

Réflexion des Partenaires Techniques et Financiers sur le processus d'instauration de la Couverture Santé Universelle au Cameroun

Février 2019

Partenaires Techniques et Financiers du Secteur de la Santé
Sous-Groupe Couverture Santé Universelle

Table des matières

Résumé	2
1. Introduction	6
2. Architecture et gouvernance de la CSU	7
3. Couverture Santé	9
3.1. Paquet de soins et services de santé	9
3.2. Population cible	11
3.3. Modalités d’adhésion/ immatriculation	11
3.4. Recouvrement des contributions	12
3.5. Contractualisation et paiement des prestataires	14
4. Renforcement continu de l’offre de services de santé	15
5. Coût et Financement de la CSU	16
6. Phases et plan de mise en œuvre de la CSU	18
Références	20
Annexe	21

Résumé

Le Cameroun se lance dans des réformes ambitieuses du système de santé qui devraient aboutir à la mise en place progressive de la couverture santé universelle (CSU). Il s'agit de garantir à toute la population un accès aux soins de santé de qualité, sans que personne ne soit exposé au risque financier lié au recours aux soins. Un Groupe Technique National (GTN) CSU multisectoriel, co-présidé par les Ministres de la Santé Publique et du Travail et la Sécurité Sociale a été créé en 2015 afin de conduire le processus et faire des propositions au Gouvernement sur les différentes composantes de ce système.

Ce document rappelle les caractéristiques de conception proposées pour la CSU. Il vise également à identifier et discuter les risques institutionnels, organisationnels, sociaux et financiers. Des recommandations sont proposées. Ce processus d'examen est appliqué aux différentes composantes de la CSU : (i) l'architecture et la gouvernance de la CSU ; (ii) le paquet de soins et services de santé ; (iii) l'éligibilité ; (iv) l'adhésion/ l'immatriculation ; (v) le recouvrement des contributions ; (vi) la contractualisation et le paiement des prestataires ; (vii) l'offre de services de santé ; (viii) le financement de la CSU ; et (ix) les phases et le plan de mise en œuvre de la CSU.

Ce document recommande plusieurs phases pour la mise en œuvre de la CSU, une stratégie et une feuille de route. Des mesures spécifiques sont proposées pour chaque phase.

Le renforcement de l'offre de soins sera un effort continu tout au long de la réforme CSU.

- La CSU requiert la construction d'un système de santé résilient à travers le renforcement de ses six piliers (OMS 2017) : la gouvernance, le financement de la santé, les ressources humaines, les infrastructures sanitaires, les médicaments et technologies sanitaires, le système d'information sanitaire.
 - Le renforcement du système de santé pour aboutir à la CSU est au cœur de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027 du gouvernement camerounais qui est alignée sur le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) et sur les Objectifs de Développement Durable (ODD) (MINSANTE 2016).
- Le Gouvernement devrait poursuivre et intensifier ses investissements, tels que ceux consentis à travers le financement basé sur la performance (FBP), le chèque santé ou encore le plan national d'urgence triennal (PLANUT), afin d'améliorer la disponibilité des services de santé de qualité dans tout le pays. Il s'agira également de surveiller la performance des prestataires de soins de santé, dont la contrôlabilité et la traçabilité des prestations payées.
- Le Ministère de la Santé Publique devrait veiller à ce que les établissements de santé disposent des capacités institutionnelles, de l'équipement, du personnel et des ressources médicales nécessaires pour fournir l'ensemble des prestations couvertes.
 - Un plan de développement des infrastructures sanitaires et une actualisation des normes en équipement pourraient améliorer l'accessibilité géographique des structures sanitaires et améliorer la qualité des plateaux techniques.
 - La déconcentration et la décentralisation de la gestion du personnel ainsi que son recrutement au niveau local pourraient améliorer la répartition géographique des personnels de santé. Les mécanismes de motivation, l'amélioration des conditions de

travail et le renforcement des mécanismes incitatifs pour les ressources humaines affectées dans les zones rurales sont autant de stratégies qui faciliteraient la mise en place de la CSU.

- Des mesures spécifiques devraient être prises pour augmenter la performance de la chaîne d'approvisionnement en médicaments (e.g. mise en place de dépôts par les FRPS, mise en place du principe de fournisseur préférentiel¹. Dans tous les cas, le principe de prérequis retenus avec succès et difficultés avec succès devrait être repris par la CSU.

La première phase pourrait porter sur la configuration institutionnelle et la préparation du système de santé.

- Le renforcement du système de santé à travers la mise à niveau de tous ses principaux piliers est un impératif. En effet, l'offre de services doit être prête et disponible à tous les niveaux de la pyramide avec un accent spécifique sur les soins de santé primaire et un fonctionnement efficace du système de référencement et contre référencement
- Une stratégie CSU définissant les caractéristiques de conception du système CSU ((i) architecture et gouvernance ; (ii) paquet de soins et services de santé ; (iii) éligibilité ; (iv) adhésion/ immatriculation ; (v) recouvrement des contributions ; (vi) contractualisation et paiement des prestataires ; (vii) offre de services de santé ; (viii) financement de la CSU) ; et un plan de mise en œuvre devraient être élaborés.
- Une législation sur la couverture santé universelle devrait être finalisée et adoptée.
- Le Secrétariat technique de la structure de mise en œuvre de la CSU (GTN CSU) devrait être renforcé afin d'inclure des experts techniques responsables des aspects techniques de la mise en œuvre, notamment des aspects santé, sociaux et financiers.
- Des activités de communication auprès des acteurs du système de santé et de la population seront nécessaires, en particulier dans les zones rurales pour recruter et gérer les membres à faible revenu. Une bonne stratégie de communication permettra non seulement d'augmenter le taux d'inscription mais aussi de renforcer le sentiment de confiance de la population générale en ce nouveau système, ce qui sera essentiel à sa réussite et sa mise à échelle.

La deuxième phase couvrirait la mise en place des instruments financiers et de gestion.

- Le gouvernement devra mobiliser plus de ressources pour la santé et la CSU. Un cadre de dépenses à long terme pour la santé pourrait aider à définir les allocations gouvernementales annuelles sur une plus longue période.
 - Une analyse budgétaire régulière aidera à déterminer et à budgétiser le montant de la subvention pour les personnes pauvres.

¹ Recours à des grossistes privés homologués en cas de rupture de stock avec accord préalable des Fonds Régionaux de Promotion de la Santé.

- La structure de gestion de la CSU doit satisfaire aux exigences fiduciaires et de performance et d’audit. Elle devra avoir la capacité de gérer un grand nombre de bénéficiaires.
 - La structure de gestion proposée devrait avoir un statut permettant la participation des représentants de la société civile, des organisations des travailleurs et employeurs dans le Conseil d’Administration et les Comités Régionaux.
- Les modalités de paiement des prestataires doivent être définies.
- Les mécanismes de mobilisation des contributions auprès des individus et autres acteurs doivent être affinés.
- Pour assurer la viabilité financière du système, le paquet de soins couvert doit être défini en fonction de la vision sanitaire nationale (priorités stratégiques, principaux problèmes de santé publique) et de l’enveloppe de ressources disponibles pour la CSU. Il est également conseillé de commencer par un panier limité et de l’élargir au fil du temps.
- Des procédures financières doivent être mises en place pour s'assurer que les revenus seront investis dans la prestation des soins. Les systèmes de gestion financière, de facturation et de vérification doivent être effectifs dans les établissements de santé. La gestion financière devrait être conforme aux règles fiduciaires du gouvernement. De plus, le système de transfert financier doit être effectif pour transférer les paiements de la structure de gestion vers les comptes bancaires des prestataires. La disponibilité d’un système d’information de qualité et la connectivité Internet dans les établissements de santé faciliterait les transferts de données et les transferts financiers.

La troisième phase porterait sur la mise en œuvre dans les premières régions et la dernière phase sur les ajustements et la mise en œuvre dans les autres régions.

- Compte tenu de la complexité de la réforme, il est conseillé d'introduire progressivement la réforme de la CSU en débutant la mise en œuvre du système dans une ou deux régions.
- Une unité de suivi et d'évaluation devrait mesurer et analyser de près la mise en œuvre et l'impact de la réforme CSU. Les résultats seront partagés régulièrement avec le gouvernement et tous les intervenants pour aider à réviser et ajuster le processus de réforme CSU.

Processus d'élaboration de la note de réflexion des PTF sur la CSU

Cette note a été élaborée de manière conjointe par les Partenaires Techniques et Financiers membres du sous-groupe sur la CSU afin de contribuer au processus de conception et de mise en œuvre de la CSU au Cameroun. Il s'agit en particulier de l'Agence Française de Développement (AFD), l'Ambassade de France, la Banque mondiale (BM), le Centre International de Développement et de la Recherche (CIDR), la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), la KfW Entwicklungsbank (KfW), Malaria No More, le Bureau International du Travail (BIT), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Providing for Health (P4H), l'United Nations Children's Fund (UNICEF), et l'United States Agency for International Development (USAID).

Plusieurs réunions préparatoires du sous-groupe ont été organisées à la fin de l'année 2018 afin de déterminer les objectifs de la note technique, son contenu et son champ. Il a été alors décidé que ce document discuterait des risques institutionnels, organisationnels et financiers des caractéristiques de conception proposées pour la CSU. Il proposerait des phases pour la préparation et la mise en œuvre de la CSU ainsi qu'une feuille de route actualisée pour les futurs besoins d'investissement afin de soutenir la mise en œuvre réussie de la CSU au Cameroun.

Un comité de rédaction restreint, constitué de représentants de la Banque mondiale, du BIT, du CIDR, et de P4H, a rédigé une première version de la note en décembre 2018. Le document a par la suite fait l'objet de plusieurs séries de revues et contributions des PTF du sous-groupe CSU.

La présente version est une version intégrant l'ensemble des contributions des partenaires. Elle pourra toutefois être revisitée dans le cadre des travaux qui seront menés par groupe thématique dans les prochains mois.

Le sous-groupe CSU des PTF santé.

1. Introduction

Le Cameroun se lance dans des réformes ambitieuses pour la mise en place progressive de la couverture santé universelle. Il s'agit de garantir à toute la population un accès aux soins de santé de qualité, sans que personne ne soit exposé au risque financier lié au recours aux soins. Le pays enregistre déjà depuis plusieurs années une riche expérience, à travers trois types d'initiatives, qui constitue un atout important pour la réussite de la CSU. Deux d'entre-elles déploient des mécanismes de tiers-payant (mutuelles de santé et chèque santé) et l'autre concerne le financement de l'offre à travers le financement basé sur la performance.

Un contexte riche d'expériences qui constitue un atout pour la réussite de la CSU

Au Cameroun, les Fonds Régionaux de Promotion de la Santé (FRPS), à travers les Agences de Contractualisation et de Vérification (ACV) et leur section d'appui aux activités de promotion de la santé et du partenariat, disposent déjà d'une expérience significative dans la gestion de mécanismes de couverture en santé.

La mise en œuvre du *Financement Base sur la Performance (FBP)* à l'échelle nationale d'ici 2019 décidée par le Gouvernement du Cameroun constitue une étape importante pour la préparation du système de santé et la mise en œuvre de la CSU. Le FBP est en effet un mécanisme de financement de l'offre qui permet d'injecter des ressources publiques additionnelles pour améliorer la qualité des services, leur disponibilité et leur performance. Il constitue un mécanisme de financement utile pour pallier l'insuffisance des autres sources publiques de financement.

Les *mutuelles de santé* ont expérimenté depuis de nombreuses années le tiers payant et la contribution volontaire. L'analyse de leur faiblesse et des causes de l'échec de beaucoup d'entre elles peut être utile pour anticiper des difficultés du même ordre (niveau de cotisation, d'adhésion, paquet de soins, contractualisation des prestataires, etc.). Il s'agit de difficultés auxquelles la CSU pourrait faire face dans sa phase de démarrage ou dans le cadre d'adhésions volontaires. Il s'agirait également d'étudier les raisons du succès de certaines d'entre elles pour s'appuyer sur leurs forces. Utiliser des éléments de capitalisation de leurs promoteurs – GIZ, BEPHA et du MINSANTE alimenterait avantageusement les réflexions en cours.

Le *Chèque santé* mis en œuvre dans les trois régions septentrionales poursuit les mêmes objectifs de la CSU pour un public prioritaire (femmes enceintes et nouveau-nés), avec des prestations étendues pour ce public cible. Il a déjà mis en place des procédures d'accréditation de FOSA éligibles et de contractualisation avec les prestataires de soins, des protocoles standards, des tarifs de remboursement, des capacités de gestion et d'achat de soins stratégiques, etc. La mise en œuvre de la composante AMU de la CSU peut s'inspirer des facteurs de succès que le Chèque Santé a expérimenté mais aussi des difficultés qu'il a rencontrées.

Processus de conception et de mise en œuvre de la CSU au Cameroun

Un Groupe Technique National CSU Multisectoriel, co-présidé par les Ministres de la Santé Publique et du Travail et la Sécurité Sociale a été créé en 2015 afin de conduire le processus et faire des propositions au

Gouvernement sur les différents aspects de ce système. De nombreuses étapes ont ainsi été franchies depuis avec notamment l'élaboration de l'architecture du système de couverture universelle en santé, du paquet de soins et services de santé, des protocoles de soins, la détermination des capacités contributives des différentes catégories de la population pour un financement équitable, l'estimation du coût, la méthodologie d'immatriculation des bénéficiaires, la méthode de ciblage et l'analyse des contributions mobilisables pour la sante par source de financement.

L'architecture adoptée est basée d'une part sur l'instauration d'un régime de base obligatoire pour l'ensemble de la population offrant un panier de soins commun et d'autre part la mise en commun des ressources et de certaines fonctions techniques au sein d'une structure nationale de gestion et une délégation de fonctions de proximité et de traitement des prestations à des institutions spécialisées.

Le principe de la progressivité dans la mise en œuvre est également mis en avant par le gouvernement camerounais. Les groupes cibles pour le démarrage de la CSU seraient prioritairement les femmes, les enfants de 0 à 15 ans, les grandes pandémies (VIH/SIDA, tuberculose et paludisme) ainsi que la promotion de la santé. Le déploiement progressif se baserait sur des contributions obligatoires et variables selon les capacités des camerounais.

Ce document a pour but d'examiner les caractéristiques de conception proposées pour la CSU au Cameroun. Il vise également à identifier et discuter les risques institutionnels, organisationnels et financiers. Des mesures d'atténuation des risques sont proposées. Ce processus d'examen est appliqué aux différents aspects de la CSU : (i) architecture et gouvernance de la CSU ; (ii) paquet de soins et services de santé ; (iii) éligibilité ; (iv) adhésion/ immatriculation ; (v) recouvrement des contributions ; (vi) contractualisation et paiement des prestataires ; (vii) offre de services de santé ; (viii) financement de la CSU ; et (ix) phases/ plan de mise en œuvre de la CSU.

Ce document soutient le principe de la préparation et de la mise en œuvre de la CSU proposé par le MINSANTE en plusieurs phases. La première phase pourrait porter sur la configuration institutionnelle et la préparation du système de santé, la deuxième phase sur la mise en place des instruments financiers et de gestion, la troisième phase sur la mise en œuvre dans les premières régions et la dernière phase sur les ajustements et la mise dans les autres régions. Le renforcement de l'offre de soins sera un effort continu tout au long de la réforme CSU. Enfin, le document propose une feuille de route actualisée pour les futurs besoins d'investissement afin de soutenir la mise en œuvre réussie de la CSU au Cameroun.

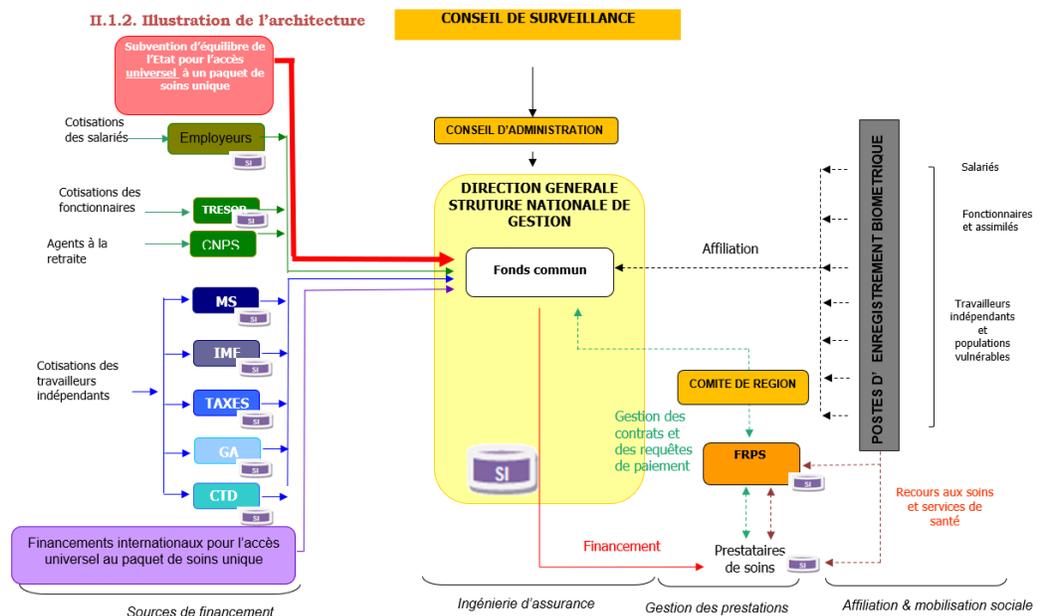
2. Architecture et gouvernance de la CSU

Description

Les principes directeurs retenus pour le système de couverture santé universelle au Cameroun sont : (i) l'universalité, (ii) la solidarité nationale, (iii) la responsabilité générale de l'Etat et ; (iv) l'affiliation obligatoire. L'architecture adoptée est basée sur la mise en place d'une structure nationale unique de gestion technique et financière, avec un statut d'établissement public administratif (EPA) à caractère social jouissant d'une autonomie administrative et financière. Cet organe national sera placé sous la

gouvernance d'un Conseil de Surveillance et un Conseil d'Administration, et une Direction Générale assurera la gestion courante. Des Comités Régionaux (Représentation du CA) seront installés au niveau régional. L'organe national assurera notamment la mise en commun des ressources, le paiement des prestations et les autres fonctions de back office tandis que les fonctions d'affiliation et de recouvrement seront déléguées à des institutions spécialisées notamment de l'économie sociale et aux structures publiques de collecte des impôts et taxes. Un avant-projet de loi sur la CSU et un projet de décret portant création de l'organe national de gestion (CNCSUC) ont été élaborés et sont en cours de discussion.

Figure 1. Schéma de l'architecture



Source : Proposition d'une architecture du système de couverture universelle en santé au Cameroun, Note technique, Octobre 2016.

Risques potentiels et recommandations

Risques	Mesures d'atténuation/ Recommandations
Faible pilotage stratégique de la réforme	<ul style="list-style-type: none"> • Adopter une législation sur la couverture santé universelle. • Prévoir un dispositif de pilotage stratégique de la CSU en cohérence avec celui prévu pour la Politique Nationale de Protection Sociale.
Comment garantir la bonne gouvernance et la participation de l'ensemble des parties prenantes ² à la prise de décision avec le statut d'EPA de la structure de gestion ?	<ul style="list-style-type: none"> • L'organe national de gestion devrait avoir un statut permettant la participation des représentants de la société civile, des organisations des travailleurs et employeurs dans le Conseil d'Administration et les Comités Régionaux.

² Notamment la société civile, organisations de travailleurs et employeurs, etc.

	<ul style="list-style-type: none">○ Un statut de Groupement d'Intérêt Public (GIP) permettrait de renforcer l'autonomie de l'organe et contribuerait à la bonne gouvernance.● Mettre en place des mécanismes de voix et de redevabilité dans la prestation de services et de couverture santé (e.g. Citizen Report Cards).
Comment garantir l'efficacité et l'efficience de la structure de gestion ?	<ul style="list-style-type: none">● Définir des limites sur les coûts administratifs (frais de gestion) et l'utilisation des bénéficiaires.● Mettre en place une stratégie de suivi évaluation et un plan de mise en œuvre avec une équipe d'analyse forte pour évaluer les progrès réalisés dans le cadre du projet CSU pour atteindre son objectif.● Mettre en place un système d'information intégré sur la gestion de la couverture santé.
La répartition des fonctions entre l'organe national de gestion et les organismes délégués est-elle adéquate pour assurer un bon fonctionnement de l'ensemble du système ?	<ul style="list-style-type: none">● Envisager de déléguer d'autres fonctions (e.g. paiement - voire de gestion) au moins dans les premières étapes de mise en œuvre afin de limiter les risques – à des structures de gestion décentralisées, avec une vérification indépendante (e.g. FRPS).<ul style="list-style-type: none">○ Mener un audit organisationnel des structures qui seront impliquées dans la CSU (e.g. FRPS) pour dégager leur capacité à mener les différentes fonctions.
La complexité de la mise en place d'un organe national mais aussi son coût ne pourraient-ils pas constituer un frein à l'opérationnalisation de la CSU à court terme ?	<ul style="list-style-type: none">● Deux options peuvent être envisagées à court terme pour la mise en œuvre de la structure de gestion :<ul style="list-style-type: none">○ La première consisterait au renforcement des compétences du GTN pour assurer les fonctions du niveau central <u>dans un premier temps</u> et des structures de gestion décentralisées pour les fonctions déléguées³.○ La seconde consisterait à contractualiser un gestionnaire expérimenté des programmes d'assurance avec un plan de transfert des compétences à court et moyen terme.

3. Couverture Santé

3.1. Paquet de soins et services de santé

Description

³ Si cette option permettrait de contourner la complexité de la mise en place d'organe national de gestion et ses coûts relativement élevés, elle ne garantit pas la séparation des fonctions.

Un paquet de soins et services de santé a été élaboré et comprend 185 affections et interventions de santé publique, avec 101 sous interventions. Il a été retenu que les prestations dans le cadre de la CSU se limiteront au niveau du District sanitaire. Cela signifie dans la pratique que la CSU prendra en charge les prestations sur la base des tarifs au niveau du District sanitaire. Ainsi, les bénéficiaires pourront aller au niveau supérieur pour bénéficier des prestations du paquet de soins mais devront dans ce cas payer les coûts supplémentaires. Des protocoles de soins ont été élaborés pour la délivrance de l'ensemble des services retenus dans le paquet de soins. La CSU viserait dans la première phase la couverture des services de vaccination, pédiatrie, gynécologie/ obstétrique, services VIH/SIDA, paludisme, tuberculose, cancers, dialyse, schistosomiase, helminthiase intestinale, services de promotion de la santé.

Risques et recommandations

Risques potentiels	Mesures d'atténuation/ Recommandations
Le contenu du paquet de soins reste flou car il y a un mélange de services et de pathologies.	<ul style="list-style-type: none"> • Bien définir le panier de services car il y a un mélange de services et de pathologies dans les documents existants. • Eviter autant que possible les pathologies dont les exclusions sont difficiles à comprendre par les bénéficiaires. • Les soins délivrés à titre gratuits ne devraient pas relever de la composante assurantielle de la CSU puisque tout le monde en bénéficie avant de contribuer.
Les produits pharmaceutiques feront-ils partie du panier ?	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer la liste des produits pharmaceutiques pris en charge dans le cadre de la CSU
L'intégration dès le départ des programmes prioritaires dans le paquet de soins n'est-elle pas ambitieuse dans la mesure où l'essentiel du financement de ces programmes provient des ressources extérieures ? Comment cette intégration pourrait-elle se faire ?	<ul style="list-style-type: none"> • Entamer la discussion avec les bailleurs de fonds étrangers (GAVI, Global Funds, GFF) qui financent majoritairement certains programmes prioritaires en leur montrant l'opportunité de la CSU pour améliorer l'impact des financements déployés dans l'amélioration de la santé des populations.
La profondeur de la couverture ⁴ n'est-elle pas trop ambitieuse compte tenu : (i) des ressources qui pourront être mobilisées ; (ii) du coût élevé de certains services ⁵ ; et (iii) de la capacité des prestataires à fournir des services de qualité et à faire face à l'accroissement de la demande ?	<ul style="list-style-type: none"> • Prioriser les services inclus dans le paquet de prestations de base couvert par la CSU en fonction de la vision sanitaire nationale, de la capacité financière et des ressources mobilisables pour la CSU. <ul style="list-style-type: none"> ○ Envisager de suspendre certains services si la viabilité financière du système est menacée (e.g cancers et dialyses, etc.).

⁴ Nombre de services couverts.

⁵ Tels que ceux liés au cancer ou encore à la dialyse.

<p>Les services actuellement proposés dans le panier de la phase 1 sont-ils vraiment attractifs pour la population « non-prioritaire » mais « cotisante » de cette phase ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Maintenir un copaiement à un niveau acceptable. ● Envisager la priorisation de services plus attractifs dans la première phase⁶ afin d’inciter l’adhésion de la population « non prioritaire ». ● S’assurer que les services proposés dans le panier (185) sont effectivement disponibles au niveau du District sanitaire.
<p>La création d’attentes qui ne pourront pas être satisfaites ne pourrait-elle pas décrédibiliser toute la démarche CSU ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Développer un plan de communication solide et mener des campagnes d’information pour la population.

3.2. Population cible

Description

La cible est constituée par la population totale (enfants de 0 à 15 ans, femmes enceintes et reste de la population, soit 24.5 millions de personnes) mais les services offerts ne concernent pas toute la population selon les phases.

Risques et recommandations

Risques potentiels	Mesures d’atténuation/ Recommandations
<p>L’étendue de la couverture⁷ n’est-elle pas trop ambitieuse compte tenu de la capacité financière et des ressources mobilisables pour la CSU et de la capacité des prestataires à fournir des services de qualité ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Prioriser les groupes cibles des différentes phases en fonction de la vision sanitaire nationale et des ressources disponibles pour la CSU, envisager de réduire la cible si la viabilité financière du système est menacée (e.g. enfant de plus de 5 ans).

3.3. Modalités d’adhésion/ immatriculation

Description

L’adhésion au système est obligatoire pour toute la population et il est envisagé un système d’immatriculation biométrique à travers des stations d’enrôlement qui seront installées dans toutes les localités. Le système nécessiterait aussi l’installation d’un réseau de télécommunication pour l’échange de données fonctionnel entre les prestataires contractants et l’organe de gestion. Des cartes individuelles seront produites et mises à la disposition de chaque individu. Une méthodologie nationale de ciblage des personnes pauvres et vulnérables a été adoptée basée sur une méthode mixte de ciblage communautaire et une enquête Proxy Means Test (PMT).

Risques et recommandations

Risques potentiels	Mesures d’atténuation/ Recommandations
--------------------	--

⁶ E.g. la prise en charge des accidents et des urgences.

⁷ Nombre de personnes couvertes.

<p>Comment s’assurer de l’opérationnalisation du caractère obligatoire de l’inscription ?⁸</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des mesures incitatives pour rendre l’affiliation attrayante. • Mettre en place des mesures coercitives pour amener les individus à se conformer à l’obligation d’affiliation. • Rendre l’inscription attrayante en garantissant l’accès à des soins de qualité. • Promouvoir l’affiliation collective pour les groupes organisés. • Promouvoir une synergie entre les politiques de promotion d’emploi, de formalisation du secteur informel et l’affiliation à la CSU. • Proposer un niveau de contribution acceptable.
<p>Comment s’assurer de l’inscription des membres dans les zones rurales ou enclavées ainsi que des membres les plus pauvres ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Investir dans la gestion décentralisée des membres et les activités de sensibilisation. • Promouvoir l’implication des communautés dans le processus de ciblage et d’inscription.
<p>Quelle sera l’unité d’affiliation ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L’unité d’affiliation devrait être familiale avec la possibilité d’affiliation individuelle pour des cas spécifiques.
<p>Est-ce que la connectivité existante est raisonnablement suffisante pour la technologie biométrique ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analyser les apports de technologies alternatives d’enrôlement et de gestion des membres disponibles sur le marché. • Envisager d’intégrer progressivement la biométrie par une solution flexible et légère, le temps de réaliser les investissements nécessaires pour une utilisation optimale et fonctionnelle des gains possibles de la biométrie.

3.4. Recouvrement des contributions

Description

Le principe d’équité a été promu dans la fixation des contributions des individus pour la CSU. Ainsi une première catégorisation des individus a été réalisée et des montants de contributions ont été proposés par catégorie. Les personnes identifiées comme pauvres et vulnérables seront exemptées du paiement de la cotisation. Par ailleurs, la collecte des cotisations sera réalisée par des institutions spécialisées en fonction des catégories de population, notamment le Trésor public et la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) pour les travailleurs du secteur formel et les structures de l’économie sociale pour les travailleurs de l’économie informelle et agricole.

Risques et recommandations

Risques potentiels	Mesures d’atténuation/ Recommandations
--------------------	--

⁸ Cette dernière est en effet difficile à appliquer (e.g Ghana), en particulier pour le secteur informel.

<p>Quelles mesures de contrôle des organisations en charge de la collecte des contributions seront mises en place ?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Mettre en place au niveau de chaque commune/région un système de coordination de toutes les institutions impliquées dans la collecte des contributions des ménages.• Définir des critères d'accréditations des institutions de l'économie sociale qui devront collecter les contributions.
<p>N'y a-t-il pas des risques de détournement des fonds par ces organisations ?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Elaborer des conventions de délégations de fonction entre l'Organe National de gestion et les structures de collecte des contributions.
<p>Quel est le degré réel d'acceptation des travailleurs des niveaux de contributions proposés ? Quelle est la volonté réelle à payer des individus pour la CSU ? Quelle sera la contribution des entreprises/employeurs pour la CSU ?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Organiser un dialogue avec les organisations de travailleurs et d'employeurs sur la CSU et spécifiquement les montants ou taux de cotisations proposés.<ul style="list-style-type: none">○ Si possible exploiter/actualiser les données disponibles sur la propension à payer.• Organiser un dialogue avec les associations de consommateurs, les associations du secteur informel (« motos taxis », « sauveteurs », « bayam sellam »)• Pour les travailleurs du secteur formel, prévoir une contribution des employeurs pour compléter celle de leurs travailleurs.• Compléter la catégorisation de la population selon les capacités contributives par une étude sur la propension à payer des individus.
<p>Comment opérationnaliser la contribution selon les capacités contributives des individus dans un contexte où plus de 80% de la population active est dans le secteur informel ?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Mettre en place un mécanisme qui « oblige » la population active à contribuer en suggérant l'accès à certains services officiels fréquentés (authentification des pièces officielles, différents impôts payés dans les centres spécialisés) à la présentation de sa carte d'assuré.• Envisager un fractionnement de la contribution en tenant compte de l'horizon financier journalier/régulier du secteur informel, en utilisant par exemple les solutions électroniques de paiement.• Imaginer une possibilité de préfinancement par des services financiers (coopérative) privés compétents qui se chargeraient par la suite de suivre leur recouvrement.• Envisager la fusion des contributions de la CSU avec les contributions fiscales existantes selon les branches d'activités.• Prendre en compte les expériences antérieures d'assurance maladie dont le montant a été fixé par les

membres (mutuelles au Cameroun au Rwanda, autre au Ghana) dans le positionnement de la cotisation.

3.5. Contractualisation et paiement des prestataires

Description

La contractualisation avec les prestataires de soins est de la responsabilité de l'organe national de gestion qui signera, d'une part des conventions cadres nationaux avec le Ministère de la Santé Publique et les ordres de professionnels de santé et, d'autre part des accords de partenariats avec chaque structure de soins. Les opérations relatives au traitement des factures et de contrôle des prestations seront déléguées à des structures agréées (tels que les Fonds Régionaux de Promotion de la Santé). Le paiement des prestataires de soins sera effectué par l'organe national de gestion. Un système intégré pour le suivi et le contrôle des prestations sera mis en place. Des protocoles de soins ont par ailleurs été élaborés pour la prise en charge des prestations par les formations sanitaires.

Risques et recommandations

Risques potentiels	Mesures d'atténuation/ Recommandations
Comment assurer l'efficacité du processus d'accréditation et de signature des accords de partenariat sur l'ensemble du territoire national avec un organe national de gestion ?	<ul style="list-style-type: none"> • Développer un système d'accréditation basé sur la qualité et la satisfaction de pré requis comme dans le Chèque Santé et en capitalisant sur l'outil indice déjà utilisé dans le cadre du PBF. • Deux options pour la contractualisation avec les structures de soins : <ul style="list-style-type: none"> ○ Déléguer aux FRPS l'identification des structures de soins sur la base de critères d'accréditation établis au niveau national, puis transférer les dossiers à l'organe national pour signature des accords de partenariats ; ○ Déléguer l'identification des structures de soins et la signature des accords de partenariats aux FRPS et confier le contrôle de régularité à l'organe national de gestion.
Quels types de prestataires seront contractualisés dans le système CSU ⁹ ?	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre la contractualisation de tout type de prestataire (Public, confessionnel, privé) en respectant les critères d'accréditation et en ayant une tarification conventionnelle.
La disparité dans la tarification des prestations pratiquée par les FOSA sanitaires et pharmacies ne constitue-t-il pas un obstacle majeur à l'efficacité de la CSU ?	<ul style="list-style-type: none"> • Adopter une tarification nationale de référence¹⁰ y compris pour les médicaments dans le cadre de la CSU.

⁹ e.g public, confessionnel, privé.

¹⁰ Commune au secteur public et privé en dehors des situations de monopole du secteur privé confessionnel, y compris pour les médicaments dans le cadre de la CSU.

<p>Comment seront fixés les tarifs de remboursement des prestataires ? Est-ce que les tarifs de remboursement seront les mêmes selon les types de prestataires ? Si les prestataires privés sont contractualisés, seront-ils remboursés au même niveau que les prestataires publics ?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Choisir, lorsque possible un paiement forfaitaire des prestataires qui n'a pas d'effet inflationniste et à défaut, plafonner certains tarifs, en particulier pour les polyopathologies.• Le montant du remboursement peut être ajusté par un paiement à la qualité pour inciter et récompenser les prestataires pour des soins de meilleure qualité.
<p>Quels mécanismes de maîtrise des risques liés à la couverture santé seront mis en place (demande induite/ sur prescriptions, fraudes, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Mettre en place un système de collecte de données et de gestion financière dans les établissements de santé, accompagné de procédures opérationnelles standards (SOPs).• Former les professionnels de santé sur les outils et procédures de mise en œuvre de la CSU.• Elaborer une cartographie des risques avec des mesures préventives et de maîtrise• Effectuer des contrôles physiques périodiques de la réalité de la prestation facturée par les prestataires dans les FOSA (inscription dans les registres) et de leur effectivité sur le terrain (en communauté).
<p>Quels outils seront mis en place pour éviter des retards importants dans le traitement et le paiement des factures des prestataires de soins ?¹¹</p>	<ul style="list-style-type: none">• Installer dans les hôpitaux de Districts, une équipe de vérification et traitement de l'ensemble des factures des prestataires de soins du District, interconnectée avec le FRPS.• Institutionnaliser un paiement des prestataires de soins par virement bancaire, les formations sanitaires disposant déjà de comptes bancaires dans le cadre de la mise en œuvre du FBP.• Prévoir la mise en place d'un dispositif semi-automatisé de contrôle et de paiement des prestations avant le lancement des premières adhésions.

4. Renforcement continu de l'offre de services de santé

Description

Le renforcement de l'offre de services de santé est l'une des missions principales du Ministère de la santé. A cet effet, la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 définit les axes principaux de renforcement de l'offre des services de santé, relatifs aux différents piliers du système de santé (infrastructures, ressources humaines, gouvernance, médicaments, système d'information, financement). Un document de réforme hospitalière a également été adopté et des réflexions sont en cours pour réformer le système d'approvisionnement en médicaments. Par ailleurs, différentes initiatives sont en cours en de mise en

¹¹ Cf. expérience de mise en œuvre du PBF.

œuvre pour améliorer la disponibilité de services de santé de qualité dans tout le pays (PBF), avec un accent particulier sur les services préventifs et ceux de prise en charge de la mère et de l'enfant (dossier d'investissement GFF). Enfin, un draft de dossier d'investissement a été développé dans le cadre de la CSU.

Risques et recommandations

Risques potentiels	Mesures d'atténuation/ Recommandations
Capacité insuffisante des prestataires et qualité des soins inférieure à la norme	<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer le renforcement du système de santé à travers tous ces piliers afin d'améliorer la qualité de l'offre de soins et développer un système de santé résilient. <ul style="list-style-type: none"> ○ Capitaliser sur l'existant car il y a déjà un certain nombre de stratégies en cours au sein du MINSANTE qui doivent être accélérées pour répondre au démarrage de la CSU. • Renforcer les capacités des prestataires de santé afin qu'ils soient en mesure d'offrir des paquets de soins et de services intégrés de qualité. • Mettre en place un système d'assurance qualité des soins et services de santé avec des normes qui serviront de base pour l'accréditation des structures de santé. • Mettre en place des systèmes de gestion financière dans les FOSA, notamment pour assurer les paiements, en capitalisant sur les outils déjà mis en place pour gérer les recettes et les dépenses dans le cadre du FBP.
Comment s'assurer de l'adhésion du personnel de santé au système CSU ? ¹²	<ul style="list-style-type: none"> • Décentraliser la gestion et le recrutement de personnel médical. • Augmenter le nombre d'agents de santé dans les zones rurales et renforcer les mécanismes incitatifs et de motivation.

5. Coût et Financement de la CSU

Description

Le coût de mise en œuvre de la CSU a été estimé à environ 1,300 milliards pour l'offre du panier de soins à l'ensemble de la population. Une stratégie de financement est en cours de finalisation et devrait permettre notamment d'identifier des sources potentielles de financement de la CSU en plus des fonds mobilisables auprès des ménages.

Risques et recommandations

Risques potentiels	Mesures d'atténuation/ Recommandations
Déphasage entre le processus d'élaboration de la stratégie de financement de la santé et la CSU.	<ul style="list-style-type: none"> • Finaliser la stratégie de financement de la santé, réaliser des gains d'efficacité, mobiliser plus de ressources pour le secteur de la santé afin d'assurer un financement

¹² Cf. expériences de mise en œuvre chèque santé et PBF.

<p>Attention à la surestimation du besoin de financement pour la CSU qui additionne le coût de la CSU et le coût de la SSS, avec une double comptabilisation de certains services.</p>	<p>durable, envisager de changer la loi de finances pour intégrer de nouvelles sources de financement (e.g taxation).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le plaidoyer auprès des Ministères de la Planification et des Finances pour l’augmentation de l’enveloppe nationale de la Santé en se rapprochant des accords internationaux (Cf. Abuja sur le financement de la santé à 15% du budget de l’Etat¹³).
<p>Comment financer la subvention des contributions des pauvres?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir un mécanisme de financement dédié pour le financement de la contribution des plus pauvres (e.g. à travers une taxe spécifique, un fonds).
<p>Quel sera le montant des contributions ? Y aura-t-il un copaiement ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fixer des contributions en adéquation avec les capacités de chaque individu. • Prévoir un copaiement adapté pour faire face au risque de surconsommation.
<p>Quel sera le montant du tarif de remboursement et sera-t-il identique pour tous les types des prestataires de soins (par niveau et par statut) ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Préconiser une tarification de remboursement unique, avec encadrement des copaiements (tickets modérateurs si applicable) différents chez les prestataires publics et privés.
<p>Viabilité financière du système liée à une utilisation accrue des services de santé par la population couverte. Est-il vraiment réaliste d’intégrer les services liés aux cancers et aux dialyses dans la phase 1 compte tenu de leur coût ?</p> <p>Risque budgétaire pour le gouvernement qui pourrait provenir d’un déficit de la CSU et de l’augmentation des dépenses de santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des simulations avec des scénarios de coût selon le panier considéré et la population cible visée. • Réaliser une étude actuarielle pour analyser la soutenabilité du système. • Contrôler les coûts et assurer la soutenabilité de la CSU. • Effectuer une analyse détaillée de dépenses de santé publiques pour définir les responsabilités de financement entre le gouvernement central et l’organe CSU (e.g salaires et coûts en capital, médicaments...). • Définir le montant du ticket modérateur si applicable. • Fixer un tarif commun de remboursement (hors situation de monopole du secteur privé).
<p>Iniquité dans le financement de la santé avec moins de fonds gouvernementaux par habitant alloués aux services utilisés par les groupes à faible revenu par rapport aux plus aisés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer une analyse d’incidence. • Réaliser les comptes nationaux de la santé pour avoir la situation actualisée des dépenses des ménages en santé.
<p>A-t-on raisonnablement les moyens financiers de déployer la technologie biométrique et d’équipement des points d’ enrôlement ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La technologie biométrique devrait être privilégiée si et seulement si l’ensemble des conditions de son utilisation dans le processus de délivrance des prestations sont garanties.

¹³ Le Cameroun étant à 3.1 % en 2018.

6. Phases et plan de mise en œuvre de la CSU

Conformément au principe d'universalité, le système proposé cible l'ensemble de la population camerounaise, soit environ 23 millions de personnes. Cependant en application du principe de progressivité, des groupes prioritaires ont été définis et les services offerts ne concernent pas toute la population selon les phases.

Description : quatre phases proposées

1. **Phase 0 (2 ans)** : mise en place de la structure, instruments et outils de gestion du système (avant le lancement de la CSU), démarrage de l'affiliation.
 - Projet de feuille de route de la phase 0 (2018-2020) élaborée et partagée avec les PTF
2. **Phase 1 (5 ans)** : démarrage du système de la CSU.
3. **Phase 2 (5 ans)** : extension du panier de soins et de la cible.
4. **Phase 3** : panier de soins totalement couvert.

Risques et recommandations

Risques potentiels	Mesures d'atténuation/ Recommandations
Faible opérationnalisation du système – voire échec potentiel – car le phasage/ plan de mise en œuvre semble ambitieux et trop peu détaillé et priorisé à court, moyen et long terme.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer une stratégie de CSU définissant les caractéristiques de conception de la CSU discutées plus haut et un plan de mise en œuvre détaillé avec un échéancier et les ressources nécessaires (cf. proposition à retravailler dans ce sens en annexe). • Y at-il un alignement des périodes proposées à chaque phase avec le cadre de la stratégie sectorielle 2016-2027, mieux quelle est l'articulation avec le DSCE qui arrive à échéance à échéance en 2020, ne serait-il pas prudent de corréliser toute la planification CSU/SSS/DSCE?
Activités proposées dans la feuille de route de la phase 0 insuffisamment articulées et priorisées.	<ul style="list-style-type: none"> • Introduire progressivement la réforme en expérimentant la CSU et en menant les ajustements nécessaires. • Organiser la préparation et la mise en œuvre de la CSU autour de plusieurs phases : <ul style="list-style-type: none"> • Configuration institutionnelle et préparation du secteur de la santé (correspondant à la Phase 0 proposée par le MINSANTE). • Mise en place des instruments financiers et de gestion de la CSU (correspondant également à la Phase 0). • Mise en œuvre de la CSU dans les premières régions (correspondant à la phase 1). • Ajustements et mise en œuvre de la CSU dans les autres régions (correspondant à la phase 2).

- Prioriser les groupes cibles des différentes phases en fonction des ressources disponibles pour la CSU, envisager de réduire la cible si la viabilité financière du système est menacée (e.g. enfant de plus de 5 ans).
 - Mettre en cohérence la population cible, les services offerts et la population « cotisante ».
 - Ajuster la planification du phasage de la CSU en tenant compte du cadrage sectoriel SSS 2016-2027 et du future DSCE post 2020.
-

Références

- Banque mondiale, 2016. Analyse de l'Espace Budgétaire et de l'Efficienc.
- Banque mondiale, 2017. Evaluation des systèmes de gestion des finances publiques en santé.
- Banque mondiale, 2017. Economie Politique du financement de la santé au Cameroun.
- Banque mondiale, 2017. Analyse de l'espace fiscal pour la santé.
- Banque mondiale, 2017. Rapport sur les dépenses publiques en santé.
- BIT, 2016. Etat des lieux des mécanismes de ciblage et élaboration d'une proposition de méthodologie pour l'identification des personnes pauvres et vulnérables au Cameroun.
- BIT, 2016. Analyse de recouvrement des coûts pratiqués dans les formations sanitaires et leur adéquation au système de CSU au Cameroun.
- BIT, 2016. Evaluation et redéfinition des rôles et des responsabilités des mutuelles sociales dans le cadre de l'extension de la protection sociale au Cameroun.
- BIT, 2017. Etude technique sur les filières et métiers de l'économie informelle en milieu urbain et rural, pour la détermination des mécanismes adaptés d'affiliation au système de protection sociale et des mesures incitatives au Cameroun.
- INS, 2010. 2ème enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun (PETS2).
- MINSANTE, 2016. Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027.
- MINSANTE, 2016. Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020.
- MINSANTE, 2016. Comptes Nationaux de la Santé 2012.
- MINSANTE, 2016. Etude OASIS.
- MINSANTE, 2016. Note technique sur l'Architecture de la CSU.
- MINSANTE, 2017. Analyse Situationnelle du financement de la santé.
- MINSANTE, 2017. Analyse de la prévalence et du cout de prise en charge des principales pathologies en ambulatoire et en hospitalisation dans 72 formations sanitaires du Cameroun.
- République du Cameroun, 2017. Elaboration d'une classification de la population camerounaise selon les caractéristiques socio-économique et la détermination des capacités contributives.
- MINSANTE, 2017. Note technique sur le panier de soin CSU et calcul des coûts.
- MINSANTE, 2017. Note de synthèse des travaux du Groupe Technique National CSU.

Annexe

Phase	Activité	Responsable	Délai	Résultats attendus	Ressources
Configuration institutionnelle	Mettre en place le Comité de supervision/ d'orientation de la CSU composé des différents acteurs	Conseil Supérieur de la Santé, présidé par la Primature	Organiser des rencontres régulières pendant toute la période de la réforme	Pilotage stratégique de la réforme CSU	Temps d'experts
	Comité de mise en œuvre avec des experts techniques des différents secteurs	Présidé par le Ministère de la Santé Publique et le Ministère du Travail et la Protection Sociale	GTN CSU déjà en place Rapports au Comité de supervision/ d'orientation sur les progrès de la réforme	Propositions au gouvernement sur la conception et la mise en œuvre de la réforme	Temps d'experts
	Développer une stratégie pour la CSU et un plan de mise en œuvre	Comité de supervision et comité de mise en œuvre	Immédiatement	Stratégie CSU et plan de mise en œuvre avec échéancier et ressources nécessaires	Temps d'experts, participation des acteurs
	Développer un plan de S&E pour la phase de mise en œuvre [dans les premières régions] et créer une unité S&E pour évaluer cette phase [Identifier et préparer les régions d'expérimentation et contrôles]	Structure de mise en œuvre et université locale	Immédiatement	Unité de S&E de la CSU mise en place et opérationnelle	Temps d'experts, ressources pour la collecte des données et S&E
	Institutionnaliser la méthodologie nationale de ciblage des personnes pauvres et vulnérables adoptée au niveau national	MINAS	Immédiatement	Mécanisme de ciblage institutionnalisé	Temps d'experts
	Développer un plan de communication et une campagne d'information pour la population e.g. discussions radio	GTN-CSU	Après l'adoption de la stratégie	Stratégie de communication et plan de mise en œuvre	Temps d'experts et ressources additionnelles
	Adopter la législation sur la couverture santé universelle	Parlement	Parlement	Loi CSU votée	
Préparation du secteur de la santé	Investir dans la prestation et la qualité des soins	MINSANTE Ministère de la Fonction Publique	Immédiatement et tout au long de la réforme	Dossier d'investissement, extension du PBF à l'échelle nationale, réforme des RH, SYNAME	Temps d'experts et ressources additionnelles
	Finaliser la stratégie de financement de la santé et réaliser un plaidoyer de haut niveau pour intégrer de nouvelles sources de financement (e.g. taxation) dans la loi de finances	MF MINSANTE Parlement	Parlement et cycle budgétaire	Stratégie de financement de la santé pour la CSU validée	Temps d'expert
	Mener une évaluation indépendante des FRPS et fournir des recommandations sur leur rôle dans le cadre de la mise en œuvre de la CSU	MINSANTE	Immédiatement	Recommandations du rapport d'évaluation mises en œuvre	Temps d'expert
	Mettre en place les systèmes de licence et accréditation pour les prestataires de santé	MINSANTE	Institutionnaliser à travers le MINSANTE		Temps d'experts et ressources pour la mise en œuvre
	Produire et vulgariser les protocoles de soins	MINSANTE	Immédiatement	Protocoles de soins disponibles et validés	Temps d'experts

	Définir le(s) paquet(s) de services avec une analyse actuarielle pour le financement	MINSANTE et unité S&E GTN-CSU	Immédiatement	Analyse actuarielle de la CSU	Temps d'experts
Mise en place des instruments financiers et de gestion	Augmenter le budget santé	PRESIDENCE PRIMATURE MINEPAT MINFI MINSANTE	Prochaine année fiscale	Ressources publiques additionnelles mobilisées pour le secteur de la santé	Ressources du gouvernement
	Mener une analyse des dépenses de santé et définir les responsabilités	MF et MINSANTE	Immédiatement		Temps d'expert
	Définir les subventions et les montants des copaiements	Comité de supervision GTN-CSU Avec MF et MINSANTE	Base sur le paquet de services de santé		
	Préparer la mise en place des structures de gestion (organigrammes, manuel de procédures, contractualisation des prestataires, accréditation des organes délégués, etc.) Elaborer les outils et procédures de gestion ainsi les conventions de partenariat	Comité de supervision GTN-CSU	Immédiatement	Manuel de procédures Projet de convention de partenariat	Temps d'experts
	Produire le cahier des charges pour la conception du système d'information et de gestion de la CSU				
	Mette en place le système de gestion financière dans les structures de santé	MF et MINSANTE	Immédiatement		Temps d'expert et FMIS
Démarrage dans les premières régions (2 ans)	Finaliser la mise en place des structures de gestion et débiter la mise en œuvre dans les zones d'expérimentation	Structure de gestion Comité de supervision	Année 2 après adoption de la stratégie CSU		Temps d'experts Ressources additionnelles
	Mettre en place le système d'information	Structure de gestion MINSANTE	Année 2		
	Mener des analyses régulières y compris des analyses de l'incidence du bénéfice en cours		Tout au long de la réforme Séminaires réguliers pour partager les résultats		Ressources et staff additionnels
Ajustement et mise en œuvre dans les autres régions	Ajuster le montage de la CSU basé sur les résultats de la phase d'expérimentation	Comité de supervision GTN-CSU MINFI et MINSANTE	Après la phase d'expérimentation		Temps d'experts
	Préparer le cadre institutionnel, la gestion du secteur de la santé et des ressources et dépenses pour le passage à l'échelle	Comité de supervision GTN-CSU MINFI et MINSANTE	Après la phase d'expérimentation		Temps d'experts et ressources additionnelles
	Suivre et évaluer les progrès et ajuster la réforme	Equipe S&E Parties prenantes	Tout au long de la réforme		Temps d'experts et ressources additionnelles