



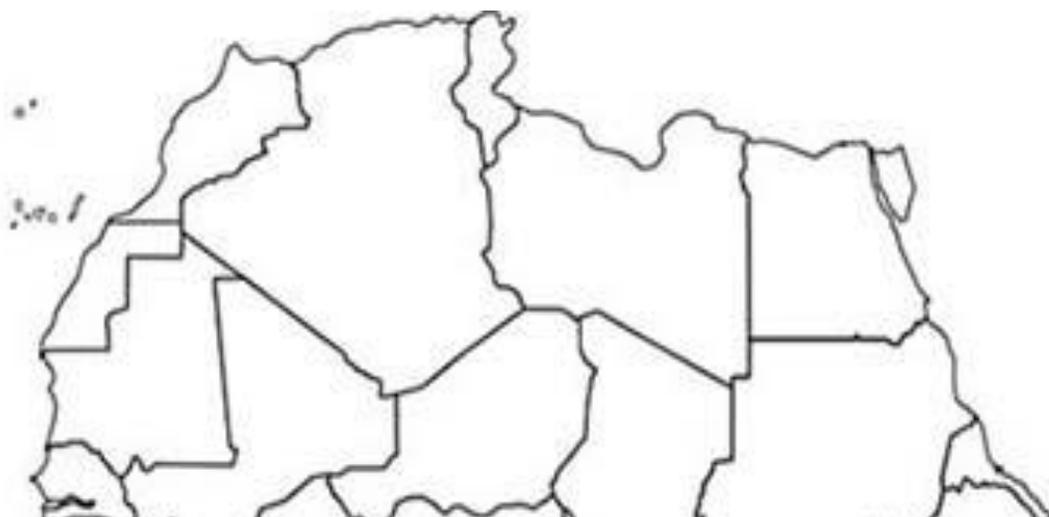
MINISTRY OF HEALTH  
REPUBLIC OF GHANA



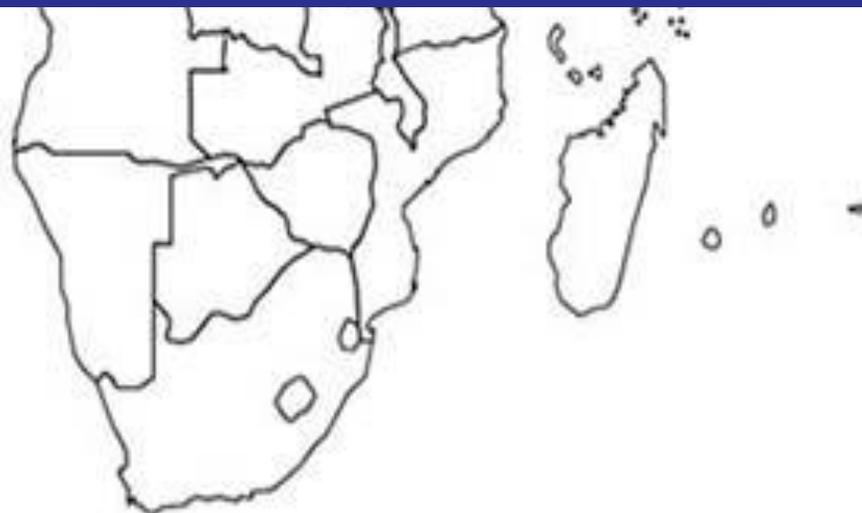
**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



World Health  
Organization



**LA PROTECTION FINANCIÈRE ET L'ACCÈS AMÉLIORÉ AUX SOINS DE SANTÉ :  
APPRENTISSAGE PAR LES PAIRS  
TROUVER DES SOLUTIONS AUX DÉFIS COMMUNS  
ACCRA, GHANA | Du 15 au 19 Février 2016  
RAPPORT FINAL**



March 2016

This publication was produced for review by the United States Agency for International Development.  
It was prepared by Amanda Folsom and Danielle Bloom for the Health Finance and Governance Project.

## The Health Finance and Governance Project

USAID's Health Finance and Governance (HFG) project helps to improve health in developing countries by expanding people's access to health care. Led by Abt Associates, the project team works with partner countries to increase their domestic resources for health, manage those precious resources more effectively, and make wise purchasing decisions. The five-year, \$209 million global project is intended to increase the use of both primary and priority health services, including HIV/AIDS, tuberculosis, malaria, and reproductive health services. Designed to fundamentally strengthen health systems, HFG supports countries as they navigate the economic transitions needed to achieve universal health care.

### DATE 2013

**Cooperative Agreement No:** AID-OAA-A-12-00080

**Submitted to:** Scott Stewart, AOR  
Office of Health Systems  
Bureau for Global Health

Ishrat Husain, Senior Health Adviser  
Africa Bureau

**Recommended Citation:** Folsom, Amanda, Danielle Bloom. March 2016. *Financial Protection and Improved Access to Health Care: Peer-to-Peer Learning Workshop, Finding Solutions to Common Challenges: Workshop Final Report*. Bethesda, MD: Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue, Suite 800 North | Bethesda, Maryland 20814  
T: 301.347.5000 | F: 301.652.3916 | [www.abtassociates.com](http://www.abtassociates.com)

Avenir Health | Broad Branch Associates | Development Alternatives Inc. (DAI) |  
| Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH) | Results for Development Institute (R4D)  
| RTI International | Training Resources Group, Inc. (TRG)

# I. CONTENU

<b>Présentation générale et objet de l'atelier .....</b>	<b>2</b>
<b>Principaux défis à relever et solutions proposées .....</b>	<b>4</b>
<b>Prochaines étapes .....</b>	<b>11</b>
<b>Annexe I. Programme de l'atelier .....</b>	<b>13</b>
<b>Annexe II. Liste des participants .....</b>	<b>28</b>
<b>Annexe III. Présentation générale des sessions.....</b>	<b>41</b>
<b>Annexe IV. Aperçu des visites sur le terrain.....</b>	<b>60</b>
<b>Annexe V. Engagement des pays .....</b>	<b>63</b>
<b>Annexe VI. Synthèse des réunions avec les partenaires.....</b>	<b>70</b>
<b>Annexe VII. Résumé des évaluations des participants .....</b>	<b>72</b>

**Protection financière et amélioration de l'accès aux soins de santé :**  
**Atelier d'apprentissage entre pairs**  
**Trouver des solutions à des problèmes communs**  
**Accra, Ghana, 15-19 février 2016**  
**Rapport final**

**1. Présentation générale et objet de l'atelier :**

Organisé conjointement par l'USAID (U.S. Agency for International Development), le Ministère de la Santé et la National Health Insurance Authority (NHIA) du Ghana, et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Atelier d'apprentissage entre pairs intitulé *Protection financière et amélioration de l'accès aux soins de la santé : trouver des solutions à des problèmes communs* s'est tenu à Accra, au Ghana, du 15 au 19 février 2016.

Cet atelier de cinq jours avait les objectifs suivants :

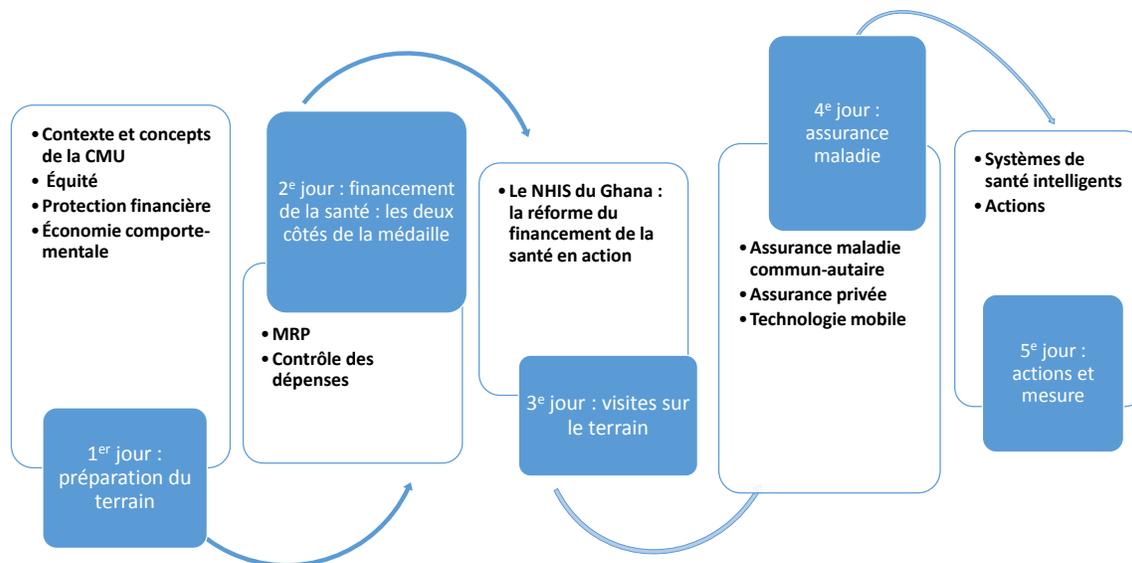
- Approfondissement de la compréhension des façons de développer et d'utiliser les ressources financières pour accroître la protection financière et rendre plus équitable l'accès aux services de santé prioritaires
- Identification d'actions concrètes permettant de faire passer les programmes d'assurance et de financement de la santé au niveau supérieur
- Renforcement de la coordination entre les pays, à l'intérieur des pays et entre partenaires.

L'atelier a rassemblé **167 participants représentant neuf pays** (Bénin, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Nigeria, Rwanda, Sénégal, Togo et Ouganda). La délégation de chaque pays comprenait une combinaison de représentants des ministères de la Santé (Mds) et des Finances (Mdf), ainsi que d'agences nationales de financement de la santé, des membres du personnel de missions de l'USAID, des représentants de l'OMS et de diverses organisations non gouvernementales (ONG), et des participants du secteur privé. Citons parmi les autres partenaires participants la Bill & Melinda Gates Foundation, le Réseau d'apprentissage collaboratif pour la Couverture maladie universelle (JLN), le Groupe de la Banque mondiale et le Ministère de la Santé du Mexique. La liste des participants figure à l'Annexe II.

L'atelier a fourni une opportunité unique de rassemblement de pays de diverses régions du continent afin de leur permettre de partager leurs expériences. Il s'est tenu au Ghana, un pays bénéficiant de l'un des régimes nationaux d'assurance maladie les plus développés (le NHIS) en Afrique. Le Ghana est actuellement à un moment clé de l'évolution de son système de santé étant donné qu'il a lancé un processus de réexamen technique de son régime de soins de santé. Les participants ont eu la possibilité de visiter plusieurs établissements de la NHIA au Ghana pour observer le fonctionnement du système.

L'atelier a traité d'un certain nombre de thèmes clés dans le domaine du financement de la santé et de la prestation de services (voir Figure 1). Le programme de l'atelier est indiqué à l'Annexe I, et des résumés de chaque session sont disponibles à l'Annexe III.

**Figure 1. Présentation schématique du programme de l'atelier**



Chaque session était articulée autour d'un sujet particulier et structurée de façon à présenter un cadre technique **très pointu**, à **étudier de façon approfondie** l'expérience d'un ou de plusieurs pays et de donner la parole aux participants pour permettre **des discussions et des échanges entre les représentants des divers pays**. Tout au long de cet atelier, une combinaison de méthodes interactives, notamment des tables rondes, des séances de discussion ouvertes à tous et des réunions de travail en petits groupes a offert la possibilité à chacun de pouvoir s'exprimer.

L'atelier a attiré un groupe de participants plus nombreux que prévu, ce qui prouve que le sujet du financement de la santé intéressait vivement les neuf pays participants et est arrivé à point nommé. Il a également suscité un grand intérêt et attiré un soutien considérable des partenaires, entraînant notamment le développement d'un partenariat solide avec la NHIA et le MdS du Ghana, la participation de l'OMS aux niveaux mondial, régional et national, et une collaboration avec la Bill & Melinda Gates Foundation avec l'implication active du Nigeria.

L'**approche fondée sur les équipes de pays** pour la participation à l'atelier a permis des dialogues collectifs francs et directs dans un environnement neutre. L'inclusion de membres du personnel sur le terrain de l'USAID et des membres du personnel de l'OMS travaillant dans les pays concernés a contribué à **développer des partenariats** et à identifier des opportunités de soutien dans le cadre du suivi de l'atelier. L'ordre du jour a prévu suffisamment de temps pour que les partenaires puissent se réunir à la fois au début et à la fin de l'atelier afin de discuter et de déterminer comment la réunion pourrait leur aider à mieux coordonner l'assistance technique et le financement dans cet espace grâce aux informations communiquées.

La réunion s'est terminée par un **engagement de chaque pays** précisant les mesures clés qu'il a l'intention de prendre pour faire avancer les réformes du financement de la santé jusqu'à l'étape suivante, une explication détaillée du soutien nécessaire attendu des partenaires et l'indication des jalons de la progression et du calendrier à respecter pour suivre la mise en œuvre.

### 1.1.Feed-back des participants

A posteriori, les participants représentant les pays et les partenaires étaient tous ravis d'avoir eu cette occasion innovante de se rencontrer et de prendre connaissance des succès de la mise en œuvre ainsi que des problèmes restant à surmonter pour divers pays de l'Afrique anglophone et francophone. Les participants ont décrit l'atelier comme ayant été **motivant, stimulant et « énergisant »**. Quand on leur a

*« La présence de représentants du Parlement a été l'un des meilleurs aspects de l'atelier, et ceci peut avoir permis de faire avancer les choses sur le plan politique au Nigeria. »*

--Nancy Lowenthal, USAID Nigeria

demandé à quel point l'atelier avait été utile dans son ensemble, **93 % des participants ont indiqué que l'atelier avait été très utile ou extrêmement utile** (le résumé des évaluations de l'atelier est disponible à l'Annexe VII). L'approche consistant à collaborer étroitement avec

les missions de l'USAID afin d'obtenir des contributions des différents pays au sujet du programme et de la manière dont les sessions sont conçues a permis de tenir compte des **besoins des pays participants** dans la structuration de l'atelier. Les participants ont particulièrement apprécié l'approche **d'apprentissage entre pairs, axée sur les problèmes de mise en œuvre et de gouvernance**, ainsi que sur la **recherche de solutions à des problèmes communs**. Ils ont également apprécié la présence d'un **groupe d'experts de renommée mondiale** que l'atelier avait attiré. Les participants ont déclaré que l'atelier les avait aidés à identifier une série de solutions et diverses ressources disponibles qui leur permettraient d'appliquer ce qu'ils ont appris à leur contexte et de faire progresser leur programme de Couverture maladie universelle (CMU) de façon tangible sur le tas.

*« La délégation (du Sénégal) estime que cet atelier a constitué pour elle une opportunité de se rendre virtuellement dans plusieurs pays tout en restant dans le même pays. Les présentations effectuées lors de cet atelier ont révélé divers outils, concepts et expériences que la délégation a l'intention d'utiliser dans le cadre de l'élaboration de sa stratégie pour le financement de la santé. De nombreuses portes se sont ouvertes pour rendre ceci possible. »*

--Équipe de pays pour le Sénégal

## 2 Principaux défis à relever et solutions proposées

La réunion a commencé par un exercice de fixation des priorités comprenant des **questions pratiques (de type « Comment faire pour ?... »)** au sujet de la protection financière visant à identifier les principaux problèmes de mise en œuvre sur lesquels les pays concernés veulent concentrer leurs efforts (voir figure 2 ci-dessous). L'immense majorité des représentants des pays ont déclaré que l'**amélioration de l'efficacité des systèmes de santé** était leur priorité numéro un (21 réponses) et que l'**identification des pauvres et le ciblage du secteur informel** était leur priorité numéro deux (16 réponses). Ils ont également exprimé leurs principales priorités pour l'apprentissage lors de la séance d'ouverture, ce qui a contribué à orienter et préciser davantage la direction des discussions tout au long de la semaine.

**Figure 2. Réponses fournies dans le cadre de l'exercice de détermination des priorités par les pays concernés**

<i>Comment faire pour...</i>	<i>Réponses</i>	
Identifier les pauvres et atteindre le secteur informel ?	16	<i>Nigeria, Ghana</i>
Stimuler des comportements positifs avec le paiement des prestataires ?	4	<i>Rwanda, Nigeria</i>
Influencer une utilisation rationnelle des soins par les patients	1	
Aligner les réformes de la santé sur les systèmes de gestion des finances publiques ?	6	<i>Nigeria, Ouganda</i>
Améliorer l'efficacité, y compris eu égard aux dépenses pharmaceutiques ?	21	<i>Ghana, USAID Ghana, Bénin, Éthiopie, Côte d'Ivoire, Rwanda, Nigeria, Ouganda</i>
Faire un plaidoyer pour augmenter la part de la santé dans les dépenses du budget général ?	8	<i>Ouganda, Nigeria, Ghana</i>
Étendre l'assurance maladie communautaire au niveau national ?	1	<i>Éthiopie</i>
Tirer parti de l'assurance maladie privée pour améliorer l'accès aux soins ?	8	<i>Ouganda, Ghana, Rwanda, Région AO</i>
Utiliser les paiements mobiles pour soutenir les efforts visant à atteindre la CMU ?	3	<i>Nigeria</i>
Utiliser les données et les systèmes pour éclairer la prise de décisions en la basant sur les faits ?	2	<i>Ouganda, Rwanda</i>

## **2.1 Recherche de solutions à des problèmes communs**

On trouvera ci-dessous une liste de problèmes clés à surmonter ainsi que les solutions identifiées par les participants tout au long de la semaine. Notez que l'ordre des problèmes/solutions est aligné sur le programme de l'atelier et non sur l'ordre des priorités relatif indiqué en liaison avec chaque secteur d'intervention.

**Intervention 1 : réduire les disparités.** Les disparités excessives dans le système de financement de la santé sont reflétées dans le niveau élevé des dépenses à la charge des usagers et des paiements catastrophiques pour les soins de santé qui condamnent les usagers affectés et leur famille à vivre en dessous du seuil de pauvreté.

- Augmentez les **paiements préalables** (séparation des paiements et des services au point où ils sont dispensés).
- Afin d'être « pro-pauvres », incluez les personnes qui ne sont pas en mesure de payer dès le début pendant le processus de planification et d'exécution.
  - **Au Mexique, le Seguro Popular** a été conçu pour augmenter la protection financière et couvrir les pauvres, et il a permis de faire des progrès vers l'équité.
- Utilisez un système national d'assurance maladie financé par la fiscalité comme forme de solidarité contre les risques financiers pour tous les segments de la population.
- Si vous commencez par l'assurance maladie communautaire (AMC), mobilisez un **financement public pour subventionner les soins administrés aux pauvres**.
- Pour faire progresser la protection financière et l'accès aux soins, cultivez un soutien politique déterminé et efforcez-vous de changer certains comportements des prestataires aussi bien que des patients.
- Mettez en place au niveau national des mécanismes visant à réglementer le système d'assurance maladie afin d'améliorer la protection financières et de réduire la fragmentation.
- Mettez en place des processus permettant de **mesurer et de contrôler les dépenses à la charge des usagers**.

**Intervention 2 : élargir l'assiette fiscale.** La transition économique dans de nombreuses économies africaines créera une assiette fiscale élargie qui leur permettra de dépenser plus pour la santé. Cependant, dans de nombreux cas, les décideurs (p. ex., les parlementaires et/ou le MdF) pourront être réticents à affecter plus de ressources à la santé.

- Appliquez les **principes de l'économie comportementale** pour influencer les comportements des décideurs, développer une volonté politique et obtenir un engagement (p. ex., analyse de l'impact du prix sur l'utilisation des services ou l'analyse de la réceptivité des décideurs à divers messages).
  - Au Ghana, les dirigeants politiques ont montré que **l'implication des décideurs** dans le développement du système de santé peut faciliter et accélérer le processus d'adoption de la CMU.
- **Présentez vos arguments au MdF** en montrant les résultats de l'emploi des ressources et en positionnant la santé comme un investissement économique important.
- Identifiez des fonds pour la mise en œuvre des réformes de la santé dans votre pays, et utilisez les ressources extérieures comme catalyseur pour aider à lancer les réformes.

**Intervention 3 : réduire le déficit du financement de la santé pour la CMU.** Le déficit du financement pour atteindre la CMU est considérable. Il est difficile de réduire ce déficit en ne mobilisant que des ressources provenant de sources intérieures additionnelles.

- Regardez toujours **les deux côtés de la médaille – la mobilisation des ressources intérieures** provenant des revenus réguliers et du produits des innovations doit être utilisée en tandem avec des mesures visant à **contrôler les dépenses et accroître l'efficacité** afin d'aider à améliorer la valeur produite par les investissements des fonds existants.
  - L'expérience de l'Ouganda en matière d'adoption de mesures visant à améliorer l'efficacité a montré l'importance des mesures ciblant le contrôle des dépenses tout en continuant à rechercher des sources de financement additionnelles pour la santé.
- Efforcez-vous d'aligner le budget général pour la santé – l'ossature du financement depuis l'intérieur pour un pays – sur les priorités et les résultats attendus dans le pays.
- Améliorez le **dialogue entre le MdF et le MdS pour améliorer l'alignement systémique**. Ceci est crucial.

**Intervention 4 : mobiliser et affecter les ressources intérieures.** Bien que l'élargissement de l'assiette fiscale puisse continuer à permettre aux pays d'affecter plus de ressources à la santé, la façon dont les ressources sont affectées jouera un rôle clé pour atteindre les objectifs de protection financière et d'accès aux soins.

- **Affectez les ressources de manière équitable et gérez-les efficacement** ; ceci permettra d'utiliser plus de ressources pour réduire les dépenses à la charge de l'utilisateur et pour élargir la couverture.
- Alignez l'analyse budgétaire et le besoin de financement par des bailleurs sur les priorités du pays – afin de rendre les décisions plus faciles pour le MdF.
- Tenez compte de la totalité de l'enveloppe allant être affectée à la santé en incluant les autres secteurs afin de formuler des attentes réalistes et de comprendre les interactions entre la santé et les autres secteurs.
- Ayez recours aux **affectations des recettes** car ceci est souvent très populaire et approuvé par le public – toutefois, une gestion solide est nécessaire pour assurer que les dépenses ne dépassent pas les revenus et répondent bien aux besoins de santé du public.
- **Il est crucial d'utiliser les données** pour comprendre ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, afin de pouvoir décider comment affecter et utiliser les ressources et de personnaliser les services en fonction de la demande.
- Utilisez des mécanismes de collecte de revenus intérieurs comme la **Taxe sur la valeur ajoutée** et les contributions de sécurité sociale à la manière du Ghana, où elles représentent plus de 90 % du financement du NHIS.

**Intervention 5 : accroître l'efficacité.** Environ 30 à 40 % des dépenses de santé sont gaspillées. Il est relativement facile d'accroître l'efficacité et de **produire plus de valeur pour l'argent investi**. Ces actions sont essentielles pour élargir l'assiette fiscale et réduire le déficit du financement de

la santé pour la CMU. La bonne gestion des dépenses de santé est aussi importante, sinon plus importante, que l'obtention de nouvelles ressources.

- Améliorez la **gestion stratégique des achats** de services par le biais de réformes du paiement des prestataires (p. ex., paiements à la capitation au Ghana et financement basé sur les résultats (FBR) au Rwanda et au Sénégal).
- **Renforcez les systèmes de gestion financière** pour améliorer la gestion budgétaire et l'exécution (p. ex., les réformes de la gestion des finances publiques à titre expérimental dans le secteur de la santé en RDC, y compris une formulation budgétaire améliorée en fonction des priorités du secteur de la santé, la construction de capacités pour la gestion des dépenses, l'optimisation des approvisionnements, la création d'une plateforme de reporting financier intégrée et le FBR).
- Utilisez les **données et la technologie** – établissement d'un système de santé intelligent – pour surveiller les réformes des mécanismes de paiement des prestataires et de gestion financière.

**Intervention 6 : rationaliser la consommation des médicaments.** Les produits pharmaceutiques constituent la source d'inefficacité la plus importante. Une utilisation inappropriée ou abusive des médicaments disponibles peut déstabiliser totalement les finances d'un régime d'assurance maladie.

- Conduisez une **analyse des coûts** avant de proposer de financer les médicaments.
- Ne faites pas de promesses excessives en matière de couverture des prestations pour les médicaments (commencez sur une petite échelle).
- Utilisez des **systèmes informatiques** à réaction rapide capables d'assembler les données et d'améliorer la gestion de la conformité, de la disponibilité et de la qualité, ainsi que de réduire les fraudes.
- Appliquez des outils informatiques (p. ex., la technologie mobile) pour déterminer adéquatement l'admissibilité et les paiements avant d'accorder des médicaments aux patients.
- Développez un processus de passage en revue pour les nouveaux médicaments en utilisant des outils **d'évaluation de la technologie de la santé**.
- Introduisez des **réglementations des prix** pour les produits pharmaceutiques (p. ex., comme en Namibie et en Afrique du Sud) et des **pratiques de prescription** (p. ex., comme en Corée du Sud).

**Intervention 7 : mettre l'accent sur les communautés.** Une AMC durable peut être une voie conduisant à la CMU et peut aider à couvrir les pauvres, la population rurale et le secteur informel.

- Déterminez la voie la plus appropriée pour chaque pays et tirez les leçons des expériences du Rwanda, de l'Éthiopie et du Sénégal.
- Si un pays a une AMC, recherchez plus que seulement des contributions communautaires : il est important de chercher à obtenir des **aides de l'État pour les pauvres**, d'**agrandir le réservoir de risques** et d'intégrer l'AMC à d'autres forfaits prépayés.
  - L'exemple du transfert par le Gouvernement du Rwanda de l'AMC au Rwanda Social Security Board (RSSB), sous la supervision du MdF, illustre un exemple d'efforts visant à améliorer la gestion de l'AMC par le biais d'un réservoir unique et à séparer les fonctions d'acheteur et de prestataire.
- Si le pays n'a pas encore d'AMC, commencez par le modèle national, et lancez un régime de CMU pro-pauvres dès le début.

**Intervention 8 : développer davantage le partenariat public-privé.** Il existe un potentiel important de recours à l'assurance maladie privée comme complément de programmes de CMU organisés sous l'égide de l'État (p. ex., accroissement de l'accès à la population et promotion de l'efficacité et de la viabilité des régimes d'assurance maladie) mais les progrès restent limités jusqu'à présent.

- Créez un **environnement habilitant** pour un engagement entre les parties prenantes du secteur public et du secteur privé.
- Établissez un cadre réglementaire approprié et un système de supervision par le gouvernement.
- Assurez-vous que les solutions de l'assurance maladie privée constituent un **complément** des initiatives de CMU **et qu'elles ne lui font pas concurrence** (p. ex., l'expérience du Nigeria, où l'assurance maladie privée est un partenaire de l'État pour promouvoir l'innovation, l'efficacité et la viabilité des programmes organisés sous l'égide du Gouvernement).

**Intervention 9 : utiliser la technologie mobile.** La technologie mobile peut améliorer l'efficacité des systèmes de santé et élargir la couverture de l'assurance pour les pauvres, comme cela est illustré par les exemples du Ghana, du Nigeria et du Rwanda.

- N'impliquez pas le gouvernement. L'assurance mobile privée peut être un **complément** de l'assurance maladie organisée par l'État, mais elle a néanmoins besoin de supervision/coordination.
- Adoptez des **solutions d'épargne santé et d'assurance maladie basées sur la technologie mobile** pour fournir une assurance maladie privée simple à de larges segments de la population (p. ex., MTiba Mobile Health Wallet pour l'assurance financée par le paiement de primes au Kenya, partenariat d'Orange pour l'argent mobile avec l'AMC au Mali).
- Améliorez l'**interopérabilité** entre les opérateurs des réseaux mobiles afin d'accélérer l'expansion des solutions mobiles et remédiez aux lacunes de couverture des signaux.
- Explorez la possibilité d'utiliser la technologie satellitaire pour fournir une plateforme de coordination.

**Intervention 10 : développer un système de santé intelligent.** L'évaluation et le contrôle sont des préalables pour assurer le succès d'une réforme. L'établissement de systèmes de collecte et d'utilisation des données est crucial car il s'agit d'une condition primordiale pour **prendre des décisions basées sur les faits**.

- **Les recherches opérationnelles et l'utilisation de big data** sont des compléments importants du cadre global de mesure de la CMU.
- Le cadre global ne doit pas empêcher les pays de concevoir des systèmes de mesure et de données reflétant leurs besoins. Il est important de réfléchir à l'intégration des données dès le début en créant des codes et des systèmes permettant à des sources de données différentes de communiquer entre elles.
- Le développement d'un **tableau de bord** basé sur les faits pour le NHIS par un groupe de travail composé de multiples parties prenantes au Ghana a contribué à s'assurer qu'il était possible de prendre des décisions sur la base des indicateurs de priorités reposant sur les données disponibles. Le NHIS a également créé un comité technique permanent en recherches opérationnelles pour examiner les principaux problèmes de recherches pouvant faire l'objet d'interventions.
- Le système de gestion des données de santé de l'Éthiopie a évolué d'un ensemble de « dossiers sur les familles » à un système d'information pour la gestion de la santé (SIGS) bien intégré qui inclut un mécanisme de « drapeaux » rouges, jaunes ou verts pour indiquer la performance au niveau fédéral.

### **3. Prochaines étapes**

#### **3.1 Engagements des pays**

La réunion s'est terminée par un engagement de chaque pays précisant les mesures clés qu'il a l'intention de prendre pour faire avancer les réformes du financement de la santé jusqu'à l'étape suivante, une explication détaillée du soutien nécessaire attendu des partenaires et l'indication des jalons de la progression et du calendrier à respecter pour suivre la mise en œuvre. Les engagements des pays ont été documentés publiquement dans le cadre de l'élaboration du rapport, ils seront décrits dans le rapport complet sur l'atelier et ils seront communiqués séparément aux partenaires pour assurer le suivi et permettre la fourniture d'assistance. Un tableau récapitulatif des engagements de chaque pays est inclus à l'Annexe V.

#### **3.2 Réunions avec les partenaires**

L'ordre du jour a prévu suffisamment de temps pour que les partenaires puissent se réunir à la fois au début et à la fin de l'atelier afin de discuter et de déterminer comment la réunion pourrait leur aider à mieux coordonner l'assistance technique et le financement dans cet espace grâce aux informations communiquées. Les partenaires ont décidé d'échanger des informations sur les plans au moins une fois par trimestre, et l'USAID s'est engagée à organiser le premier jeu de plans, conjointement avec d'autres organisations, telles que l'OMS ou la Banque mondiale, qui prendraient ultérieurement en charge la tâche de coordination. Un rapport sur les réunions des partenaires est inclus à l'Annexe VI.

## Annexe I. Programme de l'atelier

### Bref Programme

Dimanche Jour 0-14 fév.		Lundi Jour 1-15 fév.		Mardi Jour 2-16 fév.		Mercredi Jour 3-17 fév.		Jeudi Jour 4-18 fév.		Vendredi Jour 19-20 fév.			
Arrivées		8h00 - 9h00	I. Inscription Rencontrer et saluer avec du café (8h30 - 9h00)	8h00 - 8h05	I. Prières	8h00 - 8h05	I. Prières	8h00 - 8h05	I. Prières	8h00 - 8h05	I. Prières		
		9h00 - 9h05	II. Prières	8h05 - 9h45	II. Financement de la santé pour assurer la CSU : « Les deux revers de la médaille »	II. Visites sur le terrain Toute la journée, avec des départs tôt (à annoncer)		8h05 - 9h15	II. Débriefing et réflexions après les visites sur le terrain : SNIS : Connecter le passé et le présent	8h05 - 9h45	II. Introduction		
		9h05 - 9h30	III. Session d'ouverture	Pause-café 9h45 - 10h15				9h15 - 10h30	III. Assurance maladie communautaire – Leçons, défis et opportunités	9h45 - 10h15	III. Niveau		
		9h30 - 10h30	IV. Brise-glace, avec service de café	10h15 - 12h00	III. Comment mobiliser les ressources internes pour la santé			Pause-café 10h30 - 11h00		10h45 - 12h00	IV. Préparation		
		10h30 - 12h00	V. Définition du cadre	Déjeuner 12h00 - 13h00				Déjeuner en apprenant 12h30 - 13h30		11h00 - 12h30	IV. Le rôle de l'assurance maladie privée dans la CMU	12h00 - 12h30	V. Brève
		Déjeuner 12h00 - 13h00		Déjeuner 12h00 - 13h00				Déjeuner 12h00 - 13h00		Déjeuner en apprenant 12h30 - 13h30		Déjeuner 12h00 - 12h30	
		13h00 - 14h30	VI. La protection financière et l'accès aux soins : en théorie et en pratique	13h00 - 14h30	IV. Gestion des dépenses: comment accroître l'efficacité et l'optimisation des ressources			13h30 - 15h00	V. Produits et solutions d'assurance facilités par la technologie mobile	Pause-café 15h00 - 15h30		Déjeuner 12h00 - 12h30	
14h00 - 16h00	I. Tous les présidents de séance, présentateurs et coordonnateurs - Réunion préparatoire	Pause-café 14h30 - 15h00		14h30 - 15h30	V. Un aperçu des produits pharmaceutiques			Pause-café 15h00 - 15h30		Déjeuner 12h00 - 12h30			
16h00 - 17h00	II. Sessions de préparation ciblées pour les présidents de séance, présentateurs et coordinateurs du Jour 1	15h00 - 16h30	VII. La génération de l'engagement et l'économie comportementale : redistribution et solidarité	Pause-café 15h30 - 16h00		15h30 - 16h30	VI. Session des travaux au niveau des pays	Déjeuner 12h00 - 12h30					
17h00 - 18h00	III. Réunion de collaboration avec les partenaires au développement (USAID, OMS, Gates)	16h30 - 16h45	VIII. Synthèse de la journée	16h00 - 16h45	VI. Session des travaux au niveau des pays	16h30 - 17h00	VII. Synthèse de la journée	Déjeuner 12h00 - 12h30					
		17h00 - 18h00	IX. Sessions de préparation ciblées pour les présidents de séance, présentateurs, et coordonnateurs du JOUR 2	16h45 - 17h15	VII. Synthèse de la journée et l'Aperçu des plans de visite sur terrain	17h00 - 17h30	VIII. Session de préparation ciblées les présidents de séance, présentateurs, et coordonnateurs du Jour 5	Déjeuner 12h00 - 12h30					
				17h15 - 18h15	VIII. Session de travail sur la stratégie de financement de la santé au Sénégal	17h30 - 18h30	IX. Réunion de collaboration avec les partenaires au développement (USAID, OMS, Gates)	Déjeuner 12h00 - 12h30					

## Annotâtes Agenda

### Objectifs de l'Atelier

1. **Approfondir les connaissances et la compréhension** des concepts pratiques de financement et des solutions prometteuses aux défis communs en mettant l'accent sur les moyens d'augmenter et d'utiliser les ressources financières afin d'accroître la protection financière, améliorer l'accès équitable et réaliser la viabilité financière dans un contexte de la couverture de santé universelle (CSU) ;
2. **Identifier les mesures spécifiques** que les pays peuvent prendre pour établir un équilibre entre la mobilisation des recettes et la gestion des dépenses en s'inspirant des connaissances et des relations entre les pairs nouées au cours de l'atelier ;
3. **Renforcer le partenariat** entre les missions de l'USAID et les gouvernements partenaires ainsi que parmi les gouvernements partenaires en matière de financement de la santé en identifiant les priorités, les lacunes dans les connaissances et les besoins futurs en matière de soutien et d'apprentissage continu.

### Dimanche 14 février

<b>I. Réunion de préparation</b> Tous les présidents de séance, présentateurs, et coordonnateurs	14h00 – 16h00
<b>II. Sessions de préparation ciblées pour les présidents de séance, présentateurs, et coordonnateurs du JOUR 1</b>	16h00 – 17h00
<b>III. Réunion de collaboration avec les partenaires au développement (USAID, OMS, Gates)</b>	17h00– 18h00

### Jour 1 : Lundi 15 février

*Le contexte de SSU : Accroître la protection financière et l'accès aux services dans des systèmes de santé mixtes (publics/privés)*

<b>I. Inscription</b> ○ Rencontrer et saluer avec du café (8h30 – 9h00)	8h00 – 9h00
<b>II. Prières</b>	9h00 – 9h05
<b>III. Session d'ouverture</b> Présidente de séance : Akua Kwateng-Addo, USAID/Mission du Ghana  <b>Mots de bienvenue</b> ○ <i>Megan Rhodes, USAID/Washington</i> (4 minutes) ○ <i>Ambassadeur des É.-U. au Ghana, Robert Jackson</i> (4 minutes) ○ <i>Ministre de la Santé du Ghana, Alex Segbefia</i> (7 minutes)  <b>Objectifs, Attentes et Présentations</b> (10 minutes)	9h05 – 9h30

Jour 1 : Lundi 15 février

*Le contexte de SSU : Accroître la protection financière et l'accès aux services dans des systèmes de santé mixtes (publics/privés)*

<b><i>Ishrat Husain, USAID/Washington et Amanda Folsom, Résultats pour le Développement (R4D)/HFG</i></b>	
<b>IV. Brise-glace, avec service de café</b>  <u>Objectifs de la session :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Connaître d'autres participants</li><li>○ Identifier les sujets prioritaires liés à la mise en œuvre des systèmes SSU que les participants comptent aborder pendant la semaine.</li></ul> <u>Format de la session :</u> La brise-glace est structurée comme un exercice de vote interactif.	9h30 – 10h30
<b>V. Définition du cadre:</b> <b>Président de séance : Ministre de la Santé du Ghana, Alex Segbefia</b>  <b>Discours liminaire : Les transitions économiques dans le domaine de la santé et la CSU en Afrique (25 minutes)</b> <b><i>Ariel Pablos-Mendez, Administrateur adjoint pour la santé dans le monde, USAID/Washington</i></b>  <b>La couverture des pauvres et un financement plus équitable de la santé (20 minutes)</b> <b><i>Abdo Yazbeck, Economiste Principal en Santé auprès de la Banque Mondiale</i></b>  <b>Un aperçu du régime national d'assurance maladie du Ghana (20 minutes)</b> <b><i>Nathaniel Otoo, PDG intérimaire, National Health Insurance Authority (NHIA) Ghana</i></b>  <u>Objectifs de la session :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Discuter les développements plus récents de la CSU et les transitions économiques de la santé</li><li>○ Apprendre sur la stratégie nationale de financement de la santé du Ghana et la mise en œuvre du Régime national d'assurance maladie</li><li>○ Considérer comment le financement de la santé peut être un outil puissant d'amélioré l'équité</li></ul> <u>Format de la session :</u> Remarques plénières suivies par discussion des participants (25 minutes)  <b><i>Coordonnateur de la session : Rubama Ahmed</i></b>	10h30 – 12h00
<b><i>Déjeuner 12h00 – 13h00</i></b>	

Jour 1 : Lundi 15 février

*Le contexte de SSU : Accroître la protection financière et l'accès aux services dans des systèmes de santé mixtes (publics/privés)*

<p><b>VI. La protection financière et l'accès aux soins: en théorie et en pratique</b> <b>Président de séance : Nathaniel Otoo, PDG intérimaire, NHIA, Ghana</b></p> <p><u>Objectifs de la session :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Comprendre les concepts de la protection financière et l'accès aux soins compris des modalités de définition, de mise en œuvre, et de mesure</li><li>○ Identifier des stratégies pratiques pour accroître et pérenniser la protection financière et l'accès aux services, comme l'utilisation de fonds publics pour étendre la protection financière (subventions, exonérations, bonds, assurance) ou l'engagement de prestataires privés pour étendre l'accès</li></ul> <p><u>Format de la session :</u> <u>L'état de l'art (15 minutes) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Laurent Musango, BRA de l'OMS</b></li><li>○ Les concepts et stratégies pratiques d'accroître et maintenir la protection financière et l'accès aux soins</li></ul> <p><u>Vue d'ensemble du pays (30 minutes) : Mexique</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Adolfo Martinez Valle du Ministère de la Santé du Mexique</b></li><li>○ Entretien interactif du type « bocal à poissons »</li></ul> <p><u>Discussion (45 minutes) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Brève perspective du Bénin, par <b>Evelyne Akincho, ministre de la Santé du Bénin</b></li><li>○ Plénière interactive</li></ul> <p><b>Coordonnateur de la session : Bob Emrey</b></p>	13h00 – 14h30
<b>Pause-café 14h30 – 15h00</b>	
<p><b>VII. La génération de l'engagement et l'économie comportementale : la redistribution et la solidarité</b> <b>Président de séance : Dr. Francis Ukwuije du Ministère Fédéral de la Santé du Nigeria</b></p> <p><u>Objectifs de la session :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Apprendre les principes de l'économie comportementale et leur application dans la mise en œuvre dans le monde réel des réformes des systèmes sanitaires pour la CSU</li><li>○ Mieux comprendre comment les pays ont généré l'engagement et la solidarité construite pour assurer la couverture des pauvres et de distribuer/ redistribuer les ressources limitées, au niveau des prestataires et de la population</li></ul>	15h00 – 16h30

## Jour 1 : Lundi 15 février

### *Le contexte de SSU : Accroître la protection financière et l'accès aux services dans des systèmes de santé mixtes (publics/privés)*

<p><u>Format de la session :</u></p> <p><u>L'état de l'art (15 minutes) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Abdo Yazbeck, Banque Mondiale</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ Introduction de l'économie comportementale et leur application pour la CSU</li></ul></li></ul> <p><u>Aperçu d'un pays (20 minutes) : Ghana</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ L'économie comportementale en action au Ghana, par <b>Christine Papai, Innovations in Poverty Action (IPA) – Ghana</b> (5 minutes)</li><li>○ Le déploiement par le Ghana du nouveau système de paiement des prestataires, par la <b>Professeure Irene Agyepong, University of Ghana School of Public Health</b> (7 minutes)</li><li>○ L'influence des comportements des prestataires, par <b>Dr. Daniel Arhinful, Noguchi Memorial Institute for Medical Research</b> (7 minutes)</li></ul> <p><u>Discussion (55 minutes) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Les participants se divisent en petits groupes pour échanger leurs expériences avec la mise en œuvre des réformes du financement de la santé, y compris la façon dont ils ont généré des engagements politiques et ont motivé les changements dans les comportements des prestataires ou de la population</li></ul> <p><b>Coordonnateur de la session : Ishrat Husain</b></p>	
<b>VIII. Synthèse de la journée</b>	16h30 – 16h45
<b>IX. Sessions de préparation ciblées pour les présidents de séance, présentateurs, et coordonnateurs du JOUR 2</b>	17h00 – 18h00

## Jour 2 : Mardi 16 février

### *Mobilisation des ressources pour la santé et gestion des dépenses pour améliorer l'équité*

<b>I. Prières</b>	8h00 – 8h05
<b>II. Financement de la santé pour assurer la CSU : « Les deux revers de la médaille »</b> <b>Président de Séance: Cheikh Mbengue, Sénégal</b>	8h05 – 9h45
<p><u>Objectifs de la session :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Mettre en évidence la nécessité de mobiliser les ressources internes et de gérer les dépenses comme "les deux revers de la médaille" dont les pays</li></ul>	

## Jour 2 : Mardi 16 février

### *Mobilisation des ressources pour la santé et gestion des dépenses pour améliorer l'équité*

<p>auront besoin pour créer l'espace fiscale pour la santé et réaliser la CSU</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Partager des conseils et des outils de politiques pour encourager un dialogue plus productif entre les ministères de la Santé (MdS) et les ministères des Finances (MdF), en facilitant l'alignement entre le financement de la santé et les systèmes publics et objectifs de gestion financière.</li></ul> <p><u>Format de la session :</u></p> <p><u>L'état de l'art (20 minutes) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Joe Kutzin, l'OMS</li><li>○ Introduction à la nouvelle orientation de l'OMS/Banque Mondiale sur le contexte de gestion macroéconomique, fiscal et des fonds publics visant à éclairer le dialogue entre les Ministères de la Santé et les Ministères des Finances en faveur de la CSU</li><li>○ Discuter des moyens par lesquels les pays peuvent établir un équilibre entre la mobilisation des recettes et la gestion des dépenses (les deux revers de la médaille)</li></ul> <p><u>Exemples de pays (30 minutes) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Dialogue en table ronde entre divers représentants des ministères des Finances et de la Santé<ul style="list-style-type: none"><li>● <b>Olivia Nassuna, MdF de l'Ouganda et Sarah Byakika, MdS de l'Ouganda</b></li><li>● <b>Marie Lattroh, MdF de Côte d'Ivoire et Ghislaine Kouakou-Kouadio, MdS de Côte d'Ivoire</b></li><li>● <b>Joy Kemirembe Mulisa, Gasabo District Community-Based Program, Rwanda, et Michael Karangwa, USAID/Rwanda</b></li></ul></li></ul> <p><u>Discussion (45 minutes) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Plénière interactive au sujet des solutions politiques pratiques, des outils et conseils pour encourager un dialogue plus constructif</li></ul> <p><b>Coordonnateur de la session : Danielle Bloom</b></p>	
<b>Pause-café 9h45 – 10h15</b>	
<p><b>III. Comment mobiliser les ressources internes pour la santé</b></p> <p><b>Président de séance : Atakelti Abrha, Directeur General, Ethiopian Health Insurance Agency</b></p> <p><u>Objectifs de la session :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Sensibiliser aux expériences mondiales en matière de mobilisation des ressources internes (MRI ou DRM en anglais) pour la santé et les expériences générales l'indépendance vis-à-vis de l'assistance des donateurs</li></ul>	10h15 – 12h00

## Jour 2 : Mardi 16 février

### Mobilisation des ressources pour la santé et gestion des dépenses pour améliorer l'équité

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Comprendre les options d'engagement des Ministères des Finances afin d'accroître la MRI ainsi que le lien entre la mobilisation de nouvelles ressources et les moyens de mettre en commun ces ressources et les consacrer à la promotion de l'efficacité et de l'équité</li> <li>○ Identifier les pays des actions spécifiques peuvent prendre pour mobiliser des ressources nationales pour la santé, en tirant sur les expériences de mise en œuvre et de gouvernance spécifiques au Ghana et d'autres pays d'Afrique</li> </ul> <p><u>Format de la session :</u>  <u>L'état de l'art (15 minutes)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Bob Fryatt, Director of USAID Health Financing and Governance Project and Susna De, Bill &amp; Melinda Gates Foundation</b></li> </ul> <p>Les derniers développements et examen de l'expérience globale, y compris gamme d'options de DRM disponibles pour les pays</p> <p><u>Exemple pays (30 minutes) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Perspectives sur l'expérience du Ghana avec la Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA) et les contributions à la Sécurité sociale et le National Insurance Trust (SSNIT) <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hon. Kwaku Agyeman-Manu, Membre du Parlement (MP) de Dormaa Central et président du Comité des comptes publics</b></li> <li>• <b>Hon. Joseph Yieleh Chireh, MP pour Wa West et ancien ministre de la Santé</b></li> </ul> </li> </ul> <p><u>Discussion (60 minutes) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les participants sélectionneront les tables de MRI ds pays en fonction de leurs intérêts.</li> <li>○ Les tables de pays incluront : <b>Ghana (David Kollison, MdF, Éthiopie (Zelalem Abebe Segahu, Projet HSFR/HFG) , Nigeria (Lekan Olubajo, National Primary Health Care Development Agency), Gabon (Helene Barroy, OMS), Bénin (Thomas Azandossessi, Ministère des Finances), Tanzania (Susna De, Bill &amp; Melinda Gates Foundation) et Sénégal (Serigne Diouf, l'Agence CMU).</b></li> </ul> <p><b>Coordonnateur de la session : Bob Emrey</b></p>	
<b>Déjeuner 12h00 – 13h00</b>	
<p><b>IV. Gestion des dépenses: comment accroître l'efficacité et l'optimisation des ressources</b>  <b>Présidence de séance: Evelynne Akinochi, Ministère de la Santé du Bénin</b></p> <p><u>Objectifs de la session :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identifier la gamme d'outils ou d'interventions politiques que pays peuvent</li> </ul>	13h00 – 14h30

## Jour 2 : Mardi 16 février

### *Mobilisation des ressources pour la santé et gestion des dépenses pour améliorer l'équité*

<p>utiliser pour accroître l'optimisation des ressources et la gestion des dépenses</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Renforcer la compréhension des décalages communs entre le financement de la santé et les systèmes de gestion des finances publiques qui entraînent l'inefficience et le gaspillage</li><li>○ Identifier la gamme d'approches d'achat stratégique et d'adjudication des contrats que les pays utilisent, les défis communs que rencontrent les pays en évoluant vers l'achat stratégique et quelques stratégies qui peuvent faciliter la mise en œuvre des mécanismes d'achat stratégique</li></ul> <p><u>Format de la session :</u> <u>L'état de l'art (15 minutes) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Helene Barroy, l'OMS et Amanda Folsom, R4D</b></li><li>○ Les dernières évolutions en matière de gestion des dépenses</li><li>○ Gestion des fonds publics/cadre de gestion des dépenses, une collaboration entre l'OMS et la Banque Mondiale</li><li>○ Autres outils et stratégies de gestion des dépenses (ex., Achats stratégiques, efficience des processus, et la conception et planification des avantages rentables de la santé)</li></ul> <p><u>Exemples de pays (25 minutes) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Les aperçus courts de la gamme d'approches de gestion des dépenses:<ul style="list-style-type: none"><li>● Ghana sur les réformes de la gestion financière publique, les mécanismes de paiement et les forfaits de prestations, <b>Anthony Gingong, NHIA</b></li><li>● Rwanda sur les achats stratégiques et les mécanismes de paiement des prestataires, <b>Ina Kalisa, University of Rwanda School of Public Health</b></li><li>● Sénégal sur le financement basé sur les résultats, par <b>Adiaratou Ndiaye, conseiller auprès du Premier ministre du Sénégal</b></li></ul></li></ul> <p><u>Questions/réponses et discussions par les participants (50 minutes) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Discussions de la table organisés autour la gamme d'approches de gestion des dépenses</li></ul> <p><b>Coordonnateur de la session : Catherine Connor</b></p>	
<p><b>V. Un aperçu des produits pharmaceutiques</b> <b>Président de séance : Edith Andrews-Annan, OMS/Ghana</b></p> <p><u>Objectifs de la session :</u></p>	14h30 – 15h30

## Jour 2 : Mardi 16 février

### *Mobilisation des ressources pour la santé et gestion des dépenses pour améliorer l'équité*

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Comprendre comment les pays ont sélectionné les médicaments à couvrir dans le forfaits des médicaments pris en charge</li> <li>○ Apprendre comment les pays sont parvenus à gérer les principaux facteurs de coûts des dépenses pharmaceutiques</li> <li>○ Identifier des considérations importantes pour la fixation du prix des médicaments dans le cadre d'un régime d'assurance.</li> </ul> <p><u>Format de la session :</u></p> <p><u>L'état de l'art (15 minutes): <b>Kwesi Eghan, USAID SIAPS Project</b></u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les objectifs d'accès médicaments</li> <li>○ Les principales considérations sur la conception pour médicaments d'avantages sociaux, et l'établissement des priorités pour les médicaments de sélection et la tarification / remboursement</li> <li>○ La réglementation et la gouvernance</li> <li>○ L'achat et des systèmes de distribution</li> <li>○ Le besoin des données et d'information, et l'impacts du leur durabilité sur la présence ou l'absence de programmes de médicaments dans les systèmes d'assurance-maladie.</li> </ul> <p><u>Exemples de pays (15 minutes): Ghana</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Des représentants du Ghana présenteront un défi ou un dilemme important au groupe en vue de discussion et de feedback</li> </ul> <p><u>Questions/réponses et discussions par les participants (30 minutes):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conseils de pairs et discussion</li> </ul> <p><b>Coordonnateur de la session : Bob Emrey</b></p>	
<b>Pause-café 15h30 – 16h00</b>	
<p><b>VI. Session des travaux au niveau des pays</b></p> <p><u>Contenu et objectifs de la session :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les équipes de pays vont se réunir pour commencer à identifier les actions spécifiques qu'elles peuvent mener afin de maximiser les revenus pour la santé, renforcer l'engagement envers l'allocation des ressources pro-pauvres et la mutualisation des risques et de gérer les dépenses.</li> </ul>	16h00 – 16h45
<p><b>VII. Synthèse de la journée et l'Aperçu des plans de visite sur terrain</b></p>	16h45 – 17h15
<p><b>VIII. Session de travail sur la stratégie de financement de la santé au Sénégal</b></p> <p><u>Contenu et objectifs de la session :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La délégation de Sénégal se réunira pour discuter de leur stratégie de financement de la santé</li> </ul>	17h15 – 18h15

## Jour 2 : Mardi 16 février

### *Mobilisation des ressources pour la santé et gestion des dépenses pour améliorer l'équité*

<b>IX. Sessions de préparation ciblées les présidents de séance, présentateurs, et coordonnateurs du JOUR 4</b>	17h15 – 18h15

## Jour 3 : Mercredi 17 février

### *Attention sur le Ghana : Visite sur terrain au NHIA*

<b>I. Prières</b>	8h00 – 8h05
<b>II. Visite sur le terrain</b>  <u>Objectif de la visite :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>Mieux comprendre comment le National Health Insurance Scheme (NHIS) du Ghana fonctionne, y compris sa gouvernance et son financement dans l'ensemble, et les points forts ainsi que les obstacles rencontrés lors de sa mise en oeuvre</li></ul> <u>Format de la session :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>Les participants seront répartis en 5 groupes</li><li>A chaque lieu, les participants visiteront un centre de traitements des demandes, une structure sanitaire (une structure de CHAG ou un hôpital), et le Bureau de district de la NHIA</li></ul>	Toute la journée avec des départs tôt (être annoncé)

## Jour 4 : Jeudi 18 février

### *Engagement communautaire, acteurs privés et technologie mobile*

<b>I. Prières</b>	8h00 – 8h05
<b>II. Débriefing et réflexions après les visites sur le terrain</b> <b>Président : Chris Atim, Directeur exécutif d'AfHEA et président du Comité d'évaluation du SNIS du Président</b>  <u>Objectifs de la session :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>Partager les pensées de la visite du terrain de la veille et discuter les thèmes principaux et questions restantes</li></ul> <u>Format de la session :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>Discussions autour d'une table (25 minutes)</li><li>Discussion plénière ouverte (45 minutes)</li></ul>	8h05 – 9h15

Jour 4 : Jeudi 18 février

*Engagement communautaire, acteurs privés et technologie mobile*

<b>Coordonnateur de la session : Amanda Folsom</b>	
<b>III. Assurance maladie communautaire – Leçons, défis et opportunités</b> <b>Président de séance: Joachim Koffi, Côte d’Ivoire CNAM (National Health Insurance Program)</b>	9h15 – 10h30
<u>Objectifs de la session :</u>	
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Présenter l’assurance maladie communautaire (AMC) comme une autre approche <i>pro-pauvres de la CMU, s’appuyant sur les</i> messages introduits au début de la semaine concernant le besoin d’accorder la priorité aux pauvres</li><li>○ Discuter les limites et les possibilités que présente l’Assurance maladie communautaire (AMC ou CBHI en anglais) en tant que moyen de réaliser la CSU</li><li>○ Identifier des stratégies pratiques pour optimiser les systèmes de mutuelles de santé existants afin d'améliorer l'engagement communautaire et d'accroître la viabilité financière, d'étendre la couverture de la population, et d'approfondir le programme d'avantages sociaux</li></ul>	
<u>Format de la session :</u>	
<u>L'état de l'art (15 minutes) :</u>	
<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Hong Wang, la Fondation de Bill &amp; Melinda Gates</b></li><li>○ Evolution de l’AMC et notre compréhension du rôle de l’AMC dans la CSU</li></ul>	
<u>Exemple du pays (30 minutes) :</u>	
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Éthiopie : déploiement de l’AMC dans 800 districts à la suite du pilotage effectué dans 13 districts en 2011. <b>Zelalem Abebe Segahu, les Projects USAID (HFSR/HFG), Éthiopie</b></li><li>○ Rwanda : Récentes amélioration de l’AMC (p. ex., montant des primes fixé en fonction des revenus) et intégration prévue avec les programmes d’assurance maladie sociale. <b>Therese Kunda, Management Sciences for Health Rwanda, Projet de renforcement des systèmes de santé</b></li><li>○ Sénégal : Vision sénégalaise de la CMU pour réformer les mutuelles afin d’étendre la couverture et d’augmenter la stabilité financière « Développement de la couverture maladie universelle de base à travers les mutuelles de santé ». <b>Cheikh Mbengue, Agence CMU, Sénégal</b></li></ul>	
<u>Discussions par les participants (30 minutes) :</u>	
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Les participants resteront dans la plénière pour engager les intervenants dans une FAQ, fournir du feedback entre pairs et identifier des expériences prometteuses de mise en œuvre de l’AMC</li></ul>	
<b>Coordonnateur de la session : Catherine Connor</b>	

Jour 4 : Jeudi 18 février

*Engagement communautaire, acteurs privés et technologie mobile*

<i>Pause-café 10h30 – 11h00</i>	
<p><b>IV. Le rôle de l'assurance maladie privée dans la CMU</b> <b>Présidente : Sarah Byakika, ministre de la Santé de l'Ouganda</b></p> <p><u>Objectifs de la session :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Expliquer le rôle de l'assurance maladie du secteur privé pour soutenir progressivement les efforts d'atteinte de la CMU</li><li>○ Reconnaître deux contributions qu'offre le secteur de la l'assurance maladie privée à une initiative de CMU et deux avantages qu'un programme de CMU apporte au secteur de l'assurance maladie privée</li><li>○ Décrire deux problèmes liés à la mise en œuvre rencontrés dans les efforts visant à établir et étendre un partenariat public-privé entre un fournisseur d'assurance maladie privé et un gouvernement, et comment ces problèmes pourraient être résolus</li></ul> <p><u>Format de la session :</u></p> <p><u>L'état de l'art (15 minutes) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Adeola Majiyagbe, DG de Total Health Trust, Nigeria</b></li><li>○ Examen du rôle de l'assurance maladie du secteur privé pour soutenir progressivement l'atteinte de la CMU, avec un bref aperçu de l'assurance maladie privée en Afrique</li></ul> <p><u>Exemple du pays (30 minutes) : Nigeria</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Débat « spotlight » sur l'engagement du secteur de l'assurance privée dans les programmes de CMU, y compris le partenariat public-privé au Nigeria, avec <b>Jonathan Ekeh, Nigeria National Health Insurance Scheme, Pieter Walhof, PharmAccess</b>, et le <b>D. Patrick Korie, SUNU Nigeria</b></li></ul> <p><u>Discussions par les participants (45 minutes) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Discussions en petits groupes sur les moyens par lesquels les gouvernements interagissent avec l'assurance privée</li><li>○ Appliquer un cas de partenariat public-privé du Nigeria au contexte de votre pays</li><li>○ Décrire l'étape de votre gouvernement dans l'engagement avec les partenaires du secteur de l'assurance privée</li></ul> <p><b>Coordonnateur de la session : Jeanna Holtz</b></p>	11h00 – 12h30
<i>Déjeuner en apprenant 12h30 – 13h30</i>	
<p><b>V. Produits et solutions d'assurance facilités par la technologie mobile</b> <b>Président de séance : Cees Hesp, Pharmaccess</b></p> <p><u>Objectifs de la session :</u></p>	13h30 – 15h00

## Jour 4 : Jeudi 18 février

### Engagement communautaire, acteurs privés et technologie mobile

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sensibiliser à la contribution potentielle de l'argent mobile au renforcement des opérations d'assurance maladie au profit de la CSU</li> <li>○ Mettre l'accent sur les innovations spécifiques d'argent mobile en Afrique qui peuvent être un modèle prometteur aux fins d'adaptation à d'autres contextes</li> <li>○ Identifier les actions spécifiques que les pays peuvent mener pour promouvoir l'usage accru des applications de paiement mobile pour assurer la CSU</li> </ul> <p><u>Format de la session :</u>  <u>L'état de l'art (15 minutes) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Adjoa Boateng, MicroEnsure</b></li> <li>○ Un aperçu des applications de paiement mobile dans le secteur de l'assurance maladie</li> </ul> <p><u>Exemple du pays (15 minutes) : Mali</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Ralph Ankri, Orange Labs</b></li> <li>○ La mise en relief des partenariats entre le paiement mobile et l'AMC au Mali</li> </ul> <p><u>Discussion (60 minutes) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Facilitateur AC</li> <li>○ Exemples de pays : <ul style="list-style-type: none"> <li>● Kenya e-Wallet (par <b>Cees Hesp, Pharmaccess</b>)</li> <li>● Informatisation des fonctions d'assurance maladie au Rwanda (<b>Michael Karangwa, USAID/Rwanda</b>)</li> <li>● Initiatives mobiles de la NHIA du Ghana (<b>Thomas Adoboe, Deputy Director-Management Information Systems, NHIA</b>)</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Coordonnateur de la session : Pamela Riley</b></p>	
<b>Pause-café 15h00 – 15h30</b>	
<p><b>VI. Session des travaux au niveau des pays</b></p> <p><u>Objectifs de la session :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les équipes de pays vont se réunir pour commencer à identifier les actions spécifiques qu'elles peuvent mener afin d'évoluer vers des efforts d'AMC et à l'effet de levier l'assurance maladie privée et l'assurance d'argent mobile pour assurer la CSU</li> </ul>	15h30 – 16h30
<p><b>VII. Synthèse de la journée</b></p>	16h30 – 17h00
<p><b>VIII. Sessions de préparation ciblées les présidents de séance, présentateurs, et coordonnateurs du JOUR 5</b></p>	17h00 – 17h30

Jour 4 : Jeudi 18 février

*Engagement communautaire, acteurs privés et technologie mobile*

<b>IX. Réunion de collaboration avec les partenaires au développement (USAID, OMS, Gates)</b>	17h30 – 18h30

Jour 5 : Vendredi 19 février

*Suivi des progrès, planification future et prochaines étape*

<b>I. Prières</b>	8h00 – 8h05
<b>II. « Systèmes Sanitaires Intelligents »</b> <b>Dr. Lydia Dsane-Selby, Directrice des réclamations auprès de la NHIA du Ghana</b>  <u>Objectifs de la session :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Souligner l'importance des données dans la réalisation des objectifs du système sanitaire comme la couverture de santé universelle et les problèmes liés à cette réalisation dans un contexte de données limitées</li><li>○ Comprendre la stratégie du Ghana pour le suivi des progrès vers la CSU, la réalisation d'autres objectifs du système sanitaire et pour assurer l'accès et l'équité dans les interventions</li></ul> <u>Format de la session:</u> <u>L'état de l'art (15 minutes) :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Joe Kutzin, l'OMS</b></li><li>○ Bref aperçu d'un cadre pour l'évaluation et le suivi des progrès vers la CSU, et l'importance de la recherche appliquée sur les politiques et les opérations</li></ul> <u>Exemple du pays (15 minutes) : Ghana</u> <ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Lydia Dsane-Selby, NHIA</b></li><li>○ La stratégie du Ghana en matière de suivi des progrès, y compris la recherche opérationnelle, le suivi de l'équité, l'élaboration d'un tableau de bord et d'un système d'alerte précoce</li></ul> <u>Discussion par les participants (70 minutes) :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>○ En plénière ou divisés en groupes plus petits, les participants vont identifier les expériences d'autres pays, y compris le système HIMSS du Rwanda (<b>Therese Kunda, Management Sciences for Health Rwanda, Projet de renforcement des systèmes de santé</b>) et l'évaluation de la CSU en Éthiopie (<b>Atakelti Abrha, Directrice Générale, Ethiopian Health Insurance Agency</b>)</li><li>○ Discuter comment les pays mesurent leurs progrès vers la CMU, analysent leurs réformes et relient les faits à la politique et identifient des exemples</li></ul>	8h05 – 9h45

## Jour 5 : Vendredi 19 février

### *Suivi des progrès, planification future et prochaines étape*

<p>de collecte et d'analyse des données, ainsi que des processus visant à promouvoir l'apprentissage et l'amélioration continus</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Partager d'autres innovations des pays et des partenaires internationaux en matière de recherche et de processus</li></ul> <p><b>Coordonnateur de la session : Danielle Bloom</b></p>	
<p><b>III. Session des travaux au niveau des pays</b></p> <p><u>Objectifs de la session :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Regrouper tous les points d'actions de ces trois derniers jours et élaborer un programme d'actions à mettre en œuvre à votre retour au pays</li></ul>	9h45 – 10h15
<b>Pause-café 10h15 – 10h45</b>	
<p><b>IV. Exprimer des idées pour l'apprentissage et les actions futures</b> <b>Président de séance : Bob Emrey, USAID Office of Health Systems Strengthening</b></p> <p><u>Objectifs de la session :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Souligner les thèmes principaux de la semaine</li><li>○ Discuter les plans de pays et les prochaines étapes identifiées par les participants</li></ul> <p><u>Format de la session :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Une réflexion plénière des thèmes principaux, une discussion animée (15 minutes)</li><li>○ Partage des plans nationaux (45 minutes)<ul style="list-style-type: none"><li>○ Un aperçu de l'élaboration de la stratégie de financement de la santé au Sénégal (15 minutes)</li></ul></li><li>○ Recueil du feedback des participants (évaluation de l'atelier)</li></ul> <p><b>Coordonnateur de la session : Amanda Folsom</b></p>	10h45 – 12h00
<p><b>V. Clôture</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Brèves remarques de clôture (2 min. chacune) par USAID, NHIA, OMS et Bill &amp; Melinda Gates Foundation</li></ul>	12h00 – 12h30
<b>Déjeuner de clôture 12h15 – 13h15</b>	

## Annexe II. Liste des participants

Nom	Affiliation	Email	Titre officiel	Domaine d'expertise
<b>Bénin</b>				
<b>Barthélémy Semegan</b>	WHO/Benin	semeganb@who.int		
<b>Evelyne Akinoch</b>	Ministry of Health	eakinoch@gmail.com	Cabinet Member; Chair of Performance Based Financing Harmonization and Sustainability	
<b>Michelle Kouletio</b>	USAID/Benin	mkouletio@usaid.gov	Resident Advisor, President's Malaria Initiative, USAID/Benin	
<b>Thomas Azandossessi</b>	Ministry of Finance and CCM	azanthom@yahoo.fr	Secretary Général, Ministry of Finance and President of the CCM	
<b>Cote d'Ivoire</b>				
<b>Bakary Sekongo</b>	SUNU	bakary.sekongo@sunu-group.com	Technical Director of SUNU Insurances	
<b>Etienne Ayite</b>	SUNU	etienne.ayite@gmail.com	Professor of Medicine; Insurance Specialist	
<b>Ghislaine Kouakou-Kouadio</b>	Ministry of Health and Health Service	kouadioghislaine@gmail.com	UHC Ministry of Health Representative	
<b>Joachim Koffi</b>	National Health Insurance (CNAM)	joachim.koffi@ipscnam.ci		
<b>Marie Lattroh</b>	Ministry of Finance	lattrohessoh@yahoo.fr	Technical Advisor for Health and Social Sectors	
<b>Tania Bissouma-Ledjou</b>	WHO/Cote d'Ivoire	bissoumaledjout@who.int	Health Management Programs Advisor	

<b>Éthiopie</b>				
<b>Ato. Atakilt Abraha</b>	Ethiopian Health Insurance Agency	<a href="mailto:atakelti@yahoo.com">atakelti@yahoo.com</a>	General Director	Public health economics, Management
<b>Sofonias Getachau</b>	WHO/Ethiopia	<a href="mailto:asrats@who.int">asrats@who.int</a>		
<b>Halima Abate</b>	Ethiopian Health Insurance Agency	<a href="mailto:halimabate@gmail.com">halimabate@gmail.com</a>		Health Insurance
<b>Solomon Feleke</b>	HSFR/HFG Project	<a href="mailto:sfeleke@hsfreth.org">sfeleke@hsfreth.org</a>	Senior HI Specialist	Health Insurance
<b>Zelalem Abebe Segahu</b>	HSFR/HFG Project		Senior HI Advisor	
<b>Ghana</b>				
<b>Abass Suleymana</b>	NHIA	<a href="mailto:abass.suleymana@nhia.gov.gh">abass.suleymana@nhia.gov.gh</a>	Senior Manager, PPD	Provider Payment Reform
<b>Adjoa Boateng</b>	MicroEnsure	<a href="mailto:adjoa.boateng@microensure.com">adjoa.boateng@microensure.com</a>	Country Manager	Health Insurance, Financial Risk Protection
<b>Adwoa Twum</b>	NHIA	<a href="mailto:adwoa.twum@nhia.gov.gh">adwoa.twum@nhia.gov.gh</a>	Head, Information and Monitoring, PPME	Information Systems, Monitoring & Evaluation
<b>Akua Kwateng-Addo</b>	USAID/Ghana	akwateng-addo@usaid.gov	Health Officer Director	Health Systems, Pharmaceuticals Management, Infectious Diseases
<b>Alex Segbefia</b>	Ministry of Health	minister4health2@gmail.com	Minister of Health	
<b>Andy Karas</b>	USAID/Ghana	akaras@usaid.gov	Mission Director	Policy, Planning, Agriculture
<b>Anthony Gingong</b>	National Health Insurance Authority (NHIA)	anthony.gingong@nhia.gov.gh	Director-Provider Payment	Provider Payment Reform, Strategic Purchasing

<b>Anthony Seddoh</b>	International Finance Corporation	aseddoh@ifc.org	Operations Officer/Health Policy & Partnerships Specialist	Health Policy, Private Sector Engagement
<b>Cassiel Ato Baah Forson</b>	Ministry of Finance	cassielforson@yahoo.co.uk	Deputy Minister of Finance	
<b>Christine Papai</b>	Innovation for Action	<a href="mailto:cpapai@poverty-action.org">cpapai@poverty-action.org</a>	Deputy Country Director	
<b>Christolyte Kwafo</b>	National Health Insurance Authority (NHIA)	christolyte.kwafo@nhia.gov.gh	Research Officer	Health Research, Monitoring & Evaluation
<b>Dan Osei</b>	Ministry of Health	dnao.osei@gmail.com		Health Economics, Health Finance
<b>Daniel Kojo Ahinful</b>	Noguchi Research Institute	darhinful@gmail.com		Health Insurance, Quality Assurance, Medical Anthropology
<b>David Klotey Collison</b>	Ministry of Finance	dcollison@mofep.gov.gh	Chief Budget Analyst	Budgeting, Financial Management
<b>Ebenezer Appiah-Denkyira</b>	Ghana Health Service	dg@ghsmail.org	Director General	
<b>Edith Annan-Andrews</b>	WHO/Ghana	andrewse@who.int	Country Adviser , Medicines, Health Technologies and Laboratories	Pharmaceuticals Management, Information Systems, Medical Technologies
<b>Emmanuel Okyere</b>	National Health Insurance Authority (NHIA)	emmanuel.okyere@nhia.gov.gh	Deputy Director, M&E/Special Projects	Monitoring & Evaluation
<b>Felix Osei-Sarpong</b>	USAID/Ghana	fosei-sarpong@usaid.gov	Planning Unit Director General	Health Systems, Public Health
<b>Francis Andoh-Adjei</b>	National Health Insurance Authority (NHIA)	francis.adjei@nhia.gov.gh	Director - Research, Policy, Monitoring and Evaluation	
<b>Francis-Xavier Andoh-Adjei</b>	National Health Insurance Authority (NHIA)	francis.adjei@nhia.gov.gh	Director, Research, Policy, Monitoring and Evaluation	Health Research, Health Policy, Monitoring and Evaluation

<b>Gabriel Benarkuu</b>	Coalition of NGOs			
<b>Gloria Quansah Asare</b>	GHS	<a href="mailto:gloria.quansahasare@ghsmail.org">gloria.quansahasare@ghsmail.org</a>		
<b>Irene Agyepong</b>	Ghana College School of Physicians and Surgeons	iagyepoing@hotmail.com	Foundation Fellow	Health Policy, Health Planning, Health Metrics
<b>Juliana Pwamang</b>	USAID/Ghana	<a href="mailto:jpwamang@usaid.gov">jpwamang@usaid.gov</a>		
<b>Joseph Addo-Yobo</b>	SHOPS Project/Abt Associates	Joseph_Addo-Yobo@shopsproject.com	Chief of Party	Private sector engagement
<b>Joseph Yieleh Chireh</b>	Parliament of Ghana	ychireh@gmail.com	Member of Parliament and Chairman of the Parliamentary Select Committee on Health	Resource mobilization
<b>Kwaku Agymang-Manu</b>	Parliament of Ghana		Member of Parliament for Dormaa Central and Chair of Public Account Committee	Resource mobilization
<b>Lydia Selby</b>	National Health Insurance Authority (NHIA)	baaba.selby@nhia.gov.gh	Director-Claims	Quality Assurance, Strategic Purchasing
<b>Mariam Musah</b>	National Health Insurance Authority (NHIA)	<a href="mailto:mariam.musah@nhia.gov.gh">mariam.musah@nhia.gov.gh</a>	Senior Manager, Research	
<b>Mary Addo-Mensah</b>	USAID/Ghana	maddo-mensah@usaid.gov	Government 2 Government Specialist	
<b>Maxwell Antwi</b>	PharmAccess	m.antwi@medicalcreditfund.org		
<b>Mawusi Dumenu</b>	CDD	<a href="mailto:mydumen@yahoo.com">mydumen@yahoo.com</a>	Research Officer	
<b>McDamien Dedzo</b>	University Research Corporation	mddedzo@systemsforhealth.urc-chs.com	Deputy Chief of Party-USAID funded Systems for Health	Health Governance, Health Policy, Health Planning

<b>Memuna Tanko</b>	National Health Insurance Authority (NHIA)	memuna.tanko@nhia.gov.gh	Director, Clinical Audit/Quality Assurance	Quality Assurance
<b>Nathaniel Otoo</b>	National Health Insurance Authority (NHIA)	nat.otoo@nhia.gov.gh	Acting CEO	
<b>Nicholas Nyagblorme</b>	MOH	<a href="mailto:nyagblos@yahoo.com">nyagblos@yahoo.com</a>		
<b>Nii Anang Adjetey</b>	National Health Insurance Authority (NHIA)	anang.adjetey@nhia.gov.gh	Director, Corporate Affairs	
<b>Ophelia Abrokwah</b>	National Health Insurance Authority (NHIA)			
<b>Rahilu Haruna</b>	Ministry of Health			
<b>Rexford Asiamah</b>	Center for Democracy and Development	r.asiamah@cddgh.org	Research Officer	Health Governance, Health Research, Resource Mobilization
<b>Robert Jackson</b>	US Embassy	jacksonrp@state.gov	Ambassador	
<b>Rosemary Mensah-Anobah</b>	National Health Insurance Authority (NHIA)	rosemary.mensah@nhia.gov.gh		
<b>Rubama Ahmed</b>	USAID/Ghana	rahmed@usaid.gov	Health Systems Strengthening Lead	Health Financing, Health Systems, Health Policy
<b>Ruby A. Mensah</b>	National Health Insurance Authority (NHIA)	<a href="mailto:rubimensah@yahoo.com">rubimensah@yahoo.com</a>		
<b>Samuel George Anarwat</b>	HFG Project/Abt Associates	samuel_anarwat@abtassoc.com	In-Country Manager	Health Financing, Health Economics
<b>Selassi A D'Almeida</b>	WHO/Ghana	dalmeidas@who.int	Health Economics Advisor	
<b>Selorm Adonoo</b>	National Health Insurance Authority (NHIA)	selorm.adonoo@nhia.gov.gh		

<b>Stella Adu-Amankwah</b>	National Health Insurance Authority (NHIA)			
<b>Stephen Duku</b>	GHS	<a href="mailto:stephen.duku@ghsmai.org">stephen.duku@ghsmai.org</a>		
<b>Sylvester Ziniel</b>	Ministry of Health			
<b>Thomas Adoboe</b>	National Health Insurance Authority (NHIA)	thomas.adoboe@nhia.gov.gh	Deputy Director-Management Information Systems	Information systems
<b>Vivian Addo-Kobbiah</b>	National Health Insurance Authority (NHIA)			
<b>Nigeria</b>				
<b>Abimbola Kola-Jebutu</b>	USAID/Nigeria	akola-jebutu@usaid.gov	Capacity Building Specialist	HSS
<b>Adeola Majiyagbe</b>	Total Health Trust	amajiyagbe@totalhealthtrust.com, davidadeo73@gmail.com	General Manager	Private Health Insurance
<b>Agwu Ibiam Azu</b>	HFG Project/Abt Associates	lbiamazu@yahoo.com	HFG State Coordinator	Health financing and governance
<b>Amina Kambai</b>	NHIS	<a href="mailto:gimbiyamina@yahoo.com">gimbiyamina@yahoo.com</a>		
<b>Bukola Ayinla</b>	Lagos State Ministry of Health		Public-Private Liaison Officer	
<b>Celeste Carr</b>	USAID/Nigeria	ccarr@usaid.gov	Senior Planning and Program Advisor	Planning
<b>Chima Onoka</b>	Health Policy and Research Group, University of Nigeria	chima.onoka@unn.edu.ng	Researcher/Senior Lecturer	Health financing
<b>Chinedu Chugbo</b>	HSDF	chinedu.chugbo@hsdf.org.ng	Lead, Health Systems	Health systems
<b>Dahladi Alyu</b>	NASS			

<b>Darlington Nwokocha</b>	NASS		Honorable Member of the House of Representatives	
<b>Emeka Chukwu</b>	UN Foundation	emeka2015@gmail.com	Project Manager	mhealth, mobile money
<b>Francis Emwere</b>	National Health Insurance Scheme (NHIS)	frankamaka1@yahoo.com	Senior Manager, Formal Sector	Health finance
<b>Francis Ukwuije</b>	Federal Ministry of Health, Department of Planning, Research, and Statistics FMOH/PRS	franciskusuije@yahoo.com	Senior Economist	Health financing
<b>Gafar Alawode</b>	HFG Project/Abt Associates	Gafar_Alawode@abtaassoc.com	Chief of Party	Health finance and governance
<b>Gideon Yakubu</b>	Kaduna State NHIS	gido4sure@yahoo.com	Desk Officer	
<b>Hassan Adamu Shekarau</b>				
<b>Heather Smith-Taylor</b>	USAID	hsmith@usaid.gov		
<b>Husaina Bello-Aliyu</b>	HSDF	husaina.bello-aliyu@hsdf.org.ng	Program Manager	
<b>John Dyegh</b>		<a href="mailto:dyeghjob@gmail.com">dyeghjob@gmail.com</a>		
<b>Jonathan Ekeh</b>	National Health Insurance Scheme (NHIS)	jondek2002@yahoo.com		Health financing
<b>Kelechi Ohiri</b>	Ministry of Health	<a href="mailto:kelechi.ohiri@hsdf.org.ng">kelechi.ohiri@hsdf.org.ng</a>	HSDF	Health financing
<b>Mohammed Ghali Musa</b>	Kaduna State NHIS	musaghali65@ymail.com		Health financing
<b>Nancy Lowenthal</b>	USAID/Nigeria	nlowenthal@usaid.gov	HPN Officer, Director	
<b>Nasiru Garba Shehu</b>		<a href="mailto:nasgarba725@yahoo.com">nasgarba725@yahoo.com</a>		
<b>Nkata Chuku</b>	KPMG	<a href="mailto:nkatachuku@yahoo.com">nkatachuku@yahoo.com</a>	Health Care Lead for West Africa	
<b>Nneka Orji</b>	Federal Ministry of Health (FMOH)	drnnekaorji@gmail.com	Health economist	Health financing

<b>Nuhu Butawa</b>	Kaduna State, Planning Research and Statistics, MOH	butawa@yahoo.com	Director	Health financing
<b>Ogochukwu Chukwujekwu</b>	WHO/Nigeria	chukwujekwu@who.int	Health Economist	Health financing
<b>Ohuruogu Victor</b>		<a href="mailto:vohruogu@gsma.com">vohruogu@gsma.com</a>		
<b>Olalekan Olubajo</b>	National Primary Health Care Development Agency (NPHCDA)	leks_olu1@yahoo.co.uk	Head; Health Care Financing Unit	Health financing
<b>Olumide Okunola</b>	International Finance Corporation (IFC)	ookunola@ifc.org	Senior Health Specialist	Health financing
<b>Pamela Rao</b>	USAID/Nigeria	prao@usaid.gov	GH Country Team Lead	
<b>Patrick Korie Chukwuemeka</b>	SUNU: Managed Healthcare Services, Ltd	patrick.korie@gmail.com patrick.korie@mhshmo.com	Managing Director	Health
<b>Patrick Rekpene</b>	Cross River State SMOH		Director - Planning Research and Statistics	SMOH
<b>Peju Adenusi</b>	Hygeia Community Health Care (HCHC)	dradenusi@hygeiagroup.com	Managing Director	Health finance
<b>Rabiu Anchau</b>	Kaduna State, PHCDA	daudaanchau@yahoo.com		Health financing
<b>Salama Achi</b>	UN Foundation	emailsalamaachi@gmail.com		mhealth
<b>Sati Marcellinus</b>	Budget Office of the Federation	gandu004@yahoo.com	Senior Admin Officer and Focal Point for Health	Budgeting
<b>Yewande Ogundeji</b>	HSDF	yewande.ogundeji@hsdf.org.ng	Health Economist	
<b>Rwanda</b>				
<b>Diane Muhongerwa</b>	WHO/Rwanda	<a href="mailto:muhongerwad@who.int">muhongerwad@who.int</a>	Health Economist	Health Finance, Leadership and Governance

<b>Ina Kalisa</b>	School of Public Health, University of Rwanda	ina.kalisa@gmail.com	Lecturer, Health Financing and Economics	Health Policy and Finance
<b>Jesse Joseph</b>	USAID/Rwanda	jjoseph@usaid.gov	Health Systems Strengthening Team Lead	Health systems
<b>Joy Kemirembe Mulisa</b>	Gasabo District/Kigali City	vaist22@yahoo.com	Director of Community Based Health Insurance - Gasabo District	Local Governance, Community-Based Health Insurance
<b>Michael Karangwa</b>	USAID/Rwanda	mkarangwa@usaid.gov	Health Systems Strengthening Specialist	Health Finance, Policy and planning, Evaluations, Leadership and Governance
<b>Therese Kunda</b>	Management Sciences for Health Project	tkunda@msh.org	Senior Technical Advisor, Health Financing	Health Financing, CBHI, and PBI expert
<b>Sénégal</b>				
<b>Adjaratou Diakhou Ndiaye</b>	World Bank/Senegal	nadjaratou@hotmail.com	Advisor to the Prime Minister	Health finance and policy
<b>Amadou Djibril Ba</b>	Ministry of Health	amadoudjibril@gmail.com	Planning Director	Planning, M&E
<b>Assane Bouna Niang</b>	Ministry of Finance	dembamamendiaye50@yahoo.fr		Finance
<b>Babacar Lo</b>	USAID/Senegal	blo@usaid.gov	Health financing and policy advisor	Health finance and policy
<b>Cheikh Seydi Aboubeker Mbengue</b>	CMU agency	cheikh.mbengue@gmail.com	General director	Policy and health finance
<b>Demba Mame Ndiaye</b>	CBHI	dembamamendiaye50@yahoo.fr	President of CBHI	CBHI
<b>El Hadji Malick Ndiaye</b>	Belgium Cooperation	malickel@yahoo.fr	Technical Advisor	Health finance and policy
<b>Farba Lamine Sall</b>	WHO/Senegal	sallf@who.int		Health finance and policy
<b>Madiagne Seck</b>	Local collectivity	<a href="mailto:madiou40@hotmail.com">madiou40@hotmail.com</a>	President of a local collectivity	Policy and administration
<b>Magor Sow</b>	CMU agency	magor03sow@yahoo.fr	Regional Director	Health finance and policy

<b>Mamadou Mbaye</b>	HFG Project/Abt Associates	Mamadou_Mbaye@abtsn.com	Health Financing Advisor	Health finance and policy
<b>Mame Alassane Sene</b>	Ministry of Finance			
<b>Mor Ngom</b>	CMU agency	morodija@hotmail.com	Director of Planning	Health finance and policy
<b>Rosalie Ngom</b>	Ministry of Labor	mimatresor@yahoo.fr	Director of Social Protection	Social protection
<b>Serigne Diouf</b>	CMU agency	serignediouf33@gmail.com	Regional Director	Health finance and policy
<b>L'Ouganda</b>				
<b>Daraus Bukenya</b>	Management Sciences for Health	dbukenya@msh.org	Country Representative	Public Health and Health Systems Management
<b>Dithan Kiragga</b>	Private Health Support	Dithan.Kiragga@ugandaphs.org	COP, USAID Private Health Support	Public Health
<b>Grace Kabaniha</b>	WHO/Uganda	kabanihag@who.int	National Project Officer	Health Economics
<b>Jennifer Stockert</b>	HealthPartners Uganda	jennifer.L.Stockert@HealthPartners.com	Director	
<b>Olivia Nassuna</b>	Ministry of Finance	Olivia.nassuna@finance.go.ug	Economist	Public Finance and Management
<b>Sarah Byakika</b>	Ministry of Health	sarahbyakika@hotmail.com	Commissioner of Planning	Public Health Services, Management
<b>Regina Stella Nakiwala</b>	Health Partners, Uganda	snakiwala@healthpartners.ug	DCOP	Public Health
<b>Wilberforce Owembabazi</b>	USAID/Uganda	wowembabazi@usaid.gov	PMS, Health Systems	Programming, Health Systems
<b>Équipe régionale Afrique de l'ouest</b>				
<b>Mbaye Khouma</b>	WAHO		Public-Private Liaison Officer	
<b>Rachel Cintron</b>	USAID/WA*	Rcintron@usaid.gov	Director, Regional Health Office, USAID/West Africa	
<b>Sani Ali</b>	WAHO (ECOWAS)	<a href="mailto:asani@wahooas.org">asani@wahooas.org</a>	Head of Planning	
<b>Sheila Mensah</b>	USAID/WA	smensah@usaid.gov	Senior Communications, Monitoring and Evaluation Advisor	

<b>Jeanna Holtz</b>	HFG Project/Abt Associates	Jeanna_Holtz@abtassoc.com	Principal Associate, HFG; Health Financing Specialist	
<b>Togo</b>				
<b>Danladi Ibrahim Nassoury</b>	Ministry of Health	dinassoury@yahoo.fr	Ministry of Health	Public health, medicine
<b>Fousséni Alassani</b>	Ministry of Finance	alasfo@yahoo.fr	Ministry of Finance	Inspection
<b>Mbayi Didier Kangudie</b>	USAID/WA	mkangudie@usaid.gov	Regional Senior Health Advisor	Public Health
<b>Mamadou Drave</b>	WHO/Togo	dravem@who.int		
<b>Minzah Pekele</b>	WHO/Togo	pekelem@who.int		
<b>Autres organizations</b>				
<b>Adolfo Martinez Valle</b>	EAU/MoH	adolfofmartinezvalle@gmail.com	Deputy Director General for Financing Policies, Economic Analysis Unit	
<b>Abdo S. Yazbeck</b>	World Bank	ayazbeck@worldbank.org	Lead Health Economist	Health Economics
<b>Ralph Ankri</b>	Orange Labs	ralph.ankri@orange.com	Program Manager	
<b>Cees Hesp</b>	PharmAccess	c.hesp@pharmaccess.org	mHealth Lab Director	
<b>Pieter Walhof</b>	PharmAccess	<a href="mailto:p.walhof@pharmaccess.org">p.walhof@pharmaccess.org</a>	Director	
<b>Bob Fryatt</b>	HFG Project/Abt Associates	Bob_Fryatt@abtassoc.com	Project Director	
<b>Wendy McRae</b>	HFG Project/Abt Associates	wendy_mcr@abtassoc.com	Finance & Contract Manager/Event Logistics Coordinator	
<b>Amanda Folsom</b>	R4D	afolsom@r4d.org	Program Director	Health Financing
<b>Chris Atim</b>	R4D	chrisatim1@gmail.com	Senior Health Economist	
<b>Danielle Kuczynski Bloom</b>	R4D	dbloom@r4d.org	Program Officer	
<b>Kwesi Eghan</b>	Management Sciences for Health	keghan@msh.org	Portfolio Manager	

<b>Uzaib Saya</b>	Management Sciences for Health	usaya@msh.org	Health Systems Strengthening Advisor	Health Financing
<b>Helene Barroy</b>	WHO Geneva	<a href="mailto:barroyh@who.int">barroyh@who.int</a>	Health finance and policy	Health Financing and policy
<b>Joe Kutzin</b>	WHO Geneva	kutzinj@who.int	Health finance and policy	Health financing and policy
<b>Laurent Musango</b>	WHO AFRO	<a href="mailto:musangol@who.int">musangol@who.int</a>	Regional Adviser, AFRO	Health financing
<b>Susna De</b>	Gates Foundation	Susna.De@gatesfoundation.org	Senior Program Officer	
<b>Hong Wang</b>	Gates Foundation	Hong.Wang@gatesfoundation.org	Senior Program Officer	
<b>USAID/Washington</b>				
<b>Ariel Pablos-Mendez</b>	USAID/WAS	apbalos@usaid.gov	Assistant Administrator for Global Health	
<b>Bob Emrey</b>	USAID/WAS	bemrey@usaid.gov	Lead Health Systems Specialist, Office of Health Systems	Health Systems Strengthening
<b>Ishrat Husain</b>	USAID/WAS	ihusain@usaid.gov	Senior Health Adviser, Africa Bureau	Health Systems Strengthening, Family Planning
<b>Megan Rhodes</b>	USAID/WAS	mrhodes@usaid.gov	Deputy Chief, Health Team, Africa Bureau	Public Health, Maternal and Child Health
<b>Rachel Rhodes</b>	USAID/WAS	rarrhodes@usaid.gov	Program Analyst, Health Team, Africa Bureau	Public Health



### **Annexe III. Présentation générale des sessions**

#### **Lundi 15 février : 1<sup>er</sup> jour, Session III. Discours d'ouverture**

**Mme Akua Kwateng-Addo**, chef de bureau, Bureau Santé, Nutrition et Population, USAID/Ghana, a présenté les premiers intervenants.

**Mme Megan Rhodes**, chef d'équipe de santé adjointe, Bureau Afrique, USAID, a souhaité la bienvenue à tous les participants. Elle a indiqué que la CMU était devenue un objectif unificateur dans le domaine de la santé pour les pays concernés. Pour pouvoir répondre adéquatement aux besoins de leur population, les pays doivent s'assurer que l'équité et la durabilité sont les fondements des décisions prises pour tous les aspects de la conception, du financement et de la mise en œuvre de la CMU.

**L'ambassadeur Robert Jackson**, ambassadeur des É.-U. au Ghana, a décrit pourquoi la santé est un droit de tous les citoyens et pourquoi l'atteinte de la CMU est au cœur de la cohésion économique et sociale d'un pays, contribuant à la stabilité et à la sécurité de tous. L'ambassadeur Jackson a mis l'accent sur deux points importants : (1) le besoin de mobiliser des ressources intérieures pour financer la santé et (2) un engagement accru du secteur privé.

**M. Alex Segbefia**, ministre de la Santé du Ghana, a attiré l'attention sur la responsabilité du Gouvernement du Ghana pour la santé de sa population et sur le rôle de la NHIA à cet égard. Il a salué le lancement de l'atelier comme un moyen « d'apprendre des expériences des autres alors que nous débroussaillons et traçons nos propres chemins ». Il a également recommandé l'établissement d'une communauté de pratique en matière d'assurance maladie et de financement de la santé comme résultat important à attendre.

**Le Dr Ishrat Husain**, conseiller principal en santé publique, Bureau Afrique, USAID, a présenté un aperçu des thèmes devant faire l'objet de discussions pendant l'atelier. Le Dr Husain a mis l'accent sur l'approche d'apprentissage entre pairs et sur la conception participative du programme de l'atelier, qui a inclus diverses méthodes interactives pour relever les défis et mettre en œuvre des solutions appropriées.

**Les équipes des pays** ont partagé leurs objectifs spécifiques (Togo N/D) :

- **Bénin** – souhaite apprendre et s'améliorer avec l'accent sur l'intégration du secteur informel au régime (dans ses tout premiers stades, par le biais du système des mutuelles).
- **Côte d'Ivoire** – bien que le pays ait déjà un cadre juridique pour l'assurance, voudrait comprendre les autres aspects importants de l'assurance.
- **Éthiopie** – a lancé son régime national d'assurance maladie il y a cinq ans, mais cherche à comprendre comment l'étendre à tout le pays et gérer son forfait de prestations.
- **Ghana** – le chemin menant à la couverture universelle n'a pas été facile ; le pays voudrait tirer les leçons des diverses expériences et connaissances des participants.

- **Nigeria** – voudrait apprendre comment adopter la réforme et s’assurer que les personnes qui en ont le plus besoin sont couvertes par l’assurance ; et souhaite faire passer sa Loi nationale sur la santé (National Health Act).
- **Rwanda** – tient beaucoup à tirer les leçons des succès du Ghana en matière de création d’un régime plus intégré.
- **Sénégal** – a fait des progrès substantiels en matière d’amélioration de l’accès et de la couverture par le biais de l’AMC. Ce pays souhaite partager ses leçons et tirer les leçons des expériences d’autres pays en ce qui concerne la généralisation du système à tout un pays.
- **Ouganda** – en est aux tout premiers stades de la mise en place d’un régime d’assurance et voudrait mieux comprendre comment ce processus pourrait être accéléré ; également curieux quant au rôle que le secteur privé peut jouer.

#### **Session IV. Préparation du terrain**

##### **Objectifs de la session :**

- Discuter des tout derniers développements concernant la CMU et des transitions économiques en matière de santé
- Apprendre les mécanismes de financement et de mise en œuvre du NHIS du Ghana
- Comprendre comment le financement de la santé peut être un puissant outil pour améliorer la qualité

##### **Principales conclusions :**

- La protection financière est un objectif clé de la CMU, et le financement de la santé est un puissant outil pour améliorer l’équité.
- Il existe diverses approches pouvant mettre les pays sur la voie d’une réalisation progressive de la CMU, mais aucun pays n’a jamais atteint la CMU en s’appuyant exclusivement sur l’assurance volontaire.
- L’environnement de la santé dans le monde change rapidement, grâce à de nouvelles solutions ambitieuses pour lutter contre les maladies contagieuses et à l’adoption de nouvelles priorités pour la santé, et une convergence globale est maintenant en vue.

**Président : Alex Segbefia**, ministre de la Santé du Ghana, a ouvert la session.

**Discours-thème : Ariel Pablos-Mendez**, Administrateur adjoint pour la santé dans le monde, USAID/Washington. Le Dr Pablos-Mendez a parlé des *Transitions économiques dans la santé et la CMU en Afrique*. Il a souligné le fait que nous sommes à une époque de transition dans l’assistance au développement avec la croissance du financement direct par les pays concernés, et que nous nous rapprochons d’une convergence globale sur la voie de la CMU. Il a souligné le fait que le produit intérieur brut (PIB), qui était plat pendant la plus grande partie de l’histoire de l’humanité, a augmenté considérablement au cours des 50 dernières années. De plus, au cours des dix dernières années, de nombreux pays qui étaient dans la catégorie des pays à faibles revenus ou à revenus intermédiaires,

tranche inférieure, ont constaté une croissance de leur économie. Cette croissance économique produira une « transition économique » qui permettra à beaucoup d'entre eux de financer une partie plus importante du développement de leur secteur de la santé sans devoir compter sur les bailleurs étrangers. Cependant, les taux de couverture pour les soins de santé restent bas, et la moitié des dépenses de santé en Afrique viennent des frais à la charge des usagers. Dans l'ensemble du monde, 50 pays ont atteint la CMU, 50 autres pays sont à mi-parcours et encore plus de pays s'efforcent d'y parvenir. Le Dr Pablos-Mendez a fait remarquer qu'il n'existe pas un chemin unique vers la CMU ; il a fallu 50 ans aux Allemands pour y parvenir, mais seulement 10 ans pour la Thaïlande, et il est sans doute possible d'y parvenir encore plus vite.

**Abdo Yazbeck**, économiste de la santé en chef, Banque mondiale. Le Dr Yazbeck a parlé de la *Couverture des pauvres et des moyens d'assurer un financement plus équitable de la santé*. Il a souligné le fait que la plupart des soins de santé à financement public sont plus utilisés par les riches que par les pauvres. Les pauvres sont confrontés à plus de problèmes en raison de l'endroit où ils travaillent et où ils vivent. Ceci cause des écarts entre les pauvres et les non-pauvres. Nous ne faisons pas tout ce que nous pourrions vraiment faire pour eux en raison du manque d'accès à l'éducation et aux ressources – et parce que nous plaçons souvent les établissements de santé à des endroits qui ne sont pas appropriés pour les pauvres. Le Dr Yazbeck a indiqué une règle très simple à utiliser en matière de couverture des pauvres. Pour la fourniture de revenus, il faut séparer la fourniture des services de l'obligation de paiement pour les pauvres. Le paiement devrait suivre les pauvres plutôt que les établissements. Il a également souligné le fait qu'il convient de donner plus la parole aux pauvres dans les processus de prise de décisions en matière de santé.

**Nathaniel Otoo**, PDG intérimaire, NHIA Ghana. M. Otoo a présenté un aperçu du NHIS du Ghana, en expliquant l'évolution des soins de santé depuis le 19<sup>e</sup> siècle. À la fin des années 1990/au début des années 2000, l'AMC avait commencé au Ghana, ce qui a contribué à améliorer l'accès aux soins et à sensibiliser la population. Ce mouvement a permis de constituer un capital politique important pour la formation du NHIS. En 2003, il y a eu un plan de transition vers l'AMN et vers l'agrégation des petits réservoirs de risques qui avaient été formés. 259 AMC ont été intégrées en un régime unique à l'échelle nationale. Il existe 5 sources essentielles de financement : la TVA, qui représentait entre 73 et 84 % du financement en 2012/13, les transferts de la sécurité sociale, les revenus des primes, les revenus des investissements et les revenus du budget général. Cependant, le régime est confronté aujourd'hui à des problèmes de pérennisation auxquels il faudra remédier. Le rapport du Comité de réexamen du NHIS sera publié au milieu de cette année, et il aidera à préciser la voie à suivre.

## **VI. Protection financière et accès aux soins : en théorie et dans la pratique**

### **Objectifs de la session**

- Comprendre les concepts de la protection financière et de l'accès aux soins, y compris comment ils sont définis, mis en œuvre et mesurés
- Identifier des stratégies concrètes pour accroître et pérenniser la protection financière et l'accès aux services, comme l'utilisation des fonds publics pour étendre la protection financière (subventions, exemptions, bons, assurance) ou l'engagement de prestataires privés pour accroître l'accès

### **Principales conclusions :**

- Au Mexique, le Seguro Popular est parvenu à réduire à la fois les frais à la charge des usagers et les dépenses de santé catastrophiques. De 2004 à 2014, les frais à la charge des usagers sont tombés de 52 % à 44 % ; les dépenses catastrophiques sont tombées de 3,6 % à 2,1 %.
- L'assurance maladie sociale offre généralement une couverture au secteur formel et va à l'encontre de l'équité.
- L'AMC ne doit pas être la seule approche ; elle doit être combinée avec d'autres approches.

**Président : Nathaniel Otoo**, PDG intérimaire, NHIA, Ghana. Nathaniel Otoo a fixé les objectifs de la session tel qu'indiqué ci-dessus.

**Laurent Musango**, OMS AFRO, a fait une **présentation sur l'état actuel des choses**, et il a défini les concepts clés et des stratégies concrètes pour accroître et pérenniser la protection financière et l'accès aux soins. Ceci a compris des formes variées d'assurance maladie, la question des frais à la charge des usagers, la protection contre les risques et les primes. Il a souligné le fait que l'AMN est financée par les impôts peut promouvoir la solidarité sociale, alors que l'assurance maladie sociale offre une couverture contre le secteur formel et peut aller à l'encontre de l'équité. Par ailleurs, il a précisé que l'assurance maladie par les mutuelles/AMC au niveau communautaire ne doit pas être utilisée comme une approche visant à atteindre les pauvres en isolation, mais qu'elle doit être combinée à d'autres approches.

**Adolfo Martinez Valle**, MdS du Mexique, a participé à un entretien interactif à bâtons rompus dans le cadre d'une session « pleins feux sur le Mexique » animée par le PDG intérimaire de la NHIA. Il a expliqué que le principal objectif de Seguro Popular est la protection financière. Grâce à Seguro Popular, le Mexique a pu faire des progrès vers la mise en place du droit à la CMU en augmentant progressivement et de façon responsable les dépenses publiques de santé, d'une manière qui a pérennisé le système. Le gouvernement souhaitait également effectuer une meilleure allocation des ressources entre les soins médicaux et la santé publique. Seguro Popular est encore à 18,2 % de l'atteinte de son but de couverture universelle, et il s'agit d'une assurance volontaire. Deux groupes qui ne sont toujours pas couverts sont les jeunes et les personnes qui habitent dans les endroits les plus isolés du pays, soit moins de 2 000 personnes par ville. Adolfo Martinez Valle a également noté que Seguro Popular a permis d'augmenter les dépenses publiques pour la santé. Toutefois, les frais à la charge des usagers et les dépenses de santé catastrophiques ont tous les deux été réduits : de 2004 à 2014, les frais à la charge des usages sont tombés de 52 % à 44 %, et les dépenses de santé catastrophiques sont tombées de 3,6 % à 2,1 %.

**Evelyne Akinocho**, Ministère de la Santé du Bénin, a prononcé quelques brèves remarques de clôture. Elle a déclaré qu'au Bénin plus de 60 % des coûts pour les soins médicaux sont payés par les familles, mais qu'il existe aussi un régime gratuit complémentaire. Un régime de CMU a été adopté sous forme de loi en 2015, et il va être mis en place.

## VII. Production d'un engagement et économie comportementale : redistribution et solidarité

### Objectifs de la session :

- Apprendre les principes de l'économie comportementale et son application dans la mise en œuvre de la réforme du système de santé pour la CMU dans le monde réel
- Mieux comprendre comment les pays ont produit un engagement et développé la solidarité pour assurer la couverture des pauvres et distribuer/redistribuer des ressources limitées aux niveaux des prestataires et de la population

### Principales conclusions :

- La production d'un engagement et le changement des comportements sont de nouveaux outils qui peuvent contribuer au succès.
- Le facteur humain (rationalité) derrière les changements de comportements est crucial : les préférences personnelles sont influencées par le contexte et par la qualité de l'engagement.

**Président : Dr Francis Ukwuije**, Ministère fédéral de la Santé, Nigeria. Le Dr Francis Ukwuije a ouvert la session en précisant que la production d'un engagement est difficile à atteindre, en particulier pour mettre en œuvre toutes les composantes d'une stratégie.

**Abdo Yazbeck, Banque mondiale**, a effectué une présentation sur l'état actuel de la question en faisant une introduction à l'économie comportementale et son application à la CMU. Le domaine de l'économie comportementale emprunte au marketing et à l'économie pour souligner le rôle des choix rationnels. Des questions variées comme le financement, les paiements, la réglementation et le comportement sont toutes des sujets importants à débattre, mais le comportement est le problème le plus difficile. Il a souligné le fait que les prix sont importants pour la population, ainsi que les incitations basées sur l'information. Par exemple, le fait de devoir se porter volontaire pour un don d'organe ou être considéré comme un volontaire par défaut peut faire une grande différence dans les chances de succès.

**Christine Papai**, Innovations in Poverty Action (IPA) a parlé des travaux d'IPA portant sur l'économie comportementale au Ghana. Le rôle d'IPA est de produire des preuves indiquant ce qui donne de bons résultats. Par exemple, IPA a constaté à la suite de ses recherches que le fait de faire payer ne serait-ce qu'une somme minimale pour les moustiquaires peut réduire considérablement leur utilisation.

**Le Prof. Irene Agyepong, University of Ghana School of Public Health**, a évoqué le déploiement au Ghana du système de capitation, et elle a mentionné l'importance des incitations et des réalités politiques intangibles qui sont importantes pour assurer le succès de différents régimes. Elle a souligné le fait que pour atteindre la CMU, les pays ont besoin d'un engagement à de multiples niveaux et de réformes des mécanismes de paiement des prestataires. Le Prof. Agyepong a également indiqué qu'il est nécessaire de disposer de différents types d'actifs pour permettre aux réformes de progresser, y compris la confiance en le système et la crédibilité des réseaux.

**Daniel Kojo-Arhinful**, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, a évoqué des questions concernant l'amélioration de la qualité des soins de santé au Ghana. Il a souligné le fait que la qualité réelle doit être supérieure à la définition technocratique de la qualité, et il a examiné les facteurs intangibles, notamment ce que la population désire réellement. Les décideurs doivent mettre en place des processus de réforme d'une façon permettant des échanges d'idées et de points de vue axés sur les personnes et en tenant compte des changements des évaluations au fil du temps.

## **Mardi 16 février : 2<sup>e</sup> jour, Session II. Financement de la santé pour la CMU : « Les deux côtés de la médaille »**

### **Objectifs de la session :**

- Mettre en lumière le besoin de mobilisation des ressources intérieures (MRI) et du contrôle des dépenses comme constituant « les deux côtés de la médaille » qui sera nécessaire pour permettre aux pays de créer une assiette fiscale pour la santé afin de permettre de pérenniser la CMU.
- Partager des outils et des conseils politiques pour encourager un dialogue plus productif entre le MdS et le MdF en encourageant l'alignement entre le financement de la santé et les systèmes et objectifs de gestion des finances publiques.

### **Principales conclusions :**

- La pérennisation financière est possible à condition de mettre l'accent sur l'efficacité.
- Il ne suffit pas de dépenser plus d'argent pour la santé si l'on veut remédier à une inefficacité sous-jacente dans le financement de la santé dans les systèmes de gestion des finances publiques, et de telles dépenses pourraient causer du gaspillage.
- Les produits pharmaceutiques constituent une source majeure d'inefficacité.

*« Nous devons accroître l'efficacité pour limiter les coûts et pouvoir demander plus de fonds pour financer le NHIS. »*

--Chris Atim, Président du Comité de réexamen technique, NHIA Ghana

**Président : Cheikh Mbengue, Sénégal.** Cheikh Mbengue a prononcé les remarques liminaires en tant que président de cette session. Il a souligné l'importance de la production de revenus à l'intérieur du pays pour atteindre les objectifs de la CMU.

**Joe Kutzin**, OMS, a fait le point sur la situation actuelle dans le cadre de cette session en présentant une introduction aux nouveaux conseils de l'OMS et de la Banque mondiale dans le contexte macroéconomique, fiscal et de gestion des finances publiques afin d'éclairer le dialogue entre les MdS et les MdF à l'appui de la CMU. Il est important de souligner le fait que les pays concernés peuvent trouver un équilibre entre la mobilisation des revenus et le contrôle des dépenses (« les deux côtés de la médaille »). Joe Kutzin a également indiqué que le budget général constituera toujours l'ossature du financement intérieur des pays concernés. La collecte de revenus, la mise en commun des risques et la

gestion des achats sont des éléments systémiques qui font des forfaits de prestations existants une réalité pour les utilisateurs.

Des représentants de l'**Ouganda, du Rwanda et de la Côte d'Ivoire** se sont ensuite engagés dans une discussion sous forme de table ronde animée par Joe Kutzin sur les sujets ayant fait l'objet d'une collaboration entre le MdF et le MdS dans chacun de ces pays. **Olivia Nassuna**, MdF de l'Ouganda, et **Sarah Byakika**, MdS de l'Ouganda, ont discuté des besoins de financement non satisfaits dans le secteur de la santé et de la nécessité d'identifier des façons différentes de mobiliser des ressources. Elles ont également discuté de la façon dont le contexte décentralisé et la gestion budgétaire basée sur les intrants de l'Ouganda ont créé des inefficacités dans le système, y compris des retards dans l'acheminement du financement provenant du niveau central destiné aux prestataires par le biais des districts et le manque d'incitations financières et de motivation du prestataire pour améliorer la fourniture des services. Elles ont décrit plusieurs approches qu'elles utilisent pour améliorer l'efficacité, y compris l'ouverture d'un compte en banque par chacun des plus de 3 500 établissements afin de permettre des transferts directs depuis le niveau fédéral, de nouvelles méthodes de supervision des personnes responsables et devant rendre des comptes et le déploiement d'un système de financement basé sur les résultats au niveau des districts. **Marie Lattroh**, MdF de la Côte d'Ivoire, et **Ghislaine Kouakou-Kouadio**, MdS de la Côte d'Ivoire, ont partagé leurs réflexions sur les travaux de leur nouvelle structure interministérielle pour la planification stratégique et la comptabilité. **Joy Kemirembe Mulisa**, Programme communautaire du district de Gasabo, au Rwanda, et **Michael Karangwa**, USAID/Rwanda, ont discuté des façons dont le MdS contrôle les dépenses et les primes chaque année en utilisant un système de suivi des ressources et dont les processus du Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) ont produit un impact positif sur la gestion budgétaire et la planification.

### **III. Comment mobiliser des ressources intérieures pour la santé**

#### **Objectifs de la session :**

- Sensibiliser les participants en partageant les expériences acquises dans différents pays du monde en matière de MRI pour la santé et de transitions réalisées par les pays concernés recevant de l'assistance de bailleurs.
- Comprendre les diverses options de MRI à la disposition des pays concernés ainsi que le lien entre la mobilisation des nouvelles ressources et la façon dont ces ressources sont combinées et utilisées pour promouvoir l'efficacité et l'équité.
- Identifier des actions spécifiques que les pays peuvent entreprendre pour mobiliser des ressources intérieures pour la santé en tirant parti des expériences particulières de mise en œuvre et de gouvernance au Ghana et dans d'autres pays d'Afrique.

#### **Principales conclusions :**

- Diverses options de MRI existent, mais il est difficile d'évaluer celles qui sont réellement additionnelles en l'absence d'évaluation des gains en matière d'efficacité.

- Il est crucial d'utiliser les données pour comprendre ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.
- Le fait d'avoir recours aux affectations des recettes est souvent très populaire et approuvé par le public – toutefois, une bonne gestion est nécessaire pour assurer que les dépenses ne dépassent pas les revenus.
- Il faut tenir compte de la totalité de l'enveloppe allant être affectée à la santé en incluant les autres secteurs.

**Président : Atakelti Abrha, Directeur général, Ethiopian Health Insurance Agency.** Atakelti Abrha a ouvert la discussion en présentant le sujet de la mobilisation de ressources intérieures pour la santé.

**Bob Fryatt**, Directeur du projet HFG (Health Financing and Governance) de l'USAID, et **Susna De**, Bill & Melinda Gates Foundation, ont présenté les derniers développements réalisés et ont passé en revue l'expérience de plusieurs pays du monde, en parlant notamment d'une gamme d'options de MRI qui sont à la disposition des pays. Ils ont également évoqué les méthodes qu'il est possible d'utiliser pour impliquer davantage les décideurs, y compris le MdF, et ils ont expliqué comment les partenaires pouvaient soutenir les initiatives en matière de MRI. **Danielle Bloom**, R4D, a analysé une étude mondiale sur l'affectation des recettes ; 85 pays affectant 135 sources de revenus différentes ont été identifiés pour l'instant.

**M. Kwaku Agyeman-Manu**, Membre du Parlement (MP) de Dormaa Central et président du Comité des comptes publics, et **M. Joseph Yieleh Chireh**, MP pour Wa West et ancien ministre de la Santé, ont présenté l'expérience du Ghana en la matière avec la Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA) à hauteur de 2,5 % et les contributions au Social Security and National Insurance Trust (SSNIT) à hauteur de 2,5 %, ce qui représente 90 % de l'ensemble du financement pour la NHIA. Ils ont passé en revue les rôles que jouent leurs partis politiques à chacune des étapes du développement des régimes d'assurance maladie publics au Ghana. Le Parlement a dû tenir compte de nombreux facteurs, notamment les affectations destinées au secteur de la santé par rapport à celles destinées à l'éducation. Ils considèrent l'affectation des recettes comme une manière de réserver suffisamment de fonds pour répondre aux besoins du secteur de la santé, et ils ont déclaré que le NHIS n'aurait pas pu exister en l'absence de cette affectation de recettes.

Après la discussion entre parlementaires, les participants ont partagé une série de courts exemples de MRI dans plusieurs pays. L'Éthiopie (**Zelalem Abebe Segahu**, projet HSFR/HFG) a présenté un aperçu du financement de la santé dans ce pays portant sur une stratégie visant à améliorer un financement innovant et la collecte de revenus à partir de contributions dans le cadre de l'AMC. Le Nigeria (**Lekan Olubajo**, National Primary Health Care Development Agency) a discuté du projet de loi nationale sur la santé qui réserve au moins 1 % des recettes consolidées pour financer la CMU. Le Gabon (**Helene Barroy**, OMS) a discuté de l'impact de l'affectation de différentes recettes particulières, y compris un impact substantiel sur les réductions du poste budgétaire central correspondant. Le Bénin (**Thomas Azandossessi**, Ministère des Finances) a discuté de stratégies de financement pour le RAMU, y compris les contributions du gouvernement, les cotisations de sécurité sociale et l'exploration d'autres sources

telles que la TVA ou les taxes sur le tabac et l'alcool. La Tanzanie (**Susna De**, Bill & Melinda Gates Foundation) a évoqué l'expérience de son Initiative de financement durable (IFD), le Sénégal (**Serigne Diouf**, Agence de la CMU) a décrit son Fonds pour l'équité et le Ghana (**David Collison**, Ministère des Finances) a fourni plus d'explications sur ses affectations des recettes provenant de la TVA et du SSNIT.

#### **IV. Contrôle des dépenses : comment augmenter l'efficacité du système et améliorer le rapport coût-efficacité**

##### **Objectifs de la session :**

- Identifier la gamme d'outils ou d'interventions que les pays peuvent utiliser pour contrôler leurs dépenses
- Faire mieux comprendre les problèmes de défaut d'alignement les plus répandus qui peuvent survenir entre le financement de la santé et les systèmes de gestion des finances publiques, et qui causent ainsi des inefficacités et du gaspillage
- Identifier les différentes approches stratégiques en matière de gestion des achats que les pays utilisent, les problèmes courants que les pays doivent surmonter pour mettre en place la gestion stratégique des achats et certaines des stratégies qui peuvent faciliter la mise en œuvre de mécanismes de gestion stratégique des achats

##### **Principales conclusions :**

- La couverture est un processus à long terme, et non pas un événement ponctuel.
- Le contrôle des dépenses de santé est au moins aussi important que l'obtention de nouvelles ressources.
- Le contrôle des dépenses de santé ne se limite pas à la réduction des dépenses ; il concerne la mise en place d'un environnement de gestion financière capable de fournir des services prioritaires sans dépasser l'enveloppe qui a été affectée au secteur de la santé.
- Les processus de gestion des finances publiques (GFP) et de gestion stratégique des achats peuvent constituer des outils importants pour le contrôle des dépenses.

**Président : Evelyne Akinochi**, Ministère de la Santé du Bénin. Evelyne Akinochi a présenté un cadre de travail pour la session en demandant comment nous pouvons assurer l'efficacité et optimiser l'utilisation des ressources limitées qui sont disponibles. Elle a fait référence à la crise économique, à laquelle de nombreux pays sont confrontés, comme constituant une raison d'examiner comment nous pourrions améliorer le rapport coût-efficacité des dépenses en matière de santé.

**Helene Barroy**, Organisation mondiale de la Santé, et **Amanda Folsom**, R4D, ont effectué une présentation axée sur les tout derniers développements en matière de contrôle des dépenses. Elles ont mis en lumière certains outils et certaines stratégies à cet égard (p. ex., réformes de la gestion des finances publiques, gestion stratégique des achats, augmentation de l'efficacité des processus, et conception et planification de forfaits de prestations ayant un bon rapport coût-efficacité). Helene

Barroy a présenté un certain nombre d'exemples de pays, y compris le Bénin, où la performance inadéquate avait traditionnellement constitué un problème en matière de gestion financière. En 2009-10, environ 60 % seulement des sommes affectées au MdS étaient dépensées. Helene Barroy a souligné le fait que le processus de dépenses pour la santé commence par l'élaboration du budget et elle a évoqué la possibilité de considérer la gestion budgétaire pour les programmes comme un moyen de fournir plus de flexibilité pour les réformes, avec la restriction toutefois selon laquelle il est nécessaire d'obtenir plus de renseignements factuels pour être en mesure d'évaluer complètement l'impact.

**Anthony Gingong**, NHIA Ghana, a effectué la première présentation axée spécifiquement sur les réformes de la gestion des finances publiques, les mécanismes de paiement et les forfaits de prestations mis en place au Ghana. Anthony Gingong a déclaré que chaque méthode de paiement comporte toujours certaines caractéristiques inadéquates réduisant son efficacité. Le Ghana utilise de multiples approches (paiement pour chaque médicament acheté, GHMG (Groupes homogènes de malades du Ghana), pour des services spécialisés et pour des services destinés aux patients hospitalisés), et il a introduit récemment la capitation au niveau des soins de santé primaires afin de contrôler les coûts.

**Ina Kalisa**, University of Rwanda School of Public Health, a évoqué l'expérience de son pays en ce qui concerne la gestion stratégique des achats et les mécanismes de paiement des prestataires, ainsi que le financement basé sur les résultats (FBR), et elle a mentionné l'impact positif qui a été révélé par les évaluations des programmes. Le Gouvernement est en train d'institutionnaliser le FBR.

**Adiaratou Ndiaye**, conseillère auprès du premier ministre du Sénégal, a décrit l'expérience du Sénégal en matière de FBR. Mme Ndiaye a souligné le fait que même avec une gestion stratégique des achats, les prestataires trouveront le moyen de contourner le système. Pour cette raison, le Sénégal a mis en place un processus de vérification selon lequel chaque organisation possède un compte sur lequel les fonds seront versés. Ceci contribue à améliorer la transparence du système, de façon à ce que les fonds, y compris les primes et les paiements aux prestataires, puissent être contrôlés dans le cadre du système de FBR.

## **V. Plein feu sur les produits pharmaceutiques**

### **Objectifs de la session :**

- Comprendre comment les pays ont sélectionné les médicaments qui seront couverts dans le cadre des forfaits de médicaments
- Apprendre comment les pays ont géré avec succès les principaux facteurs ayant tendance à augmenter le coût des produits pharmaceutiques
- Identifier les considérations les plus importantes pour la détermination du prix des médicaments dans le cadre d'un régime d'assurance

### **Principales conclusions :**

- Presque tous les pays effectuant des réformes et apportant des améliorations au système de financement de la santé ont du mal à gérer le coût et la disponibilité des médicaments.

- La gestion des produits pharmaceutiques est une source majeure d'inefficacité ; des systèmes informatiques à réaction rapide peuvent permettre d'assembler des données et d'améliorer le contrôle de la consommation, de la disponibilité et de la qualité ainsi que de réduire les fraudes.
- Les données sur le fardeau des maladies et les coûts peuvent être utilisées pour éclairer la prise de décisions concernant un forfait de médicaments à un coût abordable. L'offre d'un forfait trop généreux dès le début pourrait entraîner des dépassements du budget et menacer la durabilité des programmes.

**Président : Edith Andrews-Annan, OMS/Ghana.** Edith Andrew-Annan a ouvert la discussion en parlant des principaux facteurs de coûts mentionnés dans le réexamen actuel des dépenses pharmaceutiques du Ghana.

**Kwesi Eghan**, projet SIAPS de l'USAID, a évoqué les principales considérations dont il faut tenir compte pour accroître l'accès aux médicaments, y compris la conception des prestations et la fixation des priorités pour la sélection des médicaments et la détermination de leur prix. Kwesi Eghan a mentionné des études réalisées dans de multiples pays qui montrent que la plupart des pays à faibles revenus (tranche intermédiaire) dépensent jusqu'à la moitié de leurs coûts totaux de santé en médicaments, et que 80 à 90 % de ceux-ci ne sont généralement pas couverts par l'assurance maladie. Il a expliqué que l'accès aux médicaments essentiels et la CMU nécessitent quatre éléments clés : sélection rationnelle des médicaments, prix abordables, financement durable et systèmes de santé et d'approvisionnement fiables.

Kwesi Eghan a déclaré que les pays doivent développer un processus d'Évaluation de la technologie de la santé (ETS) pour la sélection des médicaments. À tous les stades du développement d'un pays, ils peuvent appliquer l'ETS pour assurer la disponibilité des nouveaux médicaments importants tout en évitant les dépassements de coûts résultant de l'adoption de médicaments non nécessaires ou duplicatifs, ou de traitements inappropriés. Au fur et à mesure que l'économie du pays se renforcera, l'ETS devra être adaptée afin de pouvoir effectuer une analyse marginale totale pour l'ajout ou le rejet des médicaments rendus disponibles récemment.

L'intervenant a également souligné le fait qu'une informatisation ciblée du processus de sollicitation de forfaits de médicaments est une étape essentielle sur la voie du contrôle des coûts des médicaments dans l'assurance maladie. La technologie mobile désormais disponible est utilisée pour permettre à des pharmaciens isolés de prendre une décision en cherchant l'approbation du paiement par l'assureur pour chaque achat de médicament avant de remettre le médicament au patient. Pour terminer, il a indiqué que l'analyse de routine de la consommation des médicaments dans le cadre de l'assurance maladie peut être effectuée au moyen de feuilles de calcul et d'autres techniques manuelles, mais que ces analyses sont plus puissantes et efficaces quand elles sont réalisées avec des bases de données informatiques contenant les sollicitations courantes de médicaments.

**Edith Andrew-Annan, OMS/Ghana, Kwesi Eghan**, projet SIAPS de l'USAID et le Prof. **Daniel Arhinful**, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, ont formé un panel. Ils ont parlé des crises ayant affecté précédemment les prestations de médicaments au Ghana dans le cadre de l'assurance maladie et ils ont décrit comment ces crises avaient été résolues. Les membres du panel ont demandé du feed-

back et des idées aux participants quant aux stratégies utilisées pour gérer les prestations pharmaceutiques.

### **3<sup>e</sup> jour, visites sur le terrain**

#### **Objectif**

- Mieux comprendre le fonctionnement du NHIS du Ghana, y compris sa gouvernance générale et son financement, et les principaux points forts et points faibles de sa mise en œuvre

Les participants ont été divisés en cinq groupes pour visiter des établissements de la NHIA (aux niveaux de la région et du district, et centres de traitement des demandes) et des établissements de prestataires (un mélange de prestataires publics et privés) à différents endroits. Une synopsis des visites sur le terrain est incluse à l'Annexe IV.

### **4<sup>e</sup> jour, Session II. Débriefing et réflexions après les visites sur le terrain**

#### **Objectif de la session**

- Échanger des réflexions sur les visites sur le terrain de la veille et discussion des principaux thèmes et des questions suscitées

**Président : Chris Atim**, directeur exécutif de l'African Health Economics Association (AfHEA) et président du Comité de réexamen technique du NHIS. Chris Atim a animé une discussion en groupe sur les réflexions les plus importantes issues des visites sur le terrain.

Les participants ont été impressionnés dans l'ensemble par leurs visites dans des établissements de prestation de services, et ils ont constaté un certain nombre de points forts du NHIS. Voici quelques-uns de ces points forts du système de santé du Ghana que les participants ont constatés :

- Les primes semblaient généralement être à un coût abordable
- Demande importante pour l'inscription au NHIS dans certains établissements ; les prestataires encouragent leurs patients à s'y inscrire
- Bons exemples d'éducation des patients pendant leur attente en vue de l'inscription
- Bons logiciels (p. ex., systèmes d'inscription électroniques) mis en place pour réduire les fraudes
- Culture d'amélioration continue de la qualité dans le NHIS

Les participants ont également noté quelques problèmes ou secteurs dans lesquelles des améliorations seraient nécessaires, notamment :

- Retards dans les remboursements des prestataires
- Charge de travail élevée et compétences spécialisées (p. ex., cliniciens et comptables) nécessaires pour traiter les demandes ; besoin de passer progressivement à un système de traitement électronique des demandes
- Processus de réinscription annuelle potentiellement non nécessaires pour certains segments de la population (p. ex., les personnes âgées) pouvant entraîner une baisse du nombre des adhérents
- Les primes devront peut-être être réexaminées pour certains groupes en fonction des variations dans les revenus du secteur informel ou des variations dans les primes par district

Le Dr Atim a conclu en présentant le cadre du réexamen par le NHIS et en décrivant les thèmes clés de la durabilité, de l'équité, de l'efficacité, de la redevabilité et de la satisfaction des utilisateurs. Il a indiqué qu'il y avait sept sous-comités spécialisés dans différents problèmes, dont la durabilité financière, l'épidémiologie et le paiement des prestataires. L'affectation de recettes spécifiques est également envisagée dans le cadre de ce réexamen, ainsi que les forfaits de prestations, qui sont très généreux et politiquement délicats.

### **Session III. Assurance maladie communautaire – Leçons, problèmes et opportunités**

#### **Objectifs de la session :**

- Cadrer l'assurance maladie communautaire (AMC) comme une autre approche pro-pauvres conduisant à la CMU en s'appuyant sur les messages introduits au début de la semaine concernant le besoin de donner la priorité aux pauvres
- Discuter des limitations et des opportunités offertes par l'AMC pour se rapprocher de la CMU
- Identifier des stratégies concrètes pour optimiser les régimes d'AMC existants afin d'augmenter l'engagement communautaire et d'accroître la durabilité financière, d'étendre la couverture et d'approfondir le forfait de prestations

#### **Principales conclusions :**

- L'AMC a un rôle à jouer vers l'atteinte de la CMU : si le pays n'a pas encore d'AMC, commencez par le modèle national, et lancez un régime de CMU pro-pauvres dès le début.
- Les contributions communautaires ne sont pas suffisantes : l'AMC sans financement public est comme une « coquille vide » – le pays doit mettre les risques en commun et intégrer l'AMC à d'autres forfaits prépayés.

**Président : Joachim Koffi**, CNAM (Centre National d'Assurance Maladie) de Côte d'Ivoire. Joachim Koffi a ouvert la session.

**Hong Wang**, Bill & Melinda Gates Foundation, a effectué une présentation sur l'état actuel de la question pour l'AMC, en indiquant une typologie de trois types de régimes d'AMC : générique, intermédiaire et national.<sup>1</sup> Il a suggéré que si un pays a une AMC viable, celle-ci pourrait aider à couvrir les pauvres, la population rurale et le secteur informel.

**Zelalem Abebe Segahu**, projets HFSR/HFG de l'USAID, a parlé de la possibilité d'expansion de l'AMC dans jusqu'à 800 districts à la suite du déploiement expérimental de 2011 dans 13 districts en Éthiopie. Il a indiqué que l'AMC fait partie des contrats de performance des responsables locaux et qu'elle est intégrée aux structures des collectivités locales, y compris un conseil d'administration. Les membres payants versent une prime tandis que les indigents reçoivent une aide de ces collectivités locales. L'inscription est ouverte une fois par an pendant trois mois, et les prestations incluent des services ambulatoires et des services d'hospitalisation. Des tickets modérateurs sont maintenant ajoutés dans les zones urbaines.

**Therese Kunda**, Rwanda Health Systems Strengthening Project de Management Sciences for Health, a discuté de changements récents ayant affecté l'AMC (p. ex., primes déterminés en fonction du pouvoir d'achat) et de son intégration prévue dans l'assurance maladie sociale (AMS). Elle a mentionné que la direction de l'AMC est maintenant la responsabilité du Rwanda Social Security Board (RSSB), qui est sous la supervision du MdF, et ce système inclut une séparation des fonctions entre les prestataires et les acheteurs, et il améliore la gestion de l'AMC par une structure unifiée.

**Cheikh Mbengue**, Agence de la CMU, Sénégal, a présenté la vision de la CMU du Sénégal consistant à réformer les mutuelles pour étendre la couverture et renforcer la stabilité financière. Cheikh Mbengue a souligné l'importance de la politique dans la CMU. Il a expliqué que chaque candidat avait inscrit la CMU dans son programme lors des dernières élections. Au niveau stratégique, le Sénégal a établi un comité de pilotage interministériel pour la CMU. Actuellement, plus de 500 000 bénéficiaires sont inscrits dans l'AMC, et plus de 1,6 million d'indigents sont en cours d'inscription.

Le Nigeria (Johnathan Ekeh, National Health Insurance Scheme) a soulevé un certain nombre de questions sur le rôle de l'AMC au Nigeria, notamment comment les régimes d'AMC peuvent assurer la participation du secteur privé, comment ils peuvent exercer des fonctions similaires à celles des organisations de soins de santé intégrés (OSSI) et comment le cadre légal traitera l'AMC.

#### **IV. Le rôle de l'assurance maladie privée dans la CMU**

---

<sup>1</sup> Modèle générique : participation volontaire – les revenus résultent de la collecte des cotisations des membres, les fonds sont gérés par la communauté, les services couverts incluent les soins ambulatoires, les soins aux patients hospitalisés ou les deux au niveau local, l'achat selon le principe du paiement à l'acte ou de la capitation. Modèle intermédiaire : multicommunautaire/régional – les pauvres sont couverts par des aides de l'État, la mise en commun des risques est effectuée par le biais de la réassurance au sein du réseau de communautés, les fonds sont gérés par la communauté avec un réseau de support technique, les services sont couverts par un réseau de prestataires et achetés selon le principe de la capitation ou du paiement à l'acte. Il n'est pas toujours facile d'appliquer ces modèles à une plus grande échelle. Modèle national : la population de l'ensemble du pays est ciblée – il existe des aides de l'État et un mécanisme de péréquation des risques. La gestion est effectuée par des professionnels, et les rôles et services participatifs communautaires couverts incluent un forfait de prestations normalisé.

**Objectifs de la session :**

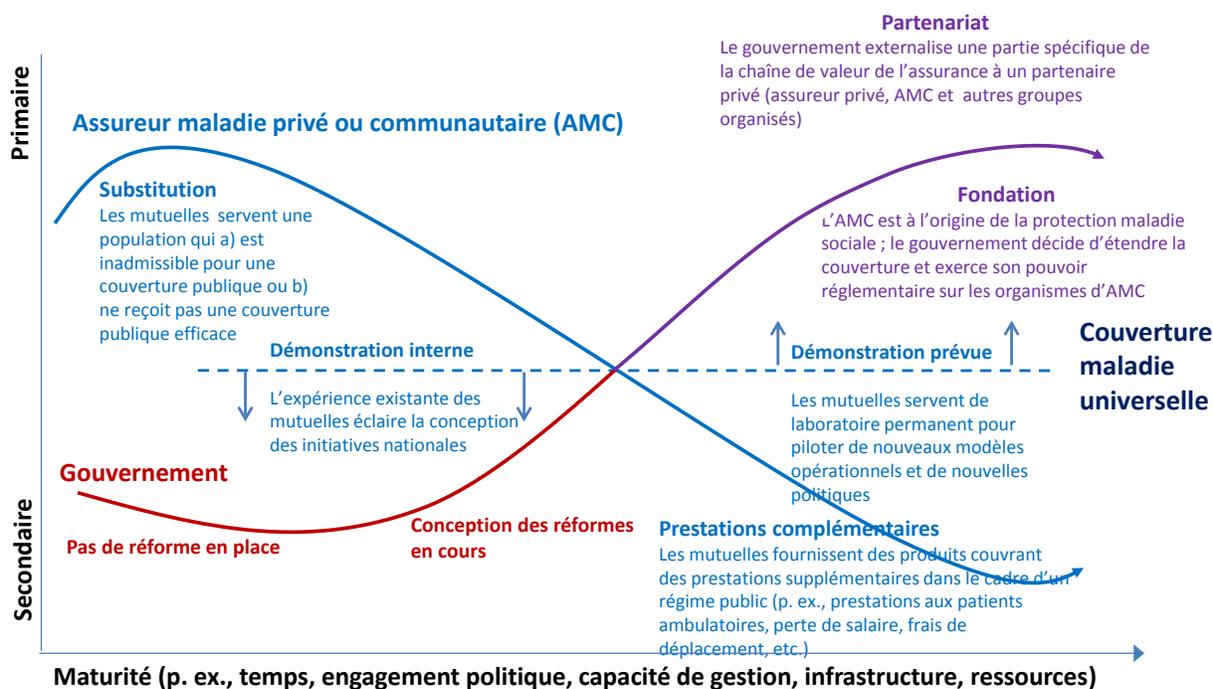
- Préciser le rôle que jouera progressivement l'assurance maladie du secteur privé (AMP) secteur privé pour aider à atteindre la CMU
- Reconnaître deux contributions de l'assurance maladie du secteur privé à une initiative de CMU et deux avantages qu'un programme de CMU fournit à l'assurance maladie du secteur privé
- Décrire les problèmes de mise en œuvre dans le cadre de l'établissement et de l'expansion d'un partenariat public-privé entre un prestataire d'assurance maladie privé et une administration publique, et comment de tels problèmes pourraient être surmontés

**Principales conclusions :**

- L'assurance maladie privée (AMP) peut être un complément d'un programme de CMU organisé sous l'égide de l'État.
- Les acteurs de la communauté et du secteur privé ont des rôles importants à jouer en aidant à atteindre certains segments de la population.
- Des solutions de technologie mobile peuvent être mises en place par le biais de partenariats public-privé.
- Un cadre réglementaire est nécessaire pour créer un environnement inclusif et coordonné.
- Les prestataires d'assurance maladie privée peuvent améliorer l'efficacité et la viabilité des programmes d'assurance.

**Président : Sarah Byakika**, Ministère de la Santé de l'Ouganda. Sarah Byakika a décrit le rôle changeant de l'AMP au fur et à mesure des progrès réalisés vers la CMU.

**Adeola Majiyagbe**, DG du Total Health Trust, Nigeria, a examiné le rôle de l'assurance maladie privée au fil du temps en matière de soutien des efforts d'atteinte de la CMU, avec un bref aperçu de l'AMP en Afrique. Adeola Majiyagbe a présenté un cadre qui décrit cinq rôles clés de l'AMP et des gouvernements à différentes étapes de l'évolution de la CMU : substitution, fondation, partenariat, supplément et démonstration. Elle a souligné le fait que les acteurs de l'AMP peuvent soutenir les efforts publics visant à atteindre la CMU. Les rôles que les gouvernements et les acteurs de l'assurance privée jouent changent avec le temps et dépendent du contexte.



Source : Kimball et al, 2013, ILO Microassurance Paper N° 23

Adeola Majiyagbe a ensuite facilité une discussion à bâtons rompus consacrée à l'engagement du secteur privé de l'assurance dans les programmes de CMU, illustrant les partenariats public-privé au Nigeria, avec **Jonathan Ekeh**, Nigeria NHIS, **Pieter Walhof**, PharmAccess (Pays-Bas) et le **Dr Patrick Korie**, Managed Healthcare Services (partie de SUNU), Nigeria. Ensemble, les membres du panel ont illustré le fait que l'AMP peut augmenter l'efficacité et la viabilité des programmes d'assurance, y compris ceux qui sont organisés sous l'égide d'un gouvernement. L'AMP peut fournir l'innovation (p. ex., les applications de technologie mobile) et elle a la responsabilité de fournir des services aux clients afin de les fidéliser et de développer les affaires. Les facteurs essentiels au succès incluent la volonté politique, la création et l'entretien d'une atmosphère propice, et une réglementation adéquate pour créer un environnement inclusif.

Les participants ont ensuite formé des groupes de discussion par pays pour discuter du rôle de l'AMP dans la promotion de la CMU dans leur pays. Ils ont été encouragés à donner des exemples de partenariats public-privé du Nigeria et à les adapter à leur propre contexte, ainsi qu'à décrire le stade et la nature de l'engagement de leur gouvernement avec des partenaires dans le secteur de l'assurance maladie. Citons parmi les questions importantes la réglementation, les modèles d'affaires, la fragmentation et le besoin de s'assurer que l'assurance privée soit inclusive. Dans certains pays, comme le Rwanda, l'AMP joue un rôle clé en contribuant à l'apport de fonds pour l'assurance maladie publique, étant donné que la loi stipule qu'elle doit y contribuer à hauteur de 5 % de ses revenus. Dans d'autres pays, comme le Sénégal, l'AMP assure essentiellement des personnes à revenus élevés et le secteur formel.

## V. Produits et solutions d'assurance facilités par la technologie mobile

### Objectifs de la session :

- Sensibiliser la population pour lui montrer le potentiel de renforcement des opérations de l'assurance maladie par l'argent mobile pour atteindre la CMU
- Mettre en lumière des innovations spécifiques de l'argent mobile en Afrique qui pourraient constituer un modèle prometteur pouvant être adapté à d'autres contextes
- Identifier des actions que les pays pourraient entreprendre pour promouvoir une utilisation accrue des applications de l'argent mobile pour la CMU

### Principales conclusions :

- La technologie mobile est à la fois une opportunité et un risque. Tout dépend de la façon dont vous l'utilisez, car elle est neutre en elle-même. Le gouvernement doit être impliqué.
- Les technologies mobiles sont d'ores et déjà présentes, et elles peuvent améliorer l'efficacité et la portée de l'assurance.
- De multiples pays utilisent des plateformes mobiles pour soutenir les programmes de CMU (p. ex., inscription ou collecte des primes au moyen de la technologie mobile). Des produits simples de l'assurance maladie privée pour l'épargne et la santé sont utilisés pour cibler le marché des personnes ayant de faibles revenus, et certains marchés offrent des opportunités qui augmentent rapidement.
- Ces produits peuvent être un complément pour la fourniture d'assurance maladie et de soins de programmes organisés sous l'égide de l'État, mais ceci nécessite de la supervision/coordination. Un exemple de pays ayant adopté la CMU et proposant un tel supplément de couverture est la France.
- L'interopérabilité des plateformes mobiles est une fonctionnalité importante qui démontre à quel point il est nécessaire de continuer à innover !

**Président : Cees Hesp, Pharmaccess.** Cees Hesp a révélé que 900 millions d'Africains ont maintenant des abonnements chez des opérateurs de téléphonie mobile. D'ici 2030, 70 % des Africains auront un smartphone, et l'Inde vient de mettre sur le marché un smartphone à 4 \$.

**Adjoa Boateng, MicroEnsure,** a présenté un aperçu de l'utilisation des applications d'argent mobile dans l'assurance maladie. Elle a décrit l'assurance Airtel, qui a commencé comme un programme gratuit de « fidélisation » et a commencé ensuite à proposer une série de produits payants en option, y compris l'assurance-vie, accident, hospitalisation et indemnités monétaires (HospiCash est le produit le plus demandé). Les meilleures pratiques incluent le besoin d'un calendrier de paiement et des prestations

flexibles, le besoin d'éducation de la clientèle et de marketing, et la simplification du processus de traitement des demandes.

**Ralph Ankri, Orange Labs**, a fait une présentation axée sur le partenariat de l'argent mobile avec l'assurance maladie communautaire au Mali. Orange inclut la micro-assurance à base de technologie mobile, qui est une combinaison entre les services financiers et les télécoms pour contribuer à réduire les coûts. Orange propose également une micro-assurance pour les femmes et a atteint un taux de pénétration de la téléphonie mobile de 127 % dans la population ciblée au Mali, fournissant 12 mois d'assurance-vie, invalidité et santé maternelle.

La discussion a continué avec une exposé de Michael Karangwa qui a parlé de l'informatisation des fonctions d'assurance maladie au Rwanda, y compris la présentation de Mganga.net au Rwanda, qui utilise des appareils cellulaires au point de service (PoS) pour enregistrer l'utilisation des services de santé et qui emploie le produit MicroEnsure pour cibler les conducteurs de moto taxis afin de leur offrir des plans d'épargne-santé automatiques. Thomas Adoboe, **directeur adjoint, Management Information Systems**, a parlé de l'expérience du Ghana en matière de technologie mobile, et il a discuté du système d'inscription et d'authentification mobile, qui est utilisés dans les établissements. Pour l'authentification des demandes, chaque demande reçoit un Code de contrôle de demande (CCD) généré automatiquement. Des travaux sont également en cours sur une architecture de paiement électronique et sur le déploiement ciblé de services mobiles et d'applis intuitives afin de renforcer le NHIS.

## 5<sup>e</sup> jour, Session II. « Systèmes de santé intelligents »

### Objectifs de la session :

- Mettre en lumière l'importance des contrôles et des recherches politiques et opérationnelles pour assurer l'atteinte de la CMU, en particulier dans un environnement caractérisé par une pénurie de données
- Comprendre la stratégie du Ghana pour contrôler les progrès vers la CMU et les autres objectifs du système de santé goals, et pour assurer l'accès et l'équité dans le cadre des diverses interventions

### Principales conclusions :

- Les systèmes de santé intelligents sont au cœur des décisions basées sur les faits.
- Les indicateurs ne peuvent pas expliquer les changements à eux seuls : les données doivent être disponibles pour aider à prendre des décisions concernant la politique de la santé au niveau national et à contrôler la mise en œuvre dans tout le système.
- Les cadres globaux ne doivent pas empêcher les pays de concevoir des systèmes qui reflètent leurs besoins.

- La réflexion sur l'intégration des données dès le début est importante, avec la création de codes et de façons pour les différentes sources de données de communiquer entre elles.

**Président : Dr. Lydia Dsane-Selby**, Directrice du traitement des demandes à la NHIAS du Ghana. Le Dr. Lydia Dsane-Selby a ouvert la session en soulignant le fait que les contrôles ne doivent pas être simplement une arrière-pensée, mais qu'ils doivent être inclus dès le début.

**Joe Kutzin, OMS**, a fait une présentation sur l'état actuel de la question, en commençant par un bref aperçu du cadre de travail nécessaire pour mesurer et contrôler les progrès vers la CMU, et il a souligné l'importance des recherches sur la politique appliquée et la recherche opérationnelle. Bien qu'il ait présenté le cadre mondial de l'OMS et de la Banque mondiale et les indicateurs des ODD en liaison avec les progrès vers la CMU, il a rappelé que la CMU n'est pas un but en soi : ce qui est important, c'est d'améliorer les résultats sur le plan de la santé de la population et de trouver des ressources pour améliorer la situation financière. Il convient également de tenir compte du contexte quand on juge les progrès réalisés.

**Lydia Dsane-Selby, NHIA**, a parlé de la situation au Ghana, et elle a expliqué comment le Ghana possède un volume de données considérable qu'il doit pouvoir exploiter pour pouvoir contrôler les progrès de façon adéquate. Elle a décrit le processus suivi par son organisation pour développer un tableau de bord basés sur les faits et pour constituer un groupe de travail comprenant de multiples parties prenantes afin de déterminer où il faut concentrer les efforts en liaison avec les indicateurs de priorités. Un critère était que les indicateurs devaient pouvoir être réellement utilisables, et pas seulement « bons à connaître ». Ils doivent également être basés sur les données disponibles. Elle a mentionné un comité technique permanent se consacrant aux recherches opérationnelles qui aide à examiner les questions de recherche clés quand elles se posent, qui s'assure que les résultats peuvent réellement être utilisés pour la mise en œuvre de solutions et qui envoie ses conclusions à la direction. Elle a souligné le fait que les données sont importantes en vue d'utilisation sur le terrain et que quand les travailleurs comprennent la valeur des données, ils sont plus motivés pour obtenir des informations de meilleure qualité.

**Therese Kunda**, Rwanda Health Systems Strengthening Project de Management Sciences for Health, a décrit le système permettant la production automatisée de rapports pour indiquer les progrès accomplis à tous les niveaux, et **Atakelti Abrha**, directeur général de l'Ethiopian Health Insurance Agency, a parlé de l'évolution du système de gestion des données en Éthiopie depuis les « dossiers de familles » à un SIGS bien intégré qui inclut un système de « drapeaux » rouges, jaunes ou verts pour indiquer la performance au niveau fédéral.

Une session de réflexion collective a suivi. Au cours de cette session, les défis à relever et les solutions possibles concernant trois sujets clés (partenaires au développement, boucles de feed-back et rôles et responsabilités institutionnels) ont fait l'objet de discussions. Dans le dernier cas, les défis clés à relever ont inclus le fait qu'il arrive que les établissements de santé ne connaissent pas les attentes en matière de gestion des données au moment où ils adhèrent à un régime. Une solution suggérée a été que la planification stratégique soit utilisée pour guider les systèmes, y compris des logiciels et une informatisation connectant les systèmes entre eux et les connectant aux entités nationales dès le début.

#### Annexe IV. Aperçu des visites sur le terrain

##### Protection financière et amélioration de l'accès aux soins de santé : Atelier d'apprentissage entre pairs

##### Déplacement sur le terrain – Mercredi 17 février 2016

Dans le cadre de l'objectif général de l'atelier, tous les participants intéressés entreprendront une **visite sur le terrain** et les conduira dans cinq établissements différents dans quatre régions du Ghana. Chaque participant représentant un pays sera placé dans l'un des cinq groupes ci-dessous. Il y aura entre 20 et 25 personnes par groupe. Chaque groupe visitera un établissement différent, il partagera ses expériences avec ses collègues à la reprise de l'atelier lors de son retour à Accra. Les participants observeront et apprendront, d'une part, le fonctionnement concret du National Health Insurance Scheme du Ghana et, d'autre part, la façon de travailler de divers prestataires du NHIS.

##### Ce qu'il faut voir et apprendre dans les établissements du NHIS :

Les participants découvriront les structures de gouvernance du NHIS aux niveaux de la région et du district, les stratégies pour l'inscription de la population, le processus de collecte des primes, le système d'enregistrement en direct des membres, la procédure de traitement des demandes et les relations mutuelles entre le NHIS et les prestataires de soins de santé dans différents établissements.

##### Ce qu'il faut voir et apprendre dans les établissements des prestataires :

Les participants se rendront dans des établissements de soins de santé de différentes catégories, y compris des centres hospitaliers universitaires, des hôpitaux de districts/municipaux, des centres de santé et des maternités à différents endroits. Ils pourront également voir le contraste entre les prestataires de soins de santé de l'État, la Christian Healthcare Association of Ghana (CHAG) et les hôpitaux et cliniques du secteur privé. Ils observeront le fonctionnement concret de ces prestataires de soins de santé ainsi que leur relation avec le NHIS et les types de morbidité, en particulier les 10 maladies ayant la prévalence la plus élevée au Ghana.

Groupe N° Personne ressource	Objet de la visite	Lieu(x)	Interlocuteurs	Ce qu'il faut voir	Lieux/coordonat eurs
Groupe 3 Abass Suleymana	Opérations de district du NHIS. Paiement et engagement des prestataires	Sogakope, région de la Volta  NHIS, hôpital de Comboni et hôpital de district	Directeur local du régime NHIA et son équipe. Administrateur de la santé	Exploitation, processus d'inscription de la population, collecte des primes, capitation et sélection des prestataires de soins de santé	Felix S.Bankas Richard Ametordzie Natahiniel K. Geyevu Francis Y. Dorkenu Paul Gagbe,

Groupe N° Personne ressource	Objet de la visite	Lieu(x)	Interlocuteurs	Ce qu'il faut voir	Lieux/coordonat eurs
				primaires préférentiels	administrateur (hôpital de Comboni)
Groupe 2  Christian Ashiagbor	Traitement des demandes  Engagement des prestataires	Cape Coast : Centre de traitement des demandes de la NHIA. Bureau régional. Centre hospitalier universitaire de Cape Coast et Bureau du NHIS à Oguamansin  Services de soins ambulatoires et de services d'hospitalisation, et exemples de cas concrets.	Directeur adjoint, CTD et son équipe, PDG, directeur médical et ensemble de l'équipe  Manager et directeur médical	Système de traitement des demandes  Systèmes d'accueil des patients au niveau de l'établissement. Processus de soumission des demandes.	William Omane Agyekum et son équipe  Dr. Daniel Assare (PDG) et Dr. Ngyedu (directeur médical et son équipe)
Groupe 4 Marian Musah		<u>Koforidua</u> : Bureau régional de la NHIA, Bureau de district du NHIS. <u>Tinkong</u> : clinique privée Live Now, maternité d'Ados et Centre de santé de Tinkong	Responsable de district pour les opérations au niveau régional à Koforidua et Akuapem North, responsable de district, administrateurs de la santé et directeurs médicaux	Exploitation du NHIS – niveaux de la région et du district. Responsables d'établissements du secteur public à différents niveaux et prestataires privés	Charles Nkrumah, Akuapem North, responsable de district, John Awuku. A., responsable régional des opérations  <u>Tinkong</u> Opere Edwin (administrateur, clinique Live Now)

Groupe N° Personne ressource	Objet de la visite	Lieu(x)	Interlocuteurs	Ce qu'il faut voir	Lieux/coordonat eurs
Groupe 1  Stella Adu- Amankwah et Ophelia Abrokwah	Engagement des prestataires militaires et structure de gouvernance	Accra : hôpital militaire N° 37 ; Centre national de traitement des demandes (CTD) de la NHIA	Commandant de l'hôpital – Brigadier général Ametepi et PDG de l'hôpital, Colonel S. K. Adjei	Présentation sur les services de l'hôpital dans la salle du Conseil d'administration. Systèmes d'accueil du patient et stratégies d'intervention pour les soins d'urgence. Relations avec le NHIS et le public	Isaac Mensah Addo (point de contact du NHIS dans l'hôpital  Officier Osei- Boateng
Groupe 1  Stella Adu- Amankwah et Ophelia Abrokwah	Couverture de la population, collecte des primes et paiement des prestataires	District d'Awassano, NHIS, Dwurwulu	Responsable du régime, responsable du SIG, RRP	Systèmes de marketing, inscriptions, suivi des adhérents et collecte des primes.	Responsable du régime d'assurance maladie pour le district d'Awassano Freida Reynos et son équipe
Groupe 5  Richard Badu	Couverture de la population, collecte des primes et paiement des prestataires	Bureau du NHIS à Winneba, Centre de santé de Winneba, hôpital municipal de Winneba, Otoo Memorial Hospital (privé)	Responsable du régime, responsable du SIG, RRP, responsable du traitement des demandes	Évolution du NHIS à Winneba, stratégies pour promouvoir l'inscription de la population, relations avec les prestataires et statistiques de couverture	Révérant Sampson Adjei Nyarko, Richard Odonkor et Philip Bonney

#### Programme des visites sur le terrain

7h00 Les GROUPES POUR CAPE COAST, WINNEBA, SOGAKOPE ET KOFORIDUA se réunissent

7h15 Départ des groupes pour CAPE COAST, WINNEBA, SOGAKOPE ET KOFORIDUA.

7h30 Départ du groupe pour Accra.

#### Partage des expériences à la suite des visites sur le terrain

Les participants de tous les groupes partageront leurs expériences des visites sur le terrain les uns avec les autres pendant une session de débriefing jeudi 18 février 2016.

## Annexe V. Engagement des pays

Nom du pays	Engagements	Ressources nécessaires	Indicateurs de progrès
<b>Bénin</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Restructurer et définir le rôle de l'Agence ANAM.</li> <li>2. Relancer les activités de formation pour la CMU (GTT).</li> <li>3. Organiser un atelier consacré à la CMU pour les journalistes.</li> <li>4. Élaborer un plan de mise en œuvre pour la stratégie de financement de la santé (y compris un examen du forfait de prestations, des primes et d'un financement innovant).</li> <li>5. Élaborer un mécanisme pour le S&amp;E de la CMU.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Support technique et assistance financière pour les activités de formation de la CMU (atelier GFF et pour les journalistes).</li> <li>• Support technique et assistance financière pour la stratégie de S&amp;E et la mise en œuvre.</li> <li>• Soutien pour le recrutement d'un administrateur de l'assurance maladie et d'un spécialiste de l'informatique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La CMU est incorporée au programme politique du Bénin (1 mois)</li> <li>• Plan national de formation sur la CMU élaboré et validé (6 mois)</li> <li>• Stratégie de S&amp;E pour la CMU élaborée et validée (6 mois)</li> <li>• Administrateur de l'assurance maladie recruté (6 mois)</li> <li>• Partenaire informatique recruté et logiciels de gestion des informations en place (6 mois)</li> </ul>
<b>Côte d'Ivoire</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conduire une série d'études techniques (y compris l'examen des coûts, une analyse actuarielle, une analyse de l'assiette fiscale, une analyse du budget et une étude sur les pauvres).</li> <li>2. Réviser le forfait de prestations.</li> <li>3. Disséminer des outils (listes de prestations, nomenclature des services, prestations pharmaceutiques, etc.) et</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Support technique et assistance financière pour conduire des études techniques, développement d'un système informatique et mise en œuvre d'un projet pilote de FBR.</li> <li>• Assistance financière pour toutes les autres activités.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation du nombre des bénéficiaires</li> <li>• Baisse des dépenses à la charge des usagers en % des dépenses totales de santé (DTS) au-dessous de 51 % (CNS 2013)</li> <li>• Augmentation de la part publique des DTS au-dessus de 33 % (GHED OMS, 2013)</li> <li>• Augmentation des dépenses publiques pour la santé en % du budget public total (objectif d'Abuja)</li> </ul>

	<p>apprendre aux prestataires à utiliser ces outils.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mettre en œuvre un projet pilote de CMU pour les étudiants.</li> <li>5. Créer un système électronique et interconnecté d'informations sur la santé.</li> <li>6. Mettre en œuvre un programme pilote de financement basé sur les résultats.</li> <li>7. S'engager dans un échange d'expériences en matière de CMU avec le Mexique et Cuba.</li> </ol>		
<b>Éthiopie</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Finaliser le projet de stratégie de financement de la santé.</li> <li>2. Construire des capacités pour le financement de la santé.</li> <li>3. Institutionnaliser la mesure des performances dans les Comptes nationaux de la santé.</li> <li>4. Construire une infrastructure informatique pour soutenir la CMU.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien pour renforcer le développement des capacités institutionnelles</li> <li>• Construction d'une infrastructure informatique</li> <li>• Élaboration d'initiatives de recherche et d'évaluation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégie de financement de la santé finalisé</li> <li>• 80 % de la population est couverte par l'assurance maladie</li> <li>• Utilisation accrue des services de santé de 0,5 à 0,8 visite par habitant</li> <li>• Frais à la charge des usagers réduits</li> <li>• MRI accrue</li> </ul>
<b>Ghana</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Achever les travaux du comité d'examen du NHIS.</li> <li>2. Mettre en œuvre des moyens indirects de test de la couverture des pauvres et des personnes vulnérables</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse des données pour la gestion stratégique des achats et le contrôle des dépenses</li> <li>• Améliorations du système d'audits médicaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Couverture accrue par l'assurance maladie, en particulier dans les segments de la population marginalisés et aisés (qui subventionneront ainsi le reste de la population)</li> <li>• Équité de la couverture et utilisations des</li> </ul>

	par la Direction du Bien-être social et par le Ministère du Genre, des Enfants et de la Protection sociale.		<p>services améliorées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 80 % des prestataires payés dans les 120 jours suivant les demandes de paiement</li> <li>• Tableau de bord des responsabilités pour le traitement des demandes avec avertissements</li> </ul>
<b>Nigeria</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Développer des cadres de financement de la santé avec des intrants analytiques fondamentaux au niveau des États.</li> <li>2. Élaborer une stratégie au niveau national pour aider les États à préparer des stratégies de financement de la santé, mettre en place des groupes de travail technique et d'autres structures.</li> <li>3. Soutenir un engagement accéléré et les outils appropriés pour 10 États qui ont déjà mis en place des structures de financement de la santé.</li> <li>4. Construire des outils de plaidoyer robustes ciblant le National Council on Health, les gouverneurs, les bureaux du budget au niveau des États, les directions du développement économique et les MdS et MdF au niveau fédéral et au niveau des États.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien analytique au niveau des États</li> <li>• Soutien pour l'élaboration d'une stratégie et de politiques en matière de financement de la santé au niveau national</li> <li>• Soutien pour la communauté de pratiques pour la CMU entre les États</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégie nationale de financement de la santé élaborée en tenant compte de l'équité</li> <li>• Prise de décisions éclairée par les faits et l'analyse de la situation pour développer des cadres de travail et des stratégies pour le financement de la santé au niveau des États</li> <li>• Plaidoyer pour les investissements dans la CMU et analyse de leur impact économique</li> </ul>

	5. Créer un cadre de travail au niveau national pour le financement de la santé et des stratégies pour appliquer la loi National Health Act.		
<b>Rwanda</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Renforcer la capacité institutionnelle du Rwanda Social Security Board et du MdS.</li> <li>2. Mettre en œuvre des réformes de l'AMC visant à assurer la croissance du nombre de membres ainsi que la fixation de primes équitables à un niveau abordable et de forfaits de prestations appropriés</li> <li>3. Mettre en œuvre des systèmes de gestion des informations permettant de fournir des données en temps réel pour suivre les progrès.</li> <li>4. Diversifier les ressources pour combler les lacunes de financement de l'AMC (par le biais d'un financement innovant et de l'engagement du secteur privé).</li> <li>5. Améliorer la coordination du support technique des partenaires.</li> <li>6. Accroître l'engagement et stimuler le dialogue multisectoriels.</li> </ol>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre des membres de l'AMC accru</li> <li>• Primes et forfaits de prestations plus équitables et abordables</li> <li>• Fourniture de plus de données utilisables en temps réel (p. ex., outils de contrôle des dépenses) par les systèmes d'information de gestion</li> <li>• Plus de ressources intérieures sont mobilisées pour la santé</li> <li>• Efficacité accrue par le biais de la coordination et du soutien des partenaires</li> <li>• Les progrès vers l'atteinte de la CMU peuvent être mis en correspondance avec la performance du secteur de la santé</li> </ul>

	7. Mettre en œuvre des réformes (p. ex., mécanismes de paiement des prestataires et établissement d'un lien entre le FBR et l'obtention d'agrément) afin de permettre un meilleur alignement du financement de la santé et de la fourniture de services.		
<b>Sénégal</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Définir un forfait de prestations à chaque niveau.</li> <li>2. Identifier et représenter graphiquement les lacunes dans la couverture de santé.</li> <li>3. Élaborer un plan d'investissement pour combler les lacunes identifiées.</li> <li>4. Contrôler la qualité des soins par le biais de processus de supervision et d'agrément.</li> <li>5. Promouvoir l'AMC et d'autres mécanismes de protection financière.</li> <li>6. Mettre en œuvre des structures professionnelles pour mieux gérer l'AMC.</li> <li>7. Mettre en œuvre un cadre de S&amp;E pour la CMU.</li> <li>8. Développer des partenariats public-privé.</li> </ol>	Assistance financière et support technique (non spécifiés).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outils clés disponibles (y compris : forfaits de prestations, analyse des lacunes, plan d'investissement)</li> <li>• Indicateurs de qualité et protocoles élaborés.</li> <li>• Pourcentage de la population couverte par l'assurance maladie accru</li> <li>• Structures de gestion de l'AMC établies et opérationnelles</li> <li>• Système de S&amp;E en place.</li> <li>• Nombre de PPP accru.</li> </ul>
<b>Togo</b>	1. Finaliser la stratégie nationale	• Support technique et assistance	• Stratégie de financement de la santé

	<p>de financement de la santé.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Renforcer la capacité de l'INAM à atteindre la population ciblée (p. ex., stratégies d'inscription proactives).</li> <li>3. Mettre en œuvre la couverture du reste du secteur formel (secteur privé).</li> <li>4. Mettre en œuvre la couverture des groupes n'apportant pas de contribution financière (p. ex., les indigents, les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées de plus de 70 ans).</li> <li>5. Mettre en œuvre la couverture du secteur informel et du reste de la population.</li> </ol>	<p>financière pour élaborer une stratégie de financement de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autres formes de support technique et d'assistance financière comprenant : ateliers, campagnes de sensibilisation, études de la population ciblée, développement de cadres institutionnels, mécanismes d'identification des pauvres</li> </ul>	<p>élaborée</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage de la population inscrit à l'assurance maladie obligatoire (INAM) accru.</li> <li>• Pourcentage de la population inscrit à un régime d'assurance maladie (par segment de la population)</li> </ul>
<b>Ouganda</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Élaborer une feuille de route pour permettre au Gouvernement, aux partenaires et aux autres parties prenantes de progresser vers la CMU.</li> <li>2. Finaliser la stratégie du financement de la santé.</li> <li>3. Faire adopter le projet de loi sur le NHIS.</li> <li>4. Analyser différents cadres de</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration étroite avec les partenaires afin de soutenir le plaidoyer pour la CMU.</li> <li>• Support technique pour développer la capacité du NHIS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégie de financement de la santé élaborée en avril 2016</li> <li>• Projet de loi sur le NHIS adopté par le Cabinet en juin 2016.</li> </ul>

	<p>travail pour le NHIS.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Collaborer avec des partenaires et la société civile afin de faire un plaidoyer pour la CMU.</li> <li>6. Déterminer les coûts des forfaits de prestations actuels.</li> <li>7. Construire les capacités pour les fonctions du NHIS.</li> <li>8. Intégrer les classifications internationales pour les maladies au SIGS.</li> <li>9. Disséminer les normes de fourniture de services à tous les prestataires.</li> <li>10. Institutionnaliser la qualité des programmes de soins.</li> </ol>		
--	--	--	--

## **Annexe VI. Synthèse des réunions avec les partenaires**

Des représentants des trois agences techniques internationales (USAID, OMS, Gates Foundation) se sont rencontrés pendant l'atelier et on identifié une liste de 11 thèmes prioritaires pour une action coordonnée afin d'améliorer le financement de la santé.

Lors de la première réunion du groupe, ils ont discuté des plans pour les futurs travaux de leurs organisations respectives en matière de renforcement des systèmes de santé en Afrique, et tout particulièrement en matière de financement de la santé en liaison avec les progrès vers l'atteinte de la CMU. Le groupe a également discuté des lacunes connues dans leurs plans, lorsque les ressources ne suffiront vraisemblablement pas à répondre aux besoins de paiement. Il a identifié neuf domaines d'action prioritaires dans lesquels une ou plusieurs des agences seront actives mais qui pourraient bénéficier d'une coordination pour éviter les redondances et/ou améliorer l'action collaborative.

Les sept interventions suivantes ont été identifiées lors de la première réunion :

1. Développement des capacités – compétences en financement de la santé et gouvernance au niveau national et au niveau régional (avec des approches coûtant moins cher que les cours de formation habituels)
2. Financement durable – approche définie (y compris la mobilisation des ressources intérieures)
3. Suivi des progrès – vers l'atteinte de la CMU et amélioration des ressources financières et humaines (incluant le secteur public et le secteur privé)
4. Stratégies nationales – élaboration de stratégies de financement de la santé
5. Gestion des produits pharmaceutiques – forfaits de prestations de médicaments
6. Succès observés en dehors de l'Afrique – exemples d'innovations dans des pays ayant réalisé de progrès vers la CMU
7. Soutien politique – plaidoyer pour la CMU et les réformes du financement de la santé

Lors de la seconde réunion pendant l'avant-dernière journée de l'Atelier, le groupe a passé en revue sa liste d'actions élaborée lors de la première réunion et a évoqué les sujets qui ont été abordés pendant les présentations et discussions de la semaine. Le groupe a décidé d'ajouter deux interventions de plus aux sept interventions initiales :

8. Systèmes d'information – plateformes et processus pour traiter l'information, interopérabilité, unification des jeux de données, utilisation de la technologie mobile
9. Fourniture des services – stratégies visant à améliorer la couverture et à lier le financement à la fourniture et à la qualité des services.

Le groupe a également identifié d'autres agences et programmes, tels que le Réseau d'apprentissage collaboratif (JLN) et Providing for Health (P4H), dont le mandat et les ressources ciblent aussi le financement de la santé pour la CMU.

À l'issue de la deuxième réunion, le groupe s'est engagé à échanger des informations sur les plans au moins une fois tous les trois mois, et l'USAID s'est engagée à organiser le premier jeu de plans avec d'autres organisations, telles que l'OMS ou la Banque mondiale, qui pourraient éventuellement se charger de la future coordination.

Organisations ayant participé aux deux réunions de coordination de l'Atelier : l'Organisation mondiale de la Santé, la Bill & Melinda Gates Foundation et l'U.S. Agency for International Development. (La Banque mondiale a partagé son expertise pour l'Atelier du Ghana mais n'a pas pu se joindre aux discussions en raison d'engagements antérieurs.) Les membres du personnel des diverses organisations sont venus de leurs sièges sociaux respectifs, de bureaux régionaux et des bureaux des neuf pays concernés (Bénin, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Nigeria, Rwanda, Sénégal, Togo et Ouganda).

## **Annexe VII. Résumé des évaluations des participants**

### **Protection financière et amélioration de l'accès aux soins de santé : Atelier d'apprentissage entre pairs, Trouver des solutions à des problèmes communs**

#### **Résumé des évaluations des participants**

Pour fournir du feed-back sur l'atelier, il a été demandé aux participants de noter l'utilité de l'atelier sur une « Échelle de Likert » entre 1 et 5 (1 étant le moins utile et 5 étant le plus utile). L'analyse a montré que 6,52 % des participants ont donné la note 3 (utile), 39,13 % la note 4 (très utile) et 54,35 % la note 5 (extrêmement utile). Aucun participant n'a donné de notre 1 ou 2 (le moins utile). Ces résultats indiquent que l'atelier a été jugé très utile. Voici quelques extraits de commentaires et suggestions de participants qui ont évalué l'atelier :

#### **1. Information la plus pertinente apprise en liaison avec le contexte de financement de la santé dans les pays concernés**

« La traduction de la théorie en pratique et un aperçu complet des concepts clés de la protection financière. »

« L'apprentissage des expériences de différents pays, en particulier le perfectionnement d'une couverture totale au Ghana, a été une leçon importante, et nous avons beaucoup apprécié le déplacement sur le terrain pour voir comment le régime fonctionne réellement. »

« J'ai appris que les pays doivent réformer le financement de la santé dès le début. »

« Tous les régimes d'assurance devraient utiliser l'adhésion des familles, et le gouvernement devrait contribuer à hauteur d'un certain pourcentage pour couvrir les indigents. »

« Nous n'avons pas besoin de tout faire parfaitement dès le début. Il faut plonger dans le grand bain et apprendre à nager ensuite (explorer), pour apprendre à pérenniser l'assurance maladie et les réformes dans le secteur de la santé. »

« Les stratégies de gestion des produits pharmaceutiques et l'importance de la prise de décisions basée sur les faits. »

« Le contrôle des dépenses pour augmenter l'efficacité et le rapport coût/efficacité. »

« La CMU observée depuis les deux côtés de la médaille. »

« La partie politique – la session sur la CMU avec les parlementaires. »

« Chaque pays doit s'adapter à son contexte. Il n'existe pas de modèle unique et standard pour la définition & la mise en œuvre d'une stratégie de financement. »

« La coordination de toutes les parties prenantes de la CMU. »

« Merci pour l'excellence de la logistique, la présence d'experts et l'opportunité de déplacement sur le terrain. »

« L'engagement du secteur privé. »

« Le besoin de plus d'efficacité dans tous les aspects de la chaîne de valeur pour le financement de la santé, en particulier l'utilisation de l'innovation et de la technologie. »

« L'économie comportementale, et l'exemple de financement des soins de santé au Mexique. »

« Les mécanismes de mobilisation des ressources tels que l'affectation de certaines recettes et la façon de tirer parti de l'expertise du secteur privé. »

« Les façons de mobiliser des ressources dans le pays même, l'assurance maladie communautaire et les systèmes d'inscription des membres. »

« Le contexte de la CMU, la théorie et la pratique. »

« La compréhension de la dimension politique en coulisse eu égard aux décisions et aux politiques, aux arguments, etc., concernant le NHIS au Ghana et l'arrangement de financement. »

« Le contexte du NHIS au Ghana est une expérience époustouflante qui a démontré sans aucun doute qu'un NHIS est possible, même s'il subsiste des problèmes éventuels à l'avenir. »

« L'expérience du Ghana en matière politique avec le NHIS. »

« Le suivi et l'évaluation. »

« Le contrôle des dépenses était très pertinent parce que le NHIS au Ghana est confronté à des problèmes de pérennisation. »

« La capacité institutionnelle dans le secteur privé est cruciale pour assurer le succès de la CMU et également pour l'arrangement de PPP. »

« L'expérience des visites sur le terrain pour observer le processus par lequel le NHIS est mis en œuvre. »

« Le besoin d'avoir un régime national qui est obligatoire. Ce régime devrait avoir un mélange d'acteurs publics et privés, mais qui jouent des rôles différents. »

« L'utilisation de la technologie pour améliorer le financement et la couverture de santé. »

« Que cela nécessite la participation de tous les acteurs à tout le processus. »

« Une bonne mise en place de la couverture maladie universelle nécessite un dispositif institutionnel organisé impliquant différents acteurs et des moyens financiers adéquats. »

« L'économie comportementale, les systèmes obligatoires/volontaires et les diverses leçons apprises, les deux côtés de la médaille. »

## **2. Sujets important pour l'apprentissage à l'avenir**

« L'économie comportementale. »

« Comment les audits médicaux et cliniques pourront être renforcés comme mesure de contrôle des coûts. Ceci est pertinent parce que la fraude, le gaspillage et les abus ne peuvent pas être séparés de l'assurance maladie. »

« L'équité et l'engagement du secteur privé »

« Les forfaits des prestations, le financement basé sur les résultats et la mobilisation des ressources intérieures pour la santé. »

« La gouvernance et la redevabilité en matière de santé. »

« L'administration des demandes de paiement »

« Le suivi et l'évaluation. »

« Le système d'inscription des membres. »

« Le fonctionnement de l'AMC dans le contexte des pays en développement. »

« Les approches visant à identifier les plus pauvres des pauvres. »

« Les systèmes de gestion des données à appliquer dans le régime d'assurance maladie. »

« Les processus de gestion des demandes de paiement. »

« Les moyens d'identifier les pauvres. »

« Des sujets d'analyse fondamentaux comme l'analyse de l'assiette fiscale, les outils de détermination des coûts et l'économie politique. »

« Les systèmes de santé intelligents. »

« La création d'acheteurs/d'adhérents/de citoyens actifs. »

« Le contrôle des dépenses et les méthodes de paiement des prestataires qui stimulent l'efficacité. »

« Les recherches sur le financement de la santé basé sur les faits. »

« La preuve que les citoyens s'engagent dans le financement de la santé. »

« L'utilisation de la technologie pour améliorer les réformes du financement de la santé. »

### **3. Défis prioritaires à relever lors de la mise en œuvre d'un financement équitable qui n'ont pas été traités**

« Des stratégies efficaces pour « colmater les fuites systémiques » qui constituent un risque pour la durabilité et comment combattre plus efficacement les fraudes et abus en tirant parti de l'expérience d'autres pays qui ont fait des progrès eu égard aux risques éthiques du côté des prestataires. »

« Les particularités des différents pays doivent faire l'objet de discussions plus approfondies, peut-être au niveau de chaque pays, mais je pense que les bailleurs eux aussi ont toujours des contributions à apporter. »

« L'importance de la religion et de la culture pour la politique d'assurance maladie. »

« Les moyens d'identifier les pauvres. »

« La gestion des données par le NHIS. »

« La mobilisation des ressources intérieures. »

« La prise en charge des pauvres. »

« L'économie politique des réformes du financement des soins de santé. »

« La conception des forfaits de prestations. »

« La redevabilité systémique. »

« L'assurance supplémentaire pour les personnes indigentes. »

### **4. Feed-back additionnel concernant le programme, la logistique ou tous autres aspects**

« La méthodologie de l'Atelier a été très innovante. »

« L'atelier a été bien organisé et le programme/les sujets étaient très appropriés. »

« Il aurait fallu consacrer plus de temps au travail en groupe. »

« Les frais de déplacements au Ghana posent toujours problème, et il y a trop de papiers administratifs. »

« Le programme était cohérent et pertinent, la logistique et l'hébergement étaient très satisfaisants. »

« Certaines personnes invitées étaient absentes ; comment réduire l'importance de ce problème et faire en sorte que plus de parties prenantes bénéficient de ces programmes extrêmement enrichissants et puissent tirer les leçons des expériences mentionnées. »

« Les visites de sites ont été particulièrement utiles et doivent être maintenues au programme. »

« Cycle de recherches opérationnelles. »

« Discussion du côté de l'offre et cadres organisationnels qui amélioreront le financement des soins de santé. »

« Facilitation des produits et solutions d'assurance par la technologie mobile. »

« Pour le personnel de l'USAID : comment examiner divers programmes verticaux pour convaincre les gouvernements partenaires d'investir dans la santé tout en finançant adéquatement des interventions clés pour assurer l'amélioration de l'état de santé de la population. »

« Il semble que ces conférences se terminent ici sans produire un grand impact ; j'espère qu'il existe des plans pour mesurer l'impact de cette conférence dans le secteur de la santé des pays concernés. »

« Vous devriez peut-être réexaminer la question du déjeuner pendant une visite sur le terrain, surtout quand les Africains sont les participants les plus nombreux. »

« Le secteur privé doit être pris en compte dans de tels ateliers, pour son côté de la médaille. »

« Le Nigeria apprécie beaucoup le fait que la conférence ait permis à une aussi grande délégation d'un pays d'y participer. »

« Satisfait ! Bien joué ! »

« Format de l'atelier : excellent ! Logistique : superbe ! Merci d'avoir inclus une visite sur le terrain, une équipe pour parler de la technologie mobile, les parlementaires et le secteur privé. »

« J'ai adoré le concept de l'apprentissage entre égaux. »

« Le programme était tellement dense que nous n'avons pas pu approfondir suffisamment les divers sujets. »

« Les solutions doivent être contextuelles. »

« Le travail au niveau régional en liaison avec les engagements de mise en œuvre des services de santé. »

« Les équipes de pays ont travaillé dans un état d'isolement sans conseillers/facilitateurs extérieurs, ce qui a rendu leur travail assez statique. Il serait utile de recevoir plus de conseils et d'AT dans un tel atelier. »

« Pas suffisamment traité : équité et durabilité financière de ce système. »

« Bonne organisation de l'atelier ! Merci pour tout ! »