



**Organisation Mondiale de la Santé
Bureau Régional de l'Afrique**

**Laboratoire d'échanges sur l'Assurance Maladie à vocation Universelle
de Saly (Mbour), Sénégal, 25 au 29 Novembre 2019**

Actes du laboratoire

Alexis Bigeard OMS/AFRO/IST-WA/HSS/HFS

20/01/2020

Ce document retranscrit les interventions des participants lors du laboratoire. Il documente les échanges qui ont eu lieu sous forme de questions et réponses ainsi que les interventions de fond des participants. Ce document ne reprend pas le contenu des présentations des pays qui sont disponibles par ailleurs mais il les complète. Son objectif est de rendre disponible une mémoire aussi exhaustive que possible de la richesse des échanges quotidiens qui se sont tenus entre les 40 participants du laboratoire. Il est donc présenté comme « les actes » de ce laboratoire. Les messages clé du laboratoire font l'objet d'un autre document qui s'appuie sur ces actes et sur les présentations.

Contenu

Rappel du concept du laboratoire.....	4
JOURNEE 1.....	6
Matinée : cadrage.....	6
Après-midi : le Bénin	6
Thème 1 (unique) : Processus d'identification et d'enrôlement des bénéficiaires des programmes sociaux au Bénin	6
Q&A n°1.....	6
Q&A n°2.....	6
Retour sur les débats :.....	7
JOURNEE 2.....	8
Matinée : la Côte d'Ivoire	8
Thème 1 : nomenclature (NGAMCI).....	8
Thème 2 : enrôlement.....	8
Q&A n°1.....	8
Q&A n°2.....	10
Après-midi : le Mali	11
Thème 1 : de l'AMO à l'AMU y compris en intégrant les gratuits.....	11
Thème 2 : l'espace AMO.....	12
Q&A n°1.....	12
Q&A n°2.....	13
Journée 3	15
Matinée : la Mauritanie.....	15
Thème 1 : tiers-payant pharmacie	15
Thème 2 : manuel de procédures d'opérations standard.....	15
Q&A n°1.....	16
Q&A n°2.....	17
Après-midi : le Sénégal.....	18
Thématique 1 : la stratégie d'enrôlement des acteurs du secteur informel	18
Thématique 2 : l'intégration des gratuits dans les mutuelles	18
Thématique 3 : état des lieux et capitalisation, défis, opportunités.....	18
Q&A n°1.....	18
Q&A n°2.....	19
Journée 4.....	21
Matin : Togo	21

Thématique 1 : les résistances au démarrage de l'INAM.....	21
Thématique 2 : la maîtrise des dépenses des médicaments.....	21
Thématique 3 : School assur	21
Q&A n°1.....	21
Q&A n°2.....	23
Après-midi : Burkina Faso par le Maroc	24
Présentation par l'ANAM :	24
Q&A n°1.....	25
Q&A n°2.....	26
Journée 5.....	28
Présentation pays 15-20 mn	28
Conclusion	28

Rappel du concept du laboratoire

Sujet :

L'assurance maladie obligatoire à vocation universelle ou assurance maladie universelle.

C'est-à-dire : la mise en œuvre du projet politique national de couverture du risque maladie étendu à l'ensemble de la population avec un caractère obligatoire, sur la base d'un régime unique ou de plusieurs régimes.

Objectifs :

- Partage d'expériences
- Capitalisation des bonnes pratiques
- Mise en contact des participants

Focus :

- *Opérationnalisation* de l'assurance maladie universelle (mise en œuvre concrète)
- Questions de *processus* (étapes, apprentissage par l'expérience, essais, retours en arrière...)
- Questions *techniques* (descente dans les détails des sujets techniques) – cf. annexe
- Regard centré sur les *personnes* : qui fait quoi ? comment ? dans quel dispositif d'organisation (management, contractualisation, redevabilité...)

Pays invités :

Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Sénégal, Togo.

Principe des échanges :

L'idée principale est l'organisation des échanges sur la base d'une demi-journée pour chaque pays. Ce qui signifie que chacun des pays est au centre des échanges durant une demi-journée.

Aperçu :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
AM	Ouverture	Côte d'Ivoire	Mauritanie	Togo	Restitutions pays
PM	Bénin	Mali	Sénégal	Burkina	

Déroulement standard d'une demi-journée :

- a. Le pays présente une ou plusieurs expériences qui de son point de vue sont réussies et peuvent servir aux autres. Elles couvrent des domaines techniques précis. (45 mn)
- b. Les pays, par table, partagent leurs réflexions et préparent des questions pour aider à capitaliser l'expérience. (15 mn)

- c. La première séance de Q&A (Q1) dite de « *capitalisation* » est animée pour tirer le maximum de l'expérience en termes d'acquis (« bonnes pratiques »). Il s'agit d'approfondir la présentation qui a été faite, l'expérience qui a été partagée. (45 mn)
- d. A nouveau durant 15 mn les pays se préparent à des interventions. Celles-ci ramèneront le sujet à la situation de leur propre pays et viseront à aider les pays à mieux tirer les leçons dans le cadre spécifique de leur situation nationale. (15 mn)
- e. La seconde séance de Q&A (Q2) dite d'« applications pays » devra permettre à chaque pays d'ouvrir des questions à tous et/ou d'apporter sa contribution sur le sujet. (75 mn)
- f. A la fin de chaque séance de Q&A le responsable de la session demande à l'équipe d'experts en appui s'il y a des contributions à leur niveau.

Exception pour le Burkina Faso

Le Burkina Faso participe au laboratoire mais n'a pas encore entamé l'opérationnalisation de l'AMU. Le pays a souhaité que la demi-journée qui lui est réservée soit consacrée à des exposés et échanges sur des sujets sur lesquels il aimerait être édifié. La formule est restée la même, mais l'exposé de la thématique n'a pas été faite par le pays (Burkina Faso) mais par des intervenants tiers (Maroc).

Aperçu des thématiques de chaque demi-journée :

	Thématiques
Bénin	1. Identification des bénéficiaires subventionnés à 100%
Burkina Faso	1. SIG et régulation (présentations par le Maroc)
Côte d'Ivoire	1. Immatriculation de la population 2. Nomenclature des soins pour l'AMU
Mali	1. De l'AMO à l'AMU y compris en intégrant les gratuités 2. Les « Espaces AMO » dans le cadre de la gestion du parcours au sein des établissements de services de santé pour l'accès des assurés aux prestations
Mauritanie	1. Manuel de procédures 2. Tiers-payant pharmacies
Sénégal	1. Le passage de la gratuité à la mutuelle 2. Quelle stratégie d'enrôlement des acteurs du secteur informel
Togo	1. Gestion des résistances au démarrage de l'INAM 2. Maîtrise des dépenses : évolution des médicaments remboursables et prise en charge des maladies chroniques 3. Perspective d'intégration de School Assur dans l'AMU

JOURNEE 1

Matinée : cadrage

Cf. présentation powerpoint

Après-midi : le Bénin

Thème 1 (unique) : Processus d'identification et d'enrôlement des bénéficiaires des programmes sociaux au Bénin

ARCH = une cumulation de 4 offres de services pour réduire les problèmes de précarité des populations.

Identification des pauvres et les enrôler pour qu'ils bénéficient de services qui leurs sont destinés.

41% de population en situation de pauvreté dont 22% d'extrême pauvreté sur 11 millions de personnes : 2,4 d'extrêmes pauvres et 1,8 pauvres non extrêmes.

Démarche mise en place d'identification des pauvres.

Méthode mixte d'identification des pauvres : mix de 3 techniques déjà réalisée.

Document de méthodologique de ciblage unique ayant permis à aboutir à la mise à disposition d'un guide national unique d'identification des pauvres (2014).

Identification et ciblage communautaire.

Registre social unique.

Q&A n°1

Quel mécanisme efficace des données liées à la pauvreté extrême ?

Quel mécanisme d'actualisation continue ?

Q&A n°2

Partage d'expérience de la Côte d'Ivoire sur le ciblage des indigents.

- Décret sur l'indigence formalisée – liste sur une période de 3 ans avec un système de contrôle des listes à tous les niveaux, processus dynamique ;
- Ciblage des indigents partant de la définition nationale de vivre avec moins de 1\$ par jour. Puis confirmation par une enquête communautaire
- Processus de gouvernance incluant différents ministères puis les collectivités pour la pérennisation.

Partage du Sénégal

Combiner différents droits sociaux pour atteindre une couverture.

Partage de la Mauritanie

Quelle méthodologie pour minimiser les faux positifs et faux négatifs d'indigence, erreurs d'inclusion/exclusion ? Eviter une réappropriation des ressources au niveau politique.

Retour sur les débats :

On ne fait pas du ciblage à moitié, on se donne tous les moyens d'affiner et permet d'enrichir le dialogue sociétal.

Logique pas souvent équitable – l'exercice de ciblage permet d'apporter une réponse, une solution et mérite d'être approfondie.

Permet d'identifier ceux qui deviennent pauvres du fait des dépenses de santé.

Le ciblage a une attraction politique forte, permettant de financer l'accès aux services sociaux par l'Etat.

Il s'agit d'un processus politique sensible et technique complexe. Est-il pertinent dans tous les contextes, notamment quand on a un seuil de pauvreté plus important ? Logique du monde rural avec les comités villageois ciblage communautaire, quelle est la méthode en milieu urbain ? (« image mentale rurale » de la pauvreté).

Les couts de transaction, le coût de ciblage est très onéreux.

D'où vient le ciblage : mécanisme pour permettre à des personnes d'avoir accès à des droits sociaux. Ce processus ouvre la porte à plusieurs droits.

Pourquoi fait-on du ciblage ? Il y a un coût à payer. A rapprocher du coût de la non-soutenabilité du dispositif. L'accès à la santé n'a jamais été gratuit. Les modalités de paiement sont différentes.

Le ciblage crédibilise l'assistance médicale. Doit être un élément fondamental pour identifier ceux qui doivent effectivement en bénéficier.

Partir de l'expérience d'un pays pour générer une discussion régionale.

JOURNEE 2

Matinée : la Côte d'Ivoire

Thème 1 : nomenclature (NGAMCI)

Inexistence de codification depuis 1955. Dans l'assurance privée, de nombreuses classifications.
Nomenclature générale alphanumérique => commission thématique
1 mois de résidentiel
4 mois de finalisation
Tous les services et bien de santé => la CNAM puise dans ce qui l'intéresse
6 difficultés (cf. dia)

Thème 2 : enrôlement

Confié à une entreprise privée. Données biographiques et biométriques (expérience / passeports)
300 kits d'enrôlement mobiles + 127 fixes.
⇒ Numéro unique
Problème / extraits de naissance notamment

Q&A n°1

Identification :

Questions :

Mali : la notion d'ayant droit est-elle incluse dans l'identification ? Qu'est-ce qu'elle inclut cette idée ? Quelle est la population cible ?
Mauritanie : Quels ont été les critères pour l'inclusion des populations ciblées ?
Sénégal : Qu'est-ce qui justifie la stratégie mobile ?

Réponses :

La population cible est toute la population qui réside en Côte d'Ivoire (25 millions d'habitants). Tout le monde est assujéti. Pas de notion d'ayant droit, chaque immatriculation est unique. Pas de lien familial généré par le système d'identifiant. Si on avait voulu le faire ça aurait été difficile / notion d'enfants et de famille, voire la transparence des liens familiaux. NB : rattachement dans les fiches d'enregistrement.

Beaucoup de mobilité dans nos pays. Le monde rural a besoin de cette stratégie mobile. L'objectif est de se rapprocher le plus possible des assurés pour leur offrir cet enrôlement. NB : financement Banque Mondiale aussi de smartphone (encore plus facile qu'avec la valise qu'on utilisait avant).

Nomenclature :

Questions :

Bénin : sur quelle base la valeur des lettres clé et des coefficients de chaque acte sont-ils fixés ? Est-ce que la valeur est identique pour le secteur public et privé, et pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire ?

Burkina : à quel(s) niveau(x) de la pyramide la nomenclature est-elle utilisée ? Comment a-t-on géré les réticences des prestataires ?

Togo : quid du panier de soin ? Lien avec la nomenclature ? Soins essentiels ?

Réponses :

Pas de grand changement du tarif sur les lettres. Ex : D lettre du dentiste et en fonction des soins il y a une cotation. Une étude a été faite sur la valeur réelle ; les tarifs n'avaient pas évolué depuis longtemps. Les tarifs ont été révisés pour le public uniquement. La CNAM avait une contrainte : 1000 FCFA par personne et par mois ? En fonction des salaires ? Il y avait une confusion à un certain moment sur les contributions... mais il reste que les moyens de la caisse sont de 12.000 FCFA par personne et par an pour le panier de soins. Donc il y a eu des tarifs négociés, dit tarif « CMU » préférentiels. Le privé utilise toujours ses propres tarifs.

Tous les niveaux de la pyramide sont concernés. Mais la CMU va se jouer surtout entre le 1^{er} et le 2nd niveau du fait du parcours obligatoire du patient (référence obligatoire).

La résistance au changement : consensus en amont, très important ; le problème était le coût mais contrainte connue de tous ; il fallait sensibiliser 715 formations sanitaires identifiées pour démarrer ; cette communication était très importante ; les ratés de la communication font beaucoup de dégâts. Egalement diffuser les nouveaux tarifs négociés entre le secteur santé et la CNAMU. La participation de tous à l'élaboration de la nomenclature a été importante pour que les participants soient acteurs / promoteurs autour d'eux. Les ordres étaient aussi associés.

Des travaux de réhabilitation ont eu lieu afin de préparer les futurs bénéficiaires à suivre le parcours de soins.

L'acheteur (Ministère de la Protection Sociale) a choisi les éléments de son panier en fonction de ses moyens ; il a mis l'accent sur les soins de santé de base. Possibilité de réviser le panier tous les deux ans.

La Côte d'Ivoire donne des exemples de tarifs, où l'on voit que la différence est du simple au double voire du simple au triple, entre les tarifs en recouvrement des coûts et les tarifs CNAM. La négociation a été dure du côté de la CNAM. Le panier de soins a tenu compte des problématiques de santé publique. 115 pathologies ont été arrêtées. Estimation du parcours pour chaque pathologie. Exclusion des maladies chroniques, cancéreuses.

La valeur est davantage rattachée à celui qui fait l'acte, donc varie en fonction du niveau de la pyramide sanitaire.

Question ultime : les négociations ont-elles été « gagnées » par la CNAM ? Il faudra bien évaluer la soutenabilité.

Q&A n°2

Questions

Bénin : est-ce que vous avez deux bases, une sur les données socio-économiques et une base pour l'AM ? S'il n'y en a qu'une seule, est-ce que ça ne pose pas un problème de données suffisantes pour les programmes sociaux ? Quid de l'actualisation en continue de la base (/ nouveaux nés) ? La distribution de cartes a-t-elle des soucis ? Comment en profiter pour avoir l'acte de naissance ? Décalage entre la nomenclature et la mise en œuvre (défi d'encodage) ?

Réponses

Côte d'Ivoire : les actes de naissance posent problème ; la collaboration avec le Ministère chargé de l'état civil est important.

Mauritanie : encodage (DRG) accompagné d'un rapport médical pour s'assurer que l'information est réelle, et non pas choisie pour obtenir un remboursement.

Mali : les prescripteurs ne mettent pas les codes ni les cachets personnels pour les identifier. La Caisse a même fait des cachets avec des codes. Refus de remboursements sans code et cachet avec pression des assurés qui ne pouvaient obtenir les médicaments auprès des pharmacies sans le code et le cachet.

⇒ Comment motive-t-on les prestataires ?

Question :

Burkina : nomenclature en cours depuis 2 ans. Les tarifs dataient (1990) et variaient. Harmonisation nécessaire, et utile pour la Caisse. Une étude a permis de proposer des tarifs et des nomenclatures. Question : comment négocier les tarifs ?

Réponse :

Bénin : résultat d'étude des coûts. Etape de négociation avec les prestataires. Il y a déjà des discussions entre médecins sur la nomenclature. L'infirmier n'est pas formé pour le diagnostic et il y a un manque de médecins.

Sénégal : cadre de concertation avec des commissions (pharmacies, hôpitaux, cliniques, labo....) entre le secteur privé et l'acheteur. Demande à chaque partie de faire le diagnostic de la relation pour garder ce qui marchait et avancer sur le reste. Négociation préférentielle recherchée.

Autres remarques :

Côte d'Ivoire : est-ce que les coûts réels entiers ont été pris en compte ? (inclus les charges réels de fonctionnement). Les subventions de l'Etat assurent déjà une partie.

Burkina : il faut tenir compte de la qualité des soins que l'on veut obtenir, ie des besoins en financement de plus.

Remarque : le parcours obligé du patient est contraire au droit fondamental du patient de choisir son prestataire.

Question / réponse :

Mali : passage aux cartes biométriques ; campagne chère : 500 jeunes « agents d'enrôlement » avec véhicule, carburant, salaire ; depuis 2 ans déjà avec distribution des cartes ; 3 millions d'euros sur 2 ans déjà. INPS, CMSS, ANAM, CANAM => aura-t-on une liste ?

=> qu'est-ce qui a été fait ailleurs ? comment réussir à moindre coût ?

Mauritanie : contrat avec une agence en charge de l'enrôlement ; carte biométrique fournie par l'état civil liée aux données de la CNAM qui permet la vérification des droits ; c'est aussi un numéro national. Il y a aussi distribution d'attestation si l'assuré est dans un lieu où il ne peut pas utiliser le biométrique.

Sénégal : s'inquiète du coût (du Mali). Voudrait utiliser les cartes nationales d'identité numérisées. Discussion à engager avec de hautes autorités. Carte d'identité, électorale => devient la carte CMU. NB : pas d'identifiant unique au Sénégal. Création d'un « entrepôt de données ». 2020 : phase pilote de la carte nationale / CMU. NB : l'immatriculation au Sénégal va avec le paiement de la cotisation (enrôlement). Problème de biométrie avant l'âge de 5 ans. NB : Aujourd'hui tout est largement manuel au Sénégal (notamment au niveau des mutuelles).

Togo : tarification différente avec le privé et donc reste-à-charge pour le bénéficiaire dans le cas de soins au niveau du privé. Comment faire ? Appui du partenariat SOCIEUX pour le calcul des coûts de production et tarifaires. NB : la valeur de la clé est politique, pas technique.

Mali : la différence entre public et privé revient au patient, comme au Togo.

Bénin : propose de la prudence sur la nomenclature : les subventions d'Etat viennent surtout des programmes verticaux qui pourraient bien disparaître, donc ne pas trop compter dessus.

Après-midi : le Mali

Thème 1 : de l'AMO à l'AMU y compris en intégrant les gratuités.

Loi sur la nouvelle CANAM à venir pour l'AMU.

Changement aussi sur la délégation de gestion, plus obligatoire avec l'INPS et la CMSS comme avec l'AMO. Aujourd'hui 6% du recouvrement va à ces deux caisses.

Ouverture de bureaux régionaux (5).

Panier de soins le même que l'AMO.

Opérationnalisation prévue en 2021.

Etude actuelle sur le financement du RAMU. Pas satisfaisante.

Thème 2 : l'espace AMO

Questions d'information et de parcours de soins pour les assurés.
Réticences du personnel qui doit vérifier les droits et remplir des fiches
⇒ Forum national => espace AMO

Mission : accueil, information, orientation, vérification des droits

Mise en place d'un logiciel pour vérification de l'utilisation en temps réel et éviter les abus (« AMO ANYWHERE »)

NB : cachet « sec » qui inclut les empreintes pour identifier les cachets des fiches de soins. Egalement confié à l'espace AMO.

Volonté de coupler AMO ANYWHERE avec le nouveau système d'information. Aussi d'étendre.

Q&A n°1

Questions :

Sur l'AMO à l'AMU :

Togo : quel est le dispositif pour gérer le droit à l'accès aux médicaments notamment Maladie Longue Durée ?

Sénégal : quelle coordination / l'articulation prévue entre les 3 organismes (ANAM, CANAM, UTM) dans le cadre de l'AMU.

Mauritanie : Quels mécanismes de financement de cette assurance AMU ?

Bénin : tendance croissante des coûts... quelle maîtrise des coûts avant l'AMU ?

Sur l'espace AMO :

Côte d'Ivoire : coût d'exploitation des espaces AMO ? Organisation de l'espace AMO (personnel, fonctions, locaux) ?

Burkina : profil des animateurs des animateurs, leur rattachement (employeur, payeur)

Réponses :

Sur l'AMO à l'AMU :

Pour les affections de longue durée, les prescriptions ne doivent pas être données pour plus de 1 mois. Une carte « ALD » va être donnée qui permettra aux assurés qui en ont besoin d'avoir 3 ou 4 mois de traitement.

Sur l'escalade des coûts : aujourd'hui on est sur des acquis élevés y compris sur les ALD. On sera obligé de dégraisser le panier...

Entre les 4 OGD (CMSS, INPS, UTM, ANAM) et la CANAM les relations vont se poursuivre sur les mêmes fonctions mais avec plus d'exigences.

Attendent beaucoup d'une étude qui n'a pas donné encore les résultats escomptés sur les sources de financement.

La maîtrise des coûts est travaillée surtout sur les fraudes et abus. On doit également réduire les coûts d'enrôlement après la campagne.

Sur l'espace AMO :

Coût de l'espace AMO : 840 millions par an aujourd'hui avec 135 espaces AMO. Total à couvrir est environ 400 espaces. 2 à 10 agents. Parfois construits. 6m x 3m.

Il faut gérer les espaces AMO de manière soutenable

Soutenabilité : pistes = capitaliser les gratuités.

Q&A n°2

Sur l'AMO à l'AMU :

Bénin : recrutement d'une expertise en maîtrise d'ouvrage pour être en interne et développer / faire développer un système d'information. Par ailleurs, mise en place d'un dispositif de contrôle de toutes les feuilles de soins (principe de traiter le problème à fond dès le départ).

Togo : le premier outil est la convention ; refonte des conventions aujourd'hui ; révision de la liste des médicaments ; revue de la nomenclature des actes ; les règles de dispensation des soins ; le contrôle a priori a ses limites, on préfère le contrôle a posteriori. Volonté d'acquiescer un nouveau logiciel métier, capital pour le contrôle et la lutte contre la fraude.

Côte d'Ivoire : liste des médicaments de la CMU avec des coûts CMU (en moyenne coûts divisés par 3 ou 4). Unique fournisseur de la CMU le grossiste étatique semi-public. La validation des feuilles de soins suit plusieurs contrôles.

Mauritanie : TdR solides développés par les responsables pour le système métier (10 ans d'expérience). Expérience depuis 1 an, appui BIT. Conseil : auditer le système existant. TdR = corriger les anomalies constatées. Demande que le système soit développé avec l'équipe interne.

Burkina : Question / couverture de la population spécifique des armées. Question : comment avoir de bons taux de recouvrement. Contribution sur la maîtrise des coûts dans le cadre de la gratuité des soins : politique de gratuité depuis 2016. Se posait la question de la soutenabilité et de la fraude. Le contrôle a été confié aux ONG (4 ONG réparties sur le territoire). Couverture de 40% des formations sanitaires. Contrôle de l'effectivité. D'abord au niveau de la formation sanitaire. Discussions faites sur place. Les dépassements indus sont alors retranchés. L'autre volet du contrôle est dans la

communauté par échantillonnage en retrouvant le bénéficiaire. Il y a eu 10% d'augmentation lorsque le contrôle s'est arrêté (2018), notamment au niveau des actes.

Sénégal : on ne doit pas exclure les maladies chroniques sans regarder de près ; gestion des équivalents : on n'a pas encore assez encadré la prise en charge des médicaments => grand enjeu sur les médicaments remboursés.

Mali (sur questions du Burkina) : l'armée est bien prise en charge ; le recouvrement des cotisations du secteur privé est peut-être plus facile par la puissance publique que par une caisse.

Bénin : le contrôle communautaire est cher ; faire des calculs pour voir ce qui est le plus efficient.

Togo : on codifie tout. Gestion des ordonnances sur les ALD avec les médecins traitants.

Sur l'espace AMO :

Sénégal : partage le problème d'accueil, d'orientation, et de contrôle des droits. On passe son temps à contrôler l'autre. La notion de confiance est un défi. La mutuelle départementale gère la convention avec l'hôpital et la mutuelle communale gère la convention avec le niveau communal. Mais c'est la faîtière régionale (union régionale) qui fait le contrôle, l'Union recrute, le personnel est payé par les contributions de toutes les mutuelles de la région. Il ne faut pas forcément tout faire soi-même, mais faire confiance.

Farba : pourquoi l'AM ne marche pas dans nos pays ? Répondre à cela pour aller à l'AMU. La coexistence de l'AM avec beaucoup d'autres initiatives inclues les gratuités et l'assurance volontaire pose des difficultés. L'OMS sous régional pourrait parler à une organisation sous régionale pour relecture du règlement n°7 de l'UEMOA.

Alexis : Le panier AMO du Mali coûte 22.000/= par personne et par an, il est difficilement extensible à toute la population. Partage de tâches entre acheteur et vendeur : 2 cibles dans les formations sanitaires : (1) les prescripteurs et (2) les soignants => travail fondamental pour plus de confiance et intérêt – travail de contrôle important.

Fahdi : on a des fonctions non mutualisées entre les assurés et les non assurés (ex : fraude). Il y a des fonctions assurées par les Caisses qui devraient être réalisées par le Ministère de la Santé car elles s'adressent à tous. Ex : vérification des protocoles de soins pour les bénéficiaires de l'assurance maladie. Risque de segmentation.

Théodore : propose de réfléchir à la responsabilité des prestataires.

Journée 3

Matinée : la Mauritanie

Contexte parfois difficile du fait de l'offre de soins.

Présentation de l'historique de la CNAM.

Projet de loi pour étendre à une assurance maladie volontaire pour tous mais le début (4000 personnes) pose problème (sélection adverse) donc on ne souhaite pas aller loin avec cette expérience qui d'ailleurs est gérée « à part ».

NB : les plus de 21 ans handicapés sont éligibles dans le foyer.

« On paie deux fois les médicaments, une fois dans le cadre des DRG, une autre dans le paiement aux pharmacies ».

Prend en charge les évacuations sanitaires, qui coûtent très cher, donc travail de rationalisation notamment avec des prises en charge au niveau national. Aujourd'hui ¼ des coûts pour l'étranger (avant beaucoup plus).

NB : les tarifs de la CNAM sont particuliers.

Pour le privé le bénéficiaire paie la différence.

11% de la population couverte.

Thème 1 : tiers-payant pharmacie

669 prestataires dont 54 en tiers-payant inclus 8 pharmacies.

(alternative jusqu'ici « RAN » = remboursement en ambulatoire normal)

Nb : calcul du coût de la charge de travail sur le traitement des dossiers de remboursement (71 ouguiya).

Pour les ALD il existe un accord préalable signé par le DG de la CNAM avec le détail des besoins.

Nouvelles règles pour limiter : plafond, et 3 ordonnances maximum par mois => a diminué de 50% les coûts, donc il y avait beaucoup de fraudes.

Cf. leçons apprises sur diapo.

Thème 2 : manuel de procédures d'opérations standard

4 parties :

Organisation

Opérations stratégiques

Métier

Administratif

Q&A n°1

Questions :

Côte d'Ivoire : Gestion des risques dans le cadre de la certification ?

Bénin : Question / plafond

Mali : Les mesures de limitations des services pour le contrôle des dépenses ont-elles été consensuelles ? Alerte sur le plafond limité dans un contexte de non contrôle et non harmonisation des prix.

Burkina : Est-ce que le coût financier des évacuations est-il entièrement supporté par la CNAM ? Quel bilan ? Apport de l'Etat ?

Togo : combien de temps ça a pris et coûté d'écrire le manuel ? Est-ce que les procédures sont respectées ?

Sénégal : question générale sur la stratégie d'extension de la couverture à l'ensemble de la population. Suivi informatisé des fraudes. S'inquiète de la « déshumanisation » de l'AM

Réponses :

Il existe une cartographie des risques, des points de contrôle (cf. dossier électronique).

Coût du manuel : 15.000 \$ fait en 2 mois. Maintenant on est dans sa mise à jour : le responsable qualité passe au niveau de tous les services, fait des fiches de non-conformité, qui sont étudiées pour amender les processus. Il y a aussi un suivi en temps réel de l'application (atteinte de cibles)
L'accord préalable est pour le tiers-payant uniquement. Les montants donnés de co-paiement sont des plafonds.

L'évacuation sanitaire est le point faible de la CNAM. Développement de contrats programmes avec les hôpitaux nationaux pour améliorer les capacités de prises en charge nationales.

Les procédures du manuel ont été imposées.

Pour l'extension : on a commencé avec les pêcheurs, dockers, imams et avocats. Projet avec le BIT pour aider les gens à se regrouper. L'expérience avec les volontaires est une décision politique mais « ce n'est pas possible ». Réflexion en cours pour transfert des fonds de l'Action Sociale destinés aux pauvres. Etudes prévues par le nouveau Ministre de la Santé (tutelle) pour avancer sur cette question.

Importance de l'harmonisation de la tarification dans les pharmacies. La CNAM met en place un système de complémentaire notamment pour le reste à payer.

NB : les processus externes ne sont pas dans le manuel.

Dans chaque structure hospitalière publique il y a 3 personnes de la CNAM. C'est cette équipe qui donne les fiches de soins, qui va chercher les médicaments. A la fin du mois il y a confrontation des factures, l'hôpital saisit la facture mais les informations ont été saisies par les agents de la CNAM (partage de data).

Essaie de dématérialisation de la feuille de soins mais pas encore possible. Le système d'information automatise le contrôle des fraudes (cf. manuel les situations « bloquantes »)

Q&A n°2

Questions et réponses :

Togo : fraudes sur les feuilles de soins : sont remises aux ménages et vue les lourdeurs signalées le nb de carnets a été ramenés à 3 au lieu de 5

Est-ce que le panier de soins actuels de la Mauritanie est soutenable ?

Statut des équipes AMU dans les hôpitaux : composition, profil, rémunérées par qui ? C'est des fonctionnaires de la CNAM de 2-3 personnes ; Au Togo ce sont des agents de liaison, en CI, ce sont des agents d'accueil payés par le MS ; le Sénégal propose que ce soit des agents des hôpitaux.

CI : vendre les médicaments par comprimé mais le défi c'est que dans les pharmacies privées où ce n'est pas appliqué ; MEO de la pharmacie hospitalière (dispensation en détails selon les besoins spécifiques) dans le public.

Mali : le respect des protocoles thérapeutiques est du ressort du MS ; quelle frontière entre gérer les questions sociales et les règles (faire appel aux structures habilitées) ?

Le Mali a créé des pôles d'excellence pour la prise en charge des patients. Dialogue avec l'ensemble du système de santé pour que l'AMU soutienne ces centres spécialisés ; est-ce le rôle de l'AMU ? ; quel bilan positif, qu'en fait –on, améliorer l'offre ?!

Comment couvrir plus de personnes, que les populations les plus éloignées aient accès aux services essentiels de base ?

Penser à une mutualisation entre les pays des services spécialisés et mettre l'accent sur la qualité de l'offre qui est capitale.

Farba : replacer l'AMU dans le contexte de la CSU

Il faut tout faire pour que tout le monde accède aux prestations mais adapter à chaque pays. La finalité de l'AMU, c'est les prestations

Seydou :

Contrôle des couts : il faut rationaliser et non rationner, équilibre dans le contrôle pour permettre aux populations d'accéder aux prestations ;

Ancrage : au niveau du MS cela pose le problème de produire et d'acheter ; l'OMS conseille séparation des fonctions d'offre et d'achat

Thématique 1 : la stratégie d'enrôlement des acteurs du secteur informel

Champ collectif pour payer les cotisations de la CMU(AGR)

Thématique 2 : l'intégration des gratuités dans les mutuelles

Examens complémentaires ne font pas partie de la gratuité

Gratuité financée par la BM

Processus d'intégration en cours

Accès difficile de certains villages, âge enfants non , délimitation communes difficiles

Evaluation => aller vers le niveau départemental plutôt que communal pour les mutuelles

46% de taux de pénétration des mutuelles

1.377.107 bénéficiaires classiques des mutuelles, 3 millions en tout.

NB : la gratuité rendent difficile les stratégies AM

Thématique 3 : état des lieux et capitalisation, défis, opportunités

50% de couverture

35% des travailleurs du privé couverts (2014)

Q&A n°1

Questions / réponses :

Togo : contributions directes actuelles des ménages (55% en 2013) 50% en 2016; quels mécanisme de collecte des cotisations du secteur informel ? Assurance maladie à base communautaire ou mutuelles qui est volontaire ; l'Etat subventionne à 50% ; il faut communiquer.

Mauritanie : comment pérenniser le financement des cotisations à travers les AGR. Dispositifs de transfert des cotisations des mutuelles à la CMU ; Réponse : cotisation à la mutuelle.

CI : méthode de calcul de la couverture de la CMU ; multiplicité des acteurs augmente les charges de fonctionnement et compromet la soutenabilité. CMU au Sénégal est très fragmenté.

BF : reprenez explication de la couverture de l'économie informelle ; Réponse : passer par des organisations syndicales, groupement de métiers.

Bénin : dans le basculement de gratuités vers mutuelles, examens de diagnostic non pris en compte, alors un autre obstacle à l'accès.

Sommes en train de réfléchir sur comment déterminer un paquet essentiels de base pour toutes les caisses.

Combien de cotisants des mutuelles sont à jour ? réponse : 198.000 soit 5% de la population malgré tous les dispositifs.

Pooling des cotisations: se fait au niveau intermédiaire. Un fond de garantie des mutuelles est en cours de réflexion.

Burkina : la professionnalisation des mutuelles sociales consiste en quoi? Réponse : système d'information avec des outils, personnel qualifié (collecteurs de cotisation, gestionnaire), dématérialisation de la gestion.

Q&A n°2

Intégration des gratuités :

Côte d'Ivoire :

Partage des éléments de process en cours concernant l'intégration de tous les mécanismes de protection financière en santé. La CMU est en train de se déployer. La loi prévoit que tous les mécanismes existants puissent intégrer l'architecture de l'AMU. Aujourd'hui les mutuelles et les fonds parapublics existants sont considérés comme des complémentaires, le panier de base est défini par la CNAM. Les gratuités ciblées à la mère, la prise en charge du paludisme, les urgences de 48 heures doivent être reversés à l'AM. Les programmes verticaux (VIH, TB) aussi à terme avec discussion sur les parties concernées. Il y a des réticences politiques avec un Ministère en charge qui est différent (santé) de celui Tutelle de la CNAM.

Le dilemme est le passage d'une gratuité pour tous à une assurance maladie qui est limitée par la couverture restreinte.

Sénégal (réaction) :

La présentation concernait un pilote mais beaucoup de gratuités sont concernées dans la stratégie. Rappelle le choix d'un ticket modérateur dans l'intégration de la gratuité avec extension du panier.

Farba : posons le problème avant de dire que les politiques ne feront pas ce que nous considérons nécessaire. Dans la mise en œuvre on peut attirer l'attention du politique. Au Sénégal il y a la gratuité des moins de 5 ans et des femmes enceintes. Parfois l'enfant à 2 ou 3 couvertures.

Côte d'Ivoire : problème des programmes verticaux et difficulté de faire accepter la récupération d'une gratuité gérée par un autre Ministère.

Alexis : il est possible de passer de la gratuité à l'AM par région en s'assurant que les pauvres sont identifiés et affiliés : la gratuité est caduque et l'affiliation par famille de se fait dans l'AM.

Sénégal : processus facilité par le fait que c'est la même institution qui gère l'AM et la gratuité. Il faut investiguer avant de basculer. Faire les études de coûts. On est dans une modalité d'affiliation systématique donc réfléchir à un montant de cotisation moindre.

Mutuelles de santé :

Sénégal :

Au Sénégal on a raté une occasion avec l'établissement du permis de conduire. On aurait pu demander une attestation d'affiliation à l'AM. Autre opportunité : nouvelles cartes de grise des voitures. D'autres opportunités avec les crédits : attestation d'affiliation à l'AM comme conditions d'obtention. Ce sont des pistes pour gérer le politique qui ne peut pas imposer de passer de la gratuité à une AM obligatoire.

Bénin :

Les mutuelles ont besoin des partenaires + problème de la professionnalisation des mutuelles. Au Bénin elles sont donc orientées vers leur professionnalisation = condition de viabilité et de tenir un rôle dans le processus. Surtout qu'au Bénin on veut confier la gestion technique pour le compte de l'Etat aux privés.

Mali :

L'UTM essaie de redynamiser les mutuelles avec une mutuelle dans chaque commune. Rôle d'OGD pour le RAMU. Compte sur les mutuelles pour le RAMU.

Burkina : il est prévu dans le cadre de l'UEMOA de pousser à cette obligation mais avec un préalable qui concerne le règlement, notamment la reconnaissance des mutuelles et les instruments qui vont avec. Actuellement uniquement Mali, Niger, CIV ont une administration nationale selon le règlement et seul le Mali a un Fonds de garantie. Les mutuelles peuvent apporter beaucoup notamment / proximité de la population (cf. fonction de proximité : sensibilisation, levée de cotisation, etc.. => cf. liste identifiées par l'UEMOA). La délégation se fera en fonction des capacités au Burkina.

Caractère obligatoire :

Sénégal : on est tous d'accord avec l'obligatoire. Mais faire le gendarme ne marche pas. Farba parle d'obligation intelligente. Des exemples donnés déjà. Quelles autres idées ??

Mali : pour les entreprises qui cherchent des marchés, montrer l'attestation.

Bénin : faire la promotion de la qualité des services pour augmenter la couverture.

Alexis : réfléchir en termes de fonctions(quel est le travail, comment le faire, à partir de quel niveau) puis arbitrer sur quelle est la meilleure OGD et/ou quel déploiement en direct est le plus efficace et efficient.

Fahdi : pourquoi mettre la logique de l'obligation au niveau de la personne plutôt qu'au niveau d'un groupe ou d'une unité administrative ? (esprit lab !) Règlerait aussi le problème d'équité.

Farba : (1) attention à la fragmentation ; (2) rationalisation de la gratuité ; (3) proposition de Fadhi = obligation intelligente ; (4) qualité des soins est le premier argument de l'obligation.

Journée 4

Matin : Togo

Thématique 1 : les résistances au démarrage de l'INAM

- Résistances des employeurs : refus de cotisation, non déclaration des employés pour raison de contrainte budgétaire ou l'existence d'une assurance privée
- Résistance des bénéficiaires : refus d'immatriculation, recours à des FS non conventionnées
- Résistance des prestataires

Thématique 2 : la maîtrise des dépenses des médicaments.

⇒ Classification VEN (vital / essentiel / N...) finalement.

Thématique 3 : School assur

CP1 à terminale = 28% de la population ; 1.740.654 couvertes à ce jour. Dépense moyenne : 1.100/=

Q&A n°1

Questions :

Burkina Faso :

- Les responsables des prestataires de soins s'inquiétaient des tarifs. Est-ce que ces tarifs ont été discutés dans un cadre de concertation large ?
- Est-ce que la part des médicaments devrait être de 50% des dépenses ? Est-ce que le reste à charge ne risque pas d'être élevé à nouveau ?

Mali :

- Y a-t-il eu des résistances de l'employé d'Etat ?
- Comment le Togo a fait pour limiter le plafond des ordonnances et être accepté par les prescripteurs ?

Côte d'Ivoire :

- Le taux de prise en charge des médicaments est-il régressif ou progressif ? Est-ce que ça complique la facturation ? Est-ce que c'est équitable ?
- Comment est-on arrivé à un taux d'enregistrement si bon à School Assur ?

Mauritanie :

- Est-ce que la liste des médicaments révisée est celle du Ministère de la Santé ?
- Est-ce que le nombre de factures n'est pas si important que vous puissiez gérer cela ? Avez-vous assez de ressources humaines ?

Sénégal :

- Soutenabilité du panier de soin ?
- Stratégie pour disponibiliser les médicaments.
- Le panier school assur très large ; est-ce que ça ne pose pas un problème de soutenabilité ? Quid de l'équité puisque ce n'est pas ciblé ?

Bénin :

- Y a-t-il une influence politique dans les résistances ?
- Est-ce que les recouvrements permettent de couvrir les dépenses ? Ou y a-t-il des subventions en plus ?

Réponses :

Sur les médicaments et la maîtrise des dépenses :

- La question de tarif doit être aussi regardée du côté de l'impact de l'introduction de l'assurance maladie sur l'économie des prestataires qui en l'occurrence s'est améliorée.
- Le politique est resté prudent / question des tarifs.
- Il y a toujours eu un excédent pour l'instant mais la famille est limitée à 4 bénéficiaires. Aussi la cotisation est de 7% (réparti 50%-50%).
- Beaucoup d'argent a été versé aux pharmacies où beaucoup d'économie peuvent être faites. Des discussions honnêtes entre médecins ont pu limiter la liste de médicaments remboursables («élagage»). Fondamental pour l'extension. Il ne s'agit pas d'augmenter le reste à charge mais de rationaliser les prescriptions.
- Le plafond : ça été respecté par les pharmaciens. Plus de 4000 prescripteurs dont 1000 médecins. Les dispositions du Décret / relations avec les prestataires prévoit que les deux parties se fixent des règles, donc des propositions de règles sont faites et des discussions ont lieu.
- Le panier actuel n'est pas utilisable pour l'AMU ; on sait déjà ce que l'on doit en retenir d'ailleurs pour le passage à l'échelle universelle
- La part des dépenses médicaments dans les techniques peut être de 50%. Prochaine étape : une application pour les pharmaciens qui donne la liste des médicaments utilisables du moins cher au plus cher.

Sur les résistances :

- L'Etat a été clair sur sa part de cotisation ; parfois un retard sur le versement cependant. Certains employés de l'Etat ont résisté. Aujourd'hui c'est totalement compris.
- Pas d'influence politique visible pour influencer les résistances.
- La communication est passée aussi par des comités au niveau régional

Sur schoolassur :

- Programme présidentiel avec 8 Ministères acteurs. Le Ministère de l'éducation a donné une liste des élèves pour enregistrement et l'immatriculation.

Q&A n°2

Mécanisme de paiement pour la maîtrise des dépenses ou autres, MEG

- Sénégal : contribution : la maîtrise des dépenses en assurance maladie va au-delà du médicament et du contrôle médical.
Exp : réforme de l'agence, contrôle médical, équipe de 9 médicaments. Actes médicaux en gros. Vérification des factures sur le terrain.
- Burkina : contrôle réalisé par les ONG. Mise en place d'une plateforme électronique pour collecter les données (quantitatives, coût) identification des FS à problème. Le MEF fait la certification des dépenses, équipe chargée de coordination fait le contrôle au point de service/contrôle médical. Importance du suivi.
- Côte d'Ivoire : maîtrise des coûts de dépenses, privilège douaniers, fiscal, parafiscal à des médicaments sur la liste CMU fixée. Exonération. Coût divisé par 2 ou 3. Un fournisseur unique, ph santé publique. Conseils qui pourraient encore contribuer à diminuer les coûts.
- Mauritanie : ces médecins qui font le contrôle sont payés par acte ou recrutement permanent ? Fournir le protocole de contrôle. Prestataires étrangers ? Ces médecins font des missions ponctuelles.
- Sénégal : interventions en aval, il faut des interventions en amont. Expérience des mutuelles de santé. Médecin conseil par région ?
- Mali : contrôle médical, organe délégués, mission des médecins. Direction chargée d'organiser et assurer.
- Bénin : révision des protocoles, normes et procédures. Comment les médecins contrôleurs se mettent à jour ?
- Mali : appui de ces médecins aux prestataires de soins
- Togo : existences de normes et protocoles, participations au processus de révision des contrôles, participation aux ateliers, formation. Promotion de l'expertise locale. Maîtrise médicalisée très bien.
- Mali : aussi 5ème liste, engouement de l'AMO, expérience par tranche de prix. Mali par tranche de médicament (DCI, DCI de marque, Spécialités)
- Togo : système d'assurance est protecteur à quel niveau de dépenses de médicament. 50%, 30% ? Médicaments utiles qui ne figurent pas sur LNME.

- RCI : prescription rationnelle
- Burkina Faso : rationalité des prescriptions. Intégrer les réactions de l'acteur périphérique.
- Sénégal : initiative CMU élève, cotisation de 1000f et 3500 (option) différence de paquet. Prise en charge médicale. Adhésion non obligatoire. Carte disponible. Appropriation du Ministère de l'éducation. Parrainage des élèves par des initiatives (bonnes volontés). Défis : appropriation des Ministères.
- Mauritanie : Médicaments antalgique et antibiotique. Expérience de la prescription, politiques de la promotion du générique ?
- Benin : suivi des prescriptions, fréquence de certaines molécules doivent interpeller.

Après-midi : Burkina Faso par le Maroc

Le Burkina a demandé des échanges sur le système d'information :

- ⇒ Demande à l'ANAM, organisme régulateur de l'AM au Maroc
- ⇒ Utiliser la seconde série de questions / réponses pour échanger sur les SI.

Présentation par l'ANAM :

Première présentation sur le système de couverture au Maroc et sur l'ANAM (régulateur)

Couverture Médicale de Base (CMB) entrée en vigueur en 2005. 2017 loi sur les travailleurs indépendants et professions libérales.

Mission : encadrement de l'AMO et gestion des ressources du RAMED.

Cf. diapositive sur les fonctions de l'ANAM

NB : le RAMED ne donne accès qu'au service public.

Les ALD concernent 3% de la population mais 50% des dépenses.

8 millions d'actifs dans le RAMED aujourd'hui.

4200 remboursables, >60% de génériques.

NB : importance de la prévention

Système d'information

- Produire une base référentielle des assurés
- Base détaillée de la consommation médicale

NB : enjeu d'échanges d'informations entre différents organismes pour l'ensemble des caisses, des bénéficiaires, des services et des flux financiers. Peut-on comparer entre les régimes ?

Q&A n°1

Questions :

Burkina Faso : Processus (grandes étapes) pour mettre en place un système d'information fiable ? Les ALD sont une part importante du panier de soins ; quel bilan (avantages / inconvénients) pour les garder ou non dans le panier de soins (risque assurable ?) ; objectif de l'audit fonctionnel ?

Togo : qu'est-ce qu'on met dans le volet prévention ? Est-ce que l'ANAM participe aux flux financiers ? Reste à charge de 35% paraît élevé, non ?

Sénégal : pourquoi le choix du Ministère de l'intérieur pour assurer le ciblage des ramédistes ; limites / gestion de vos deux fonctions.

Côte d'Ivoire : plusieurs Ministères participent à la gestion du RAMED ; rôle de chacun ? Où est la difficulté de l'identification du ramédiste au niveau du Ministère de l'Intérieur ?

Mauritanie : qui paie la part employeur des cotisations pour les retraités privés ? Quelles mesures pour anticiper / au fait que les dépenses croissent plus vite que les recettes ? Est-ce qu'il faut commencer par le matériel puis le soft / audit du système d'info ?

Mali : modalités de prises en charge = remboursement ? N'est-ce pas un frein à l'accès aux soins ?

Bénin : Plateforme web ? Avez-vous accès aux données détaillées des organismes de gestion ?

Réponses :

Actuellement, transition épidémiologique avec croissance des maladies transmissibles. D'où l'intérêt du préventif. Agir sur la prévention peut faire gagner beaucoup en dépenses sur les ALD. IL faut pouvoir inciter mais il faut que la nomenclature et la réglementation suivent.

Le Ministère de l'intérieur a un rôle qui peut le mieux évaluer les éléments d'éligibilité des ramedistes qui sont pauvres et vulnérables / considérations socio-économiques.

Les financements du RAMED vont au Ministère de la Santé.

Prise en charge des assurés ou remboursement en fonction des services. Ex : prise en charge totale dans les structures publiques.

Est-ce qu'il faut développer en interne ou appeler un prestataire extérieur ? Dépend du budget. En interne, on a fait un site pilote, analysé les données disponibles, application monoposte d'abord ; on a fait un audit fonctionnel du système par un prestataire => règles de gestion à intégrer pour la conception ; application web ; développement externe finalement (dépend ici de la volumétrie des données). Essayer de collaborer et de faire adhérer l'ensemble des intervenants au moment de la conception. L'avant-projet de loi mentionne que les ascendants sont pris en charge par leurs ayants droits sur proposition de ces derniers. Le projet doit être adaptatif, incrémentiel, itératif, progressif...

Il faut voir aussi la marge de manœuvre de la licence / développeur. Une année de garantie après 1 an, et 3 ans de maintenance. L'objectif de l'audit fonctionnel est de regarder chaque procédure et les processus du système applicatif pour sortir des recommandations en termes de sécurité et de bonnes pratiques ; oui il faut d'abord auditer d'abord le matériel avant l'applicatif ;

La plateforme est sur le web mais pour le transfert des données seulement.

Pour les retraités : si de l'Etat, il bénéficie de la part de l'Etat ; si du privé tout est à sa charge.

Taux de 6,37% prévu pour les indépendants sur la base d'un forfait entre les autorités gouvernementales et les représentants de chaque profession.

Il faut que le flux d'information passe par l'autorité de régulation.

C'est vrai que 35% de reste à charge est élevé. On travaille dessus notamment au niveau des conventions nationales et l'introduction de nouveaux actes et médicaments dans les paniers de soin.

Le budget nécessaire pour le RAMED qui doit être géré par l'ANAM a été injecté directement au Ministère de la Santé, en attente de la réforme du RAMED.

Q&A n°2

Question principale : quel processus pour développer un système d'information

Réponse :

Bénin : avec le RAMU un expert béninois a été recruté puis un cabinet pour un logiciel. Pour le nouveau mécanisme on fait appel à une assistance à maîtrise d'ouvrage pour appuyer toute la démarche. 10 cabinets spécialisés sont venus pour vendre des produits tout fait, avec ou sans codes sources.

Côte d'Ivoire : transmissions des infos par les OGD ; défis de la loi sur le partage d'informations à caractère confidentiel ; attention aux réticences des partenaires / format non exportable ;

Mauritanie : applicatif développé par une équipe de la CNAM (TdR, cahier des charges, applicatif) à côté des opérationnels ; avant on a fait un audit des procédures et processus ; chacun séparé, sous la supervision du système d'information ; la livraison partielle ; leçons tirées : application web pour l'accès à distance. Système radio ? Uniquement pour processus métier, différent pour la comptabilité. Pont entre les deux (passerelles). On peut ajouter des points de contrôle facilement. Attention aux termes du contrat.

Sénégal : SIGICMU (système d'information et de gestion intégré de la CMU), système d'information biométrique. Identifier, authentifier. Carte biométrique. Collaboration avec le Ministère de l'Intérieur. Système de facturation également. Aussi système de recouvrement possible par application avec un compte spécial. MaCMU : possibilité de contacter le médecin, payer en ligne (ou faire payer par la diaspora), prendre RDV. Aussi datawarehouse. Travail de dématérialisation maximal des données au Sénégal.

Exemple aussi du registre de la population avec expertise nationale. Souveraineté nationale. Protection des données. Et surtout si on a des difficultés on peut les régler.

Mali : au démarrage de l'AMO, achat d'un système qui s'est avéré inadapté. Système obsolète. Fonctions non activés, etc... aujourd'hui nouveau système, nouveau paramétrage, référentiels utiles.

Maroc : chaque pays a son chemin. Pour être efficient il faut aussi donc contextualiser. Aussi M&E du système.

Réaction du Burkina :

- ⇒ Développer soi-même
- ⇒ Faire attention au cahier des charges, TdR, impliquer les différents acteurs
- ⇒ Ne pas aller rapidement, monter le système

Togo : l'ANAM est un dispositif qui inspire ; mais l'ANAM devrait assurer la fonction de collecte, mise en commun et achat.

Réponse du Maroc : prudence du gouvernement pour l'instant mais l'objectif est effectivement la mutualisation

Sénégal : les modules métiers sont très intégrés. Evaluer la disponibilité de l'infrastructure surtout où les dispositifs sont fragmentés. Qui est le porteur pertinent du système d'information.

Fahdi : importance de l'interopérabilité sémantique ; importance du l'utilisateur (final)

Sénégal : l'ANAM au Maroc est sous tutelle du Ministère de la Santé. Discussion en cours. Où en est-on ? Et question au groupe : le Mali est retourné sous tutelle du Ministère de la Santé... qu'en pensez-vous ? De même nous pouvons dire des choses sur le volontariat en tant que techniciens.

Réponse du Maroc : l'esprit de la loi 65-00 était que l'ANAM soit sous la Tutelle du chef du gouvernement ; mais le décret d'application après tractation a ramené ça au Ministère de la Santé. Une autorité de régulation devrait être directement liée au plus haut niveau hiérarchique possible. Dans l'avant-projet de loi propose le chef du gouvernement. C'est nécessaire / sujet intersectoriel, son CA doit être présidé par le chef du gouvernement.

Alexis : attention aux demandes d'information que l'on n'utilise pas (ex : le détail des consultations ordonnances).

Seydou : revient sur l'expérience du Mali. Il faut adapter progressivement son système d'information. De plus, le Maroc a parlé de la sensibilité des hypothèses / bénéficiaires. Pour la maîtrise des coûts, il faut penser aux bénéficiaires et regarder la sensibilité pour la couverture et l'état de santé finalement de la population.

Farba : interrogations sur la limite entre pauvre et vulnérable. Pour le SI, penser à l'expertise nationale.

Journée 5

Présentation pays 15-20 mn

- Leçons apprises
- Erreurs à éviter dans notre contexte actuel
- Points à améliorer pour la mise en place du régime d'AM dans les 3 dimensions de l'AM : paquet de prestation à couvrir, contribution de chaque population et la population à couvrir.

Cf. présentations des pays.

Conclusion

L'assurance maladie est un choix stratégique pour optimiser la dépense de santé au niveau du secteur. Cette gestion de la dépense doit rendre crédible la structure qui en a la charge pour contribuer à renforcer la qualité des soins délivrés.

Il faut s'inscrire toujours dans une logique de système.

- Système d'information qui se connecte au système de santé et autres systèmes et réduire les implications de coûts
- Contrôle médical doit être vu sous une forme généralisé pour en faire profiter le système
- La gestion de l'AM doit se faire au service de la protection du plus grand nombre en améliorant l'offre de soins
- La couverture du plus grand nombre : dimension sociale et construire la force de négociation

De nombreuses demandes d'appui technique nécessitant des gaps à combler.

Il est important de penser à réduire le gaspillage en bâtissant des systèmes efficaces.