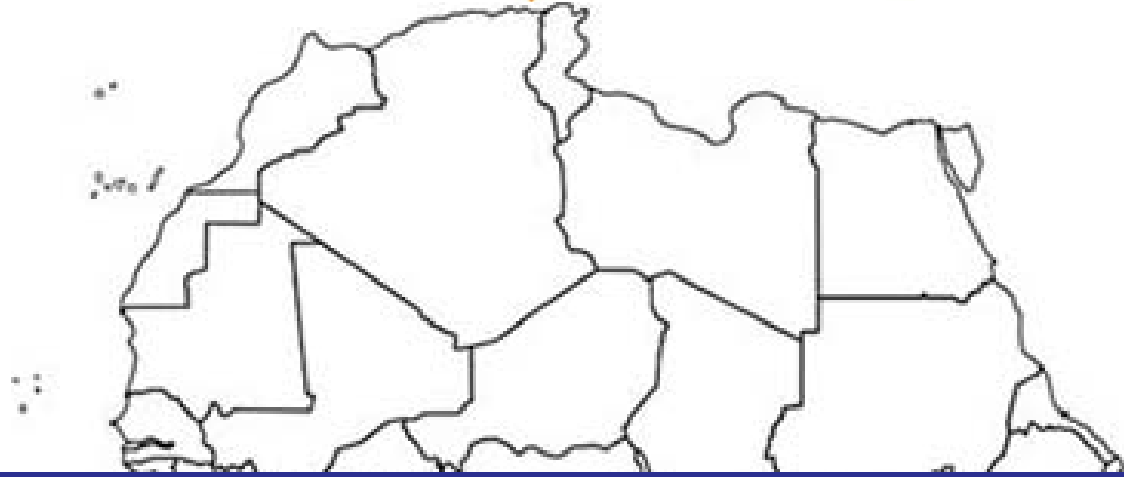


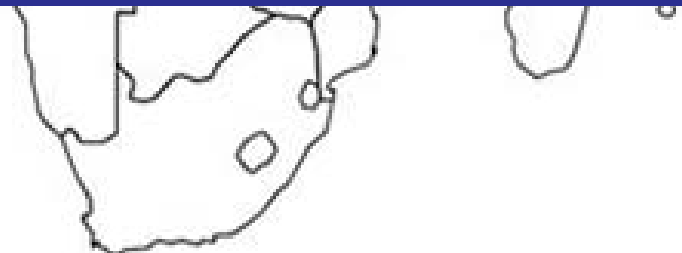


MINISTRY OF HEALTH
REPUBLIC OF GHANA



LA PROTECTION FINANCIÈRE ET L'ACCÈS AMÉLIORÉ AUX SOINS DE SANTÉ :
APPRENTISSAGE PAR LES PAIRS
TROUVER DES SOLUTIONS AUX DÉFIS COMMUNS
DU 15 AU 19 FEVRIER 2016
ACCRA, GHANA

Jour IV, Session V





Connecter les gens pour améliorer les soins de santé

Cees Hesp & Maxwell Antwi

Accra, 18 février 2016

PharmAccess
FOUNDATION

Health
Insurance
Fund



SafeCare
BASIC HEALTHCARE STANDARDS

PHARMACCESSGROUP

Kenya



Coincé dans un cercle vicieux

- L'offre et la demande de soins de santé sont toutes les deux faibles
- Absence de normes de qualité
- La mortalité des moins de 5 ans est de 108 000
- Décès maternels à la naissance : 5 500
- Dépenses de santé de l'État : 17 \$ par habitant
- Dépenses à la charge des patients : 21 \$ par habitant (bailleurs : 19 \$ par habitant)
- 43 % de la population est au-dessous du seuil de pauvreté
- L'environnement institutionnel est faible
- Les règles/normes sont peu appliquées
- Manque de confiance
- Faible niveau d'investissement en raison des risques élevés
- Manque de données et d'informations fiables

Le système sanitaire du Kenya : coordination nécessaire

Entreprise sociale nouvellement établie

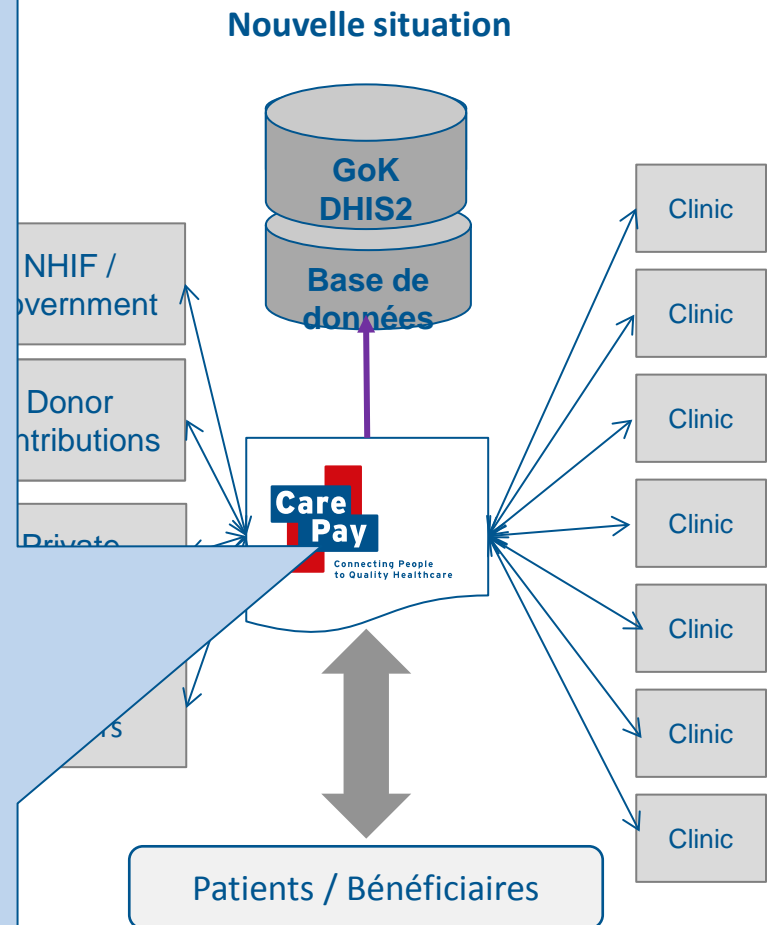
- 2 100 établissements sous contrat
- Accent sur les segments inférieurs du marché
- Accent sur le secteur informel
- Primes faibles, frais administratifs bas

Partenariats

- PdA avec Vodafone et la Fondation M-PESA
- Accord d'agrégation commerciale avec Safaricom
- PharmAccess est le partenaire pour le développement de produits
- SafeCare est le partenaire pour les normes de qualité
- Medical Credit Fund est le partenaire pour le financement des établissements

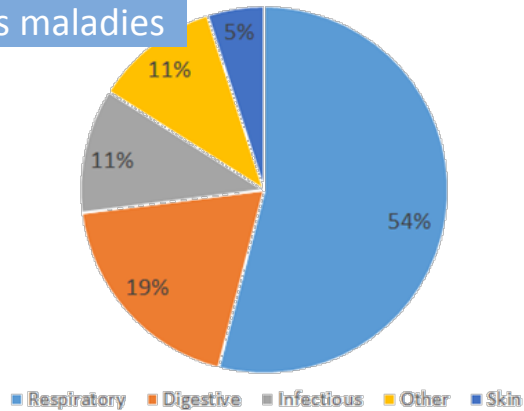
Avantages de l'approche « plateforme »

- Données sur les paiements et l'utilisation recueillies en temps réel
- Permet l'introduction de nouveaux types de financement de la santé
- Données mobiles utilisées pour la segmentation et le ciblage

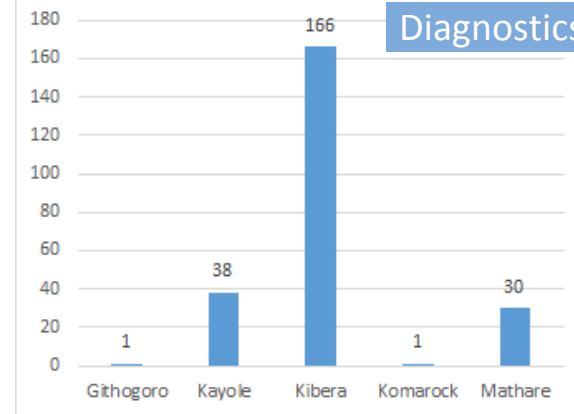


Avantage N° 1 : données utilisables en temps réel

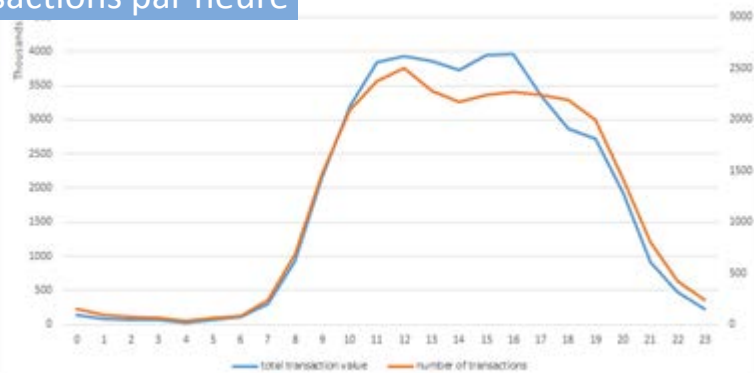
Prévalence des maladies



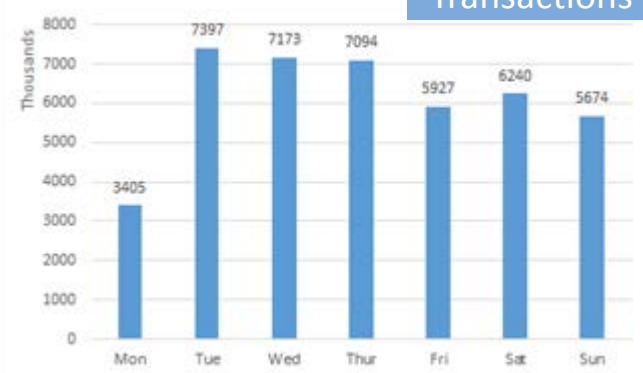
Diagnostics du paludisme



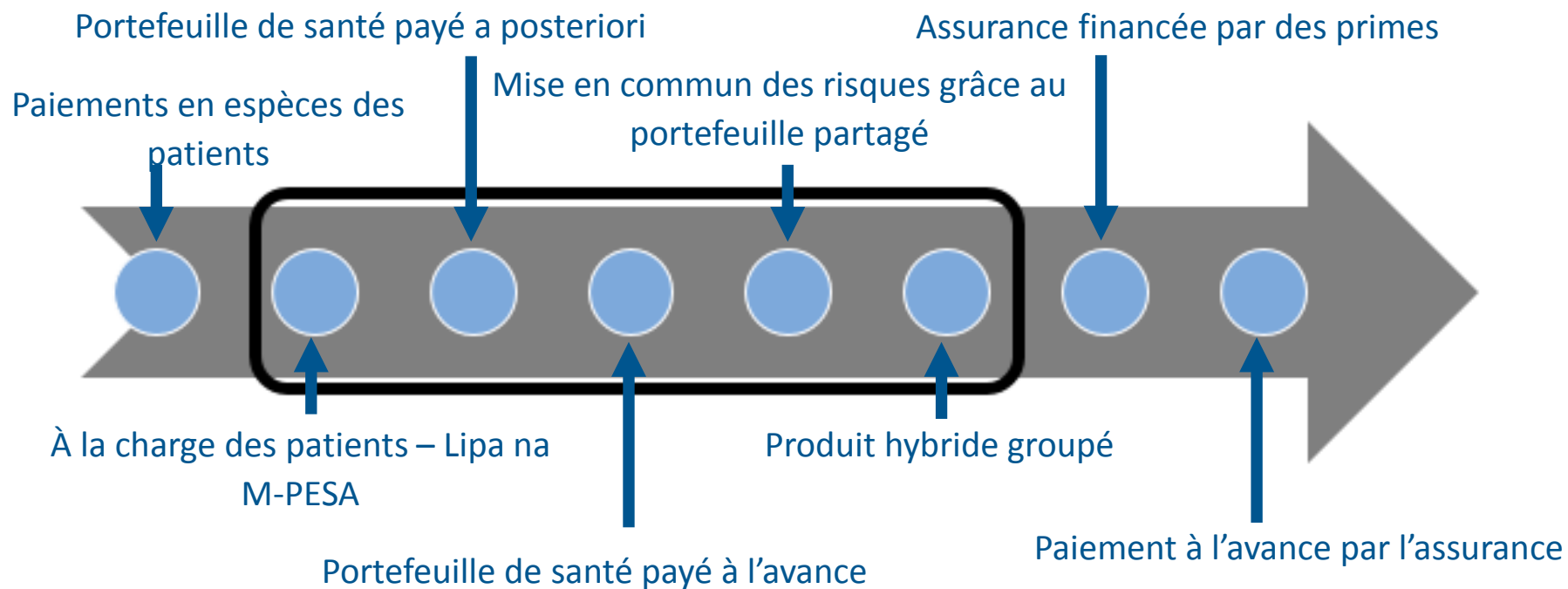
Transactions par heure



Transactions par jour



Avantage N° 2 : introduction de nouveaux types de financement



Cinq nouveaux types de financement sont créés, dont trois sont basés sur le système du paiement à l'avance

Avantage N° 3 : segmentation des données mobiles

1. Slum dwellers (15.6%)



Slum population living hand to mouth from day jobs and hawking

2. Rural indigents (16.7%)



Subsistence farmers living hand to mouth off a small plot of land or small live stock, and day laborers

3. Household workers



Household workers at wealthy families (guard, cleaner, nanny, driver)

4. Nomadic communities



Nomadic people living of herds. Substantial health risks due to living conditions, small support network

5. Small scale farmers & traders



(upper) low-income small-scale farmers living off the land (subsistence & cash crops), livestock and small trade

6. Employees medium businesses



Owners willing to finance health insurance for their employees

7. Employees large scale farms



Large-scale farms, taking care of one to hundreds of employees

8. Owners small businesses (9.2%)



Entrepreneurs of SMEs such as M-Pesa shop or bodaboda driver. Low to upper low income

9. Caretakers (18.4%)



Ambitious with urban jobs, middle to high income, supporting relatives

10. Chama members (28.0%)



Social/ member driven groups with purpose of saving with each other

11. SACCO members (9.1%)



Members of bigger savings and credit co-operatives, owned and managed by its members

12. M-Shwari and KCB customers



Economically active and engaged in entrepreneurship. Some receive financial support (M-shwari 10%)

13. Women at reproductive age (22.7%)



Women aged 15-44 yrs

14. Girls at risk of teen pregnancy (3.2%)



Girls at risk of teen pregnancies, living in rural, traditional locations

15. People living with (at risk of) HIV/AIDS



6% living with HIV, and people living at risk lifestyles (sex workers, truck drivers)

16. Poor children < 5 (13.0%)



Children < 5 at risk of childhood diseases in indigent, lower to upper lower income households

17. Households in disease prone areas (74%)



Households living with animals, sleeping in cooking areas and often in high-malaria prevalence areas

18. Orphans (2.7%)



Orphans living with uneducated, low-income to indigent caretaker

19. Elderly > 65 (2.7%)



Elderly, prone to arthritis, hernia, hypertension, diabetes, rheumatism

20. Chronically ill (>25.6%)



Chronically ill (hypertension, diabetes), limited exercise. limited education on risks

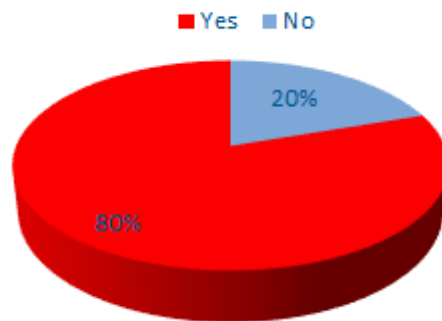
- Segments composés de différents paramètres, p. ex., groupes vulnérable, comportement économique et financier, risques pour la santé
- Les segments ne sont pas mutuellement exclusifs, et certains n'ont pas encore été quantifiés (travaux en cours par Safaricom et PharmAccess)
- Les bailleurs/payeurs sont invités à concevoir leurs propres propositions de portefeuille mobile pour les segments ciblés (p. ex., bons)

Premier produit : portefeuille de santé mobile MTiba



MTiba

- Lancé en mars 2015, pour tester la plateforme de bout en bout et la déployer
- Testé dans 44 cliniques et sur 5 000 mères dans les taudis de Nairobi
- 80 % des personnes interrogées ont dit être prêtes à faire des économies pour la santé



Intérêt des principaux acteurs dans le secteur de la santé

Visites sur le terrain de grands laboratoires pharmaceutiques, BMGF, MdS, IFC /Banque mondiale, Fonds mondial, NHIF, compagnies d'assurance maladie privées et bien d'autres

En conclusion

Les leçons apprises

- L'utilisation de données mobiles pour segmenter le marché est facile, mais l'inscription mobile ne l'est pas
- Le modèle des agents donne de meilleurs résultats que les SMS
- Les femmes aiment le portefeuille non seulement comme moyen de faire des économies pour la santé, mais aussi parce qu'il leur permet d'empêcher leur mari d'y toucher
- Le portefeuille rend possible des programmes « verticaux », (p. ex., des financements séparés pour le VIH/sida et le paludisme), mais ceci est difficile à expliquer aux patients et aux prestataires
- Le taux de roulement élevé du personnel dans les établissements entraîne un besoin de formation continue
- Les paiements mobiles augmentent la sécurité

Appel à l'action

- Financement accru pour atteindre 300 000 portefeuilles en 2016, ce qui se traduit par 1,5 million de bénéficiaires
- Beaucoup plus est nécessaire pour produire un « effet de réseau »



Appendice

PharmAccess
FOUNDATION

Health
Insurance
Fund



Safe Care
BASIC HEALTHCARE STANDARDS

PharmAccess

Origines à l'Amsterdam Medical Center, Université d'Amsterdam

- **1995** Études sur la transmission de la mère à l'enfant en Afrique
- **2000** PharmAccess Foundation : traitement en Afrique
- **2002** Lancement de programmes du traitement du VIH : Heineken, Shell, Celtel, Diageo, Unilever, Coca-Cola
- **2005** Programme VIH/sida pour les forces armées en Tanzanie (programme PEPFAR)
- **2006** Fonds d'assurance maladie (fonds public de 150 millions USD)
- **2007** Recherche : Amsterdam Institute for Global Health & Development
- **2008** Capitaux privés : Investment Fund for Health in Africa, le plus grand fonds pour la santé en Afrique
- **2009** Le plus grand fonds de prêts pour les médecins et les pharmacies en Afrique (MCF)
- **2011** Normes médicales : premières normes de qualité agréées pour l'Afrique
- **2013** Santé mobile : partenariat avec Vodafone, M-PESA et Safaricom
- **2015** Initiative d'accès au traitement : démarrage d'un programme pour traiter et guérir l'hépatite C



2000



2011



2014