



**World Health
Organization**

Exemption de paiement des soins délivrés aux enfants de moins de 5 ans et des services de santé de la reproduction au Niger :

Analyse et proposition de refonte du dispositif dans la perspective de la couverture santé universelle

Alexis Bigeard
Conseiller en Politique de Financement pour la CSU
OMS/AFRO/IST-WA/HSS/HF

Le 20 Août 2018

Contenu

Contexte du rapport.....	5
Résumé du présent rapport	6
I. Introduction.....	8
II. La politique de gratuité : panier de soins et coût.....	9
1. La nature du panier de soins : circonscription de la « gratuité ».....	9
2. La cible des gratuités	9
3. Le coût du panier de soins : essai d'évaluation.....	10
III. Analyse des fonctions essentielles du tiers-payant.....	13
1. La mobilisation des fonds.....	13
2. Le monitoring ou rapportage	13
3. Le contrôle.....	14
4. La gestion du risque.....	15
5. La gestion de la facture jusqu'au paiement	15
6. Le pilotage	17
7. Le transfert de compétence et décentralisation.....	18
IV. Gratuité 2.0 : proposition pour une refonte du dispositif au Niger	19
1. Le financement de la gratuité	19
2. La gestion : pour un dispositif transitoire avant la mise en place d'une agence autonome.....	21
3. La gestion du risque : une cellule de gestion de la gratuité au sein de l'unité de gestion du Fonds Commun Santé	22
4. Pilotage.....	25
V. La politique de gratuité dans le cadre de la CSU / Protection Sociale en Santé	26
1. Evolution de quelques indicateurs du financement de la santé :	26
2. Rappel des conclusions de la mission P4H	28
3. Orientations pour aller vers la CSU :	29
ANNEXE N°1 : TARIFS FORFAITAIRES DE REMBOURSEMENT DES SERVICES DE LA « GRATUITE »	32
ANNEXE N°2 : ANALYSE DES FREQUENCES D'UTILISATION DES SERVICES DE GRATUITE	33
ANNEXE N°3 : REPARTITION DES COUTS DE LA GRATUITE AU BURKINA FASO	34
ANNEXE N°4 : EXEMPLE DE FACTURE ENVOYEE A LA DEP/MS PAR UN DISTRICT	2
ANNEXE 5 : ILLUSTRATION DE L'ORGANISATION DU FONDS COMMUN SANTE	2
ANNEXE 6 : PARCOURS DES FACTURES DE REMBOURSEMENT DE LA GRATUITE DES SOINS AU SEIN DU MSP, PUIS DU MF	2
ANNEXE 7 : COMPOSITION DU COMITE TECHNIQUE (DE PILOTAGE EN FAIT) DE LA GRATUITE	2

Contexte du rapport

Le Ministère de la Santé du Niger a commandité à l’OMS une étude « *pour déterminer les acquis de la gratuité des soins et des autres mécanismes assurantiels dans la perspective de la mise en place d’une Couverture du Risque Maladie Universelle au Niger* ». Les TdR de l’étude prévoit qu’elle sera réalisée par un consultant national avec l’appui d’un expert OMS.

L’étude fera l’objet de deux rapports. Le premier, qui est le présent document, traite spécifiquement de la politique de gratuité telle que définie dans la partie I.a. ainsi que de la place de celle-ci dans la perspective de la couverture du risque maladie universelle au Niger ou « protection contre le risque financier ». Les autres « gratuités » ainsi que les autres mécanismes de couverture du risque maladie feront l’objet d’un travail et d’un rapport séparé.

Ce travail fait suite à la mission P4H¹ qui s’est tenu du 17 au 20 Juillet 2018.

Illustration pour une clarification proposée des termes par la mission P4H :



¹ Cf. infra chapitre V.2

Résumé du présent rapport

Situation :

- La gratuité améliore l'accès aux soins des moins de 5 ans
- La gratuité est une politique nationale importante qu'il ne s'agit pas de remettre en question
- Le taux de césarienne est relativement faible (1,9% des grossesses attendues)²
- Le paiement au forfait est bien vécu
- En pratique les dons et legs rendent acceptable la sous-évaluation des forfaits
- Les factures nationales annuelles de la gratuité s'élèvent en moyenne à 8 milliards
- L'Etat ne paie qu'une partie des factures d'où un manque à gagner pour les prestataires de services
- L'effectivité de la gratuité n'est pas totalement assurée
- La fréquence des remboursements n'est pas compatible avec les besoins en trésorerie des formations sanitaires
- Le forfait permet un système de reporting, de contrôle et de suivi très simple
- Le système de reporting ne permet que peu d'analyses
- Le contrôle de l'effectivité des soins est limité
- Les nombreux contrôles comptables participent à des retards importants des délais de paiement

Condition de poursuite de la gratuité

- L'Etat doit s'engager fermement sur un montant annuel raisonnable et effectivement payable de la ligne budgétaire
- Le Ministère de la Santé doit exiger du Ministère des Finances (Ordonnancement et Trésor) le paiement raisonnablement régulier d'une partie des factures (4 fois par an)
- Les PTF doivent apporter leur concours au financement de la gratuité en complétant le montant des factures autant que possible

Proposition de refonte au niveau des engagements financiers

- Professionnalisation du tiers-payant pour rassurer les payeurs (Etat et PTF)
- Création d'un Fonds Commun fongible « gratuité » abondé par les PTF
- Décaissement des PTFs conditionné par l'effort de l'Etat dans le financement de la santé (% du budget de l'Etat ex-post) et la tenue de ses engagements dans la gratuité (montant et fréquence)
- Envisager l'option d'un copaiement Etat-PTF des factures trimestrielles
- Négociation Etat-formations sanitaires sur un échelonnement du remboursement des arriérés

Proposition technique de refonte: création d'une unité technique « gestion de la gratuité » incluant la gestion risque dans le cadre du Fonds Commun et financé par les PTFs pour:

- Renforcer le contrôle des facturations
- Suivre et analyser les fréquences des recours
- Suivre et analyser les prestations : certains tarifs (gros risques) et certains coûts moyens (sur base tarifaire existante) sont à introduire dans le monitoring
- Appuyer l'amélioration des modes de saisie et de transmission des données

² Annuaire Statistique 2016, p 136

- Procéder aux demandes de remboursement et les suivre
- Suivre et analyser des alternatives de modes de remboursement (à l'acte pour le gros risque et les soins spécialisés, sous forme de lignes de crédit à la Centrale d'Achat au niveau District)
- Capitaliser les expériences pilotes

Un appui technique des PTFs sur des zones géographiques pilotes est envisagé pour :

- Tester des modèles de contrôle de l'effectivité des soins (privé, ONG, communautaire)
- Introduire le reporting de la gratuité sous DHIS2
- Appuyer l'amélioration du reporting (détail des prestations et des coûts)
- Tester des modèles de remboursement spécifiques
- Accompagner le feedback de la gestion du risque et mettre en œuvre des mesures d'accompagnement de la demande (ex: pour accroître le % de C/S)
- Coupler la gratuité avec des mécanismes de renforcement du système de santé (FBR notamment)

Préparation à la création d'une agence autonome dans le métier et dans le déploiement:

- Embryon de tiers-payant assurant une gestion du risque
- Démarrage du suivi de la rationalité des prestations et des coûts moyens sur base tarifaire existante
- Pilotes de certaines fonctions de proximité (contrôle)
- Appréciation de l'engagement financier de l'Etat pour aller vers a CSU

En deux mots, la CSU au Niger commence par la gratuité et son financement sur ressources domestiques. Les PTFs peuvent aider en participant à la facture et en soutenant un dispositif de gestion professionnel.

I. Introduction

La politique de gratuité que nous étudions existe depuis 12 ans. Elle touche directement un quart de la population, et tous les foyers. Elle est une politique publique portée au plus haut niveau. Malgré tout elle n'a pas toujours bénéficié des moyens financiers suffisants, avec pour conséquence une effectivité parfois relative, voire à certains égards une fragilisation du système de santé lui-même.

Dans ces circonstances, chacun a une *opinion* sur la gratuité. Il incombe donc à ses promoteurs de présenter davantage de données factuelles pour objectiver le débat. Ainsi, bien que certains sujets aillent au-delà de la présente étude, ils sont rappelés pour nourrir le dialogue politique :

Premièrement, la gratuité a permis d'augmenter la fréquentation des services de soins de santé et très certainement de réduire la morbidité et la mortalité pour les populations cibles. Pour ne citer qu'une source³, « *le Niger fait partie des pays qui ont réduit leur TMM5 d'au moins 60 %, ou sont sur le point d'atteindre la cible des deux tiers de réduction du TMM5. Cette situation a valu au Niger d'être classé parmi les trois premiers pays ayant fait des efforts significatifs de réduction de la mortalité infanto-juvénile lors de l'évaluation finale des OMD en 2015* ».

Deuxièmement, la gratuité est un système qui remplace en partie le recouvrement des coûts par un financement de l'Etat. Sans remboursement adéquat les structures sanitaires ne peuvent pas fonctionner. L'économie d'un hôpital (ses entrées et ses sorties) est un mystère notamment pour ceux qui ne sont pas du secteur de la santé, et qui interrogent la raison pour laquelle l'Etat, qui finance déjà les salaires et accordent des subventions, doit encore financer la demande. Il est donc utile de vulgariser davantage le coût de la provision de soins et de le rapporter à la capacité contributive des populations, afin de corréliser clairement la CSU au financement public.

Troisièmement, il faut avouer que la gratuité des soins dont il est question est devenue relative. Comme en témoignent les patients⁴, certains médicaments et autres intrants doivent être achetés et in fine l'effectivité de la gratuité est partielle. L'ampleur de cette entorse à la politique n'a pas été mesurée, mais la situation ne peut pas être différente dans la mesure où les remboursements de l'Etat ne suivent pas les besoins⁵. Du reste, on sait que la part des paiements directs des ménages dans le total des dépenses de santé globalement n'a pas diminué entre 2006 et 2016⁶.

Enfin avec ces difficultés, certains acteurs souhaitent revenir au recouvrement des coûts, alors que d'autres considèrent que seuls les démunis devaient être exemptés. C'est un débat sain, celui de la CSU et des priorisations de la CSU⁷. Ce débat se nourrit d'éléments techniques, notamment sur le chapitre de la dispersion de la capacité contributive et de l'identification des populations par niveau de revenu. Disons que ce débat aura sa place lorsque le paiement de la gratuité sera régulier et que la gestion du risque permettra des analyses et des propositions. Car, de ce qu'il nous a été donné de voir, la politique de gratuité au Niger n'est pas remise en question. Au contraire, il s'agit de bâtir la CSU sur la gratuité, à partir de la gratuité, qu'il faut donc rendre totalement opérationnelle.

³ Extrait du Guide M&E PDS 2017 – 2021 qui cite le rapport 2015 de la Commission économique pour l'Afrique

⁴ Interrogés dans le cadre de cette mission ou de nombreuses autres avant elle

⁵ Cf. infra chapitre III.1

⁶ Cf. infra chapitre V.1

⁷ « Trade-offs » ou comme on remplit le cube qui illustre la CSU (Cf. rapport mondial sur la santé, OMS 2010)

II. La politique de gratuité : panier de soins et coût

1. La nature du panier de soins : circonscription de la « gratuité »

LES PRESTATIONS PRISES EN CHARGE SELON LES TEXTES

Les provisions légales de la politique de gratuité à laquelle il est généralement fait référence au Niger concernent les services de santé pour les enfants de moins de 5 ans et la CPN (arrêté n°79 de 2006), la césarienne (décret n°2005-316 et arrêté n°015 de 2006), les contraceptifs et préservatifs (arrêté n°065 de 2006), et les prestations liées aux cancers féminins (Décret 2007-261). Les autres « gratuits » seront étudiées par un consultant national et dans le cadre de la même étude.

LES LIMITES DU PANIER DE SOINS DE LA GRATUITE

Comme l'ont relevé des revues précédentes, la politique de gratuité serait probablement plus efficace dans ses objectifs si le panier était étendu notamment aux accouchements sans opération et aux prises en charge curative dans le cours des grossesses à l'instar de la politique de gratuité au Burkina Faso.

Les contraceptifs et préservatifs ne font pas l'objet d'un tiers-payant. Ils pourraient être inclus dans le panier remboursé. Il s'agit là d'un choix qui doit être motivé en particulier par la situation de l'approvisionnement en intrants des prestataires de services : si l'approvisionnement est mieux assuré par une distribution gratuite organisée on choisira le pré positionnement d'intrants ; si l'approvisionnement est assuré de manière plus efficace par le marché, on choisira d'intégrer le service dans le panier financé en tiers-payant.

2. La cible des gratuités

Selon l'annuaire statistique 2016 les enfants de moins de 5 ans représentent 4.129.761 individus cette année-là, soit 21,5% de la population⁸.

Le nombre d'accouchements attendus est de 908.3499 en 2016, ce qui représente 4,7% de la population. Il s'agit donc également du pourcentage de personnes cibles des CPN.

Le nombre de césariennes en 2016 est de 17.266 toujours selon l'annuaire, ce qui représente 1,9% des accouchements. Mais le nombre de césariennes attendues est probablement 2 ou 3 fois plus élevé, de sorte que les personnes cibles de la césarienne représentent environ 0,2% de la population.

⁸ Estimations sur la base du RGP/H 2012, annuaire statistique 2016 p3 (0 à 11 mois + 12 mois à 59 mois)

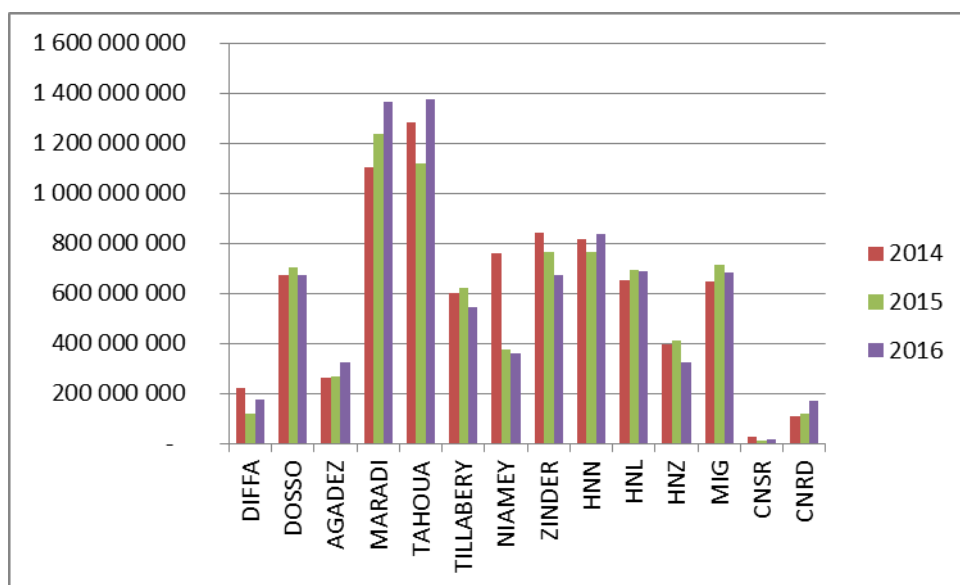
⁹ Annuaire statistique p136

Donc les populations potentiellement couvertes par la gratuité représentent environ 22% si l'on ne tient compte que des cibles de la césarienne et des moins de 5 ans, environ 28% de la population si l'on inclut les bénéficiaires potentielles des CPN¹⁰.

3. Le coût du panier de soins : essai d'évaluation

EVALUATION SUR LA BASE DES FACTURATIONS

Le montant total des factures présentées au Ministère de la Santé par les prestataires se présentent ainsi au cours des années 2014 à 2016¹¹ :



Le montant total tourne autour de FCFA 8 milliards :

	2 014	2 015	2 016
TOTAL	8 395 649 387	7 929 897 661	8 204 006 707

¹⁰ Une telle logique nous amène à 100% si l'on inclut les préservatifs et contraceptifs. Où l'on voit la difficulté de déterminer « la couverture » de la population contre le risque maladie puisqu'il faut la coupler aux prestations, un exercice d'autant plus difficile si l'on s'intéresse aux prestations préventives.

¹¹ Compilation de l'auteur sur la base du suivi des factures par la DEP/FS pour les 3 dernières années complètes.

COUT DES PRESTATIONS (& ANALYSE CRITIQUE DE LA MODALITE DE PAIEMENT AU FORFAIT)

A ce jour, les remboursements se font sur base de forfaits. Ceci a à la fois un énorme avantage, et un gros inconvénient :

Avantage : les coûts de la gratuité devraient être prédictibles et maîtrisables¹² ; on évite l'escalade des coûts par la surprescription.

Inconvénient : en général avec le forfait la tendance est à la sous-prescription puisque les prestataires sont payés sans relation aux détails de la prescription. Il y a même facturation induite si l'on ne délivre pas au patient l'ensemble des actes et services correspondant à la prestation ou si certains intrants sont en fait acquis par la formation sanitaire à titre gratuit (dons et legs).

Actuellement au Niger les deux cas existent. Premièrement du fait du manque de trésorerie et de crédibilité des formations sanitaires vis-à-vis des fournisseurs d'intrants, les ruptures en médicaments ne sont pas rares. Dans ces cas le patient est prié de se fournir en médicament à la pharmacie privée, mais le prestataire va tout de même facturer la prestation au tiers-payant. Deuxièmement, chacun reconnaît que les dons et legs qui aident à fournir les prestations de la gratuité existent un peu partout au moins à certaines époques. Mais ceux-ci ne sont pas faits de manière systématique, ils sont très difficile à tracer à l'échelle nationale, et ils ne sont pas toujours utiles ni complets pour offrir les soins de la gratuité. De fait ils correspondent surtout à des stratégies de compensation d'un système défaillant par des partenaires inquiets devant les insuffisances du recouvrement des coûts et les retards de remboursements, qui se traduisent en ruptures de médicaments. Avec ces deux pratiques, on pourrait dire que le remboursement ne devrait pas appliquer le forfait.

Mais d'un autre côté les forfaits ont été fixés¹³ en 2007. Selon la DOS ils devraient être revus ne serait-ce que parce qu'ils ne prévoyaient pas certains coûts tels que les examens complémentaires au niveau des CSI, mais aussi parce qu'ils étaient bas. Depuis plus de 10 ans ces forfaits n'ont pas non plus été évalués ou réévalués. Il ne fait aucun doute qu'ils doivent être revus à la hausse. Une analyse des coûts est prévue qui doit éclairer en partie ce point¹⁴.

Ainsi les formations sanitaires considèrent que la valorisation dans les factures de gratuité des intrants qu'ils n'ont pas payés eux-mêmes (par soustraction du montant appelé) n'est pas pertinente, quand bien même elle serait possible. Finalement la situation est acceptée tant bien que mal par tous, demandeurs et payeurs, mais chacun sait qu'elle n'a pas beaucoup de rationalité économique.

La refonte du dispositif doit permettre progressivement d'asseoir une relation contractuelle fondée sur des tarifs négociés et appliquée, soit d'une relation entre ce qui est fourni et ce qui est remboursé.

¹² Le forfait permet de connaître le coût, il ne reste qu'à connaître la fréquence d'utilisation des services

¹³ Cf. annexe n°1

¹⁴ Il faut tout de même prévoir que l'étude de coûts ne résoudra pas en soit la question de la fixation des tarifs. L'étude donnera des informations qui seront versées à une négociation entre les prestataires et le payeur.

ANALYSE DES FREQUENCES D'UTILISATION DES SERVICES DE GRATUITE

Les fréquences d'utilisation issues des factures ne sont pas disponibles¹⁵. Les données calculées, rapprochées à celle de l'annuaire statistique, ne sont pas toujours convaincantes¹⁶.

Ces précautions étant annoncées, le taux de recours aux soins des enfants de moins de 5 ans semble tourner autour de 1,5 (150%).

En comparant avec le Burkina voisin, on suppose que les fréquences d'utilisation peuvent augmenter sensiblement si la barrière financière est vraiment levée ainsi que les autres barrières à l'accès :

	Taux de recours aux soins des moins de 5 ans	Taux de CPN	Taux de césarienne	Taux d'accouchement
Burkina ¹⁷	305%	37,8%	2,8%	82,9%
Niger	150%	???	1,9% ¹⁹	39,06% ²⁰

CONCLUSION SUR LE COUT DU PANIER DE SOINS DE LA GRATUITE

Selon la dernière année pour laquelle l'ensemble des factures a été établi (2016), le montant total des gratuités facturées s'élève à environ FCFA 8 milliards.

Il est difficile de dire à combien s'élèverait la gratuité dans un régime de croisière dans lequel les factures seraient contrôlées et les tarifs bien positionnés. Ce qui est certain, c'est que la fréquence d'accès par les enfants de moins de 5 ans est encore relativement basse, que le taux des césariennes est certainement plus bas que ne le rapporte l'annuaire statistique, et que les forfaits sont sous-évalués.

En somme, si le dispositif est bien ficelé et couplé à une amélioration de la qualité, les coûts sont susceptibles d'augmenter progressivement car ils pourraient déjà être le double pour couvrir la population actuelle. A titre d'illustration, le coût total de la gratuité au Burkina, qui compte également les accouchements par voie basse, est de 30 Milliards²¹ pour une population équivalente à celle du Niger.

Où l'on voit l'importance qu'il faut donner aux interventions sur les déterminants de la santé (lutte contre la malnutrition, eau & assainissement...) et bien entendu sur la maîtrise de la natalité en même temps que l'on cherchera à améliorer la levée des barrières à l'accès aux soins des moins de 5 ans et aux femmes enceintes.

¹⁵ Le système de suivi des prestations au niveau de la DEP est tel qu'une analyse par prestations est limitée. Seul le remplissage d'un fichier Excel® pour les seules régions de Diffa, Dosso et Agadez par un agent permet de calculer des fréquences sans reprendre une à une les factures mensuelles des Districts.

¹⁶ Cf. annexe 2 : tentative de rapprochement des données de la gratuité et de l'annuaire statistique pour 3 régions en 2016.

¹⁷ Rapport sectoriel de performance à mi-parcours 2017 Burkina Faso

¹⁸ Le taux de CPN selon l'annuaire statistique est x2(Agadez), x3 (Dosso) et x5 (Diffa) celui du taux issu des factures de la gratuité (cf. annexe 2). Il pourrait être intéressant de contester le taux de CPN de l'annuaire par celui obtenu sur la base des factures de gratuité sur l'ensemble du territoire.

¹⁹ Annuaire statistique 2016

²⁰ Annuaire statistique 2016

²¹ Cf. annexe 3

III. Analyse des fonctions essentielles du tiers-payant

1. La mobilisation des fonds

La politique de gratuité a toujours été considérée comme essentielle au Niger, d'où des inscriptions au budget conséquentes. Malheureusement les remboursements ont rarement suivi les inscriptions de la Loi des Finances. La dernière analyse en date sur le sujet²² reprend les éléments essentiels de la mobilisation des fonds :

« En 2006, l'Etat a alloué un montant de 704 millions CFA aux formations sanitaires pratiquant la césarienne (pour compenser l'exemption de paiement). La loi de finances 2007 incluait une ligne « gratuité » de trois milliards CFA (dont un tiers venant de l'aide budgétaire de l'AFD), mais l'engagement de l'Etat s'est limité à 70 millions CFA. La loi de finances 2008 incluait une ligne gratuité de 7,8 milliards CFA (dont 13% sur aide budgétaire de l'AFD), mais l'engagement de l'Etat s'est limité à 2,9 milliards CFA. En 2009, la ligne budgétaire était réduite à 4 milliards CFA alors que le coût de la compensation était estimé à 8,3 milliards. De 2006 à 2011, les arriérés s'élevaient à 16 milliards CFA. (...)En 2017, la ligne budgétaire « gratuité » du MSP était de 7 milliards CFA163 164 (8 milliards en 2016, avec un taux d'engagement de 50%). »

Toujours selon ce rapport, on atteindrait en 2017 « un cumul d'arriérés s'élevant à plus de 40 millions d'euros », soit désormais environ 30 milliards à la mi-2018.

Il semble également que le niveau District n'ait rien reçu en 2017. Pire, à Tillabery par exemple, le DRSP explique n'avoir plus reçu de versement de l'Etat depuis 2015 (depuis près de 3 ans). A son niveau la totalité des factures depuis le démarrage représenterait un montant d'environ 6,3 milliards dont 1/3 a été payé²³.

De ceci il ressort que l'Etat ne réussit pas à tenir totalement son engagement à rembourser les factures, et que la situation est devenue d'autant plus critique depuis 2016 au moins pour les Districts sanitaires. Il ressort également que les paiements par le Trésor ne suivent pas une fréquence régulière, avec des conséquences désastreuses pour les formations sanitaires²⁴. Les partenaires ont apporté leur appui de manière visible (AFD) ou sous forme d'appui budgétaire (Union Européenne).

2. Le monitoring ou rapportage

Quel qu'il soit, le tiers-payant exige des prestataires un certain nombre d'informations sur les prises en charge. En fait au Niger la seule information qui est requise est le nombre de cas pris en charge pour chaque prestation. Comme les paiements sont aux forfaits, il s'agit de la seule information utile au remboursement, et du coup aucun détail sur les prestations n'est requis dans le cadre de la gratuité.

²² Hera/Rapport final – version du 3 Avril 2018 / Evaluation I3S / Niger, p133

²³ Entretien avec l'équipe du DRSP de Tillabéry, le 1^{er} Août 2018

²⁴ Absence de trésorerie, dette fournisseurs puis impossibilité de se fournir en intrants, rupture en intrants etc...

Comme il ne l'exige pas, le tiers-payant ne dispose donc pas du détail des soins prodigués (diagnostic, actes et examens réalisés, médicaments fournis, nombre de jours d'hospitalisations par exemple). Dans ces circonstances le tiers-payant n'est pas en mesure de suivre la qualité des services fournis.

Le tiers-payant n'exige pas non plus le coût de ces soins, disons au tarif théorique ou historique. Il ne peut donc pas non plus suivre l'écart entre le niveau du forfait de référence et les « coûts » moyens sur une base tarifaire quelconque.

3. Le contrôle

Aujourd'hui le contrôle qui est fait est un simple contrôle comptable sur la base du nombre des recours et des tarifs forfaitaires en vigueur. D'ailleurs ces contrôles sont réalisés plusieurs fois au niveau du District, puis par la DEP, puis par le contrôleur financier, puis au niveau de l'ordonnancement... La cellule gratuité vérifie aussi l'éligibilité des prestations facturées par niveau (par exemple un CSI ne peut facturer une césarienne car il n'en fait pas).

Pourtant le contrôle véritablement nécessaire est celui de l'effectivité des soins. Il s'agit de s'assurer que le recours facturé correspond à un recours qui a effectivement eu lieu, et encore sans paiement par le patient. Ce contrôle ne peut se faire qu'à la base : d'une part au niveau de la formation sanitaire (comparaison entre les factures et les registres), d'autre part au lieu de vie du patient (confrontation du patient avec les informations des registres).

Ce type de contrôle doit être réalisé suivant une méthodologie éprouvée, d'abord avec une fréquence intensive, puis de manière espacée et sous forme d'audit (ciblé et impromptu). De plus, il doit permettre la rectification des factures (a posteriori) et doit donner lieu à des sanctions. C'est ainsi que le système de tiers-payant maîtrise le coût des erreurs et des fraudes.

En fait ce contrôle est en partie réalisé par le système de santé lui-même. Les supervisions générales et intégrées des régions vers les Districts et des Districts vers les CSI effectuent les rapprochements entre les registres et les factures. De même, les COGES font ces vérifications au niveau des CSI et les CSI peuvent les faire au niveau des Cases de Santé.

Evidemment pour le système en général et pour le Ministère des Finances en particulier ce type de contrôle pose deux problèmes : d'une part sa qualité, d'autre part son objectivité, le système de santé étant ici juge et partie, contrôleur et contrôlé. Mais en l'absence d'alternative, le contrôle financier appose son visa sur les factures et par là atteste son éligibilité. En l'état, les Finances ont donc certains doutes sur la qualité des factures et précisément sur l'effectivité de la prise en charge.

Pourtant les visites de terrain semblent démontrer que ce travail de rapportage est généralement fait sérieusement et que certains contrôles sont effectués. De même les rapprochements des factures avec l'annuaire statistique semblent dire que celles-là sont plus justes que celui-ci²⁵. Il reste que le système de contrôle doit faire l'objet d'une documentation, d'un suivi, voire de pilotages

²⁵ On s'attendrait à des chiffres plus importants dans les factures que dans l'annuaire (surfacturation) mais c'est le contraire qui est constaté.

alternatifs, et être complété par des audits du niveau central. Ceci est le rôle de la gestion du risque, qui peut se déployer dans ces fonctions ou les externaliser largement.

A titre de réflexion, le Burkina Faso réalise ce contrôle dans le cadre de la politique de gratuité par 4 ONG sur 4 parties du territoire. Le Ministère de la Santé les a sous-contractées et les paie pour ce faire. En l'occurrence le contrôle est d'autant plus important que le paiement se fait à l'acte et non pas au forfait, d'où le risque important d'inflation des coûts. De manière remarquable, le coût de ce contrôle représentent là-bas FCFA 870 millions, soit moins de 3% du montant total des coûts de la gratuité²⁶.

4. La gestion du risque

La gestion du risque pour un tiers-payant consiste (1) à maîtriser ses dépenses sur la base du monitoring et du contrôle par des actions spécifiques, (2) à sécuriser la gestion financière par des mesures de précautions (constitution de réserve, réassurance notamment) et (3) à proposer éventuellement aux décideurs des mesures rectificatives concernant notamment le financement, le panier ou les conditions d'accès qui permettront la pérennité financière.

Sur la base du monitoring, l'unité de gestion du tiers-payant identifie les tendances, les écarts, les situations qui sortent des standards, etc... Ce travail de statistiques permet d'orienter les interventions vers les prestataires. Le plus souvent, ces interventions sont de l'ordre de « l'audit » médical : il s'agit d'envoyer un médecin-conseil échanger avec ses pairs pour comprendre et redresser une dérive des coûts, une augmentation importante de fréquences de recours, etc... L'analyse du monitoring est complétée par le contrôle.

Dans l'état actuel des choses, la « cellule gratuité » ne fait pas de gestion du risque. En fait, elle ne fait même pas le suivi des fréquences par prestation, par zone géographique et par niveau, comme les données recueillies le lui permettent. Elle ne suit pas non plus le contrôle (de l'effectivité des soins) qui pourtant est le seul garant de la qualité des factures.

Un des manquements au dispositif de gratuité est donc le cœur même du métier du tiers-payant, à savoir celui de la gestion du risque.

5. La gestion de la facture jusqu'au paiement

LA GESTION FINANCIERE²⁷

Les cases de santé notent sur une fiche mensuelle les cas de prises en charge ; celles-ci sont compilées par le CSI qui a fait le même travail sur la base des registres ; les hôpitaux de Districts font de même. Les factures sont donc envoyées tous les mois par les Districts sanitaires (pour l'ensemble

²⁶ Cf. annexe 3 : répartition des coûts de la gratuité au Burkina

²⁷ Cf. aussi annexe 6 : « Parcours des factures de remboursement de la gratuité des soins au sein du MSP, puis du MF », document réalisé par un consultant et fourni par le Conseiller en Protection Sociale à la Primature, ex Chef de Division « Financement de la Santé » à la DEP/MS.

des formations du District), par les hôpitaux et des CSME, à la DRSP qui transmet à la DEP/MS²⁸. Celle-ci en fait le contrôle et reporte les montants dans un tableur Excel® sans reprendre le détail de la facturation mais en ne distinguant que les montants par formation sanitaire et par mois.

A partir de là les factures ne sont pas transmises en totalité pour envoi dans le circuit de paiement : la DEP/MS attend l'information selon laquelle le Trésor est en mesure de payer un certain montant et elle établit une facture par région²⁹ pour un total qui correspond au disponible. Le disponible est donc réparti entre les régions (en général au prorata³⁰ des factures émises) et pour un total correspondant à peu près à la disponibilité donnée³¹.

La facture avec les pièces par région est transmise à la DRFM/MS qui effectue l'engagement de la dépense et sa liquidation (électronique). Le *bon d'engagement*³² est émis et trois visas sont apposés : ceux du DRFM, du Ministre de la Santé, et du Contrôleur Financier (agent du Ministère des Finances). La liquidation (électronique) est également décentralisée à la DRFM/MS qui émet le *titre de créance et de certification*, qui valide l'engagement³³. L'engagement alors assis par le titre de créance et de certification est visé par le contrôleur financier.

La liquidation est faite au niveau de la Direction de l'ordonnancement au Ministère des Finances. Ici un contrôle de la liquidation de l'engagement est fait, qui n'est normalement plus en vigueur (doublon) mais que la Direction a souhaité garder. Un *mandat de paiement*³⁴ est alors émis avec une *décision de mandatement* signée par le Ministre des Finances (car il s'agit d'un remboursement).

Le dossier va alors au comptable du Trésor pour visa après un nouveau contrôle (qui doit théoriquement disparaître également dans le cadre des budget-programmes), puis retourne à la Direction de l'ordonnancement qui autorise le paiement par une saisie électronique. Les mandats de paiement sortent et partent chez le comptable au Trésor où le virement est enfin effectué.

Mais encore, les virements ne respectent pas les factures émises. En effet, d'une part le montant finalement disponible au Trésor ne sera pas forcément celui annoncé en début de chaîne. D'autre part les factures reçus sont cumulées aux arriérés au niveau du Trésor, et la distribution se fait selon une autre répartition, à la discrétion du Trésor³⁵.

Dès lors que les fonds des partenaires sont inscrits au Budget, ils suivent théoriquement cette procédure. Mais il est possible dans ce cas de ne pas l'appliquer à chaque fois et de régulariser en fin d'année.

²⁸ Cf. annexe 4 : exemple de facture reçue à la DEP/FS

²⁹ Le Directeur de l'ordonnancement au Ministère des Finances a proposé de passer à des factures par District pour diminuer le montant de chaque facture qui entre dans le circuit de paiement et dans l'objectif de faciliter celui-ci.

³⁰ Appelé : « clé de répartition » par les agents qui la réalisent (DPP/FS)

³¹ Donc, pour tomber à peu près « juste », les factures ne sont pas engagées dans l'ordre.

³² Il s'agit d'une proposition d'engagement en langage profane.

³³ Ce qui revient à la baisse du niveau de la ligne budgétaire, soit à la consommation des crédits budgétaires

³⁴ Appelé « avis de règlement » jusqu'à l'année passée.

³⁵ Donc en l'absence de rétro-information du Trésor à la DEP, les Districts ne peuvent pas comprendre ce qui a été remboursé et ce qui ne l'a pas été.

Dans ces explications, issues d'entretiens avec la DRFM et avec la Direction de l'Ordonnancement au Ministère des Finances, il ressort que plusieurs procédures théoriquement modifiées par la décentralisation ne le sont pas encore. La conséquence est une multiplication des contrôles.

Il y a donc un problème de délai dû à la longueur du parcours. Mais peut-être encore plus fondamentalement, la problématique de l'ordonnancement, de la liquidation et du paiement semble être celle du goulot d'étranglement. De fait, les dossiers de tout le pays ne sont pas traités dans l'ordre d'arrivée mais en fonction de multiples paramètres y compris les pressions diverses exercées par les créanciers. En conséquence, sans pression du Ministère de la Santé, du Ministère des Finances lui-même, ou d'une autorité plus haute, les remboursements sont mis en attente de facto par rapport à d'autres priorités, et ce à plusieurs niveaux de la chaîne.

LE PAIEMENT

Lorsqu'il est effectué, le paiement est fait directement sur les comptes des Hôpitaux, des CSME et des Districts. Comme l'explique très bien le rapport d'évaluation *in itinere* d'I3S déjà cité, « *la compensation de la gratuité au niveau des districts (HD, CSI et CS) qui avaient opté pour le système d'unicité de caisse ne se fait que par intrants: la compensation de la gratuité, limitée à des intrants additionnels, ne peut donc pas être utilisée pour assurer d'autres frais de fonctionnement ou pour allouer des primes au personnel. Les structures sanitaires régionales et nationales sont payées via transfert sur leur compte bancaire et peuvent donc utiliser les fonds reçus à leur guise* »³⁶.

Ce système d'unicité de Caisse au niveau du District est devenu caduque dans les zones FBR appuyé auparavant par la Banque Mondiale, et la possibilité est donc offerte d'un paiement sur le compte des CSI.

Il faut encore noter que le Trésor a manifesté sa volonté de revenir à une Caisse unique au niveau centrale, ce qui reviendrait à fermer les comptes des Districts. Cette velléité ne semble pourtant pas pouvoir sérieusement être mise en œuvre, le Ministère faisant valoir les conséquences catastrophiques qu'un tel choix aurait sur le système de santé. De plus, cette recentralisation serait bien paradoxale dans un contexte de décentralisation.

6. Le pilotage

Il faut entendre par pilotage la prise de décision sur le dispositif. Ceci a d'abord été la responsabilité du « Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la gratuité des soins »³⁷ sous la présidence du DGSP/MSP puis du « Comité technique chargé du suivi de la mise en œuvre de la gratuité des soins au Niger »³⁸ sous la présidence du SG/MSP.

³⁶ Hera/Rapport final – version du 3 Avril 2018 / Evaluation I3S / Niger, p134

³⁷ Comité de Pilotage et de Suivi créé par Arrêté n°132/MSP/DGSP/DOS/CGS du 7 Mai 2010.

³⁸ Arrêté n°186/MS/SG/DEP/DF du 12 Juin 2014 révisé par l'Arrêté n°425/MSP/SG/DEP/DF du 19 décembre 2014

Le Comité de Pilotage et de suivi de 2010 était en charge de « la veille sur l'utilisation des outils et le remboursement des soins et la proposition de solutions aux problèmes rencontrés ». Le Comité technique créé en 2014 est chargé de « la mise en œuvre des recommandations de la conférence nationale sur la gratuité des soins au Niger » mais aussi « de traiter toute question relative à la gratuité à lui confiée par le Ministre de la Santé Publique ». Il semble que le Comité technique ait remplacé dans ses attributions le Comité de Pilotage, même si les textes ne l'explicitent pas³⁹.

Le Comité technique malgré son nom est bien un Comité de Pilotage, dont la composition est intéressante car elle est multisectorielle, et qui est adéquatement présidé par le SG/MSP⁴⁰.

Il semble que ce Comité se soit réuni quelques fois, mais non plus depuis plusieurs années.

7. Le transfert de compétence et décentralisation

Selon les textes en vigueur les domaines de compétences décentralisés sont les suivants :

Au niveau des communes :

- construction, entretien et gestion des cases de santé ;
- construction, entretien et gestion de centres de santé intégrés ;
- construction, entretien et gestion des hôpitaux de district ;

Au niveau des régions :

- construction, entretien et gestion des Centres Hospitaliers Régionaux, Centres de Santé Mère et Enfant, et autres centres régionaux spécialisés ;
- gestion du personnel mis à disposition ;
- présidence du comité régional de santé ;
- **organisation du système de la gratuité des soins, conformément aux textes en vigueur, l'identification des bénéficiaires, la recherche de tiers payant et le remboursement.**

Le projet I3S s'est essayé à des propositions concrètes dans ce sens. Avec l'appui du projet, « *Le MSP a créé par son Arrêté 328 du 2 septembre 2016 un groupe de travail chargé de la révision du mécanisme (...)*. (Les objectifs étaient de :)

- *Simplifier et maîtriser le circuit de production, de validation et d'engagement des factures en s'appuyant sur les processus de déconcentration et de décentralisation*
- *Conceptualiser l'ordonnancement, la vérification, l'apurement et le paiement des factures à l'échelon régional ou départemental*
- *De proposer un mécanisme révisé d'exemption de paiement des soins à tous les échelons* »⁴¹

Les propositions qui ont été faites n'ont pas été retenues pour le moment. Il faut dire qu'elles concluent à la création d'une Agence, qui permet effectivement de sortir des problèmes d'ordonnancement par les Finances et de liquidation par le Trésor d'une façon radicale mais qui pour d'autres raisons n'est pas souhaitable⁴².

³⁹ Il n'y a pas de référence au Comité de Pilotage dans l'arrêté portant création du Comité technique.

⁴⁰ Cf. composition du Comité Technique (en fait de pilotage) en Annexe n°7

⁴¹ Hera/rapport final – version du 3 Avril 2018 / Evaluation projets I3S / Niger, p137

⁴² Cf. infra Chapitre IV.2

IV. Gratuité 2.0 : proposition pour une refonte du dispositif au Niger

1. Le financement de la gratuité

En regardant le dispositif actuel dans toutes ses coutures, il ressort que le système est très intéressant car il est simple, il est porté politiquement, il est un acquis pour tous, et aussi parce que le système de santé fait de son mieux pour le mettre en œuvre. En somme si la question du financement était réglée, le dispositif actuel donnerait déjà de bons résultats.

Une des clés pour cela est que le métier de tiers-payant soit professionnalisé (cf. point 3 de ce chapitre). L'autre est un engagement de l'Etat et des PTFs, qui en fait doit se traduire par un engagement fort entre eux. Car si l'Etat a besoin des PTFs pour financer la gratuité, les PTFs ne souhaitent pas que leur concours conduise au désengagement de l'Etat dans le domaine, au contraire.

L'Etat doit s'engager fermement sur la ligne budgétaire même pour un montant moindre

Le Ministère des Finances assume qu'il n'est pas toujours possible de tenir les engagements budgétaires de la LoF pour ce qui concerne la politique de gratuité. Malheureusement ceci n'est pas tenable dans un dispositif de remboursement des soins : on ne peut demander aux prestataires de soins de santé, qui n'ont pas de liquidité, d'avancer des fonds sans garantie d'être remboursés. Car cette demande ils doivent la répercuter à leurs fournisseurs (d'intrants, soit de médicaments en premier lieu), qui face aux impayés cessent toute facilité. Il est donc fondamental que les engagements de l'Etat soient tenus.

Le Ministère de la Santé doit exiger du Ministère des Finances (Ordonnancement et Trésor) le paiement raisonnablement régulier d'une partie des factures (4 fois par an)

Il est clair également que l'Etat n'a pas réussi à payer les factures de manière régulière. Afin de ne pas mettre en danger la trésorerie des prestataires et dans le cadre d'une répartition de la facture globale avec les PTS, il serait bon que l'Etat s'engage également sur la fréquence des paiements.

Les PTF doivent apporter leur concours au financement de la gratuité en complétant le montant des factures autant que possible

Les PTFs peuvent s'engager dans le principe à aider l'Etat à financer la politique de gratuité. Pour la plupart, ils peuvent utiliser un compte commun fongible « gratuité » du Fonds Commun qui sera créé à cet effet. L'Union Européenne peut préférer l'appui budgétaire, mais il serait plus utile à la politique de gratuité que cet appui se fasse sur un compte sécurisé (un sous-compte au Trésor) : cela permettrait d'avoir une meilleure visibilité de l'acquis du financement en début d'année fiscale.

Un accord doit être scellé entre l'Etat et les PTFs

Le décaissement des PTFs sera conditionné par l'effort de l'Etat dans le financement de la santé (soit un % du budget de l'Etat consacré à la santé ex-post⁴³) et à la tenue de ses engagements dans la gratuité (montant et fréquence).

Les deux sont nécessaires : d'une part les PTFs comprennent que le fardeau financier de la santé doit être partagé entre l'Etat et les partenaires, et qu'il s'agit de se répartir adéquatement les achats stratégiques. La gratuité n'est pas un mécanisme aisé à faire financer dans le cadre des règles de gestion des finances publiques encore que d'autres l'ont fait ; l'important est que l'Etat démontre son engagement *dans la santé*, le reste étant une question de répartition des financements du secteur entre ressources domestiques et externes.

Egalement cependant la politique de gratuité est un choix de l'Etat, de même que la Couverture Sanitaire Universelle dont elle est un premier chapitre. L'Etat doit donc continuer à financer la gratuité, et à accroître progressivement le montant qu'il lui consacre, car ceci sera la démonstration de son engagement vers la CSU.

Le partage du financement de la gratuité entre l'Etat et les PTFs peut se faire au niveau du panier (chacun payant des prestations), au niveau de la pyramide (chacun prenant en charge certains niveaux), au niveau géographique (chacun prenant en charge certaines régions). Mais toutes ces options sont sous-optimales : d'une part ceci exige un engagement des PTFs sur des montants croissants à moins d'une révision de la répartition années après années, d'autre part l'Etat a toujours davantage de difficultés à décaisser et ceci désavantagerait inéluctablement certaines régions. Aussi la solution proposée est d'envisager le **copaiement** Etat-PTF des factures trimestrielles :

Les factures seront payées tous les trimestres et une partie sera payée par le compte « gratuité » des PTFs jusqu'à épuisement de celui-ci. Ceci permettra de soulager la trésorerie des prestataires de services sur l'ensemble du territoire et donnera aux PTFs la possibilité de suivre l'engagement de l'Etat à une fréquence régulière.

Une solution doit être donnée au paiement des arriérés

A partir du moment où l'on met en place un nouveau dispositif, il serait souhaitable de régler la question des arriérés, d'abord sur le papier. On pourrait imaginer une négociation⁴⁴ et un échelonnement. Egalement, l'Etat pourrait choisir d'apurer les dettes des prestataires vis-à-vis de leurs fournisseurs, notamment en médicaments. En tout état de cause cette question gagnerait à être traitée en parallèle de la refonte du système à la fois pour assainir les situations financières des prestataires et de leurs fournisseurs, et pour redémarrer la gratuité sous de bons auspices.

⁴³ Cf. chapitre V.1, second graphique

⁴⁴ La négociation doit commencer par l'évaluation de la situation dans le détail et en tenant compte de tous les points de vue puis proposer des solutions pour l'apurement.

2. La gestion : pour un dispositif transitoire avant la mise en place d'une agence autonome

Dès le début de la politique de gratuité, l'idée prévalait de la création d'un *Fonds Social de Solidarité*. Le FSS était envisagé comme *une institution à caractère financier mais aussi une association privée à but non lucratif*⁴⁵ et *reconnu d'utilité publique*. Cette option n'a jamais été prise, peut-être parce que les modalités de gouvernance ne sont pas évidentes à mettre en place (« regroupement de toutes les institutions qui interviennent au Niger dans le domaine caritatif et humanitaire ») et ne garantissent pas facilement la bonne gouvernance et la bonne gestion de fonds qui sont tout de même publics.

En 2011, l'audit réalisé par Worldaudit Corporate S.A proposa soit la création d'un *Etablissement Public de l'Etat*, soit d'une *structure de mission* rattachée au Secrétariat Général. L'audit analysait que l'EPE pouvait être cher et préférait la structure de mission, avec le risque qu'elle souffre de la lourdeur administrative.

En Juin 2015, de l'étude de l'Institut National de Statistique de Juin 2015 propose notamment de créer « une structure de gestion autonome avec des organes décentralisés » et « de créer un véritable dispositif (de suivi) par l'équipe centrale (...) »⁴⁶.

La proposition suivante est celle du groupe de travail chargé de la révision du mécanisme de l'exemption de paiement des prestations de santé. Il s'agit de la création de l'*Agence Nationale Autonome de Gestion de la Gratuité des Soins (ANAGS)* avec bureaux régionaux et points focaux⁴⁷.

La dernière proposition n'est pas encore formulée mais découle naturellement de la loi n°2018-22 du 27 Avril de cette année (2018) « déterminant les principes fondamentaux de la protection sociale ». Cette loi prévoit en effet la constitution d'une *Agence Nationale de Protection Sociale* placée sous Tutelle du Ministère en charge de la protection sociale⁴⁸. Il est logique que des Décrets d'application⁴⁹ instituent en particulier l'Agence et que celle-ci gère notamment la protection sociale en santé. Il n'est pas incohérent alors que la même Agence gère le dispositif de gratuité. Pourtant cette option, légaliste et institutionnelle, ne semble pas adéquate dans l'immédiat. D'abord parce que la création d'une telle Agence est une ambition lourde et coûteuse, déjà pour l'assurance maladie, davantage encore pour la gestion de la protection sociale dans son ensemble. Ensuite parce que l'engagement de l'Etat dans la couverture du risque financier pour tous requière des étapes adaptées à la capacité contributive de celui-ci⁵⁰.

⁴⁵ Rapport du sous-groupe de travail n°2, 19 Avril 2006, p7

⁴⁶ Rapport de l'étude sur la gratuité de soins de santé au Niger, INS, p63 (financement DUE).

⁴⁷ Groupe de travail créé par arrêté n°328 du 2 Septembre 2016 ; proposition discutée lors de sa seconde réunion de travail du 26 Octobre 2016 et lors de la réunion du Comité Technique I3S du 27 Avril, validée par le Comité de Pilotage de I3S le 31 Août 2017 (information résumée par Marc Réveillon, HERA, évaluation projets I3S/Niger, rapport final p137).

⁴⁸ Article 26

⁴⁹ 19 Décrets d'application seraient en préparation (entretien de la mission P4H avec son Excellence le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Protection Sociale).

⁵⁰ L'engagement de l'Etat dans la gratuité est déjà difficile, que penser d'un engagement à doter le reste de la population d'une couverture contre le risque financier qui requerra des subsides d'Etat importantes pour couvrir les démunis et le secteur informel non pauvre ? Cf. également infra le chapitre V « La politique de gratuité dans le cadre de la CSU / Protection Sociale en Santé »

On le voit, nombreuses ont été les propositions pour améliorer le dispositif institutionnel de gestion de la gratuité. La plupart de ces propositions reviennent à créer une agence sous statut d'établissement public autonome. Les alternatives sont une structure de mission ou une structure de gestion autonome. Ce sont ces types de propositions que nous retiendrons plutôt.

En effet le présent rapport a voulu expliquer les fonctions qui doivent être professionnalisées, et nous voyons qu'il s'agit principalement de la gestion du risque. La fonction de contrôle, même, peut gagner à être externalisée. L'opportunité CSU de court et moyen terme est la couverture des cibles de la gratuité et cette couverture ne requière pas le dispositif exigeant d'une Agence d'Assurance Maladie car elle ne s'encombre pas des fonctions d'immatriculation et de collecte de cotisations. Elle n'a pas besoin de se déployer sur le terrain, et elle n'a pas besoin d'un Conseil d'Administration.

L'option de l'établissement autonome, donc, serait une option parfaite sur le papier, mais certainement très exigeante sur le plan de la gouvernance et chère à opérationnaliser. Notre proposition est donc celle d'une cellule de gestion intégrée à l'unité de gestion du Fonds Commun dans l'immédiat, envisagée comme une transition vers la création d'une agence autonome de gestion de la couverture maladie universelle.

3. La gestion du risque : une cellule de gestion de la gratuité au sein de l'unité de gestion du Fonds Commun Santé

Le financement de l'Etat comme celui des PTFs exige que le système soit mieux maîtrisé, qu'il soit professionnalisé. A ce jour dans le secteur de la santé, le meilleur dispositif pour atteindre cet objectif est le Fonds Commun Santé.

« Le Ministère de la santé publique (MSP) s'est engagé dès 2006 dans un processus d'approche programme par la mise en place d'un Fonds commun santé (FCS) en appui à la mise en œuvre des PDS. Le FCS compte 6 partenaires (AFD, l'UNICEF, l'AECID, la Banque mondiale, GAVI et le FNUAP) et fonctionne comme une aide sectorielle extrabudgétaire avec un compte indépendant qui alimente trimestriellement les comptes des régions et districts sanitaires »^{51&52}.

La refonte du dispositif de gratuité propose que la cellule de coordination et de suivi de la gratuité relève de l'unité de gestion du Fonds Commun. Comme l'ensemble des agents de l'unité de gestion, la cellule de coordination serait placée au sein d'une Direction, en l'occurrence la DEP ou éventuellement la DOS. Mais désormais les agents seraient recrutés par le Fonds Commun et formeraient une unité placée sous la responsabilité de la Conseillère de Gestion de Projet, elle-même sous le Secrétaire Général.

La cellule de coordination ainsi placée et professionnalisée pourrait être composée au départ uniquement d'un expert, d'une assistante et d'un assistant technique international à temps partiel⁵³.

⁵¹ Hera/rapport final – version du 3 Avril 2018 / Evaluation projets I3S / Niger, p130

⁵² Cf. annexe

⁵³ La mission P4H a proposé la mise à disposition d'un AT international en appui au Ministère de la Santé, expert en financement de la santé en général et en couverture du risque maladie en particulier. Celui-ci doit

La cellule disposerait également de moyens financiers et s'occuperait de la fonction de gestion du risque dans toutes ses composantes, soit :

- Le renforcement du contrôle des facturations

Une première option est de déléguer le contrôle de l'effectivité des soins par contrat au meilleur offrant sur le mode du Burkina Faso. Il peut s'agir d'ONG internationales, d'ONG nationales si elles ont les capacités, de cabinets d'audit, d'associations (société civile), etc...

Une option plus pragmatique et adaptée au contexte est de suivre l'existant, de le renforcer, mais encore de s'appuyer sur les opportunités. Renforcer l'existant signifie accompagner les régions dans leurs supervisions et évaluer la qualité du travail ainsi que son efficience (ce contrôle est fait à coût quasi nul car intégré aux supervisions). S'appuyer sur les opportunités, c'est suivre et capitaliser les pratiques accompagnées par les partenaires (ex : FBR par la KfW ou éventuellement demain à nouveau la Banque Mondiale, contrôle communautaire et redevabilité sociale appuyé par EBABEL, etc...).

Il faut encore noter que suite à un contrôle externe ou à un audit, certaines décisions sont prises qui doivent être décentralisées : la prise de décision sur la révision des factures et celle éventuelle des sanctions⁵⁴ pour fraudes. Qu'elle que soit l'entité en charge du contrôle, les résultats doivent être présentés à l'autorité, en l'occurrence la DRSP. Suivant des règles qui peuvent être établies au niveau national, les résultats proposeront des retenues sur le remboursement suivant qui tient compte des irrégularités⁵⁵ et des sanctions éventuelles pour les agents incriminés.

- Le suivi et l'analyse des fréquences des recours

Les recours par prestations seront suivis, par niveau de soins et par zone géographique. Des fréquences basses dévoilent un problème d'accès et des barrières à mieux analyser, alors que des fréquences élevées méritent une analyse et possiblement des contrôles. Le suivi et l'analyse des fréquences est extrêmement utile pour faire des projections et pour améliorer l'accès de manière fine (à l'image du travail fait en matière de vaccination).

- Le suivi et l'analyse des prestations

Il faut exiger davantage d'informations des formations sanitaires mais de manière très ciblée pour ne pas alourdir la charge au niveau de la saisie.

Sans changer pour autant le mode de paiement (forfaitaire), il est utile de recueillir davantage d'informations concernant les coûts (tarifs) des prestations. Il s'agit d'abord de disposer du détail des prestations offertes pour ce qui concerne les grosses interventions (chirurgies incluses césariennes). Ceci permet d'entamer le travail d'analyse de la qualité et d'envisager le paiement le plus adéquat, ce que le paiement tarifaire n'est pas forcément en l'occurrence.

avoir dans ses TdR les fonctions de « point focal P4H Niger » mais pourra adéquatement cumuler plusieurs rôles dont celui d'AT auprès de la cellule « gratuité ».

⁵⁴ Au Burkina, les sanctions sont les suivantes : « lettre d'explication » (48% des cas en 2017), « réunion de recadrage », « avertissement », « mutation », « investigation ».

⁵⁵ La liste des irrégularités au Burkina comprend : « discordance » (coût, quantité ou les deux), « vente de produits illicites », « enregistrement de patients fictifs », « vente parallèle de produits », « surfacturation », « rackets » et « paiement à tort » (47% des cas en 2017).

Egalement le suivi des tarifs par service (actes, médicaments, examens) peut être introduit pour le gros risques et pour les hospitalisations, ce qui permettra de porter un regard comparatif sur les pratiques et de faire des audits médicaux orientés. Ce travail permettra également de revoir éventuellement les tarifs forfaitaires sur des bases scientifiques.

- L'appui à l'amélioration des modes de saisie et de transmission des données

Le DHIS2 est mis en place depuis quelques mois (2017) au niveau de l'ensemble des prestataires de soins de santé publique, jusqu'au niveau CSI. Les agents sont actuellement en formation et le remplissage commence pour les données de routine.

Le DHIS2 représente une opportunité formidable pour réduire le poids du contrôle comptable et améliorer la cohérence entre les différentes sources d'informations consolidées. A l'instar du Burkina Faso, il sera aisé d'adapter un masque de données aux attentes éventuellement progressivement plus exigeantes du monitoring de la gratuité, et l'ensemble des rapports et factures seront automatisés à tous les niveaux.

Bien entendu les limites et les défis de l'informatisation des données, de leur transmission, de leur analyse et de leur feedback existent, mais le pas technologique pourra être franchi pour ce qui concerne les données de la gratuité avec les DHIS2.

- Les demandes de remboursement et leur suivi

Un des rôles importants que devra jouer la cellule gratuité concerne le suivi des demandes de remboursement, et du remboursement lui-même. Bien entendu elle procèdera également à l'introduction des demandes de paiement au niveau de la DAF comme cela se fait actuellement par la DEP/FS. Dans cette fonction se jouera également le dialogue politique pour que la pression du Ministère de la Santé s'exerce adéquatement sur le département des Finances. Malgré les espoirs mis sur la décentralisation et sur les budgets-programmes, il est important de penser au suivi des engagements et des liquidations jusqu'à l'avis de paiement, tant la procédure est longue et difficile à maîtriser pour les départements sectoriels.

- Le suivi et l'analyse des alternatives de modes de remboursement

A un certain moment il pourra être envisagé de passer au paiement à l'acte pour le gros risque et les soins spécialisés. De même, selon les résultats des contrôles et les propositions de partenaires, certaines propositions pourront émerger concernant le remboursement des prestataires sous forme de lignes de crédit à la Centrale d'Achat. Ces propositions, qu'elles émanent de partenaires ou d'une analyse du suivi de la situation, devront être étudiées, suivies et capitalisées.

- La capitalisation des expériences pilotes

En résumé, au niveau des régions et des Districts les appuis techniques des PTFs et autres initiatives pourront :

- ❖ Tester des modèles de contrôle de l'effectivité des soins (privé, ONG, communautaire)
- ❖ Introduire le reporting de la gratuité sous DHIS2
- ❖ Appuyer l'amélioration du reporting (incluant davantage de détail sur les prestations et les coûts)
- ❖ Tester des modèles de remboursement spécifiques

- ❖ Accompagner le feedback de la gestion du risque (rétro-information des analyses) et mettre en œuvre des mesures d'accompagnement de la demande (ex: pour accroître le taux d'utilisation des césariennes)
- ❖ Coupler la gratuité avec des mécanismes de renforcement du système de santé (le FBR notamment)

Il sera important que la cellule capitalise les expériences, donc les suive pour les amener vers les dispositions nationales les plus adéquates. Et c'est là peut-être le travail le plus important de cette cellule, car elle devra assurer la maîtrise des pilotes dans un ensemble toujours plus unifié.

- La proposition des modifications du régime

Forte de ses analyses et de la capitalisation des expériences, forte surtout de sa gestion du risque qui lui permettra de faire des projections financières, la cellule « gratuité » sera en mesure de proposer les amendements du régime nécessaire à sa pérennité ou encore utile à l'évolution vers une couverture contre le risque financier toujours plus universel.

En ce sens la cellule se comportera comme une Direction de Caisse d'Assurance rendant compte au Conseil d'administration (CA), sauf qu'elle rendra compte au Comité de Pilotage.

Toutes les composantes de la gestion du risque pertinente dans le système de gratuité décrites ici peuvent sembler représenter un travail important, mais il ne s'agit pas d'une si grande charge pour un professionnel du métier. Il convoque davantage les compétences de statisticien, d'analyste, et de suivi-évaluation. Il requière également un budget pour appuyer le contrôle et pour se rendre sur le terrain. La cellule peut être créée avec un embryon et évoluer en fonction des besoins et des opportunités.

4. Pilotage

Le Comité de Pilotage dit « Comité technique » existant est une bonne base de départ pour le suivi du dispositif revisité : la cellule de gestion de la gratuité lui fera des propositions potentiellement sur toutes les composantes du régime : panier, cible, modalités et montant de remboursement, etc... Le Comité de Pilotage les examinera et prendra les décisions.

Ce Comité compte un nombre important de représentants (une quarantaine), mais on peut comprendre l'intérêt d'une multisectorialité et d'une représentativité large pour un sujet aussi « national ». De manière pratique, il peut être envisagé que ce Comité se réunisse une fois par an. Ainsi, il fonctionnerait un peu comme le Conseil d'Administration d'un établissement public autonome. Où l'on voit encore le rôle que doit jouer la cellule « gratuité », qui est celui de suivi, de garantie de qualité du dispositif, d'analyse poussées de la situation et de force de proposition à l'autorité.

V. La politique de gratuité dans le cadre de la CSU / Protection Sociale en Santé⁵⁶

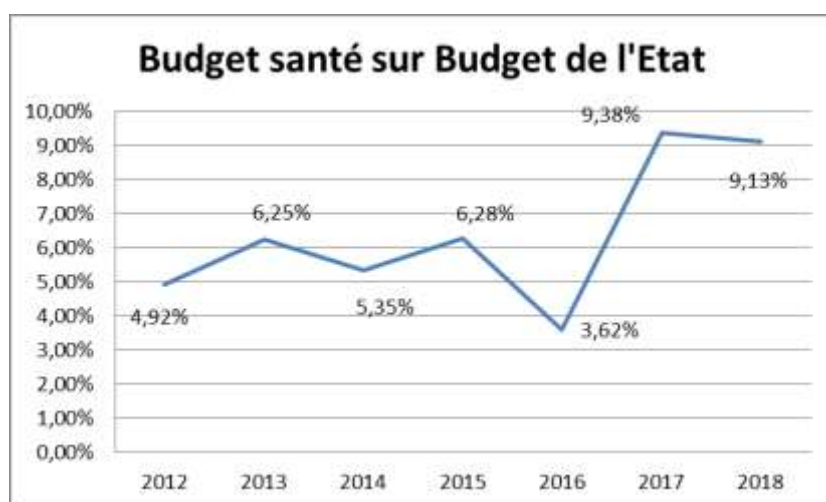
1. Evolution de quelques indicateurs du financement de la santé⁵⁷ :

LES DEPENSES TOTALES DE SANTE

Les dépenses totales de santé s'établissent aujourd'hui (2016) à hauteur de 14 933 francs CFA par habitant, soit 30 \$US. Ce montant est très faible⁵⁸ pour couvrir tous les besoins en santé et montre combien il est important de rechercher l'efficacité et de définir des priorités.

L'EFFORT DE FINANCEMENT DU SECTEUR PAR L'ETAT

Les inscriptions au budget de l'Etat pour le secteur ont évolué ainsi⁵⁹ :



Il s'agit d'un effort louable dans un contexte de pressions multiples (problèmes sécuritaires, mais aussi question migratoire et changement climatique) et de fait le gouvernement vise un 10% dont il s'approche.

Mais ceci ne correspond qu'à l'inscription dans la Loi des Finances.

⁵⁶ Ce chapitre vise à répondre aux deux derniers objectifs formulés dans les TdR de l'étude « pour déterminer les acquis de la gratuité des soins et des autres mécanismes assurantiels dans la perspective de la mise en place d'une Couverture du Risque Maladie Universelle au Niger », à savoir :

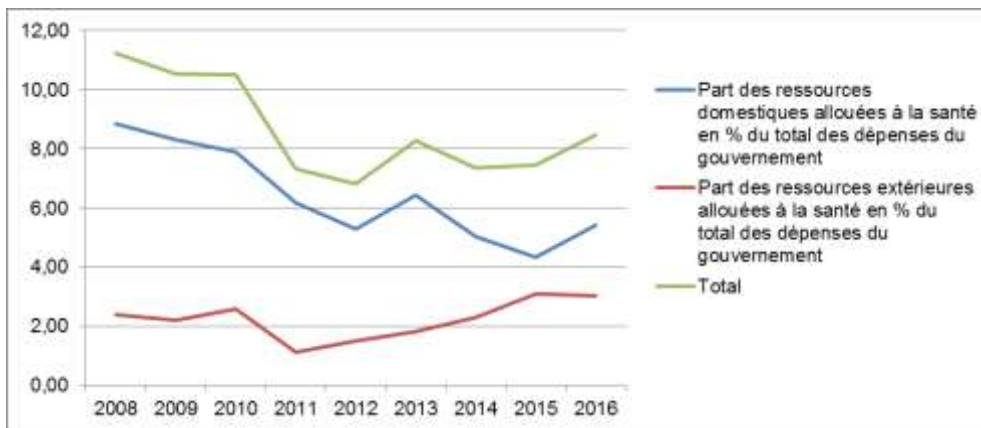
- ⇒ Formuler des recommandations pour une évolution des mécanismes en cours vers un dispositif de couverture du risque maladie adapté au contexte (capitalisation et transformation des mécanismes).
- ⇒ Formuler des propositions pour la mise en place d'un dispositif de couverture du risque maladie approprié intégrant les autres mécanismes en cours dans le pays ;

⁵⁷ Les données les plus récentes concernant les dépenses de santé proviennent du rapport CNS 2016. Les autres sont issues de la plateforme <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

⁵⁸ Selon l'OMS un montant de 86\$ permet l'accès à un panier adéquat.

⁵⁹ Source : LoF 2012-2018

Au niveau de l'exécuté, les chiffres sont les suivants :

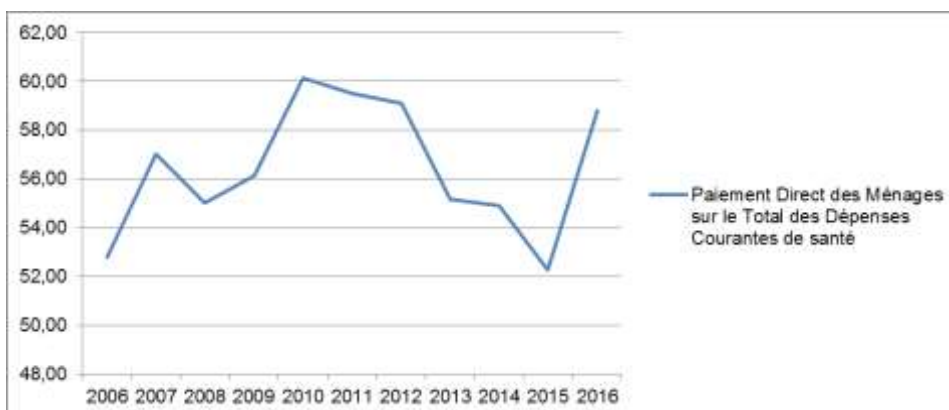


Cette figure montre la variation de la part des ressources domestiques allouées à la santé dans le total des dépenses du gouvernement avec une tendance baissière, se situant entre 4% et 6% entre 2014 et 2016.

LE PAIEMENT DIRECT DES MENAGES

Même s'il n'est pas retenu dans le cadre des discussions mondiales sur son suivi-évaluation, un des indicateurs les plus illustratifs en matière de CSU est la part des dépenses de santé directes des ménages dans le total des dépenses de santé du pays.

Le paiement direct des ménages constitue le premier mode de financement de la santé au Niger avec 58,81% des dépenses nationales de santé en 2016⁶⁰. Avec la mise en place et le développement de la gratuité, ce taux aurait pu baisser sensiblement⁶¹. Au contraire au Niger, l'évolution a été telle que suit :



⁶⁰ Rapport CNS 2016 (En page 10 de ce rapport est annoncé le chiffre de 54,85% mais il comptabilise toutes les dépenses des ménages et les rapporte aux dépenses totales de santé ; le tableau 18 du même rapport permet de rectifier ce montant : le graphique présenté ici montre bien le paiement direct des ménages sur le total des dépenses courantes de santé).

⁶¹ La mise en place de la gratuité au Burkina Faso a permis de passer d'un taux de paiement direct des ménages de 36% en 2015 à 31,4% en 2016 (cf. rapport CNS 2016 Burkina Faso p 16).

A défaut d'études approfondies, on ne peut qu'être extrêmement surpris et constater la non-atteinte d'un résultat attendu essentiel dans la mise en œuvre d'un mécanisme de levée de la barrière financière. Cet indicateur pose des questionnements sérieux sur l'effectivité de la gratuité et/ou sur la qualité des prestations offertes dans le cadre de la gratuité, qui peuvent être complétées par des stratégies plus coûteuses pour les ménages qu'auparavant (accès au privé notamment).

2. Rappel des conclusions de la mission P4H⁶²

En réponse à une requête du Ministre de la Santé⁶³, les partenaires⁶⁴ du réseau P4H ont fait une mission du 17 au 20 Juillet 2018 à Niamey⁶⁵. Ils ont notamment rencontrés les autorités des trois principaux secteurs concernés⁶⁶ ainsi que la Commission des Affaires Culturelles et Sociales de l'Assemblée Nationale.

La recommandation principale de la mission a concerné la gratuité :

Mettre en place un Fonds (ou « structure ») d'Achat pour mettre en œuvre la politique de « gratuité » (pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes) et du Financement Basé sur les Résultats⁶⁷.

Il s'agit de constituer une structure de gestion de tiers-payant avec séparation des fonctions de décision, d'exécution et de contrôle (ce dernier est externalisé).

Trois options semblent possibles: la création d'une Institution (un Etablissement Public Autonome), le Fonds Commun actuel, ou la constitution d'une entité spécifique au sein du Ministère de la Santé. Les options doivent être approfondies et l'on pourra envisager une évolution de l'une à l'autre de ces options.

La structure et le Fonds seront financés à moyen terme avec un appui substantiel de l'aide extérieure. Elle sera créée dans la perspective de la couverture universelle du risque financier.

Pour le réseau, la refonte de la gratuité est donc le premier pas vers la CSU.

⁶²P4H est le réseau mondial pour la couverture universelle et la protection sociale en santé (<https://p4h.world/fr>)

⁶³ N°173/MSP/SG/DEP/FS du 16 Janvier 2018

⁶⁴ Les membres de P4H qui interviennent dans le domaine au Niger sont : l'OMS, l'AFD, le BIT, la Banque Mondiale, l'USAID, la KfW, le Fonds Mondial, et la Coopération espagnole (AECID)

⁶⁵ La restitution de la mission est disponible sur le site P4H : <https://p4h.world/en/news/la-mission-p4h-au-niger-sest-deroulee-avec-succes> - inscription à la plateforme libre et ouverte à tous nécessaire.

⁶⁶ Excellences le Ministre de la Santé, le Ministre de l'Emploi, du Travail et de la Protection Sociale, le Ministre délégué au Budget.

⁶⁷ Les fonctions en jeu dans la mise en œuvre du FBR et de la gratuité sont essentiellement les mêmes et peuvent donc largement être mutualisées: le monitoring, le contrôle, la gestion financière et le paiement.

3. Orientations pour aller vers la CSU :

ORIENTATION CONCERNANT LA COUVERTURE DU RISQUE FINANCIER :

Les premiers pas vers la couverture contre le risque financier se posent donc aujourd'hui dans des termes relativement simples, même s'il s'agit de défis importants : faire fonctionner la gratuité, y compris la production d'une offre de soins de qualité. Il s'agit donc aussi de choisir la gratuité comme levier principal du renforcement du système de santé par le côté demande.

Par ailleurs il est important de se projeter sur des perspectives de long terme. A terme en effet, il faudra envisager un organisme dédié à la couverture du risque maladie ; il s'agira d'une institution, autonome, qui pourra recevoir des financements de l'Etat, plutôt sous une tutelle différente de la santé, et qui pourra se déployer sur l'ensemble du territoire pour proposer une offre d'assurance maladie universelle.

Il s'agit là d'une vision à terme, mais quel que soit le dispositif adapté aujourd'hui à l'amélioration de la politique de gratuité, il faut l'envisager comme une transition vers la création de cet établissement autonome. Aujourd'hui, il faut passer par un dispositif de transition mieux adapté aux défis spécifiquement de la gratuité dans le contexte actuel⁶⁸.

Ce dispositif transitoire:

- *Sera un embryon de tiers-payant assurant une gestion du risque*

Comme nous l'avons décrit, il fournira des prestations de service typique de l'assureur, sans pour autant aborder les fonctions requises dans d'autres circonstances (collecte de cotisations et immatriculation notamment). Ceci permettra de constituer une équipe et de capitaliser une expérience pour la suite.

- *Démarrage du suivi de la rationalité des prestations et des coûts moyens sur base tarifaire existante*

L'un des avantages de l'appui à l'organisation de la demande est l'amélioration de la qualité par l'effet de la contractualisation (conventionnement), le recours à l'audit médical, et l'organisation d'un dialogue entre l'offre et la demande sur la base « paiement contre prestation ». Ce travail sera une expérience pour le démarrage de prestations concernant d'autres cibles (démunis par exemple).

- *Pilotes de certaines fonctions de proximité (contrôle)*

Dans son rôle de suivi et de capitalisation, la cellule « gratuité » professionnalisée s'intéressera de près à la fonction de contrôle de l'effectivité des soins. Elle en aura la responsabilité, avec le devoir d'en assurer la qualité, et l'opportunité de bâtir aussi sur la base des expériences pilotes des partenaires (contrôle externe couplé avec le FBR, contrôle communautaire avec appui aux COGES, etc...). Elle servira les questionnements actuels sur la façon dont les fonctions de proximité seront prises en charge dans le contexte d'une assurance universelle.

⁶⁸ Cf. infra « [Ecarter finalement le choix d'une agence autonome](#) »

- *Appréciation de l'engagement financier de l'Etat*

« *Last but not least* », le dispositif transitoire se veut un cadre pour que l'Etat se donne les moyens de s'engager financièrement dans la CSU. La cellule sera un premier levier pour responsabiliser l'Etat dans le financement de la gratuité, parce qu'elle garantira le contrôle et la qualité des factures, et parce qu'elle sera un outil de suivi de cet engagement. En effet le dispositif prévoit un engagement fort et mutuel entre l'Etat et les PTFs, y compris avec des conditionnalités. In fine, cette refonte de la gratuité sera l'opportunité d'apprécier véritablement les moyens et la volonté de l'Etat à financer sa politique de gratuité. De cette capacité et de cet engagement pourrait être tirée la perspective de l'avancée du Niger dans la CSU, étant entendu que **la première condition de progrès vers la CSU est l'engagement financier de l'Etat sur ressources domestiques.**

ORIENTATIONS STRATEGIQUES POUR LA CSU

Des orientations stratégiques de plus long terme sur le risque financier participent du chemin vers la CSU. D'autres orientations stratégiques abordent le financement de l'offre et le panier de soins, le tout formant la base d'une stratégie nationale de financement de la santé. Quelques options peuvent être notées ici à titre indicatif :

1. Le panier et la cible de la gratuité pourront être revus à la hausse pour créer un continuum des soins en ajoutant des prestations aujourd'hui payantes (ex : prise en charge des accouchements assistés) et d'autres gratuites (à verser au tiers-payant)⁶⁹, ou au contraire à la baisse pour plus d'équité et de redistribution entre les riches et les pauvres ;
2. Des mécanismes de financement basé sur les résultats participeront à une autonomisation des prestataires dans la gestion de leurs ressources, en particulier pour ce qui concerne l'achat des médicaments ; cette autonomie sera un élément de l'amélioration des plans opérationnels des Districts sanitaires et d'une gestion axée sur les résultats ;
3. De manière urgente il faudra renforcer la priorisation dans les domaines de l'accroissement du dividende démographique et de la lutte contre les déterminants de la santé en particulier la malnutrition ;
4. Le renforcement du système de santé dans ses aspects « financement » visera aussi l'accès géographique aux soins, la production et le déploiement de ressources humaines en santé de qualité et la disponibilité des médicaments ; les efforts de financement sur ressources domestiques seront ici cruciaux, de même qu'une stratégie d'efficience allocative ;
5. Au niveau local et dans le cadre de la décentralisation, des efforts seront déployés qui aborderont la lutte contre la malnutrition, le dividende démographique, l'accès à la gratuité, ou encore la redevabilité des prestataires de soins de santé ;

⁶⁹ Cf. complément en cours à ce rapport d'étude (OMS / consultant national).

6. A moyen terme (minimum 5 ans), un Etablissement Public Autonome pourra être créé pour étendre la couverture du risque maladie à d'autres populations cibles (ex : les démunis) ;
7. D'ici là, l'Etat favorisera la lutte contre la pauvreté aux moyens de filets sociaux et autres mécanismes de protection sociale non santé ;
8. A moyen terme toujours, l'Etat envisagera l'extension de la couverture du risque financier au secteur formel ;
9. La période de transition n'empêchera pas l'expérimentation de modèles de couverture du risque maladie qui ont fait leur preuve au niveau socio-professionnel, ou innovants au niveau communal.

ANNEXE N°1 : TARIFS FORFAITAIRES DE REMBOURSEMENT DES SERVICES DE LA

« GRATUITE »

Prestations gratuites	Hôpitaux Maternités Nationaux	Centres Hospitaliers Maternités Régionaux	Hôpitaux de Districts	Centres de Santé Intégrés	Cases de Santé
Césarienne* GEU, rupture utérine	80.000f	50.000f	35.000f	-	-
Soins enfants 0 – 5 ans** (hospitalisé)	Pédiatrie 30.000 f	25. 000 f	10 000 f	2 100 f (observation)	-
	Chirurgie 40. 000 f	30. 000 f	12 000 f		-
	Autres services spécialisés 25.000f	20.000f	-		-
Soins enfants 0 –5 ans** (externe)	Pédiatrie 15 000f	10 000 f	5 000 f	500	250
	Chirurgie 20 000f	15 000 f	7 000 f	1000	-
	Autres services spécialisés 20.000f	15 000f	-	-	-
Consultation prénatale***	-	-	-	1000 f	-
Soins obstétricaux d'urgence	6 000 f	6 000 f	5 000 F		
Produits et consommables pour la contraception ****	1 000 f	1000 f	1000 f	1000 f	200 f
Cancers gynécologiques	Conformément au protocole de prise en charge défini par le comité chargé de son élaboration				

ANNEXE N°2 : ANALYSE DES FREQUENCES D'UTILISATION DES SERVICES DE GRATUITE

Les factures présentées par Agadez, Diffa et Dosso en 2016 donnent un taux d'utilisation des moins de 5 ans de 1,37 recours par an (ou 137,5%). En comparant avec l'utilisation des services par la population de ces régions, les moins de 5 ans rapportés par les formations sanitaires dans le cadre de la gratuité représentent entre 40% et 50% du total des recours. Selon l'expérience des prestataires, ce taux serait plutôt de 70% à 80% au niveau des Districts sanitaires.

2016	% utilisation curatif des moins de 5 ans selon rapportage gratuité	% utilisation curatif de toute la population selon l'annuaire statistique	% des moins de 5 ans sur total de la population	% des recours des moins de 5 ans sur total des recours selon ce recoupement
Agadez	184,3%	81,75%	19%	42,83%
Diffa	129%	64,57%	21%	41,95%
Dosso	129,4%	53,49%	20%	48,38%

En procédant de même, voici la comparaison des CPN et des césariennes :

	Nb de CPN facturées au 1/3 payant	Nb de CPN selon l'annuaire statistique
Agadez	29578	58982
Diffa	21537	104121
Dosso	91492	302493

	Nb de césariennes facturées au 1/3 payant	Nb de césarienne selon l'annuaire statistique
Agadez	627	998
Diffa	82	486
Dosso	1305	1323

Dans ces deux cas (CPN et césarienne), le montant facturé est inférieur au montant rapporté par l'annuaire statistique.

Pour Diffa l'explication peut être en grande partie la prise en charge des C/S et de CPN par le Centre Mère Enfants qui offre les services gratuitement avec le financement d'un autre partenaire (situation exceptionnelle selon la DEP/FS). Quant à la différence très importante du nombre de CPN à Dosso ou Agadez, ou encore la différence du nombre de césariennes à Agadez, elle ne s'explique pas facilement et interroge la qualité des données de l'annuaire statistique.

ANNEXE N°3 : REPARTITION DES COÛTS DE LA GRATUITE AU BURKINA FASO

		Montant	Poids
1	Achat des prestations	28 860 966 357	95,62%
	Paie ment des factures	28 860 966 357	
2	Activités de soutien	1 323 413 772	4,38%
2.1.	Contrôle de l'effectivité	871 634 312	2,89%
2.2.	Acquisition des outils	335 019 700	1,11%
2.3.	Conceptions, formations....	73 470 860	0,24%
2.4.	Communication	25 000 000	0,08%
2.5.	Rencontres de coordination	9 861 400	0,03%
2.6.	Sorties de suivi de la gestion	8 427 500	0,03%
	Total	30 184 380 129	100,00%

Tableau 1 : volume des prestations réalisées en 2017

GROUPES DE PRESTATIONS	CONTENU	QUANTITE	COÛT
Gratuité des soins chez les enfants	- Soins curatifs en ambulatoire	10 815 187	15 088 328 314
	- Soins curatifs en hospitalisation		
Gratuité des soins pendant la grossesse	- Soins préventifs,	4 836 348	6 708 328 784
	- Soins curatifs en ambulatoire		
	- Soins curatifs en hospitalisation		
Gratuité des accouchements et des interventions obstétricales	- Accouchements par voie basse,	1 245 909	7 031 182 749
	- Césarienne,		
	- Soins obstétricaux d'urgence,		
	- Soins néonataux d'urgence		
	- Cures de fistules obstétricales,		
	- Laparotomies		
Gratuité du dépistage et du traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus	- IVA/IVL,	23 301	33 126 510
	- RAD,		
	- Cryothérapie		
TOTAL GENERAL		16 920 745	28 860 966 357

ANNEXE N°4 : EXEMPLE DE FACTURE ENVOYEE A LA DEP/MS PAR UN DISTRICT

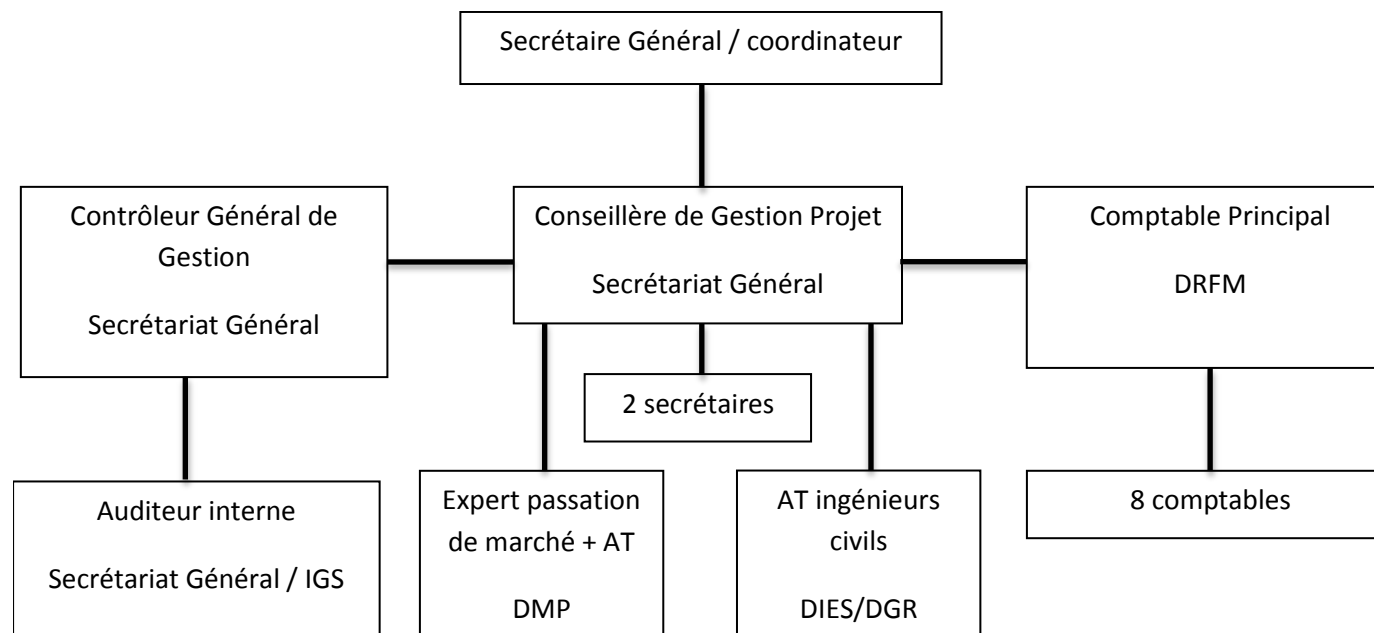
REPUBLIQUE DU NIGER MINISTERE - SANTE - PREVOYANCE			
DISTRICT SANITAIRE D'AGUIE		DATE 20/02/2018	
BIA Cpm n° 028110044543.88		MS P	Période JANVIER 2018 (01 au 31)
Doit : Ministère de la Santé Publique			
FACTURE N° 2018/2/4111/5			
Désignation	Nombre de patients	Prix unitaire	Montant
CONSULTATION			
CARNET DE SOINS	232	100	23 200
SOINS CURATIFS ENFANTS 0 - 5 ANS Y COMPRIS EXAMENS CS (Externe)	814	250	203 500
Total CONSULTATION	1046		226 700
CPN			
CARNET DE SANTE	3	190	570
CONSULTATION PRENATALE	41	1 000	41 000
Total CPN	44		41 570
Total CASE DE SANTE	1 090		268 270
CONSULTATION			
CARNET DE SOINS	1 304	300	391 200
SOINS CURATIFS ENFANTS 0 - 5 ANS Y COMPRIS EXAMENS CS (Externe)	3 505	500	1 752 500
Total CONSULTATION	4809		2 143 700
CPN			
CARNET PF	0	100	0
CARNET DE SANTE	865	100	86 500
FICHE CPN	0	100	0
CONSULTATION PRENATALE	1 054	1 000	1 054 000
Total CPN	1919		1 140 500
HOSPITALISATION			
MISE EN OBSERVATION	118	2 100	247 800
Total HOSPITALISATION	118		247 800
1 of 2			

Total CENTRE DE SANTE INTERIEUR			
CEBARIENNE	8 834		3 279 500
CEBARIENNE		31 000	995 000
Total CEBARIENNE	17		395 000
CONSULTATION EXTERNE			
PETITE CHIRURGIE	0	1 000	0
SOINS CURATIFS ENFANTS 0 - 5 ANS Y COMPRIS EXAMENS HD (Externe)	31	5 000	155 000
Total CONSULTATION EXTERNE	31		155 000
CPN			
SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE COMPLET	0	8 000	0
Total CPN	0		0
HOSPITALISATION			
HOSPITALISATION PEDIATRIE	73	2 000	146 000
SOINS CURATIFS ENFANTS 0 - 5 ANS Y COMPRIS EXAMENS (Hospitalisation)	31	7 000	217 000
GRANDE CHIRURGIE Y COMPRIS LES EXAMENS	0	12 000	0
AUTRES SERVICES SPECIALISEES Y COMPRIS LES EXAMENS (Hospitalisation)	0	7 000	0
Total HOSPITALISATION	104		363 000
Total HOPITAL DE DISTRICT	162		1 478 000
Total Général	8 179		5 022 300

Arrêté la présente facture à la somme de : Cinq millions vingt deux mille deux cents (5022300) Francs CFA.

GESTIONNAIRE	PRESIDENT COGES	MEDECIN CHEF
MME. ACHROU FATOUMA ZARA	SODO ABOUBACAR	ABOUBACAR SANDOU ISSIAKOU

ANNEXE 5 : ILLUSTRATION DE L'ORGANISATION DU FONDS COMMUN SANTE⁷⁰



⁷⁰ Schéma à la date du 03/08/2018. Une réflexion est en cours pour améliorer l'organigramme très prochainement. La cellule « gratuité » pourrait être rattachée à la Conseillère de Gestion Projet.

ANNEXE 6 : PARCOURS DES FACTURES DE REMBOURSEMENT DE LA GRATUITE DES SOINS AU SEIN DU MSP, PUIS DU MF

	Temps mini indicatif	Temps maxi indicatif
Tous les mois, les 42 DS, 6 CHR, 6 maternités régionales, 4 structures nationales et 2 centres spécialisés, soit 59 structures de santé , émettent des factures de remboursement des prestations de soins gratuites et les envoient à la Division Financement de la DEP. Dans certains cas, il faut plusieurs rappels pour que les structures transmettent leurs factures.	-	-
La Division vérifie chaque facture, en enregistre la date et le montant et l'archive.		
A la date t_0 , le MF libère un crédit sur la ligne budgétaire Gratuité et en informe le Ministre de la Santé Publique.	-	-
Le Ministre de la Santé Publique décide des structures qui vont être bénéficiaires. Si les montants sont petits (< un milliard), ce sont plutôt les structures nationales qui sont retenues. Si les montants sont plus importants (par exemple 2 milliards), toutes les régions sont retenues. Il existe quelques petites exceptions où seulement une ou deux régions sont bénéficiaires : par exemple, le déplacement du Premier Ministre ou du Président de la République dans une région, une catastrophe naturelle localisée ou une épidémie.	1 jr	3 jrs
La Division Financement de la DEP effectue les opérations de répartition conformément aux instructions de la hiérarchie. Par exemple, sur les 2 milliards débloqués, 1,5 milliard est attribué aux DS. Ce montant est réparti au prorata du montant des factures archivées (c'est-à-dire non encore remboursées). La Division Financement de la DEP constitue des lots avec les factures archivées. Pour chaque bénéficiaire, elle constitue un lot de factures dont le total est à peu près équivalent au montant attribué. Ce sont généralement les factures les plus anciennes, mais pas systématiquement ; l'essentiel est de trouver dans les factures non encore remboursées de quoi s'approcher le plus près du montant attribué.	3 jrs	8 jrs
La DEP transmet par Bordereau d'envoi (signature du DEP ou de son intérimaire) les lots de factures à la DRFM.	1 jr	1 jr
La DRFM engage les montants des lots sur le logiciel du Ministère des Finances (MF) et envoie à la Division Comptabilité.	1 jr	1 jr
La Division Comptabilité vérifie la conformité de toutes les factures et leur corrélation avec les Etats de paiements des lots.	5 jrs	8 jrs
Le directeur de la DRFM signe les bons d'engagement, établit une décision de mandatement, puis envoie les lots à la Directrice Générale des Ressources du Ministère de la Santé Publique.	1 jr	1 jr
La Directrice Générale des Ressources vérifie encore la conformité des lots et	1jr	1 jr

appose son visa. Elle envoie ensuite l'ensemble au Secrétaire Général Adjoint (SGA) du MSP.		
Le SGA vise l'ensemble et transmet au Secrétaire Général (SG).	1 jr	1jr
Le SG vise l'ensemble. Quand le SG ou le SGA est absent, l'intérimaire est autorisé à signer pour celui qui est absent. L'ensemble est transmis au Cabinet du Ministre.		
Le Cabinet du Ministre vérifie, le Ministre signe et le Cabinet retransmet l'ensemble au secrétariat de la DRFM.	1 jr	1jr
Le Secrétariat de la DRFM enregistre et transmet les lots au Contrôle Financier.	1 jr	1 jr
Le Contrôleur Financier (CF) contrôle et signe. S'il découvre un ou des indices de non-conformité, il renvoie l'ensemble à la DRFM pour correction. Il y a à ce niveau un échange entre la DRFM et le CF jusqu'à ce que la totalité des lots et des documents d'accompagnement soient totalement satisfaisants.	3 jrs	10 jrs
L'ensemble est alors transmis à la Direction de la Comptabilité Financière pour saisie informatique sur un logiciel en relation avec celui de la Direction des Engagements au Ministère des Finances (MF). Cette saisie informatique est communiquée informatiquement au CF pour validation.	1 jr	2 jrs ⁷¹
Le lendemain de la validation électronique par le CF, les bordereaux de créances des bénéficiaires sont imprimés au MF.	1 jr	1 jr
L'assistant du CF va chercher les créances au MF et les enregistre dans son registre (papier) puis les transmet au Directeur de la DRFM.	1 jr	2 jrs
Le Directeur de la DRFM signe chaque créance et son service en fait la liquidation électronique, puis transmet les créances au CF.	1 jr	1 jr
Le CF signe chaque créance et en fait la liquidation électronique.	1 jr	1 jr
L'assistant du CF enregistre les créances signées par le DRFM et le CF et liquidées dans son registre (papier). Il envoie ensuite les créances à la DRFM.	1 jr	2 jrs
La Secrétaire de la DRFM enregistre les créances dans le cahier de transmission au MF, puis envoie ces créances au MF.	1 jr	2 jrs
L'ordonnateur national du budget, qui est le Ministre des Finances, procède à l'ordonnancement des factures (DOVA).		
Les factures ordonnancées sont transmises à la DGTCP pour paiement aux bénéficiaires.	25 jrs	47 jrs
La Direction Générale du Trésor et de la Comptabilité Publique (DGTCP) effectue les paiements aux bénéficiaires directement dans leurs comptes bancaires respectifs (en fonction des possibilités financières).		

Processus rapide indicatif : 25 jours ouvrés, soit 5 semaines.

Processus lent indicatif : 47 jours ouvrés, soit 9 semaines et 2 jours, soit 2 mois et demi.

Certaines factures peuvent être en attente de paiements (ou Reste à Payer / RAP) sur une longue période.

⁷¹ Parfois problèmes de connexion.

ANNEXE 7 : COMPOSITION DU COMITE TECHNIQUE (DE PILOTAGE EN FAIT) DE LA GRATUITE

Président : le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique ;

1^{er} Vice-Président : le Directeur Général du Budget/Ministère des Finances ;

2^{ème} Vice-Président : le Directeur Général de la Santé Publique ;

3^{ème} Vice-Président : le Directeur Général de la Santé de la Reproduction/MSP ;

4^{ème} Vice-Président : le Directeur Général des Ressources/MSP ;

1^{er} Rapporteur : le Directeur des Etudes et de la Programmation/MSP ;

2^{ème} Rapporteur : le Chef de la Division Financement/Direction des Etudes et de la Programmation/MSP ;

3^{ème} Rapporteur : le Point focal de la Gratuité des Soins de la DEP /MSP ;

Membres :

Un Conseiller de la Cellule Santé du Cabinet du Président de la République ;

Le Conseiller Principal en Santé du Premier Ministre ;

Un représentant de l'Inspection Générale des Services de Santé du MSP ;

La Directrice de l'Organisation des Soins/MSP ;

Un représentant du Ministère en charge de l'Intérieur ;

Un représentant du Ministère en charge de la Population ;

Le Chef de la Division Formations Sanitaires Publiques de la DOS/MSP ;

Tous les cadres de la Division Financement (DF)/DEP/MSP chargés de la mise en œuvre de la gratuité des soins ;

Deux représentants de la Direction des Ressources Financières et du Matériel (DRFM)/MSP ;

M. Boubacar Saley Chef Service Centre Comptable du Ministère des Finances ;

M. Kader Amadou de la Direction Générale du Trésor de la Comptabilité Publique (DGTCP)/ MF ;

M. Mani Mahamane Kaché Directeur de l'Ordonnancement, de la Vérification et de l'Apurement (DOVA)/MF ;

M. Roger Paul Boukou, premier Fondé à la Direction Générale du Trésor de la Comptabilité Publique (DGTCP)/ MF ;

Le Point focal de la Gratuité des soins à la Direction Générale du Trésor et de la Comptabilité Publique (DGTCP) /Ministère des Finances (MF) ;

Un représentant du Projet d'Appui Institutionnel/MSP ;

Un représentant de l'Agence Française de Développement (AFD) ;

Un représentant de l'UNICEF ;

Un représentant de l'UNFPA ;

Un représentant de l'OMS ;

Un représentant de Médecins du Monde ;

Un représentant de l'ONG Help ;

Un représentant de l'ONG Echo ;

Un Représentant de l'ONG Save The Children ;

Un représentant du Réseau des ONG et Associations du Secteur de la Santé du Niger ;

Un représentant du Laboratoire d'Etudes et Recherches sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL).

Article 4 :

Le Comité peut faire appel à toute personne physique ou morale dont il juge la contribution nécessaire à la bonne exécution de ses missions.

Chapitre III : Fonctionnement

Article 5 :

Le Comité se réunit sur convocation de son Président. Le Comité détermine les modalités de son fonctionnement.

Article 6 :

Les frais de fonctionnement du Comité sont à la charge du budget national.

Article 7 :

Le Comité présente périodiquement des rapports d'activités au Ministre de la Santé Publique.

Article 8 :

Sont abrogées, toutes dispositions antérieures contraires, notamment l'arrêté n° 0186/MSP/SG/DEP/DF du 12 juin 2014 portant création, missions, composition et

