



La Protection Sociale en Santé: un chemin de lutte contre les inégalités

Un travail de modélisation des expériences Enabel et ses pays partenaires



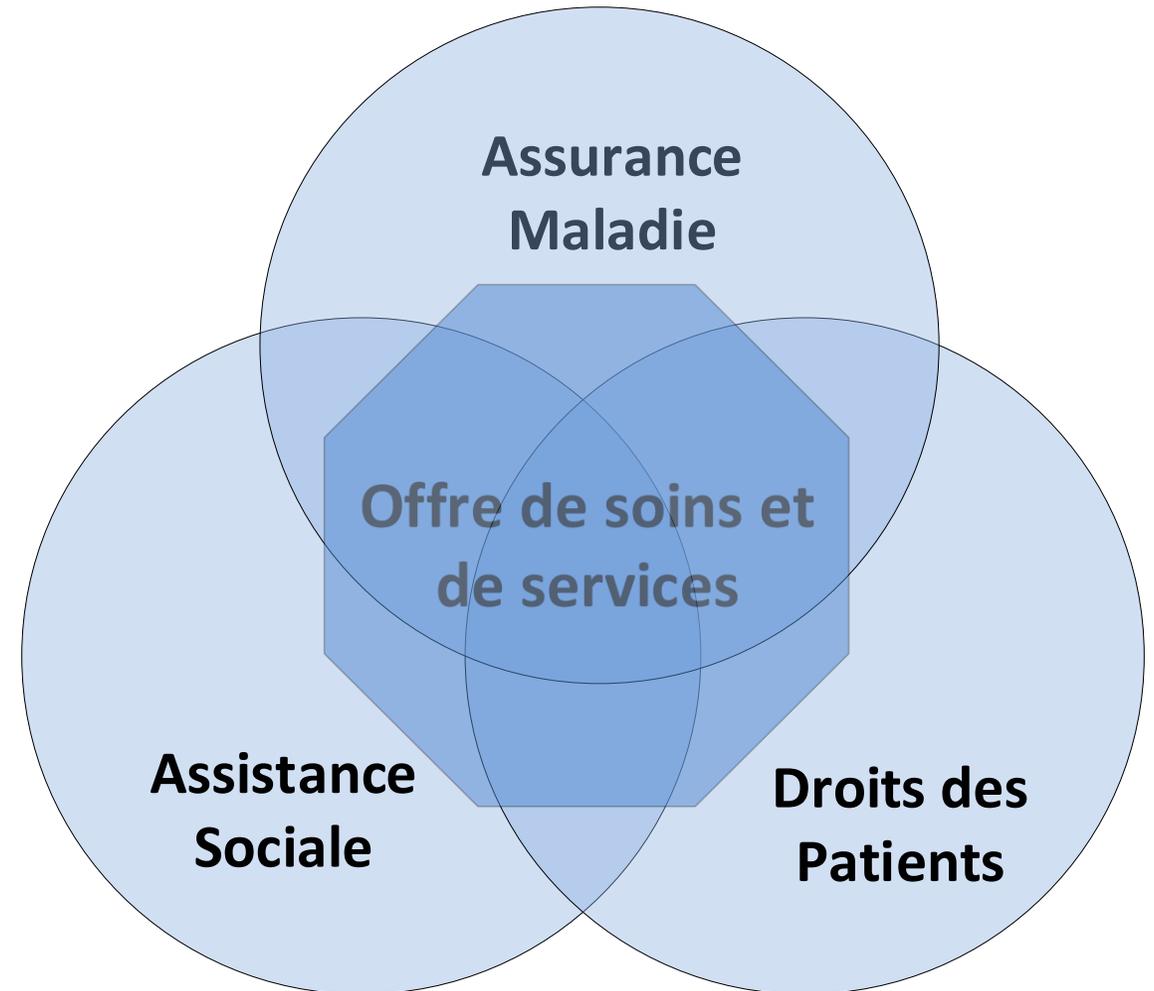
Les enjeux

- L'inaccessibilité financière de la population aux soins de qualité est un défi majeur **pour tous les pays du monde**
- Ceci en particulier dans les pays à faible revenu
- L'enjeu est la protection sociale en santé (PSS) pour **l'ensemble de la population**: riches – (très) pauvres, secteurs économiques formels ou informels, hommes-femmes
- PSS > Assurance maladie : « couverture santé universelle »
- L'enjeu est d'assurer la PSS de façon équitable : une **solidarité entre riches et pauvres**
- Le chemin est long et graduel

Lutte contre les inégalités en santé à travers la PSS

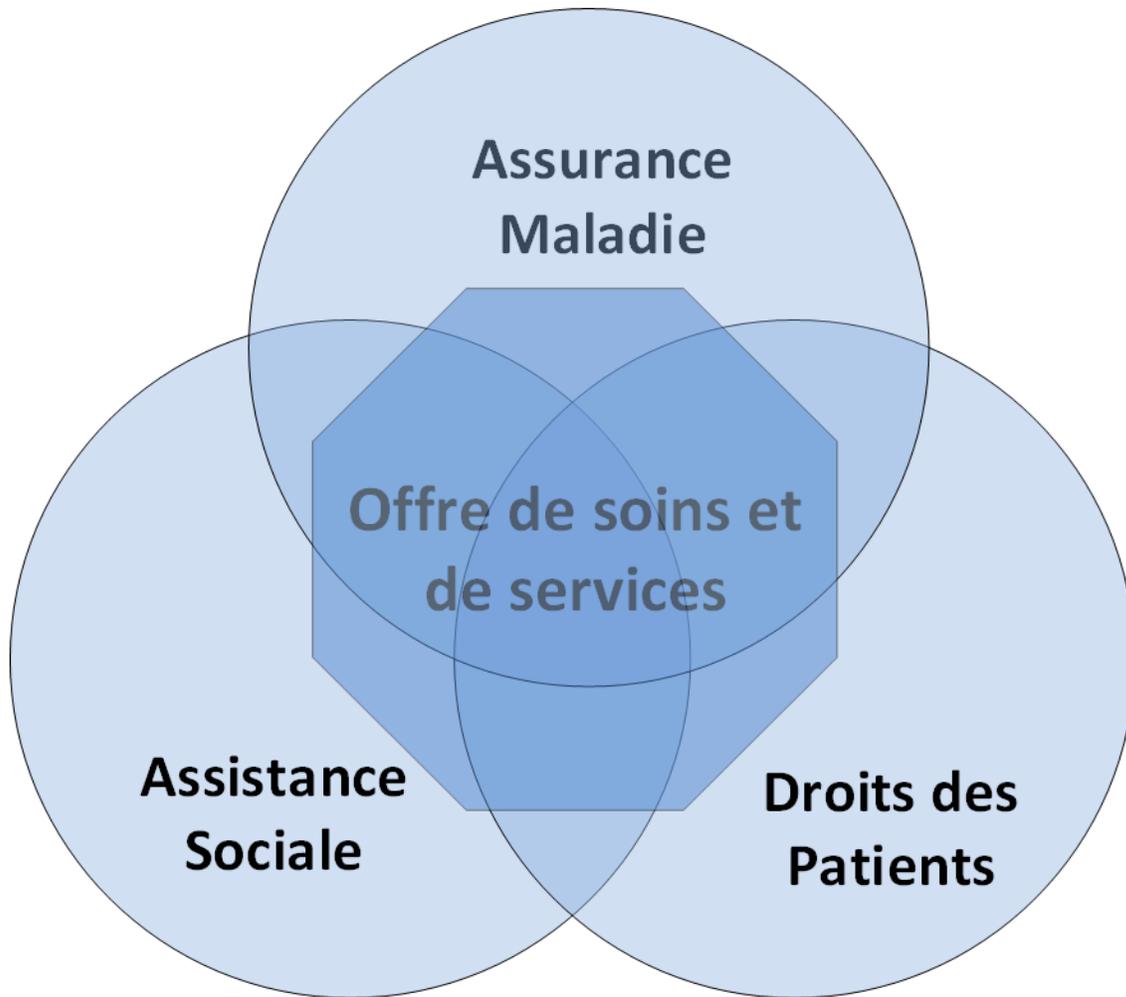


Equité et solidarité





Vision globale 'protection sociale en santé': Offre *et* Demande



- L'offre (bleu foncé) et la demande (bleu clair) vont toujours ensemble
- PSS / AMU n'a pas de sens si l'offre n'existe pas
- La PSS consiste en **3 fonctions** complémentaires en **une seule organisation nationale**:
 - **AM** pour les adhérents (cotisations)
 - **Assistance sociale** pour la population indigente (gratuité)
 - **Défense des droits** des patients

Conditions préalables à la réalisation PSS

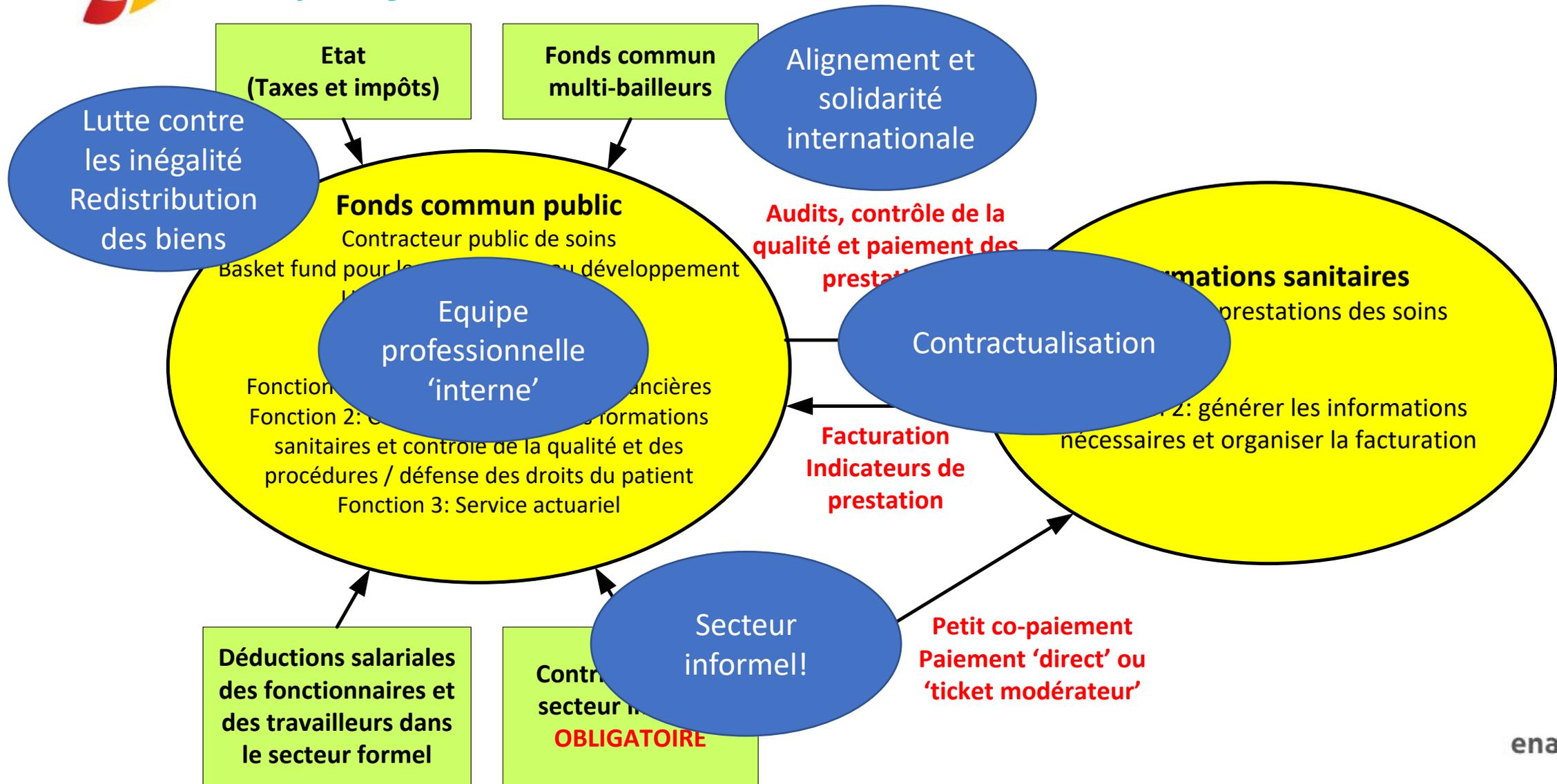
- Un **engagement politique** ferme
- **Alignement stratégique** des PTF, solidaires et engagés : **défragmentation** de la situation actuelle et **maximisation de la solidarité internationale**
- **Alignement critique : une vision claire** à moyen-terme et une feuille de route nationale

Organisation de la PSS : principes de base

- La PSS vise couvrir 100 % de la population
- 80% de la population vit dans le secteur informel
- **Rôle central de l'État :**
 - Régulateur de la PSS, redistribution des biens, droit d'obliger l'adhésion
 - Cotisations subventionnées par l'Etat pour le secteur informel
 - Cotisations subventionnées à 100% pour la population indigente : gratuité revisitée
- **Participation communautaire revisitée** : transparence de la PSS, droits des utilisateurs, rôle de la société civile
- **Portabilité** partout dans le pays: un **système unique** pour le pays

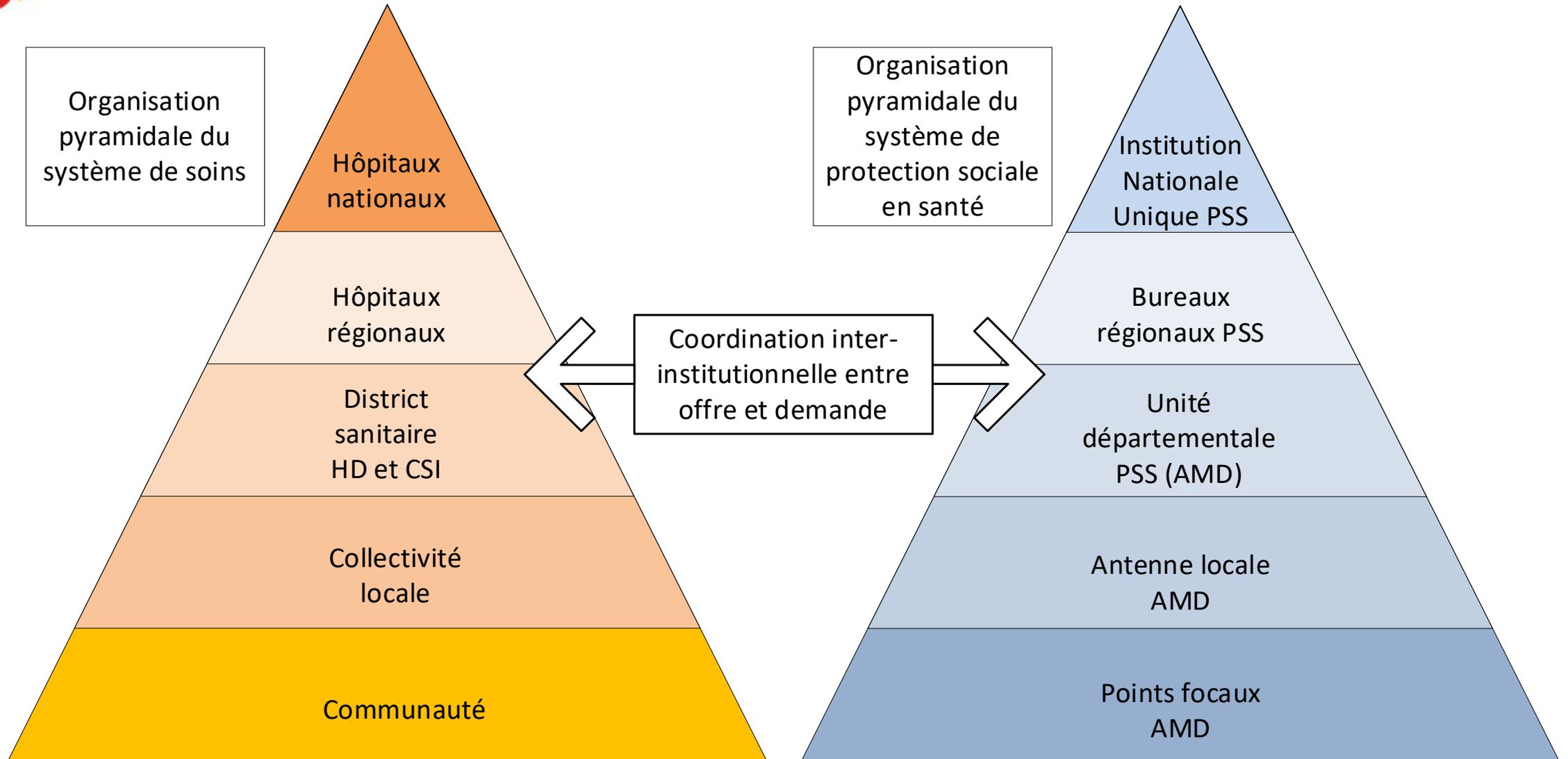


Le modèle (1): Inévitablement *'à grande échelle'* *et professionnel*

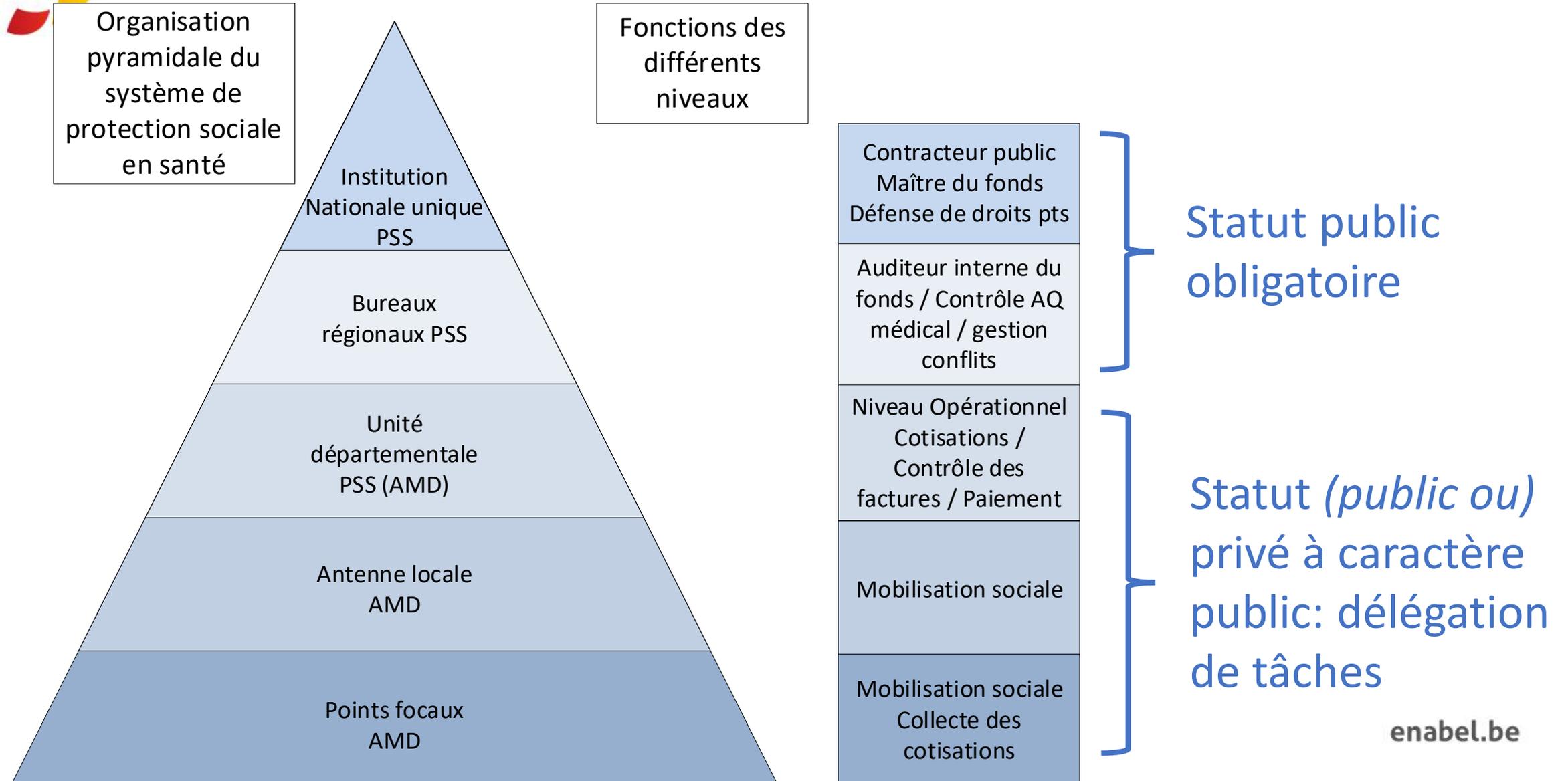




Le modèle (2): Inévitablement *'échelonné'*



Le modèle (2): Inévitablement 'échelonné'



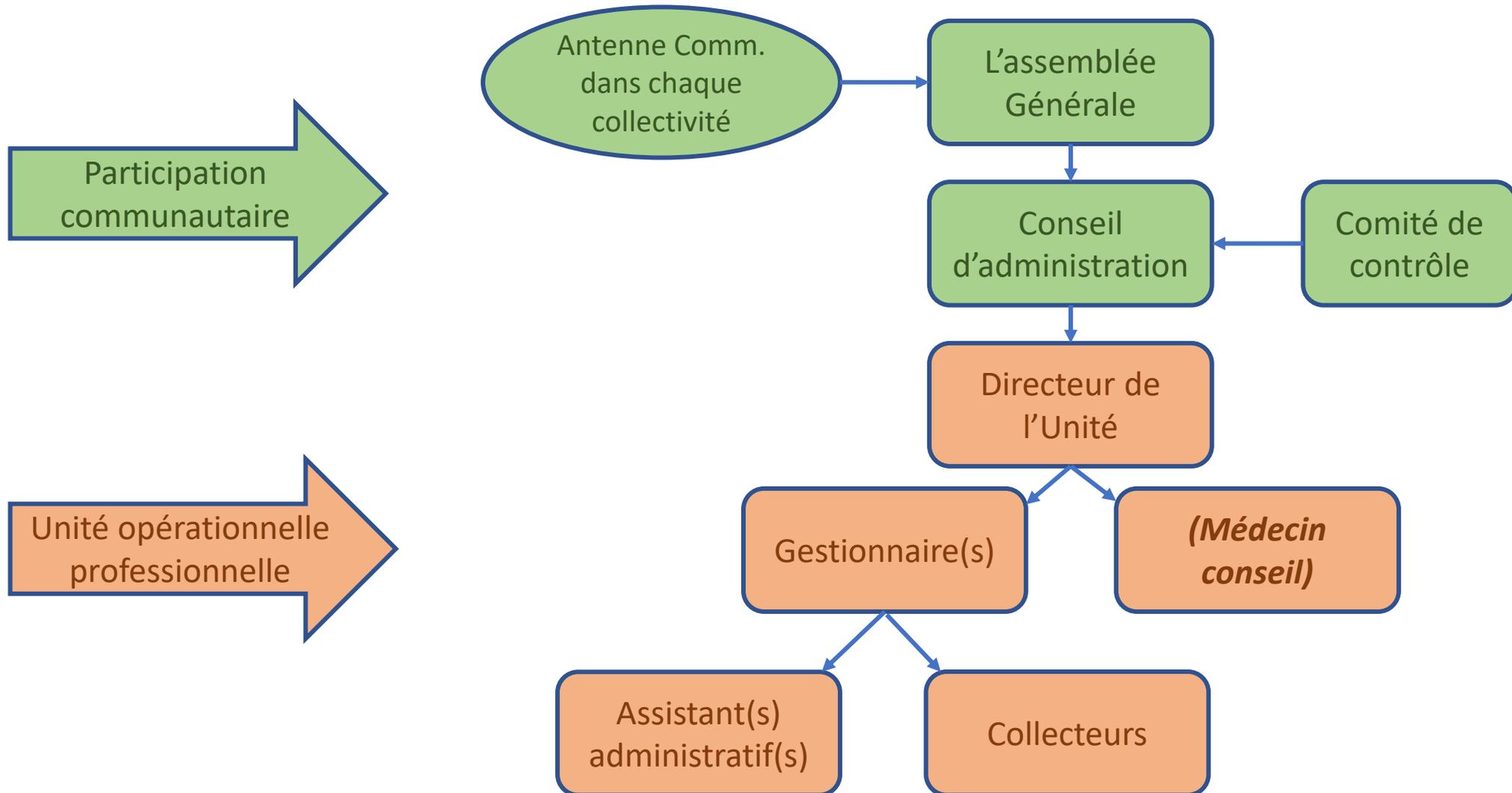
Conditions / options *techniques - stratégiques*

- Engagement financier: combinaison publique et PTF
- **Vision partagée** entre autorités nationales et PTF
- **Introduction graduelle** : ne pas couvrir tous les soins à la fois
- Paquet **Soins de santé de district** : CS + Hôpital de district, pas un 'paquet de maladie'
- **Equipe professionnelle décentralisée** (départementale) pour les opérations de la PSS
- **Assurance maladie – Assurance santé** : Paquet curatif et préventif

Offre de soins / services de qualité minimale :

- **Tarifification** des prestations rationnelle, uniforme et transparente (**forfaitaire**)
- **Gestion financière et des médicaments** transparentes

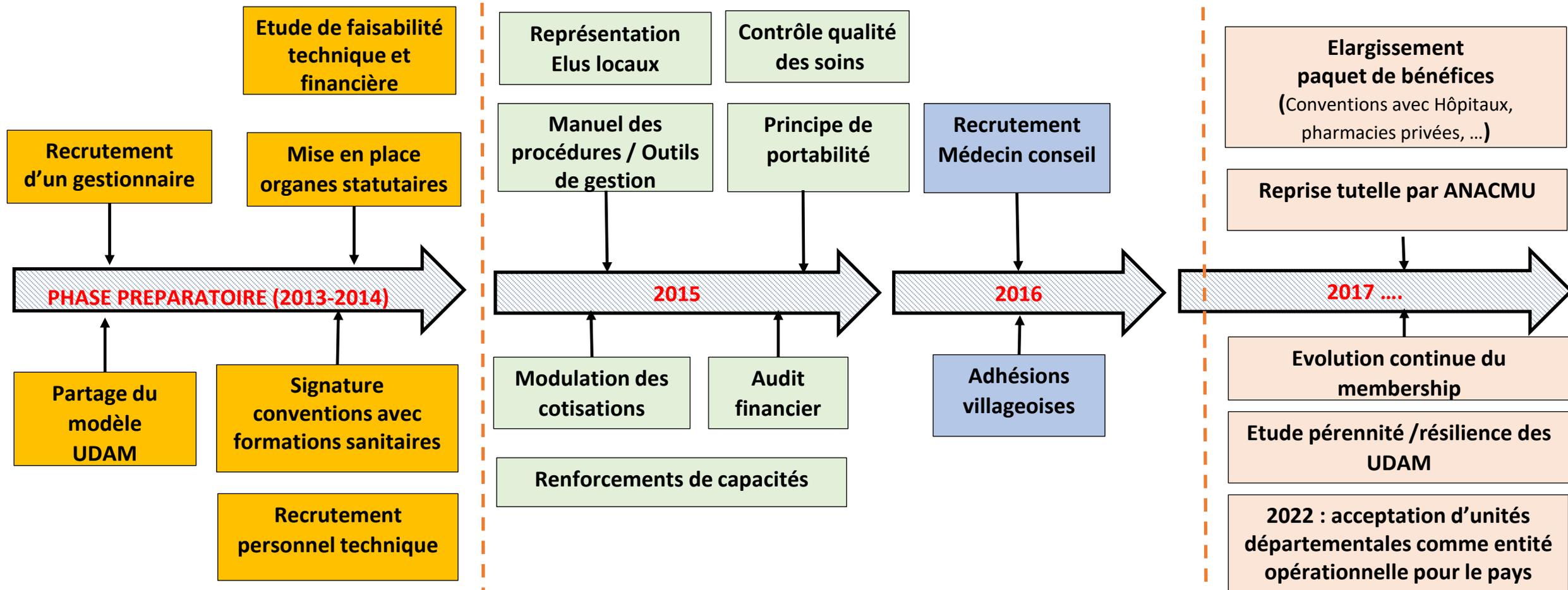
Organigramme des unités opérationnelles : équipe professionnelle contrôlée par la communauté ASBL basée sur statut 'mutuelle'



Processus de mise en place des unités opérationnelles: expérience UDAM - Sénégal

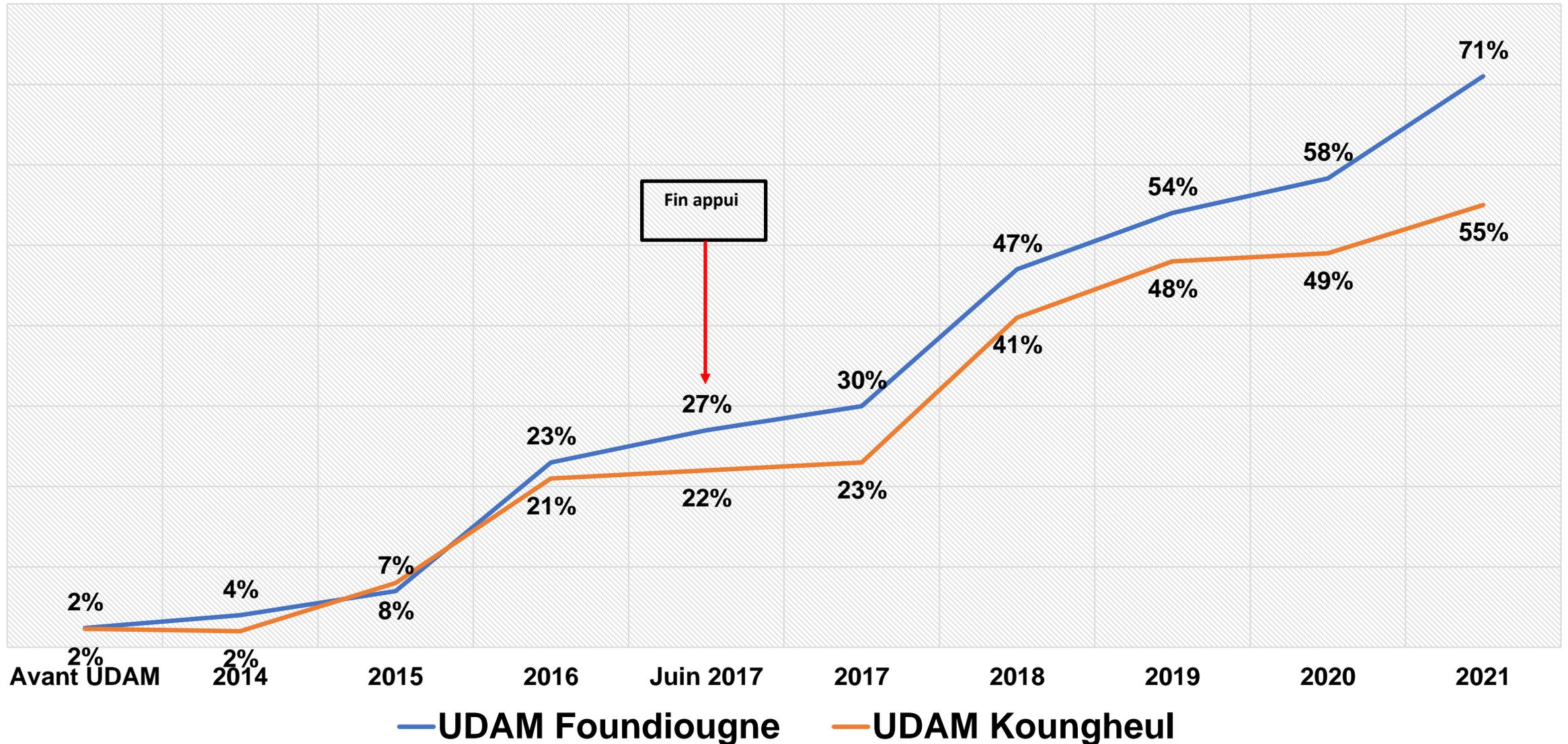
Accompagnement par le projet belge d'appui à l'offre et à la demande en soins (PAODES)

Sans appui externe



Taux de pénétration des UDAM

Evolution des taux de pénétration des UDAM, de 2014 à 2021, Sénégal



Merci de votre attention