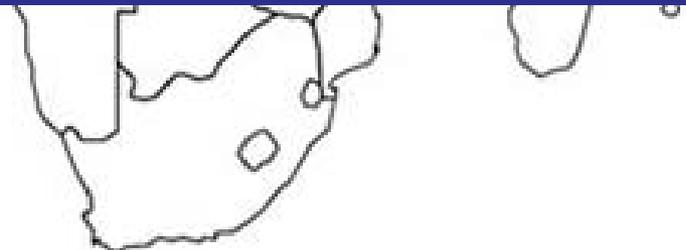




**LA PROTECTION FINANCIÈRE ET L'ACCÈS AMÉLIORÉ AUX SOINS DE SANTÉ :  
APPRENTISSAGE PAR LES PAIRS  
TROUVER DES SOLUTIONS AUX DÉFIS COMMUNS  
DU 15 AU 19 FEVRIER 2016  
ACCRA, GHANA**

**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

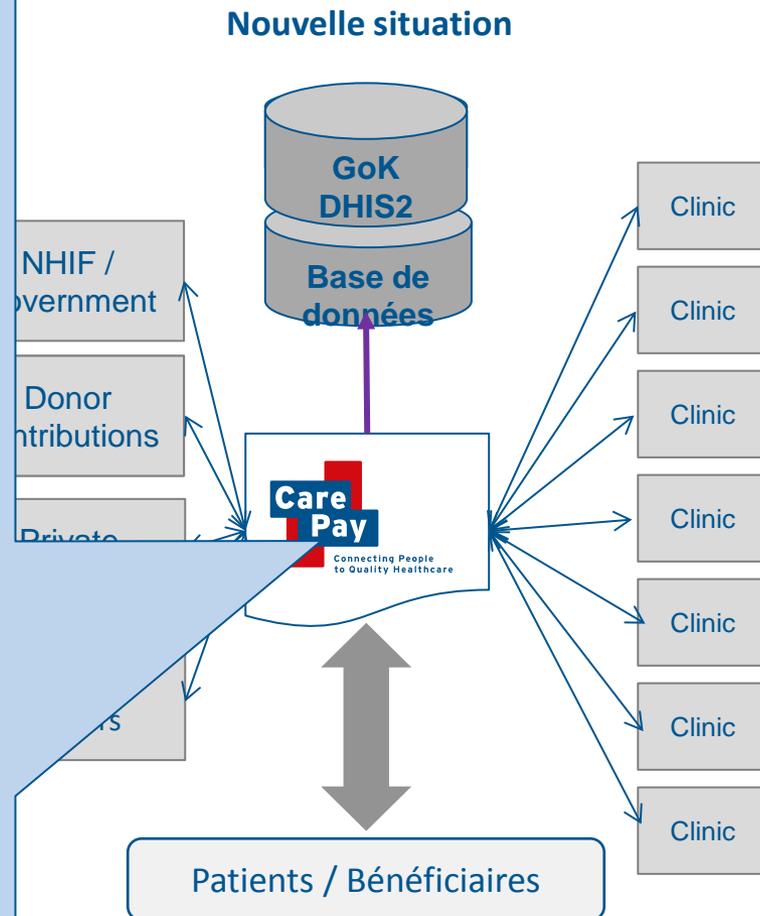
- 2 100 établissements sous contrat
- Accent sur les segments inférieurs du marché
- Accent sur le secteur informel
- Primes faibles, frais administratifs bas

## 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

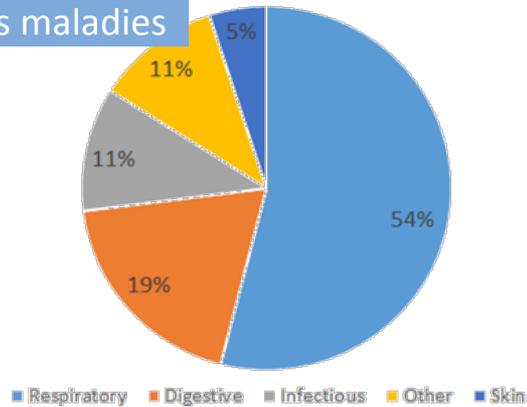
## Avantages de l'approche « plateforme »

- 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

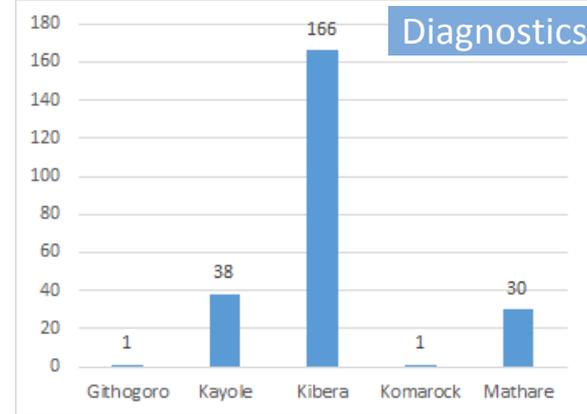


# Avantage N° 1 : données utilisables en temps réel

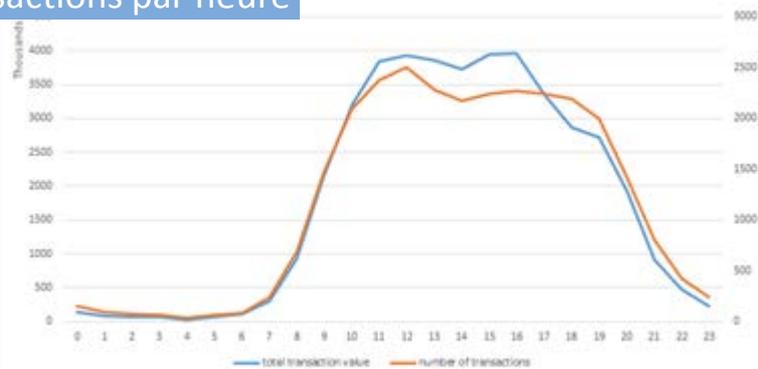
Prévalence des maladies



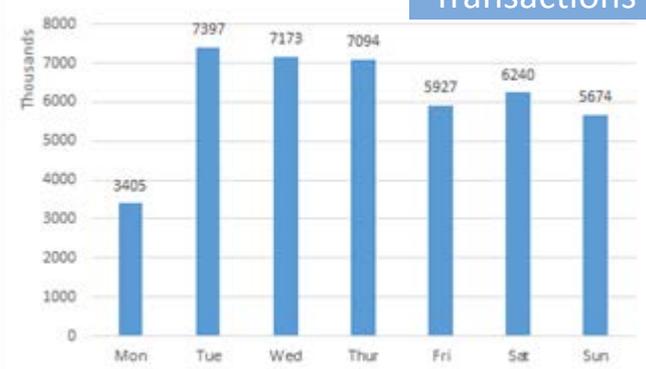
Diagnostics du paludisme



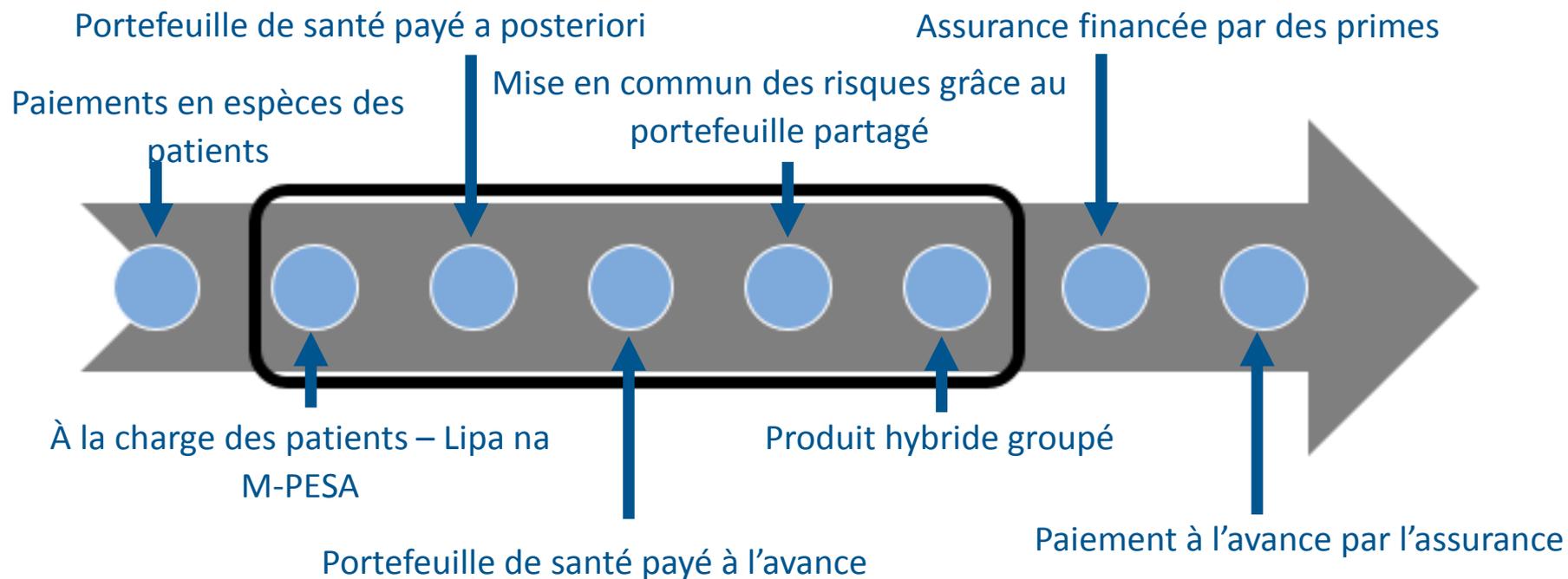
Transactions par heure



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

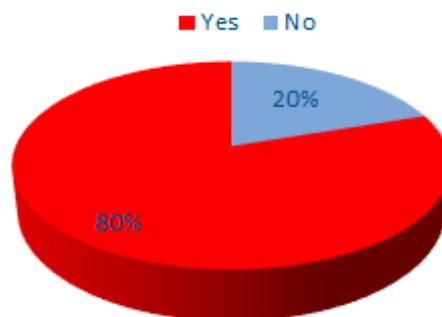
- Segments composés de différents paramètres, p. ex., groupes vulnérable, comportement économique et financier, risques pour la santé
- Les segments ne sont pas mutuellement exclusifs, et certains n'ont pas encore été quantifiés (travaux en cours par Safaricom et PharmAccess)
- Les bailleurs/payeurs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

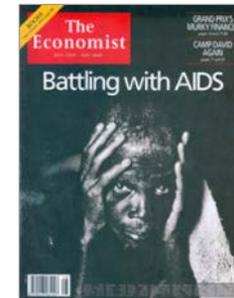


Safe Care  
BASIC HEALTHCARE STANDARDS

# 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