la DNS.
- 58,5 milliards de FCFA sont orientés vers les détaillants de biens médicaux, principalement les officines privées soit 19% de la DNS.

- 51,8 milliards de FCFA sont orientés vers prestataires de soins ambulatoires représentant 16,8% de la DNS.

- Les résultats des comptes de la santé 2006-2008 ont également montré qu'en moyenne sur la période, près de 90% des dépenses du ministère de la santé sont consacrées aux hôpitaux généraux et aux centres de santé.
- Les versements directs des ménages sont plus importants dans le secteur privé que dans le secteur public avec respectivement 69% et 31% en 2008. Cette situation pourrait s'expliquer en grande partie par les dépenses des ménages au niveau des officines privées qui représentent en moyenne sur la période 40% du total des versements directs.
- Les dépenses de santé des systèmes d'assurance maladie sont orientées en grande partie vers les officines privées, les hôpitaux publics et les cliniques privées et dans une moindre mesure vers les laboratoires d'analyse et d'imagerie médicale.

• Répartition des dépenses par fonction

S'agissant de la répartition des dépenses de santé par fonction, il ressort quatre principaux postes de dépense en 2008:

- les services de soins curatifs représentent 76,7 milliards soit 24,9% de la DNS ;
- les biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires dont essentiellement les médicaments représentent 70 milliards soit 22,7% de la DNS ;
- les activités d'administration, d'exécution et d'appui des organismes de sécurité sociale avec 51,8 milliards représentent 16,8% de la DNS.
- les services de prévention et de santé publique avec 41,1 milliards soit 13,5%

II- ASPECTS METHODOLOGIQUES

II-1 Cadre Institutionnel des CNS au Sénégal

L'élaboration des comptes nationaux de la santé est un exercice complexe qui nécessite un engagement des acteurs concernés, une disponibilité et une bonne organisation des ressources humaines mais aussi une bonne répartition des tâches. Pour une meilleure organisation du travail, il a été mis en place deux comités : un comité de pilotage et un comité technique.

Comité de pilotage

Le comité de pilotage est une instance qui permet de donner aux Comptes Nationaux de la Santé la dimension nationale nécessaire. Il doit accompagner le travail technique afin de s'assurer que les informations produites répondent aux attentes. Il est mis en place par arrêté ministériel.

a) Comité technique

Le comité technique est composé d'une équipe pluridisciplinaire. Le Directeur de la Planification, de la Recherche et des Statistiques assure la présidence.

Le président du comité technique est assisté par le point focal des Comptes Nationaux de la Santé qui prépare l'ensemble des activités du comité technique.

II-2 Choix Méthodologiques

L'option de porter le second exercice d'élaboration des CNS sur trois années consécutives (2006, 2007 et 2008) a été guidée par le souci de résorber le retard accusé et de disposer d'une série de données permettant d'améliorer l'analyse du financement de la santé. Aussi, la disponibilité de cette série fournit-elle une structure robuste de la répartition des dépenses de santé qui peut être utilisée, avec un minimum d'informations, pour estimer rapidement les comptes des années suivantes. Les travaux ont été conduits par le comité technique des CNS, sous la supervision du Comité de pilotage.

Les comptes ont été élaborés en référence au « *Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé : avec des applications spéciales pour les pays à faible et à moyen revenus* » qui est une adaptation de la méthodologie élaboré par l'OCDE (Système des comptes de la santé) aux réalités des pays en développement.

a) Le Champ des CNS

Le Guide circonscrit les comptes de santé aux dépenses réalisées par les résidents du pays et les organisations internationales dans le but de restaurer, d'améliorer et d'entretenir la santé de la population.

Il exclue les dépenses réalisées :

- pour financer la formation initiale dans le domaine de la santé ;
- par les non-résidents pour leurs propres soins de santé ;

- et par les organisations internationales pour le fonctionnement de leurs administrations.

b) Les sources de données

Deux grandes catégories de sources ont été utilisées :

- Sources de données primaires : il s'agit données issues d'enquêtes réalisées auprès des acteurs (principalement du privé) : enquêtes réalisées par le comité technique avec l'appui de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD).
- Sources de données secondaires (rapports et bases de données) : il s'agit des données administratives du secteur public et la Banque de Données Economiques et Financières (BDEF) de l'ANSD

Le tableau ci-après répertorie la liste des différentes sources de données ciblées pour la collecte de données.

Répertoire des sources de données

Nom de la Source	Description de la source	Type de source	Services de la source
AUTREMIN	présente les données sur les ministères autres que la santé	Primaire	enquêtes réalisées par le comité technique
BAF/CL	Présente les données fournies par le BAF de la DAGE du Ministère de la Santé relatives aux collectivités locales	Secondaire	DAGE/MINISTERE DE LA SANTE
BAF/ETAT	Présente les données fournies par le BAF de la DAGE du Ministère de la Santé relatives au budget de l'Etat	Secondaire	DAGE/MINISTERE DE LA SANTE
BAF/EPS	Présente les données fournies par le BAF de la DAGE du Ministère de la Santé relatives aux recettes des EPS	Secondaire	DAGE/MINISTERE DE LA SANTE
BAF/PS&CS	Présente les données fournies par le BAF de la DAGE du Ministère de la Santé relatives aux recettes et dépenses des comités de santé	Secondaire	DAGE/MINISTERE DE LA SANTE
BAF/PTF	Présente les données fournies par le BAF de la DAGE du Ministère de la Santé relatives aux PTF	Secondaire	DAGE/MINISTERE DE LA SANTE
CAB	Présente les données sur les cabinets médicaux	Primaire	enquêtes réalisées en collaboration avec l'ANSD
CL	Présente les données sur les Collectivités locales	Primaire	enquêtes réalisées en collaboration avec l'ANSD
IPM	Présente les données sur les IPM	Primaire	enquêtes réalisées en collaboration avec

			l'ANSD
LAB& IM	Présente les données sur les laboratoires et imageries médicales	Primaire	enquêtes réalisées en collaboration avec l'ANSD
MUTUELLE	Présente les données sur les mutuelles de santé	Primaire	enquêtes réalisées en collaboration avec l'ANSD
ONG	Présente les données sur les ONG	Primaire	enquêtes réalisées en collaboration avec l'ANSD
SECURE	Données sur les Organisations de sécurité sociale	Primaire	enquêtes réalisées en collaboration avec l'ANSD
TRADI	Données sur les Tradipraticiens	Primaire	enquêtes réalisées en collaboration avec l'ANSD
BDEF	Chiffres d'Affaires des entreprises du secteur de la santé (cabinets, cliniques, pharmacies, laboratoires et imageries médicales)	Secondaire	ANSD
PTF	Informations sur les PTF	Primaire	enquêtes réalisées en collaboration avec l'ANSD
IRF	Informations sur les Instituts de recherche et de formation	Primaire	enquêtes réalisées en collaboration avec l'ANSD
CLINIQUE	Informations sur les Cliniques	Primaire	enquête réalisées par le comité technique
ENTREPRISE	Informations sur les Entreprises qui disposent de services médicaux	Primaire	enquêtes réalisées en collaboration avec l'ANSD
DPO	Informations sur les Distributeurs de produits optiques et appareils auditifs	Primaire	enquête réalisées par le comité technique
SAP	Informations sur les Sociétés d'assurances privées	Primaire/secondaire	enquête réalisées par le comité technique
FGA	Informations sur le fonds de garantie automobiles	Primaire	enquête réalisées par le comité technique
MEF	Informations sur les prises en charge médicales des agents de l'Etat	Secondaire	Direction générale des Finances du MEF
EPS	présente les informations sur les EPS	Primaire/secondaire	enquête réalisées par le comité technique
BCI	présente les informations du BCI relatives aux projets d'investissement dans le secteur de la santé	Secondaire	Direction générale des Finances du MEF

c) Collecte de données

Les services responsables des différentes sources de données secondaires répertoriées par le tableau précédent sont représentés au Comité technique. Leurs représentants ont permis de disposer de ces informations.

Quant aux données primaires, la collecte a été réalisée par enquête. Les choix méthodologiques (sondage ou recensement) et leurs mises en œuvre ont été faits avec la collaboration de l'ANSD. Les questionnaires ont été établis pour collecter les données sur chaque année de la période 2006-2008.

d) Traitement des données

Le traitement des données est effectué en trois phases

- **La codification des données**

Pour chaque source de données, les informations après contrôle sont codifiées suivant la classification des comptes de santé du Sénégal. Celle-ci est une adaptation de la Classification Internationale pour les Comptes de la Santé (CICS) définie par l'OCDE.

Il est important de noter les changements sur la classification des dépenses en médicaments et services d'aide au diagnostic pour les malades hospitalisés. Contrairement en 2005, ces dépenses sont exclues des services de soins hospitaliers pour être classer comme fonctions « Médicaments délivrés sur ordonnance » pour les médicaments et « Services auxiliaires » pour les services d'aide au diagnostic.

- **La Ventilation des données**

Certaines données sont fournies suivant une forme ne permettant pas de les classer par prestataire et par fonction. Par exemple, les dépenses de fonctionnement des districts sanitaires sont destinées en partie aux postes et centres de santé. La source de données qui présente ces informations ne précise pas les montants utilisés par chacun de ces prestataires. Sur la base d'une investigation effectuée auprès des responsables des districts, il a été retenu que 85% de ces dépenses sont destinées au fonctionnement des centres de santé et 15% aux postes de santé.

En outre, les enquêtes effectuées auprès des prestataires publics et privés ont permis de répartir les dépenses non ventilées auprès de ces structures par fonction.

Les tableaux ci-dessous indiquent les clés de répartitions obtenues pour la ventilation de ces dépenses.

Clés de répartition par fonctions des dépenses de fonctionnement dans les postes et centres de santé

Code Fonctions	Poste de santé	centre de santé sans bloc	centre de santé avec bloc
HC 1.1	1,39%	82,14%	83,49%
HC 1.3.1	58,24%	14,00%	11,53%
HC 6.1	27,50%	3,00%	3,30%
HC 6.3		0,29%	0,28%
HC 6.6	4,26%	0,12%	0,00%
HCR 5		0,45%	1,40%
HC 1.3.4	0,17%		
HC 5.1.1	4,44%		
HC 6.3.2	3,98%		
HC 6.9	0,02%		

Concernant les hôpitaux publics, les clés de répartition ont été calculées pour chaque établissement ayant répondu au questionnaire. Le tableau ci-dessous présente les résultats obtenus pour chaque hôpital.

Clés de répartition par fonction suivant l'hôpital

	HC 1.1	HC 1.3
THIES	38%	62%
TAMBA	53%	47%
FANN	66%	34%
NDIOUM	91%	9%
TOUBA	61%	39%
ABASS NDAO	49%	51%
PIKINE	74%	26%
KOLDA	73%	27%
OUROSSOGUI	74%	26%
SAINT LOUIS	38%	62%
KAOLACK	38%	62%
DIOURBEL	61%	39%
LOUGA	38%	62%
SAINT JEAN DE DIEU	38%	62%
HOGGY	66%	34%
PRINCIPAL	66%	34%
DANTEC	66%	34%
ZIGUNCHOR	73%	27%
HOPITAL MILITAIRE OUAKAM	73%	27%

- **Extrapolation**

La méthode d'extrapolation des dépenses des entités enquêtées par sondage varie selon le type de cible (voir tableau ci-dessous).

Tableau 2 : Méthodes d'extrapolations par catégorie de cibles

Type de cible	Méthode d'extrapolation	Données complémentaires
Communautés rurales	Dépense moyenne par habitant de la communauté rurale multipliée par la population totale de l'Arrondissement	effectif de la population par communauté rurale et par l'Arrondissement
Communes	pour chaque strate, la dépense moyenne par commune multipliée par le nombre de communes	fonds de dotation santé alloués par commune pour déterminer les strates
Régions	les dépenses des non-répondants estimées par leurs subventions aux EPS	subventions des régions allouées aux EPS
Prestataires privés	Dépense moyenne par prestataire de chaque catégorie multipliée par le nombre total de prestataires	effectifs des prestataires par catégorie

e) Production des tableaux des comptes

Le Sénégal a opté de produire quatre tableaux :

- sources x agents ;
- agents x prestataires ;
- agents x fonctions ;
- prestataires x fonctions.

Les tableaux sont produits à l'aide d'une application utilisant des fichiers Excel et Access reliés entre eux par une macro-instruction. La production des tableaux suit les étapes suivantes :

- **Etape 1** : présentation des données sous une forme commune, comme indiqué par le tableau ci-dessous. Ceci permettra de disposer en même temps les comptes de chaque année de la période 2006-2008.

Code FS	Libelle FS	Code HF	Libelle HF	Code HP	Libelle HP	Code HC	Libelle HC	Nom de la Source	ANNEE S

- **Etape 2** : triangulation des données qui consiste à choisir les sources de données. Les sources choisies pour les CNS 2005 ont été principalement reconduites. Toutefois,

des corrections ont été apportées sur des données de certaines sources choisies qui sont généralement incomplètes. En plus des données manquantes de certaines sources qui ont été estimées

Le tableau ci-dessous répertorie les sources de données retenues pour chaque agent de financement. La source retenue fournit les données permettant d'obtenir les différents flux financiers opérés avec l'agent de financement. Ainsi, les sources prises globalement déterminent les quatre tableaux équilibrés et cohérents.

Sources de données choisies pour chaque agent de financement

Code agent de financement	Nom agent de financement	SOURCE1	SOURCE2	SOURCE3	SOURCE4	SOURCE5	SOURCE6	SOURCE7
HF 1.1.1.1	Ministère de la santé	BAF/ETAT	BAF/PTF	IRF	BCI	PTF/IDA	PTF/BM	PTF/OMS
HF 1.1.1.2.1	Primature	BAF/ETAT	PTF/IDA	BAF/PTF	BCI	AUTREMIN	ONG	
HF 1.1.1.2.2	Ministère de l'éducation	AUTREMIN	BAF/ETAT	PTF	BCI			
HF 1.1.1.2.3	Ministère des Forces Armées	BAF/ETAT	AUTREMIN					
HF 1.1.1.2.4	Ministère de la Jeunesse	AUTREMIN						
HF 1.1.1.2.5	Ministère de la Famille	AUTREMIN	PTF					
HF 1.1.1.2.6	Ministère de l'intérieur	AUTREMIN						
HF 1.1.1.2.9	Autres Ministères	AUTREMIN	BAF/ETAT					
HF 1.1.3.1	Région	BAF/ETAT	CL					
HF 1.1.3.2	Commune	CL	BAF/ETAT	BAF/CL				
HF 1.1.3.3	Communautés rurales	CL	BAF/ETAT					
HF 1.2.1	Caisse de sécurité sociale	SECURE						
HF 1.2.2	IPRES (maladie)	SECURE						
HF 1.2.3	Régime des fonctionnaires	MEF						
HF 1.2.4	Entreprises publiques et parapubliques	ENTREPRISE	CNTS	IRF				
HF 2.1.2.2	Institutions de Prévoyance Maladie	IPM	ENTREPRISE	CNTS				
HF 2.1.3	Mutuelles de santé	MUTUELLE	CAB/Ajusté	CLINIQUE	DPO	LAB& IM		
HF 2.1.9	Autres (dont Fonds de Garantie Automobile)	FGA	CAB/Ajusté	LAB& IM	DPO	ENTREPRISE		
HF 2.2	Sociétés d'assurances privées	SAP	DPO	DPO	LAB& IM			
HF 2.4	Institutions Locales à but non lucratif	ONG	PSC	IRF	TRADI			
HF 2.5.2	Entreprises privées	ENTREPRISE	IRF	CAB/Ajusté	CLINIQUE	LAB& IM		
HF 3.1.1	Coopération bilatérale	BAF/PTF	PTF					
HF 3.1.3	Coopération décentralisée	BAF/PTF						
HF 3.2	ONG internationales	IRF	ONG	BAF/PTF	TRADI			

- **Etape 3 : Traitements spécifiques**

Des traitements spécifiques ont été réalisées pour estimer les dépenses ménages (ou paiement directs des ménages)

- Estimation des dépenses des ménages

La dépense des ménages, pour chaque prestataire de soins, soit à partir des données directement tirées des questionnaires, soit par solde

Méthodes d'estimation des dépenses des ménages par prestataire

Prestataires	Méthode
Hôpitaux (hôpitaux publics et cliniques privées)	Les recettes sur PAF (patients à leurs frais) des hôpitaux obtenues à partir des questionnaires
cabinets médicaux	Solde : Total des chiffres d'affaires des cabinets moins somme des dépenses des autres agents auprès des cabinets
centres de soins ambulatoires	Solde : Total des recettes des centres de soins ambulatoires moins somme des dépenses des autres agents auprès de ces centres
Laboratoires d'analyse médicale et de diagnostic	Solde : Total des chiffres d'affaires des laboratoires moins somme des dépenses des autres agents auprès des laboratoires
Autres prestataires de soins ambulatoires (CNTS)	PAF obtenus à partir des questionnaires
Détaillants de bien médicaux	Solde : Total des chiffres d'affaires des officines moins somme des dépenses des autres agents auprès des officines

- Estimation des ventes illicites des médicaments

Les estimations sont faites sur la base de l'hypothèse : « Les ventes représentent en moyenne 10% du CA des distributeurs de médicaments (source syndicat des pharmaciens) »

Les ventes illicites ont été estimées en multipliant le CA total des distributeurs par 10/100.

Les CA des distributeurs sont disponibles dans la BDEF de l'ANSD.

I. Présentation et Analyse des résultats

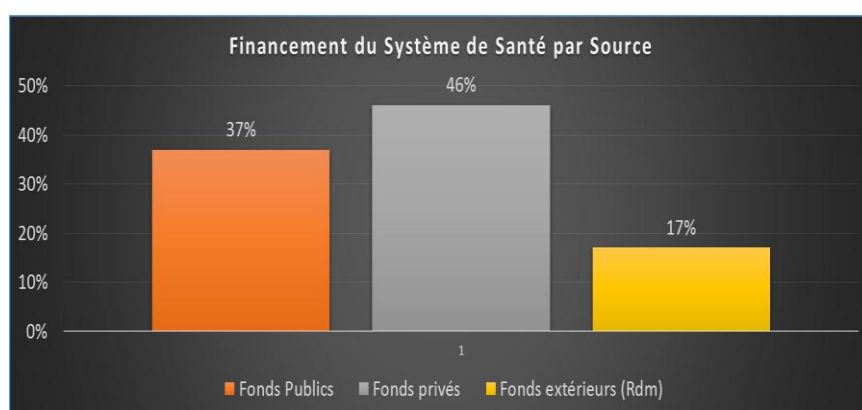
III.1 Financement du système de santé au Sénégal

III.1.1 Structures du financement de la santé par sources

Tableau 1 : Structure de financement de la santé par source

ANNEES	2006	2007	2008
Fonds Publics	39%	41%	37%
Fonds privés	41%	48%	46%
Fonds extérieurs (Rdm)	20%	11%	17%

Graphique 1 : Financement du système de santé en 2008



Le financement du système de santé du Sénégal est marqué en 2008 par une part importante des fonds privés. Ils représentent près de la moitié de la dépense nationale de santé, soit 46 %. Les fonds privés sont en grande partie composés des versements directs des ménages qui constituent la première source de financement du système de santé.

a) Structure des fonds publics

Les fonds publics sont constitués des ressources du budget de l'Etat et des recettes des collectivités locales.

Tableau 2 : Structure des fonds publics

Fonds publics	2006	2007	2008
Fonds de l'Administration centrale (ressources du Budget de l'Etat)	96,2%	96,2%	95,2%
Fonds des collectivités locales (recettes propres des collectivités locales)	3,8%	3,8%	4,8%

Le poids du financement de la santé à travers les collectivités locales reste encore faible. En 2008, il se situe à moins de 5% des fonds publics nonobstant une légère progression annuelle d'environ un point par rapport aux années antérieures.

b) Répartition annuelle des dépenses de santé sur budget de l'Etat

En sus des sources de financement qui fournissent les fonds utilisés dans le système de santé, d'autres entités appelées « agents de financement » canalisent les fonds fournis pour l'achat des biens et services compris dans le champ des comptes de la santé.

Le tableau ci-dessous renseigne sur la répartition des fonds gérés au niveau du secteur public.

Tableau n°2 : Répartition des fonds publics par bénéficiaire

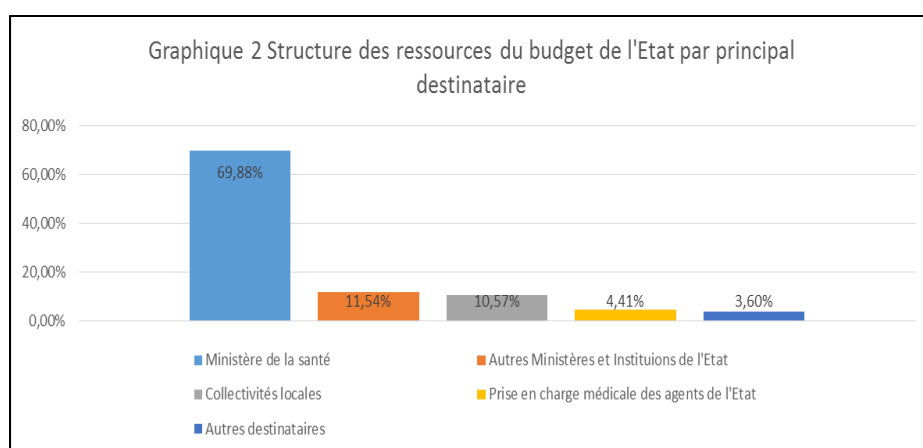
Bénéficiaires	2006	2007	2008
Ministère de la santé	68,71%	68,42%	69,88%
Autres Ministères et Institutions de l'Etat	10,32%	13,84%	11,54%
Collectivités locales	11,79%	9,23%	10,57%
Prise en charge médicale des agents de l'Etat	4,87%	4,17%	4,41%
Autres destinataires	4,31%	4,34%	3,60%

Les résultats montrent une évolution en dents de scie avec une tendance à la baisse des fonds publics gérés par le Ministère en charge de la Santé comparativement à 2005 où ils représentaient 81.1% de ces fonds.

Les ressources de l'état destinées aux Collectivités Locales sont essentiellement constituées des fonds de dotation de la décentralisation. Elles représentent 10,57 % des fonds publics dépensés dans le secteur de la santé en 2008 contre 9.23 % en 2007. La part la plus importante est enregistrée en 2006.

Quant aux autres Ministères et Institutions de l'Etat, leur part dans le financement demeure importante de 2005 à 2008. Cette situation justifie la nécessité d'une approche multisectorielle dans la résolution des problèmes santé publique.

La Structure des ressources du budget de l'Etat en 2008 et par principal destinataire est illustrée par le graphique ci-dessous :



c) Répartition annuelle des dépenses de santé des collectivités locales sur fonds propres

Tableau n°3 : Répartition annuelle des ressources utilisées sur fonds propres des collectivités locales

Collectivités locales	2006	2007	2008
communes	49,9%	55,4%	61,7%
communautés rurales	5,7%	13,5%	17,8%

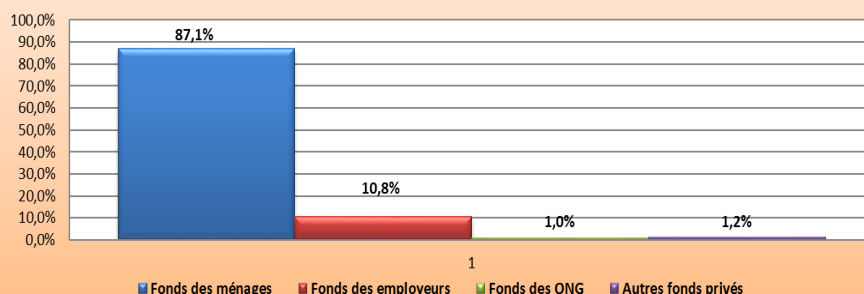
Comparés aux résultats de 2005, les recettes des communes occupent une part de plus en plus importante dans leurs dépenses de santé. Elles passent de 40,9% en 2005 à 61,7% en 2008 soit une évolution de près de vingt et un (21) points. Quant aux communautés rurales, leurs recettes propres utilisées dans les dépenses de santé sont relativement faibles.

d) Structure de financement des fonds privés

Tableau n°4 : Structure de financement des fonds privés

Fonds privés	2006	2007	2008
Fonds des ménages	88,7%	88,7%	87,1%
Fonds des employeurs	9,4%	9,4%	10,8%
Fonds des ONG	0,8%	0,8%	1,0%
Autres fonds privés	1,0%	1,0%	1,2%

Graphique n° 3: Structure de financement des fonds privés en 2008



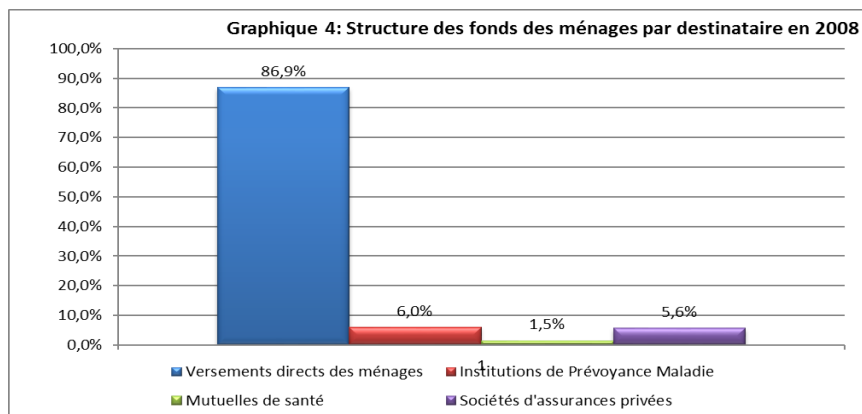
Les fonds privés sont constitués essentiellement des contributions des ménages qui représentent les 87,1%.

e) Structure des fonds des ménages

Tableau 5 : Structure des fonds des ménages

Fonds des ménages	2006	2007	2008
<i>Versements directs des ménages</i>	87,4%	88,3%	86,9%
Institutions de Prévoyance Maladie	5,9%	5,5%	6,0%
Mutuelles de santé	1,0%	1,2%	1,5%
<i>Sociétés d'assurances privées</i>	5,7%	5,1%	5,6%

La part des fonds des ménages qui passe par les mécanismes d'assurance maladie à travers les cotisations ou primes versées évolue de manière lente. Ces résultats constituent une préoccupation majeure dans un contexte de mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU).



f) Structure des fonds des employeurs

Les fonds des employeurs sont constitués des cotisations à l'assurance maladie pour le compte des employés et des montants dépensés par leurs services médicaux internes. Ils représentent la part la plus importante des fonds privés après celles des ménages. Les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM) et les Sociétés d'assurance privées

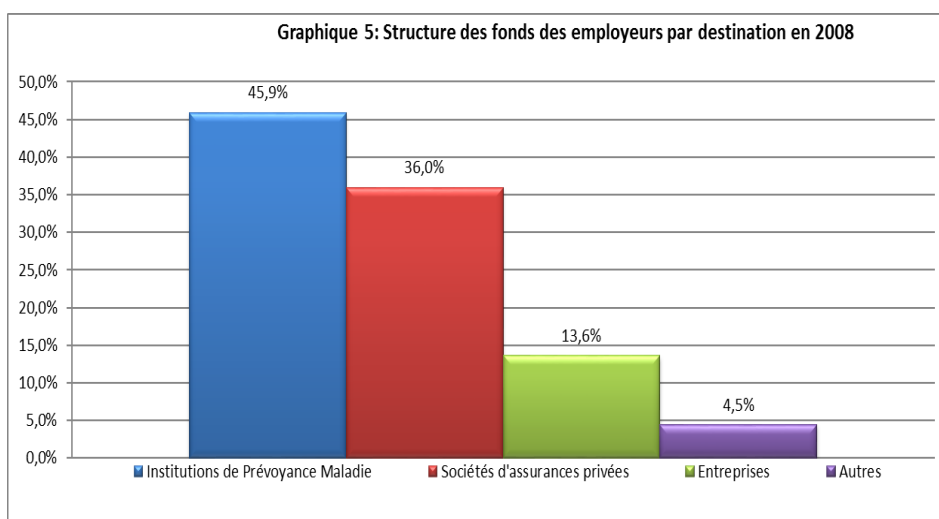
constituent les principaux canaux utilisés par les entreprises pour la couverture maladie de leurs employés. Les contributions des entreprises à la prise en charge médicale des employés sont effectuées en grande partie par le biais des structures d'assurance à hauteur de 70%. Dans les cotisations des employeurs, les IPM bénéficient de la part la plus importante.

En sus du recours aux structures d'assurance, certaines entreprises utilisent leurs services médicaux internes pour la prise en charge des soins du personnel. En 2008, les fonds destinés à ces services ont représenté 13,6% des fonds des employeurs.

Le tableau ci-dessous révèle une tendance à la baisse de la part des ressources des employeurs utilisés dans ces services médicaux.

Tableau 6 : Structure des fonds des employeurs

Fonds des employeurs	2006	2007	2008
Institutions de Prévoyance Maladie	51,7%	52,8%	45,9%
Sociétés d'assurances privées	25,0%	27,1%	36,0%
Services médicaux d'Entreprises	17,2%	16,4%	13,6%
Autres	6,1%	3,7%	4,5%



III.1.2 Répartition des Ressources par agent de financement

Les agents de financement sont des entités qui gèrent les fonds fournis par les sources de financement. Ils constituent les destinataires directs des ressources allouées au secteur de la santé. Ainsi, décident-ils de l'utilisation de ces fonds pour financer les activités de santé ou acheter les biens et services fournis par les prestataires de soins.

Ils sont regroupés en trois grandes catégories : les agents du secteur public, les agents du secteur privé et les agents du reste du monde (ou de l'extérieur).

Tableau n° 7 Structure des dépenses des agents de financement

Agents de financement	2006		2007		2008	
	Montant (en millions FCFA)	Poids (%)	Montant(en millions FCFA)	Poids (%)	Montant(en millions FCFA)	Poids (%)
Secteur public	158 200	57,36%	129 932	49,10%	154 409	50,07 %
Secteur privé	112 500	40,79%	129 595	48,98%	144 815	46,96 %
Reste du Monde	5 105	1,85%	5 087	1,92%	9 153	2,97%
DNS	275 805	100%	264 614	100%	308 377	100%

a) Structure de financement des agents publics

Les ressources gérées par les agents du secteur public sont relativement plus importantes, même s'il est noté une diminution de leur poids sur la période 2006-2008. La part des ressources utilisées par les agents publics est passée de 57,36% en 2006 à 50,07% en 2008. Cette situation se traduit par la baisse importante des fonds reçus par le secteur public qui s'élèvent en 2007 et 2008 respectivement à 129 932 milliards et 154 409 milliards FCFA contre 158 200 milliards en 2006. Cette baisse s'explique par la réduction de la contribution des fonds extérieurs essentiellement gérés par les agents publics. Les fonds extérieurs estimés à 50,1 milliards en 2006 se chiffrent à 22,3 milliards en 2007 et 40,2 milliards en 2008.

Les dépenses exécutées par les agents publics sont financées majoritairement par les fonds publics soit 70,9%. La faiblesse de la part du privé renseigne sur le niveau de collaboration entre les secteurs public et privé. La part des dépenses sur fonds extérieurs reste non négligeable malgré sa chute en 2007 (17,18% contre 31,65% en 2006).

- **Structure de financement des agents publics par source**

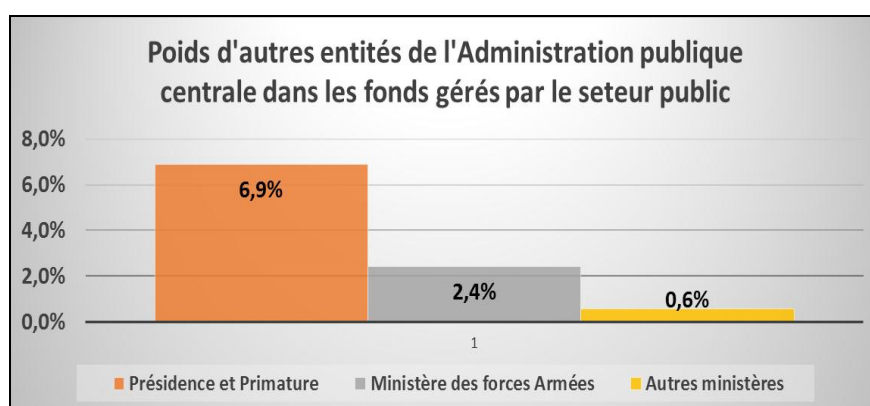
Tableau 8 : Structure de financement des agents du secteur public

	2006		2007		2008	
	Montant	Poids (%)	Montant	Poids (%)	Montant	Poids (%)
Fonds Publics	107 194,50	67,76%	106 849,00	82,23%	112 818,00	73,06%
Fonds privés	932,50	0,59%	762,38	0,59%	1 431,70	0,93%
Fonds extérieurs	50 073,00	31,65%	22 320,50	17,18%	40 159,40	26,01%
Total	158 200	100,00%	129 932	100,00%	154 409	100,00%

Parmi les agents publics, le Ministère de la santé reste naturellement le principal destinataire des ressources avec en moyenne 73,6% du total des fonds orientés vers le secteur public sur la période. Rapportées à la dépense nationale de santé, les ressources gérées par le ministère représentent en moyenne sur la période 38,3%, soit environ 120,17 milliards en 2008, après 95,8 milliards en 2007 et 109,27 milliards en 2006. Le repli de la contribution de l'extérieur entre 2006 et 2007 face à une faible augmentation des ressources du budget de l'Etat a été à l'origine de la baisse des dépenses du Ministère de la santé. En effet, l'analyse du financement des fonds gérés par le ministère en charge de la Santé montre que les ressources du budget de l'Etat sont passées de 75,7 milliards en 2006 à 75,9 milliards en 2007 alors que celles provenant de l'extérieur sont de 19,8 milliards en 2007 contre 33,5 milliards l'année précédente. Cependant, il a été noté une situation inverse entre 2007 et 2008 en ce qui concerne le financement du ministère de la santé sur fonds extérieur celles qui ont progressé de 48%. D'autres entités de l'Administration ont participé dans une moindre mesure à la gestion du financement des activités de la santé, notamment la Présidence de la république, la Primature, le Ministère des forces armées et autres ministères (dont les Ministères de l'Education, de l'intérieur, de la jeunesse et de la justice).

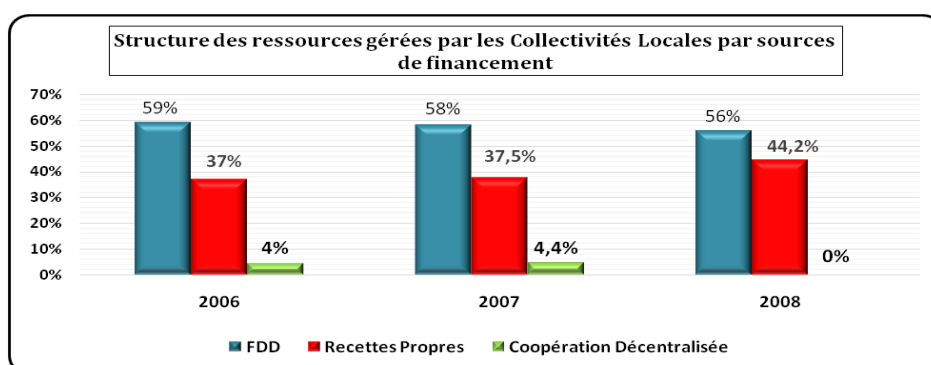
En 2008, la Primature et la Présidence représentent 6,9% des ressources gérées par le secteur public. Une plus grande partie des fonds utilisés par ces Institutions provient du budget de l'Etat avec respectivement 83,1% et 84,1% en 2007 et 2008.

Graphique 6 : Ressources gérées par les autres entités de l'Administration Centrale (Autres Ministères, Primature et Présidence)



Les collectivités locales, dans le cadre de l'exercice des compétences transférées, constituent une partie intégrante du système de financement de la santé. Elles gèrent en moyenne 10,5% des fonds publics sur la période et représentant environ 12,3 milliards FCFA en 2008. Leurs ressources sont composées essentiellement des fonds de dotation de la décentralisation reçus du budget de l'Etat (56% en 2008) et de leurs recettes propres (44% en 2008).

Graphique 7 : Structure des ressources gérées par les collectivités locales



Par ailleurs, une partie des ressources utilisées par le canal du secteur public est destinée à la prise en charge médicale des employés. Ces ressources sont gérées par des « administrations de sécurité sociales ». Elles comprennent : les Organisations de sécurité sociale (Caisse de Sécurité Sociale et Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal), le Ministère de l'Economie et des Finances ou « régime des fonctionnaires » et les Entreprises publiques et parapubliques qui prennent en charge directement leurs employés.

La figure ci-dessous reflète une prédominance du « régime des fonctionnaires » destiné à la prise en charge médicale des agents de l'Etat. Ces ressources dépensées à travers les imputations budgétaires sont à hauteur de 5,1 milliards en 2008 soit plus des deux tiers du total des montants utilisés par les différentes « administrations de sécurité sociales ».

Graphique 8 : Ressources gérées par les régimes d'assurance publics

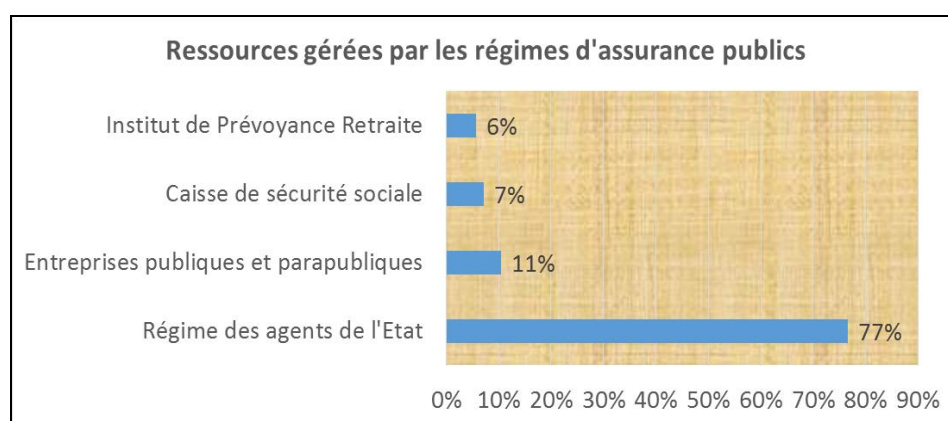


Tableau 9 : Ressources gérées par le secteur public

	2006		2007		2008	
	Poids (%)	Montant millions de FCFA	Poids (%)	Montant millions de FCFA	Poids (%)	Montant millions de FCFA
Secteur Public	100,00%	158 200,76	100,00%	129 932,25	100,00%	154 409,46
Administration centrale	86,40%	136 690,41	87,17%	113 267,22	87,70%	135 415,98
Ministère de la santé	69,08%	109 279,17	73,76%	95 839,82	77,83%	120 169,64

Primature et présidence	14,98%	23 704,76	8,72%	11 333,64	6,89%	10 635,06
Ministère des Forces Armées	2,01%	3 176,06	3,41%	4 426,33	2,41%	3 719,24
Autres Ministères	0,34%	530,41	1,28%	1 667,43	0,58%	892,04
Collectivités locales	8,54%	13 511,14	8,25%	10 713,77	7,96%	12 289,69
Région	1,31%	2 080,08	1,50%	1 946,99	1,37%	2 121,12
Commune	6,29%	9 953,05	5,20%	6 761,88	5,34%	8 238,69
Communautés rurales	0,93%	1 478,02	1,54%	2 004,91	1,25%	1 929,87
Administrations de sécurité sociale	0,58%	921,60	0,47%	10,58	0,56%	865,91
Caisse de sécurité sociale	0,30%	473,08	0,34%	46,06	0,31%	484,75
IPRES (maladie)	0,28%	448,52	0,13%	164,52	0,25%	381,16
Autres régimes d'assurance maladie publics	4,47%	7 077,61	4,11%	5 340,67	3,78%	5 837,88
Régime des fonctionnaires	3,40%	5 372,63	3,56%	4 622,34	3,32%	5 133,32
Entreprises publiques & parapubliques	1,08%	1 704,98	0,55%	718,34	0,46%	704,56

• Structure de financement des agents privés

Les agents privés sont répartis en quatre grandes catégories :

- Les ménages qui paient directement aux prestataires les biens et services de santé qu'ils consomment ;
- Les Institutions d'assurances qui gèrent les fonds reçus des adhérents pour l'achat des biens et services éventuellement consommés par les bénéficiaires. Elles comprennent principalement les sociétés d'assurance privées, les Institutions de Prévoyances maladie et les Mutuelles de santé ;
- Les entreprises privées qui disposent en leur sein des services médicaux au profit des employés ;
- Les Institutions Nationales à but non lucratif qui gèrent des ressources destinées au financement d'activités de santé.

Près de la moitié des ressources utilisées dans le domaine de la santé (48,4% en 2008) est gérée par les agents privés. Les ressources gérées par les ménages représentent plus de 75%

des dépenses financées par le biais des agents privés, soit environ 110 milliards en 2008. Elles constituent les paiements directs auprès des prestataires (ou versements directs des ménages) pour l'achat de biens et services de santé. Rapportés à la dépense nationale de santé, les versements directs des ménages représentent en moyenne 35,1%, soit à peu près le montant des fonds gérés par le Ministère en charge de la Santé.

Cette situation pourrait expliquer la faiblesse du niveau de recours de la population à l'assurance maladie. En 2008, la couverture maladie est plus présente chez la population active du secteur formel à travers les IPM qui ont dépensé en moyenne 10% des ressources gérées par les agents privés, soit la moitié des ressources utilisées par les assurances privées. Pour la même année, les sociétés d'assurance privées occupent une part non moins importante (en moyenne 9%) dans le domaine de l'assurance maladie.

La faible part des mutuelles de santé, en moyenne 3% des dépenses des agents privés, pourrait être expliquée par les types des prestations couvertes.

Tableau 10 : Répartition du financement des agents privés

	2006		2007		2008	
Secteur Privé	100,0%	112 500,2	100,0%	129 594,8	100,0%	144 814,5
Ménages	76,6%	86 134,1	78,2%	101 291,7	75,8%	109 753,7
Institutions d'assurances	20,8%	23 386,5	18,9%	24 553,5	21,5%	31 094,9
Institutions de Prévoyance Maladie	11,0%	12 390,7	9,8%	12 702,9	10,2%	14 784,5
Mutuelles de santé	0,9%	1 004,8	1,0%	1 329,9	1,3%	1 839,9
Autres (dont Fonds de Garantie Automobile)	0,7%	774,1	0,7%	911,2	0,8%	1 134,9
Sociétés d'assurances privées	8,2%	9 216,8	7,4%	9 609,5	9,2%	13 335,6
Entreprises privées	0,5%	515,3	1,1%	1 412,2	1,1%	1 656,0
Institutions Nationales à but non lucratif	2,2%	2 464,3	1,8%	2 337,4	1,6%	2 310,0

III.2 Les transactions entre les agents de financement et les prestataires de services de santé

III.2.1 Dépenses de santé par type d'agent de financement et par prestataire

Les agents de financement se définissent comme les entités qui gèrent les fonds provenant des sources de financement et qui décident de leur utilisation dans le système de santé, que sont les secteurs public, privé et l'extérieur.

Les prestataires se définissent comme les entités qui réalisent un ensemble d'activités comprises dans le champ des CNS à partir des fonds provenant des agents de financement.

Exemple de transaction entre un agent de financement et un prestataire : Quand le ministère en charge de la sante fait des dépenses au profit des hôpitaux, le ministère de la sante est l'agent de financement tandis que l'hôpital représente le prestataire puisqu'il utilise ces fonds pour produire des services de santé.

Tableau 11: Structure des dépenses du Ministère en charge de la Santé par prestataire public de soins (montants en millions de FCFA)

Prestataires	2 006		2 007		2 008	
	Montants	%	Montants	%	Montants	%
Hôpitaux Généraux de niveau 3	13 518	34,31	11 845	38,48	21 609	55,89
Hôpitaux Généraux de niveau 2	11 752	29,8	5 816	18,90	9 650	24,96
Hôpitaux psychiatriques publics	247	0,63	205	0,67	313	0,81
Hôpitaux spécialisés autres que psychiatriques publics	997	2,53	639	2,08	759	1,96
Centre psychiatriques publics	9	0,02	209	0,68	9	0,02
Centres de santé avec ou sans bloc	8 207,61	20,83	8 532,22	27,72	5 057,48	13,08
Postes de santé et maternités	4 666	11,84	3 532	11,48	1 266,75	3,28
Total	39 398	100	30 778	100	38 664	100

Il ressort que sur la période 2006-2008, l'essentiel des dépenses du ministère en charge de la santé au niveau des prestataires de soins publics est orienté vers les hôpitaux généraux et les centres de santé soit plus de 93% en 2008. La hausse de la part consacrée aux postes de santé et maternités au cours des années 2006 et 2007 est due aux dépenses d'investissement ponctuelles en construction et équipement au bénéfice de ces structures.

Comment [C1]: FAUT IL CONSERVER LES CHIFFRES DE 2005 DANS CE RAPPORT

a) Répartition des dépenses des collectivités locales par prestataire public de soins

En plus des dépenses du ministère en charge de la santé par prestataire, il serait intéressant au niveau du secteur public de connaître la structure des dépenses des collectivités locales surtout dans le cadre de la politique de décentralisation.

Les résultats des CNS permettent de disposer de ces informations par type de collectivité locale (conseil régional, commune, communauté rurale)

Tableau 12 : Structure des dépenses des conseils régionaux par prestataire public de soins

Prestataires	2006		2007		2008	
	Montants en millions de FCFA	%	Montants en millions de FCFA	%	Montants en millions de FCFA	%
Hôpitaux Nationaux (niveau 3)	-	0,0	13,24	0,68	-	0,00
Hôpitaux régionaux (niveau 2)	1811,88	87,1	1596,85	82,02	1810,25	85,34
Centres de santé avec bloc opératoire	64,74	3,11	123,23	6,33	13,20	0,62
Centres de santé sans bloc opératoire	40,30	1,94	51,42	2,64	96,96	4,57
Autres Hôpitaux généraux publics	-	0,00	4,65	0,24	10,26	0,48
Administration publique de santé	54,46	2,62	51,41	2,64	158,51	7,47
Poste de santé	9,67	0,47	0,00	0,00	-	0,00
Autres institutions fournissant des services sanitaires connexes (services d'hygiène)	99,03	4,76	106,19	5,45	31,95	1,51
TOTAL	2080	100	1946,99	100	2121,12	100

Il apparaît que l'essentiel des dépenses de santé des conseils régionaux est orienté vers les hôpitaux régionaux conformément aux transferts de compétences dans le cadre de la décentralisation. En effet en 2008, plus de 85% des dépenses des conseils régionaux sont destinées aux hôpitaux de niveau 2, soit une hausse de 3% par rapport à l'année 2007.

La loi portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales en matière de santé précise que la région doit s'occuper de la gestion des hôpitaux régionaux et départementaux mais aussi de l'entretien et de la maintenance de leurs infrastructures, de leurs équipements et logistiques.

Tableau 13 : Structure des dépenses des communes par prestataire public de soins

Prestataires	2006		2007		2008	
	Montants en millions de FCFA	%	Montants en millions de FCFA	%	Montants en millions de FCFA	%
Hôpitaux Nationaux (niveau 3)	240,05	2,41	295,60	4,37	246	2,99
Hôpitaux régionaux (niveau 2)	141,10	1,42	-	0,00	154	1,88
Centres de santé avec bloc opératoire	4 034,80	40,54	3 022,12	44,69	4 090	49,64
Centres de santé sans bloc opératoire	4 701,05	47,23	2 969,60	43,92	3 283	39,84
<i>Centres de planning familial</i>	177,34	1,78	42,78	0,63	79	0,96
Postes de santé	613,63	6,17	415,54	6,15	286	3,48
Autres centres ambulatoires spécialisés	0	0,00	-	0,00	3	0,04
Administration publique de santé	17,43	0,18	10,68	0,16	97	1,18
Autres institutions fournissant des services sanitaires connexes (services d'hygiène)	27,65	0,28	5,56	0,08	-	0,00
TOTAL	9 953,05	100	6 762	100	8 239	100

Les dépenses des communes sont essentiellement orientées vers les centres et postes de santé urbains pour le fonctionnement et l'investissement (constructions, réhabilitations et équipements). Conformément au transfert de compétences dans le cadre de la politique de décentralisation, les dépenses des communes sont orientées vers les centres et postes de santé urbains pour la gestion, l'entretien et l'équipement sans compter les dépenses de construction au profit des postes de santé urbains

La part des dépenses des communes au profit des centres de sante a connu une hausse entre 2006 et 2008 passant ainsi de 87,7% à 89,4%, soit une augmentation de 1,7%.

Tableau 14 : Structure des dépenses des communautés rurales par prestataire

Prestataires	2006		2007		2008	
	Montant	(%)	Montant	pourcentage (%)	Montant	(%)
Centres de santé sans bloc opératoire	0	0,0	81,8	4,08	0	0,00
Postes de santé	1 478,02	100	1 923,11	95,92	1 915	99,44
Administration publique de santé	0	0,0	0	0,0	11	0,56
TOTAL	1 478,02	100%	1923,117843	100%	1926	100%

Le tableau ci-dessus montre que les postes, maternités et cases de santé bénéficient presque de la totalité des dépenses de santé des communautés rurales. Les dépenses des communautés rurales sont orientées à la gestion, l'entretien, la construction et l'équipement des postes, maternités et cases de santé qui bénéficient presque de la totalité de leurs dépenses de santé.

Tableau 15 : Structure des versements directs des ménages par prestataire

Les statistiques sur les dépenses directes des ménages au niveau des prestataires aussi bien publics que privés permettent de disposer des informations pouvant orienter les décideurs dans le cadre de la politique de l'assurance maladie. Le tableau ci-dessous renseigne sur le poids de chaque prestataire dans le versement direct des ménages

Secteurs	Prestataires	2006	2007	2008
Secteur Public	Hôpitaux publics	28,45%	31,99%	31,00%
	Centres de santé publics			
	Centres ambulatoires des autres ministères			
	Postes de santé			
Secteur privé à but non lucratif	Hôpital à but non lucratif	0,78%	0,87%	0,87%
	Postes de santé catholiques			
Secteur privé à but lucratif	Cliniques privées	70,77%	67,14%	68,00%
	Cabinets privés de professionnels de santé			
	Laboratoires d'analyse et imagerie			
	Vente de médicaments			
	Tradipraticiens			
Total		100%	100%	100%

Les versements directs des ménages sont plus importants dans le secteur privé que dans le secteur public avec respectivement 69% et 31% en 2008. Cette situation pourrait s'expliquer en grande partie par les dépenses des ménages au niveau des officines privées qui représentent en moyenne sur la période 2006-2008, 40% des versements directs.

Tableau 16 : Structure des dépenses de prise en charge maladie par prestataire

Prestataires	2006		2007		2008	
	Montants en millions de FCFA	%	Montants en millions de FCFA	%	Montants en millions de FCFA	%
Hôpitaux publics	7 303	28,77	6 917	27,31	0	24,66
Centres de santé publics	1 015	4,00	737	2,91	866	2,73
Cliniques privées à but lucratif et non lucratif	5 612	22,11	5 596	22,10	6 861	21,61
Cabinets privés de professionnels de santé	1 885	7,43	1 842	7,27	1 872	5,90
Postes de santé et maternités	25	0,10	26	0,10	42	0,13
Laboratoires d'analyse et imagerie	2 856	11,25	3 466	13,69	5 272	16,61
Pharmacies privées et opticiens	6 685	26,34	6 743	26,62	9 003	28,36
Total	25 380	100	25 328	100	31 745	100

Les dépenses de santé des systèmes d'assurance maladie sont orientées en grande partie vers les officines privées, les hôpitaux publics, les cliniques privées et dans une moindre mesure vers les laboratoires d'analyses et d'imagerie médicale.

En 2008, les officines, les cliniques privées et les hôpitaux ont bénéficié de 74,64% des dépenses des systèmes d'assurance. Il ressort également que les prestataires du secteur privé ont plus bénéficié des fonds provenant des systèmes d'assurance.

Une baisse régulière de la proportion des dépenses de ces systèmes d'assurance a été notée au niveau des hôpitaux. En outre, on constate une hausse de la part des dépenses des assurances au niveau des pharmacies privées passant de 26,34% en 2006 à 28,36% en 2008 soit une augmentation de 2,02%. Cette même tendance est remarquée au niveau des laboratoires et imageries médicales allant de 11,25% en 2006 à 16,61% en 2008 soit 5,36% de plus.

Tableau 17 : Structure des dépenses des Institution de Prévoyance Maladie (IPM) par prestataire

Prestataires	2006		2007		2008	
	Montants en millions de FCFA	%	Montants en millions de FCFA	%	Montants en millions de FCFA	%
Hôpitaux publics	1 334,20	11,90	1 749,35	15,19	1 484,60	10,96
Centres de santé publics	999,05	8,91	717,90	6,23	840,63	6,21
Cliniques privées à but lucratif et non lucratif	1 933,70	17,25	2 105,50	18,28	2 584,69	19,09
Cabinets privés de professionnels de santé	1 433	12,78	1 432,76	12,44	1 432,76	10,58
Laboratoires d'analyse et imagerie	848	7,57	848	7,37	926	6,84
Pharmacies privées et opticiens	4 662	41,59	4 662	40,48	6 273	46,33
Total	11 210	100%	11 516	100%	13 542	100%

Les dépenses des IPM sont orientées vers les officines privées à hauteur de 43%. Les cliniques et cabinets privés absorbent en moyenne 30% et les hôpitaux publics 13%. Entre 2007 et 2008, il faut noter une forte augmentation de 6% de la part des dépenses des IMP au niveau des pharmacies privées contrairement aux hôpitaux publics où une baisse de 4% est constatée durant la même période.

Tableau 18 : Structure des dépenses des Mutuelles de santé par prestataire

Prestataires	2006		2007		2008		Moyenne en %
	Montants millions de F CFA	%	Montants en millions de F CFA	%	Montants en millions de F CFA	%	
Hôpitaux publics	315	43,63	364	34,65	685	49,40	42,56
Centres de santé publics	8	1,09	12	1,11	15	1,10	1,10
Cliniques privées à but lucratif et non lucratif	25	3,50	31	3,00	32	2,27	2,92
Cabinets privés de professionnels de santé	36	4,95	32	3,01	3	0,23	2,73
Poste de santé	25	3,49	26	2,51	42	3,01	3,00
Laboratoires d'analyse et imagerie	237	32,84	502	47,78	488	35,15	38,59
Pharmacies privées et opticiens	76	10,50	84	7,95	123	8,84	9,10
Total	722	100	1 051	100	1 387	100	100

Les mutuelles de santé concentrent leurs dépenses au niveau des hôpitaux publics et des laboratoires d'analyses et d'imagerie médicale respectivement en moyenne 42,56% et 38,59%. Au niveau des hôpitaux, une baisse de près de 9% en 2007 est notée avant la hausse d'environ 15% en 2008. Cependant la part des dépenses consacrées aux postes de santé reste stable à 3% en moyenne. Quant aux centres de santé la proportion est en moyenne de 1% entre 2006 et 2008. Par ailleurs, il faut noter la tendance à la baisse des dépenses des

mutuelles de santé vers les officines privées passant de 10,50% en 2006 à 8,84% en 2008 soit une baisse de 1,76%.

T

Tableau 19 : Structure des dépenses des Sociétés d'Assurance Privées par prestataire

Prestataires	2006		2007		2008		Moyenne en %
	Montants en millions de F CFA	%	Montants en millions de F CFA	%	Montants en millions de F CFA	%	
Hôpitaux publics	1 165	15,62	1 165	14,84	1 439	12,90	14,45
Centres de santé publics	8	0,11	8	0,10	10	0,09	0,10
Cliniques privées à but lucratif et non lucratif	2 767	37,11	2 767	35,25	3 419	30,64	34,33
Cabinets privés de professionnels de santé	134	1,80	134	1,71	166	1,49	1,67
Laboratoires d'analyse et imagerie	1 770	23,74	2 116	26,96	3 858	34,58	28,43
Pharmacies privées et opticiens	1 611	21,61	1 658	21,13	2 267	20,31	21,02
Total	7 455	100	7 848	100	11 159	100	100

Ces résultats reflètent une tendance à la baisse des dépenses de santé des sociétés d'assurance privées vers les prestataires à l'exception des laboratoires d'analyses et d'imagerie médicale qui enregistrent une hausse de 10,84% entre 2006 et 2008.

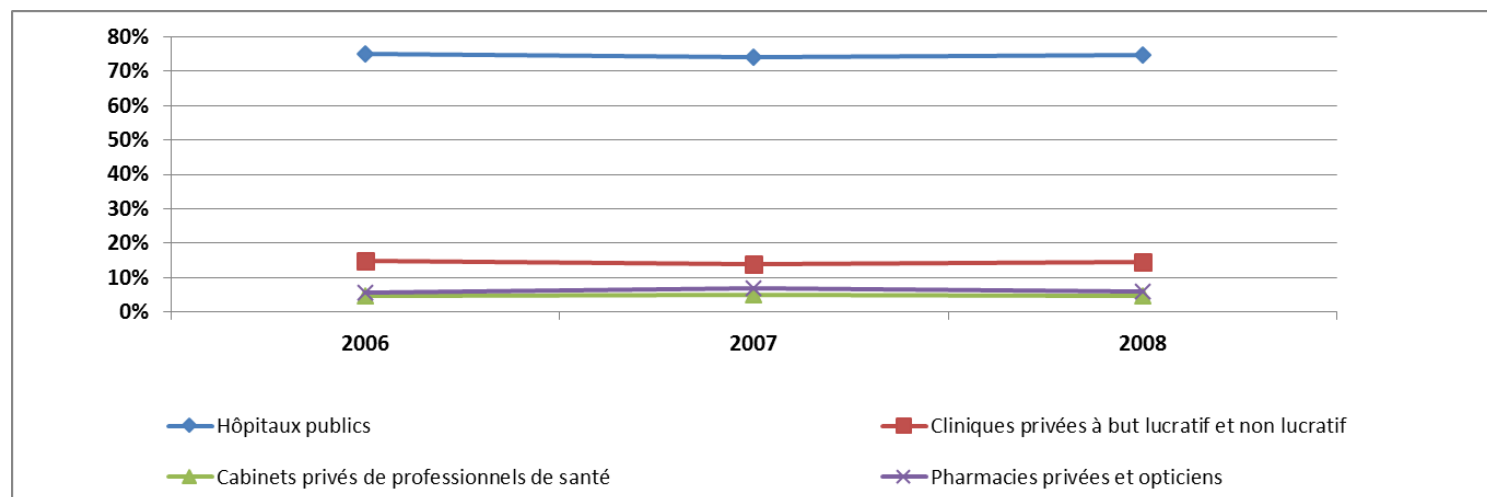
Il est à noter la forte part des dépenses des Sociétés d'Assurance Privées (SAP) vers les prestataires du secteur privé. En 2008, plus de 87% de des dépenses leur sont consacrées.

Tableau 20 : Structure des dépenses des systèmes d'assurance publics par prestataire

Prestataires	2006		2007		2008		Moyenne
	Montants en millions de F CFA	%	Montants en millions de F CFA	%	Montants en millions de F CFA	%	
Hôpitaux publics	4 488,83	74,90	3 638,91	74,06	0,00	74,61	74,53
Cliniques privées à but lucratif et non lucratif	885,97	14,78	692,55	14,10	826,62	14,61	14,50
Cabinets privés de professionnels de santé	282,33	4,71	242,90	4,94	269,75	4,77	4,81
Pharmacies privées et opticiens	335,60	5,60	338,82	6,90	339,93	6,01	6,17
Total	5 993	100	4 913	100	5 657	100	100

Les résultats ci-dessus montrent une certaine constance dans l'évolution du niveau des dépenses de santé des systèmes d'assurance (IPRES, CSS et IB) vers les prestataires. Les hôpitaux publics absorbent une part importante, en moyenne 74,53%.

Graphique 9 : Evolution de la part des dépenses des régimes d'assurance publics vers les prestataires



III.3 Les transactions entre les agents de financement et les fonctions

Les transactions entre agents de financement et fonctions montrent la répartition de la dépense de santé par type d'agent de financement et par fonction. Les fonctions sont les biens et services produits par les prestataires de soins de santé, les institutions et autres acteurs impliqués.

Tableau 21 : Evolution de la dépense Nationale de Santé par fonction

Fonctions	2006	2007	2008
Services de soins curatifs	23,22%	24,58%	24,90%
Services de réadaptation	0,16%	0,07%	0,06%
Services auxiliaires	8,38%	10,45%	11,08%
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	20,51%	24,52%	22,70%
Service de prévention et de santé publique	13,86%	11,05%	13,48%
Administration de la santé et Assurance Maladie	13,63%	18,06%	16,80%
Construction, équipement et réhabilitation	18,19%	9,24%	9,21%
Autres services sanitaires connexes	2,04%	2,04%	1,77%
TOTAL	100%	100%	100%
Dépense Nationale de Santé (DNS)	275 805 261 435	264 614 632 524	308 377 406 411

La structure fonctionnelle de la dépense nationale de santé sur la période 2006-2008 permet de constater que près de 50% de la DNS est orientée vers les soins curatifs et les biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires. Les médicaments constituent l'essentiel des dépenses consacrées aux biens médicaux. En 2006, la part de la DNS consacrée à l'investissement représente le double des années qui suivent.

Il convient de souligner la part relativement faible des services connexes de la santé constitués principalement des dépenses liées à la formation continue et la recherche.

Il en est de même pour la part consacrée aux dépenses de prévention qui a connu une baisse passant de 22,2% en 2005 contre 13,48% en 2008 soit 8,72% de moins.

Tableau 22 : Dépense Nationale de santé par fonction

Fonctions	2006	2007	2008
Services de soins curatifs	64 046 319 036	65 042 273 812	76 786 546 767
Services de réadaptation	437 850 363	190 007 928	197 187 619
Services auxiliaires	23 124 754 929	27 649 848 253	34 162 311 036
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	56 579 705 219	64 884 033 826	70 010 319 244
Service de prévention et de santé publique	38 231 184 960	29 229 190 377	41 554 063 844
Administration de la santé et Assurance Maladie	37 601 367 999	47 789 608 081	51 822 639 124
Construction et équipements	50 165 253 758	24 443 019 380	28 395 044 208
Autres services sanitaires connexes	5 618 825 172	5 386 650 868	5 449 294 570
Total	275 805 261 435	264 614 632 524	308 377 406 411

Tableau 23 : Répartition des dépenses du ministère de la santé par fonction ou service de santé

Services de santé	2006	2007	2008
Service de prévention et santé publique	22%	14%	21%
Soins curatifs	15%	19%	20%
Investissements	28%	21%	21%
Administration de la santé et de l'assurance maladie	28%	42%	36%
Formation continue	2%	2%	1%
Autres	5%	3%	2%
Total	100%	100%	100%

Les dépenses du ministère de la santé consacrées à la formation restent relativement faibles.

Tableau 24 : Structure des dépenses des collectivités locales par fonction

Services de santé	2006	2007	2008
Service de prévention et santé publique	5,74%	4,31%	5,50%
Soins curatifs	58,06%	46,60%	63,14%
Investissements	22,52%	12,47%	9,03%
Administration de la santé et de l'assurance maladie	0,53%	0,57%	1,06%
Formation continue	0,34%	0,30%	0,52%
Médicaments	12,09%	33,77%	18,71%
Autres	0,72%	1,99%	2,04%
Total	100%	100%	100%

Les collectivités locales consacrent plus d'effort au financement des soins curatifs, à la construction, à l'équipement et à la dotation en médicaments. En 2008, ces dépenses représentent 90,88%.

La part relativement élevée des dépenses d'investissement en 2006 (22,5%) s'explique en grande partie par les dépenses de construction et de réhabilitation des communes et communautés rurales au profit des postes et centres de santé (Budget consolidé d'investissement décentralisé).

Les dépenses de prévention réalisées par les collectivités locales concernent les services de santé maternelle et infantile au niveau des structures publiques de santé.

Tableau 25 : Structure des paiements directs des ménages par fonction

Services et biens de santé	2006	2007	2008
Médicaments	54,28%	52,33%	50,53%
Services de soins curatifs	25,12%	25,78%	24,37%
Services auxiliaires	18,73%	20,40%	22,96%
Services de réadaptation	0,10%	0,06%	0,04%
Appareils thérapeutiques & autres biens médicaux durables	0,30%	0,42%	1,65%
Service de prévention et santé publique	1,45%	1,00%	0,43%
Autres	0,03%	0,02%	0,02%
Total	100%	100%	100%

En 2008, plus de la moitié des dépenses directes des ménages (50,53%) est consacré à la consommation de médicaments qui constitue le principal fardeau des populations en matière de dépenses en santé. Cette situation peut contribuer à l'appauvrissement des ménages.

Ces résultats édifient également sur l'importance qu'il faut accorder aux médicaments dans le financement de la santé surtout pour les groupes vulnérables, pauvres.

Les dépenses des ménages pour les services auxiliaires (radio et labo) représentent une part non négligeable des dépenses directes des ménages (près de 21% en moyenne, sur la période).

Tableau 26 : Structure des dépenses des systèmes d'assurance publics et privés par fonction

Fonctions	2006	2007	2008
Services de soins curatifs	45,07%	40,25%	38,10%
Services auxiliaires	18,87%	21,97%	22,93%
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	23,87%	25,10%	26,73%
Service de prévention et de santé publique	1,90%	1,95%	1,55%
Administration de la santé et Assurance Maladie	10,29%	10,72%	10,69%
Total	100%	100%	100%
	31 371 418 496	30 489 746 065	37 784 693 184

Les dépenses de santé des systèmes d'assurances sont essentiellement orientées vers les soins curatifs, les biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires composées pour la plupart des médicaments, les services d'aide au diagnostic (analyse et imagerie médicale) soit en 2008 respectivement 38,10%, 26,73% et 22,93%.

Les dépenses consacrées aux soins curatifs entre 2006 et 2008 ont connu une baisse relative de l'ordre 6,97%. Cependant, celles relatives aux services auxiliaires et biens médicaux ont subi une hausse durant la même période respectivement de 4,06% et 2,86%.

Tableau 27 : Structure des dépenses des IPM par fonction

Fonctions	Structure fonctionnelle des dépenses des IPM		
	2 006	2 007	2 008
Services de soins curatifs	20,43%	20,64%	18,44%
Services auxiliaires	30,87%	31,55%	28,34%
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	42,42%	41,64%	47,53%
Administration de la santé et Assurance Maladie	6,28%	6,18%	5,69%
Total	100%	100%	100%
	12 390 727 725	12 702 899 631	14 784 523 294

L'essentiel des dépenses de santé des IPM est consacré entre 2006 et 2008 à la prise en charge des biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires, les services auxiliaires et les soins curatifs. Ces trois catégories de dépenses représentent à elles seules, plus de 94% en 2008.

Tableau 28 : Structure des dépenses des Mutuelles de santé par fonction

Fonctions	Structure fonctionnelle des dépenses des Mutuelles de santé		
	2006	2007	2008
Services de soins curatifs	25,51%	18,10%	25,56%
Services auxiliaires	29,51%	42,70%	32,37%
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	17,78%	18,59%	17,87%
Service de prévention et de santé publique	0,32%	0,25%	0,10%
Administration Assurance Maladie	26,88%	20,37%	24,11%
Total	100%	100%	100%
	1 004 806 469	1 329 901 995	1 839 880 809

Les dépenses des mutuelles de santé sont plutôt orientées vers les biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires, les services curatifs et auxiliaires et les dépenses d'administration. Ces dépenses concernent les mutuelles communautaires et d'envergure nationale.

Tableau 29: Structure des dépenses des Sociétés d'Assurance Privées par fonction

Fonctions	Structure fonctionnelle des dépenses des SAP		
	2006	2007	2008
Services de soins curatifs	44,19%	42,38%	37,73%
Services auxiliaires	19,21%	22,02%	28,93%
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	17,48%	17,26%	17,00%
Service de prévention et de santé publique	0,01%	0,01%	0,01%
Administration de la santé et Assurance Maladie	19,11%	18,33%	16,32%
Total (Montants en FCFA)	100%	100%	100%
	9 216 837	9 609 494	13 335 602
	110	969	163

Les résultats montrent la part relativement élevée des dépenses des sociétés d'assurance privées consacrées aux services curatifs. Toutefois, cette proportion a connu une légère baisse entre 2006 et 2008 passant ainsi de 44,19% à 37,73% soit 6,43%.

III.3 Les transactions entre les prestataires et les fonctions

Les transactions entre les prestataires et les fonctions renseignent sur la valeur des types de biens et services (fonctions) fournis par les prestataires en échange des fonds reçus. Elles permettent de faire une analyse fonctionnelle des dépenses des prestataires de santé et répondent à la question « qui fournit quel type de biens de services dans le système de santé et pour quel montant ».

Tableau 30: Répartition fonctionnelle des dépenses de santé des prestataires publics

Services et biens de santé	2005	2006	2007	2008
Soins curatifs	65,2%	44,1%	52,7%	56,8%
Services de prévention et santé publique	9,0%	2,4%	3,0%	2,0%
Construction et Equipement	23,6%	40,3%	22,3%	20,2%
Services auxiliaires	1,0%	6,4%	8,2%	8,9%
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires (dont médicaux)	0,3%	6,6%	13,5%	11,6%
Autres dont Administration	0,8%	0,3%	0,3%	0,5%
<i>Total</i>	100%	100%	100%	100%

D'une manière générale, les résultats montrent que les prestataires publics consacrent plus de la moitié de leurs dépenses dans les soins curatifs avec une progression de 12,7% sur la période 2006 - 2008. Les dépenses d'investissement quant à elles tournent autour de 20%. En 2006, le montant des dépenses d'investissement a presque doublé soit 40,3%. Les dépenses des prestataires en service de prévention n'atteignent pas les 5%, elles se situent autour de 2 à 3%.

Tableau 31 : Répartition fonctionnelle des dépenses des hôpitaux publics

Hôpitaux	2006	2007	2008
Services de soins curatifs	47%	60%	59%
Services auxiliaires	8%	13%	11%
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	3%	6%	5%
Construction et équipement	42%	21%	25%
TOTAL	100%	100%	100%

L'analyse de la structure fonctionnelle des dépenses des hôpitaux montre le poids relativement élevé des dépenses consacrées aux soins curatifs. Il a connu une fluctuation durant la période avec une progression de 13% entre 2006 et 2007 et une baisse de 1% en 2008.

Les dépenses d'investissement relatives aux constructions et aux équipements ont connu une baisse de près de 50% entre 2006 et 2008.

Tableau 32 : Répartition fonctionnelle des dépenses des centres de santé

Fonctions	2006	2007	2008
Services de soins curatifs	50%	50%	57%
Services auxiliaires	3%	2%	4%
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	12%	19%	20%
Service de prévention et de santé publique	4%	7%	11%
Construction et équipement	31%	21%	8%
Autres Services Sanitaires Connexes	1%	1%	1%
TOTAL	100%	100%	100%

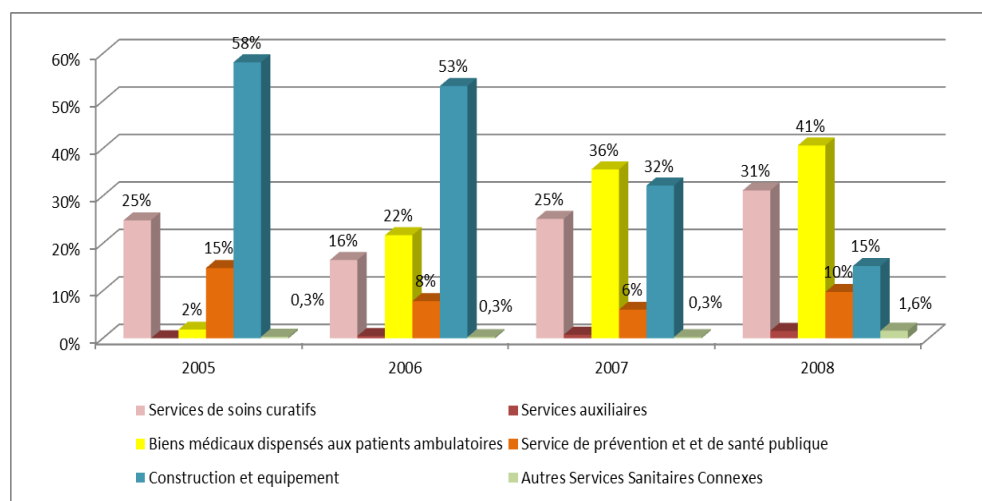
La répartition fonctionnelle des dépenses au niveau des centres de santé montre que les services de soins curatifs ont augmenté de 7% durant la période et représentent plus de la moitié des dépenses, soit 57% en 2008. Le poids des dépenses des services de prévention a certes augmenté progressivement de 3% entre 2006 et 2007 et de 4% entre 2007 et 2008 mais le niveau reste faible. Les constructions et les équipements ont baissé de manière considérable passant de 31% en 2006 à 8% en 2008.

Tableau 33 : Répartition fonctionnelle des dépenses des postes de santé / maternités

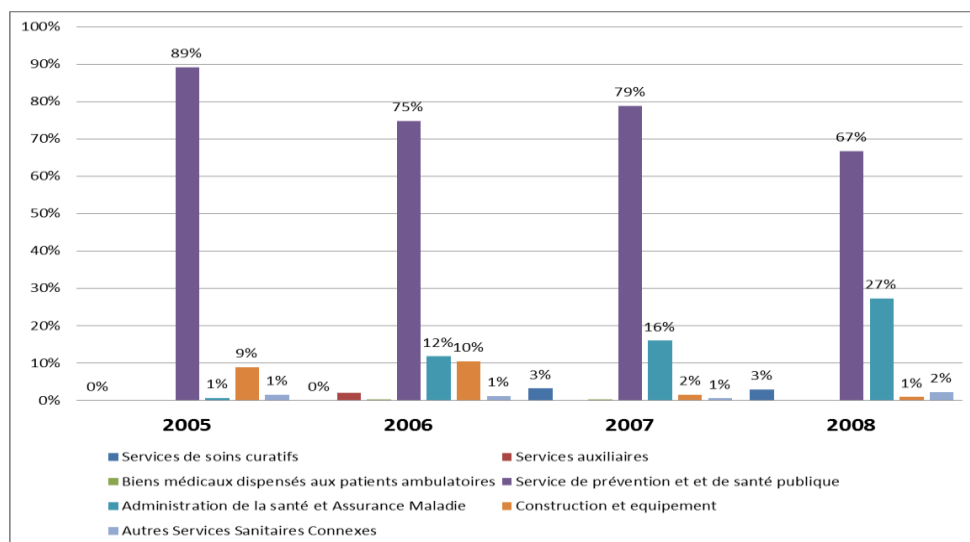
POSTES DE SANTE / MATERNITES	2006	2007	2008
Services de soins curatifs	16%	25%	31%
Services auxiliaires	0%	1%	2%
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	22%	36%	41%
Service de prévention et de santé publique	8%	6%	10%
Construction et équipement	53%	32%	15%
Autres Services Sanitaires Connexes	0%	0%	2%
TOTAL	100%	100%	100%

La répartition fonctionnelle des dépenses des postes de santé et des maternités révèle que les services de soins curatifs ont presque doublé sur la période. La progression de la part des dépenses consacrées aux biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires est constante et se situe autour de 19%, tandis que celle relative à la prévention connaît une légère hausse avoisinant 2%. Les dépenses en construction et équipement ont connu une baisse de 38%.

Graphique 10 : Evolution des dépenses par fonction des postes de santé/maternités



Graphique 11 : Répartition fonctionnelle des dépenses par fonction des Programmes de santé



La répartition fonctionnelle des dépenses des programmes révèle une progression de 5% entre 2006 et 2007 des services de prévention et une baisse de 12% entre 2007 et 2008. Ce poste de dépenses représente une part importante, alors que celui concernant les services curatifs varie en terme relatif autour de 3%. Cette situation illustre la priorité accordée par les programmes aux services de prévention.

Le poids des dépenses destinées à l'administration de la santé avoisine le tiers des dépenses des programmes de santé, soit 27%. Il connaît une augmentation de 15% entre 2006 et 2008.

Tableau 34 : Répartition fonctionnelle des dépenses de santé des prestataires privés

Services et biens de santé	2006	2007	2008
Services de soins curatifs	23%	22%	23%
Réadaptation en mode ambulatoire	1%	0%	0%

Services auxiliaires	5%	6%	5%
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	59%	58%	61%
Service de prévention et de santé publique	5%	3%	5%
Administration santé et Assurance maladie	4%	4%	5%
Construction et équipement	1%	3%	0%
Autres services sanitaires connexes	2%	4%	2%
TOTAL	100%	100%	100%

Les prestataires privés consacrent plus de la moitié de leurs dépenses dans l'achat de biens médicaux, qui passent de 59% en 2006 à 61% en 2008. Cet effort pourrait contribuer à l'amélioration de la qualité des services offerts. La faible part des dépenses d'investissement dans les structures privées sur la période pourrait se justifier par le renouvellement peu fréquent du matériel qui est souvent acquis et maintenu en bon état.

Tableau 35 : Répartition fonctionnelle des dépenses de santé des cabinets

Services et biens de santé	2006	2007	2008
Services de soins curatifs	63%	60%	69%
Services auxiliaires	28%	34%	28%
Service de prévention et de santé publique	9%	6%	2%
Autres Services de santé	0%	0%	1%
Total	100%	100%	100%

La proportion des dépenses de santé en soins curatifs au niveau des cabinets représente plus de 50% des dépenses sur les trois années. Elle a connu une faible baisse d'environ 3 % entre 2006 et 2007 et une progression de 9% en 2008. Celle concernant les dépenses de prévention a chuté de 3% entre 2006 et 2007 et de 4% entre 2007 et 2008.

**Tableau 36 : Répartition fonctionnelle des dépenses de santé des cliniques
(Montants en FCFA)**

Biens et services de santé	2006	2007	2008
Services de soins curatifs	6 242 391 618	5 709 606 565	7 414 305 461
Services auxiliaires	1 317 738 482	1 813 420 388	1 697 309 556
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	386 700 937	438 290 316	486 385 555
Service de prévention et de santé publique	62 780 257	60 174 490	61 855 233
Construction et équipement	0	199 883 000	0
Autres Services Sanitaires Connexes	0	24 500 000	0
TOTAL	8 009 611 295	8 245 874 758	9 659 855 804

Les dépenses de santé des cliniques sont plus axées sur les soins curatifs, 78% en 2006, 68% en 2007 et 77% en 2008. Cette situation pourrait s'expliquer par les coûts des prestations. Au niveau des services auxiliaires, elles sont de l'ordre de 16% en 2006 et de 27% en 2007 et 18% en 2008.

Recommandations

A. Par rapport aux résultats

1. Développer des mécanismes de financement pour alléger les dépenses des ménages en médicaments, en soins hospitaliers et en services d'aide au diagnostic (imagerie et analyse médicale) ;
2. Encourager la prescription des médicaments génériques essentiels ;
3. Renforcer les mécanismes d'assurance maladie pour une réduction des paiements directs ;
4. Renforcer le partenariat entre les secteurs public et privé en vue d'améliorer l'accès aux biens et services fournis par les prestataires privés (officines privées, cliniques et cabinets privés, postes de santé privés catholiques, etc.) ;
5. Promouvoir une approche multisectorielle pour une meilleure résolution des problèmes de santé ;
6. Mener un plaidoyer à l'endroit des collectivités locales pour le financement de la santé ;

B. Pour l'institutionnalisation

7. Renforcer la ligne budgétaire des CNS pour une élaboration régulière ;
8. Veiller à l'intégration des besoins d'informations des CNS dans les enquêtes ménages ;
9. Intégrer les besoins d'informations des CNS dans les outils de collecte du système d'information sanitaire national ;
10. Renforcer le plaidoyer auprès des acteurs concernés et des producteurs de données sur l'importance des CNS ;

EVOLUTION DE QUELQUES INDICATEURS CNS 2005- 2008

Indicateurs	Intitulés	Formules	Résultats			
			2005	2006	2007	2008
Indicateurs généraux	Dépense Nationale de Santé (DNS)	Total Dépenses Santé (en millions de FCFA)	254 196	275 805	264 614	308 377
	Taux d'évolution DNS	(DNS Année n+1-DNS Année n)/DNSn		8,50%	-4,06%	16,54%
	Dépenses totales de santé (DTS)	Total des dépenses de santé (hors HCR2 jusqu'à HCR5 en millions de FCFA))	270 186	270 186	259 227	293 741
	Dépenses totales de santé per capita	DTS / population du Sénégal	24 976	24 391	22 853	25 289
	Taux d'évolution DTS per capita			-2,34%	-6,30%	10,66%
	Population du Sénégal	Estimation ANSD/MEF	10 817 844	11 077 484	11 343 328	11 615 586
	Part des dépenses totales de santé dans le PIB	DTS / PIB	6,39%	5,54%	4,85%	4,88%
Indicateurs de contribution au financement	Contribution de l'Etat dans la dépense totale de santé	Fonds publics (FS1) / dépense totale de santé	33,81%	40,80%	42,80%	39,59%
	Contribution des partenaires extérieurs à la Dépense Totale de Santé	Fonds des partenaires extérieurs (FS3) / DTS	19,77%	21,01%	10,96%	17,35%
	Contribution du privé dans la dépense totale de santé	Fonds privés/DTS	40,50%	40,27%	48,32%	48,04%

	Contribution des partenaires extérieurs à la Dépense publique de santé (<i>indicateur de dépendance</i>)	Fonds des partenaires gérés par l'Etat (FS3/HF1) / Total Dépenses publiques de santé	31,12%	31,65%	17,18%	26,01%
	Contribution des ménages à la dépense totale de santé	Fonds des ménages (directes et indirectes) (FS 2.2.1) / DTS	35,36%	36,54%	44,32%	43,06%
	Part des contributions extérieures gérées par l'État dans le total des contributions extérieures	Contributions extérieures gérées l'Etat / Total contributions extérieures	78,22%	88,19%	78,58%	78,82%
Indicateurs financiers de couverture médicale	Contribution des assurances commerciales à la dépense de santé privée	Dépenses des assurances / Total dépenses privées	9,99%	8,19%	7,42%	9,21%
	Contribution des mutuelles à la dépense de santé privée	Dépenses des mutuelles de santé / Total dépenses privées	1,21%	0,89%	1,03%	1,27%
	Contribution des IPM à la dépense de santé privée	Dépenses des IPM / Total des dépenses privées	7,65%	11,01%	9,80%	10,21%
	Part des mutuelles de santé dans le secteur des assurances privées	Dépenses des mutuelles de santé / Total des dépenses des assurances privées	6,23%	4,30%	5,42%	5,92%
	Part des IPM dans le secteur des assurances privées	Dépenses des IPM / Total des dépenses des assurances privées	39,45%	52,98%	51,74%	47,55%
	Part des sociétés d'assurances privées (SAP) dans le secteur des assurances privées	Dépenses des SAP / Total des dépenses des assurances privées	51,52%	39,41%	39,14%	42,89%
	Part des paiements directs en % des DTS	Total paiements directs/DTS	31,22%	31,88%	39,07%	37,36%

	Part des paiements directs des ménages dans les dépenses privées (ménages + assurances)	Paiement direct des ménages (HF2.3) / Total dépenses directes et indirectes des ménages (FS2.2.1 ou fonds des ménages)	88,31%	87,24%	88,16%	86,77%
	Part des médicaments dans les versements directs	Total versements directs en médicaments/Total versements directs	48,79%	54,28%	52,33%	50,53%
Indicateurs de répartition des dépenses au niveau de la pyramide sanitaire	Part du financement public vers les postes de santé et maternités rurales dans le financement public des prestataires de soins publics	Dépenses publiques vers les postes de santé et maternités rurales / Dépenses publiques vers les prestataires publics de soins (programmes Publics, Labos régionaux pub., CNTS non compris)	10,17%	8,90%	11,25%	5,68%
	Part du financement public vers les centres de santé dans le financement public des prestataires publics de soins	Dépenses publiques vers les centres de santé / Dépenses publiques vers les prestataires publics de soins (Programmes Publics, CNTS non compris dans le dénominateur)	37,13%	22,41%	28,33%	20,50%
	Part du financement public vers le niveau périphérique (districts = postes de santé et centres de santé) dans le financement public des prestataires publics de soins	Dépenses publiques vers les centres et postes de santé / Dépenses publiques vers les prestataires publics de soins (Programmes Publics, CNTS non compris dans le dénominateur)	47,30%	31,31%	39,58%	26,18%
	Part du financement public vers les hôpitaux dans le financement public des prestataires publics de soins	Dépenses publiques vers les hôpitaux publics / Dépenses publiques vers les prestataires publics de soins	51,28%	67,50%	58,65%	71,92%

	Dépenses des administrations publiques en santé (DGS) en % des DTS	Total des dépenses en santé des administrations publiques (HF1)/DTS	49,70%	58,55%	50,12%	52,57%
	Dépenses du secteur privé en santé (DPvS) en % des DTS	Total dépenses en santé du secteur privé (HF2) /Dépenses totales de santé	40,73%	41,64%	49,99%	48,74%
Indicateurs sur les fonctions de santé	Total des dépenses consacrées aux soins curatifs en milieu hospitalier en % des DTS	Total dépenses en soins curatifs/DTS	17,72%	23,70%	25,09%	26,14%
	Soins curatifs en milieu hospitalier financés par les administrations publiques en % du total des soins curatifs hospitaliers	Total soins curatifs en milieu hospitalier financés par les agents publics (HF1XHC11)/Total soins curatifs en milieu hospitalier (HC11)	50,48%	69,76%	62,62%	69,76%
	Services de prévention et de santé publique en % des DTS	Total dépenses pour les services de prévention et santé publique (HC 6)/DTS	20,88%	14,15%	11,28%	14,15%
	Dépenses privées en produits pharmaceutiques en % des DTS	Total (HF2XHC51)/DTS	16,86%	19,71%	22,87%	21,77%
	... Formation de capital (HC.R.1) en % des DTS	Total investissements (construction, réhabilitation, équipement) en santé/DTS	10,31%	18,57%	9,43%	9,67%

	... Soins curatifs ambulatoires (HC.1.3) en % des DTS	Total soins curatifs ambulatoires/DTS	12,19%	10,64%	12,56%	12,54%
 Dépenses en capital des administrations publiques (HF.1 X HC.R.1) en % des dépenses totales des administrations publiques	Total dépenses en capital des administrations publiques/Total dépenses administrations publiques	19,53%	31,48%	18,43%	19,17%

☐ **Annexe : Personnel ayant participé à l'exercice des CNS 2006-2008**

☐ **Personnel Technique**

Dr Siaka COULIBALY, Chef de division Planification à la DPRS/MSAS
M. Arona MBENGUE, Point focal CNS : Div. Planification DPRS/MSAS
M. Magor SOW : CACMU/MSAS
M. Abou AW : DB/MEF
Mme Ndèye Fatou TALL : Chef de division Partenariat à la DPRS/MSAS
M. Cheikh Moustahine SARR : Div. Planification DPRS/MSAS
Mme Ndèye Fama SALL NGAÏDO : Div. Planification DPRS/MSAS
M. Habib SAMBOU : Div. Partenariat DPRS/MSAS
M. Ibrahima Alioune SALL : DPRS/MSAS
M. Pape Ousmane MBOW : DGS/MSAS
Dr Abibou CISSE, Direction des Etablissements Publics de Santé/MSAS
M. Cheikh Oumar BA : Direction des Etablissements Publics de Santé/MSAS
M. Alioune Badara SONKO : Chef BSB/DAGE/MSAS
M. Khalifa DIENG : Chef BAF/DAGE/MSAS
Mme Nafissatou BALDE, Div. Recherche/DS/MSAS
Mme Sophiétou GUEYE : CACMU/MSAS
Dr Farba Lamine SALL : OMS

☐ **Personnel de Gestion**

Mme Absatou THIAM (Ex : gestionnaire CAFSP/MSAS) et M. Seydou Nourou NDIAYE/ gestionnaire à la DPRS/MSAS

☐ **Personnel d'appui**

Mme Khady CISSOKHO/DPRS
Mme Agnès THIAKANE NDIAYE/CACMU
Mme Khady DIENG CISSOKHO (Ex Agent CAFSP et CAMU, actuellement en retraite)
M. Assane KA
M. Ousseynou MBAYE : DPRS/MSAS
M. Ndiaga DIOP : DPRS/MSAS
*PS : * = Ancien personnel de la CAFSP présentement en service dans d'autres structures*

COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE DU SENEGAL ANNEE 2005

Collecte des données

Superviseurs Enquêtes Equipe Technique

M. Arona MBENGUE DPRS/MSAS, M. Magor SOW : CACMU/MSAS

☐ **Enquêteurs de l'Equipe technique**

Dr Siaka COULIBALY, Chef de division Planification à la DPRS/MSAS
M. Arona MBENGUE, Point focal CNS : Div. Planification DPRS/MSAS
M. Magor SOW : CACMU/MSAS
M. Abou AW : DGF/MEF
Mme Ndèye Fatou TALL : Chef de division Partenariat à la DPRS/MSAS
M. Cheikh Moustahine SARR : Div. Planification DPRS/MSAS
Mme Ndèye Fama SALL NGAÏDO : Div. Planification DPRS/MSAS
M. Habib SAMBOU : Div. Partenariat DPRS/MSAS
M. Ibrahima Alioune SALL : DPRS/MSAS
M. Pape Ousmane MBOW : DGS/MSAS
Dr Abibou CISSE, Direction des Etablissements Publics de Santé/MSAS
M. Cheikh Oumar BA : Direction des Etablissements Publics de Santé/MSAS
M. Alioune Badara SONKO : Chef BSB/DAGE/MSAS
M. Khalifa DIENG : Chef BAF/DAGE/MSAS
Mme Nafissatou BALDE

☐ **Superviseur Enquête des IPM**

M. Cheikh Ibra FALL Représentant de l'Association des Gérants d'IPM du Sénégal

☐

Superviseur Enquête des Mutuelles de santé

M. André WADE GRAIM (Groupe de Recherche et d'Appui aux initiatives mutualistes)

☐

Superviseurs Enquêtes déléguées à l'ANSD

M. Abou AW (ANSD), M. Mamadou GUEYE (ANSD), M. Arona MBENGUE DPRS/MSAS, M. Magor SOW : CACMU/MSAS

☐ **Chefs d'équipe enquêteurs ANSD**

Birame SARR, Mor Khary FALL, Issaga Yéro DIA, M'baye DIOUF, Pape Dit Gaye LO

☐ **Enquêteurs de l'ANSD**

Adama DIADAMA, El Hadji Malick SALL, Adja Ndiémé SALL, Adourahmane Mahécor DIOUF, Aida DIENG, Aissatou Marie TALL, Aliou DIALLO, Aly DIARKO, Amadou DIOUF, Ansoumana SADIO, Arouna LY, Badara DIAKITE, Bara NDIAYE, Binetou DATT, Birame SARR (chef d'équipe), Boubacar CAMARA, Boubacar GAYE, Bountoung DIOUF, Cherif CISSE, Diangana FALL, Diao Teuw BOYE, Donald BASSENE, Fatima Bintou NIANG, Ibrahima SALL, Issaga Yéro DiA (chef d'équipe), Isseu SAMB, Khady MBAYE, Mamadou BOCOUM, Mamadou Saliou DIALLO, Mamy Amanatou Lahi NDIAYE, Mariama DIEDHIOU, M'baye DIOUF (chef d'équipe), Mor Khary FALL (chef d'équipe), Mouhamed TOURE, Mour Sall, Natacha Péna M'BENGUE, Ndiaye GUEYE, Ngagne Demba GAYE, Ouleymatou Khadija DIAGNE, Oumar SY, Oumou Khairy Bougouma TEUW, Pape Dit Gaye LO (chef d'équipe), Pascal bernard Guédj THIACANE, Sadio Diallo, Sékou Mamadou Tounkara BOYE, Serigne Mor Awa SY, Seydou Amadou DIALLO, Yaye Diore BA DIEDHIOU, Alexandre DIOUF, Moussa LY, Mamadou DIOP

☐ **Traitement informatique**

☐ **Conception des masques de saisie**

Enquêteurs de l'équipe technique formés par un consultant sur le logiciel de saisie (CS Pro)

☐ **Dépouillement et codification des réponses aux questions ouvertes**

Enquêteurs de l'équipe technique

☐ **Superviseurs de saisie des données**

M. Arona MBENGUE et M. Magor SOW

☐ **Opérateurs de saisie des données**

Personnel comité technique des CNS

Traitement et Analyse des données

M. Arona MBENGUE, Economiste de la santé, Point focal CNS: Div. Planification DPRS/MSAS

M. Magor SOW : Economiste de la santé CACMU/MSAS

M. Abou AW : Comptable National DGF/MEF

Dr Siaka COULIBALY, Médecin en santé publique, Chef de division Planification à la DPRS/MSAS

Mme Ndèye Fatou TALL : Economiste de la santé Chef de division Partenariat à la DPRS/MSAS

M. Cheikh Moustahine SARR : Economiste de la santé, Div. Planification DPRS/MSAS

Mme Ndèye Fama SALL NGAIDO : Economiste de la santé, Div. Planification DPRS/MSAS

M. Habib SAMBOU : Div. Partenariat DPRS/MSAS

M. Ibrahima Alioune SALL: Economiste, DPRS/MSAS

M. Pape Ousmane MBOW: Planificateur, DGS/MSAS

Dr Abibou CISSE, Direction des Etablissements Publics de Santé/MSAS

M. Cheikh Oumar BA : Direction des Etablissements Publics de Santé/MSAS

M. Alioune Badara SONKO : Informaticien, Chef BSB/DAGE/MSAS

M. Khalifa DIENG : Economiste, Chef BAF/DAGE/MSAS