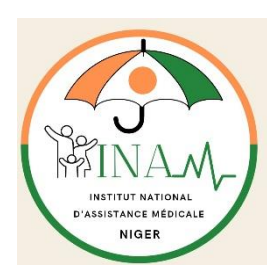




République du Niger
**Ministère de la Santé de la Population et des Affaires
Sociales**
Secrétariat General



Institut National d'Assistance Médicale

**Journée de réflexion en vue de la mise en place
d'un Fonds Commun Virtuel pour la gratuité**

Equipe INAM

Niamey le 15 Avril 2023



Rappel des objectifs et résultats attendus de la journée

2

Objectif

- Initier la mobilisation en vue de définir les bases techniques et administratives d'un FCV, articulant INAM et PTF, assurant l'effectivité de la gratuité des soins au Niger.

Résultats attendus

Au terme de la journée:

- Les contraintes, enjeux et modalités de la mise en place d'un FCV pour la gratuité des soins au Niger sont partagés et connus des parties prenantes
- Les orientations stratégiques et techniques essentielles/de base pour la mise en place du FCV sont identifiées et font l'objet d'un consensus associant les parties prenantes.
- Des groupes de travail pour définir les modalités de déploiement opérationnel de ces options consensuelles sont identifiés et engagent un travail selon une feuille de route définie.



PLAN DE PRÉSENTATION

1. Contexte et enjeux épidémiologiques spécifiques
2. Trajectoire et état des lieux de la gratuité des soins au Niger (2006-2022)
3. Reforme la politique de gratuité – le rôle central de l'INAM et ses premiers pas
4. Défis et perspectives de la gratuité des soins au Niger
5. Opportunité, défis et proposition de base de discussion pour la constitution d'un FCV
6. Modalités opérationnelles d'un FCV



PARTIE 1: CONTEXTES ET ENJEUX ÉPIDÉMIOLOGIQUES



Situation sanitaire: Croissance démographique et morbi-mortalités élevées, notamment des populations les plus précaires dont les besoins sont moins couverts...

5

- Des indicateurs sanitaires du Niger restent problématiques, caractérisés par une forte morbidité et mortalité qui hypothèquent les stratégies de développement du capital humain.
- **La morbi-mortalité touche beaucoup plus les populations les plus pauvres et les plus vulnérables .**

INDICATEUR	Moyenne nationale	Ménage a revenus bas	Ménage a revenus plus élevé
Retard de croissance (%)	43,20%	46%	34%
Insuffisance pondérale (%)	36,20%	40%	26%
Taux de mortalité des moins de 5 ans (/10000 NV)	122,6	151	73,2
Taux de prévalence de la contraception	10,00%	5%	23%
Vaccination complète (12-23 mois)	32,80%	24%	38%
Soins prénataux	37,30%	27%	50%
Assistance qualifiée à la naissance	43,70%	25%	85%



Accès aux soins: ... du fait de défis structurels et des barrières financières à l'accès aux soins

6

- ✓ **Faible financement de la santé:** 5,74% de la dépense publique (2019)
- ✓ **Couverture sanitaire faible et en progression lente** - 54,47% (2022),
- ✓ **Accès aux Soins de Santé Essentiels faible** : 37% en 2019 (OMS 2021)
- ✓ **Défi de la disponibilité et de l'accessibilité des Médicaments Essentiels Génériques** : 60,5 % en ville contre 49,5% en zone rurale
- ✓ **Barrières financière importantes:**
 - ❑ 43,68% dépense en santé supportée par les ménages (CNS 2021)
 - ❑ Moins de 4,5% de la pop bénéficie d'une protection sociale

L'importance du revenu /richesse dans les déterminants de recours et l'accès aux soins

Motif de renoncement aux soins	Moyenne nationale	Ménage faible revenu	Ménage revenus élevés
% Renoncement aux soins des raisons financières	14	20,7	7,4
% de renonciation aux soins en raison de la distance	2	2,8	0,7
% de renoncement aux soins dû à l'automédication	62,8	59,3	70,5

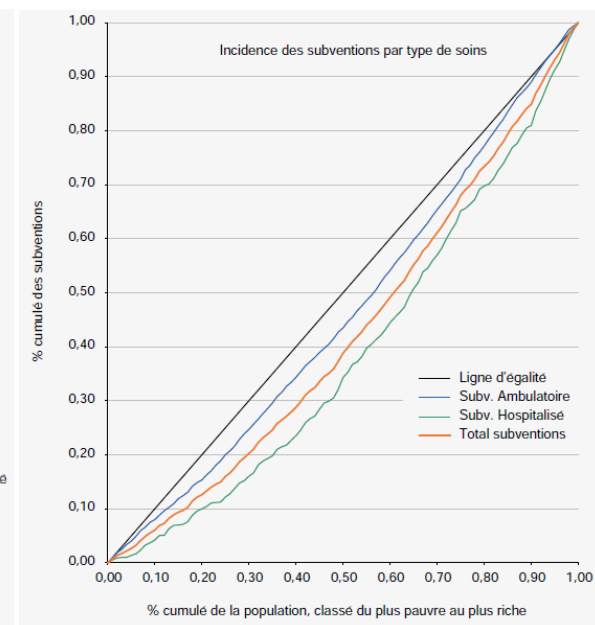
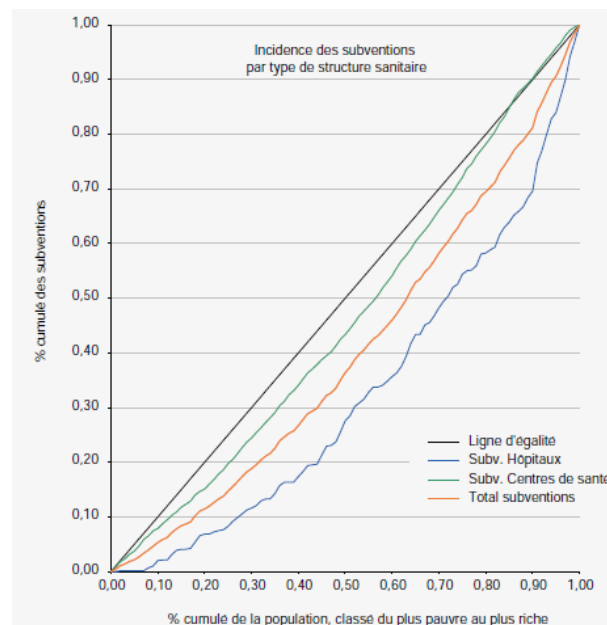


... d'un sous financement du secteur et une structure de financement qui favorise la médecine hospitalière et les classes aisées

7

- ❑ **Faible financement de la santé: 5,74% de la dépense publique (2019),**
- ❑ **Engagement du budget en appui aux structures selon une logique de subvention plutôt que d'achat stratégique**
- ❑ **Priorité donnée aux structures hospitalières** (par ex: 2018 subventions curatives sont allé à 44% dans les Hôpitaux et à 56% au niveau des structures périphériques)
- ❑ **Logique de financement qui favorise les ménages les plus riches**

Répartition de la subvention publique (2018)	Moyenne nationale	Quintile le plus bas	Quintile le plus élevé
Par type de structure			
Centre de santé	56	15,1	21,8
Hopital	44	6,8	41,7
Total	100	11,5	30,6
Par type de service			
Consultation externe	48,8	13,5	22,8
Hospitalisation	51,2	10	30,2
	100	12,5	26,6



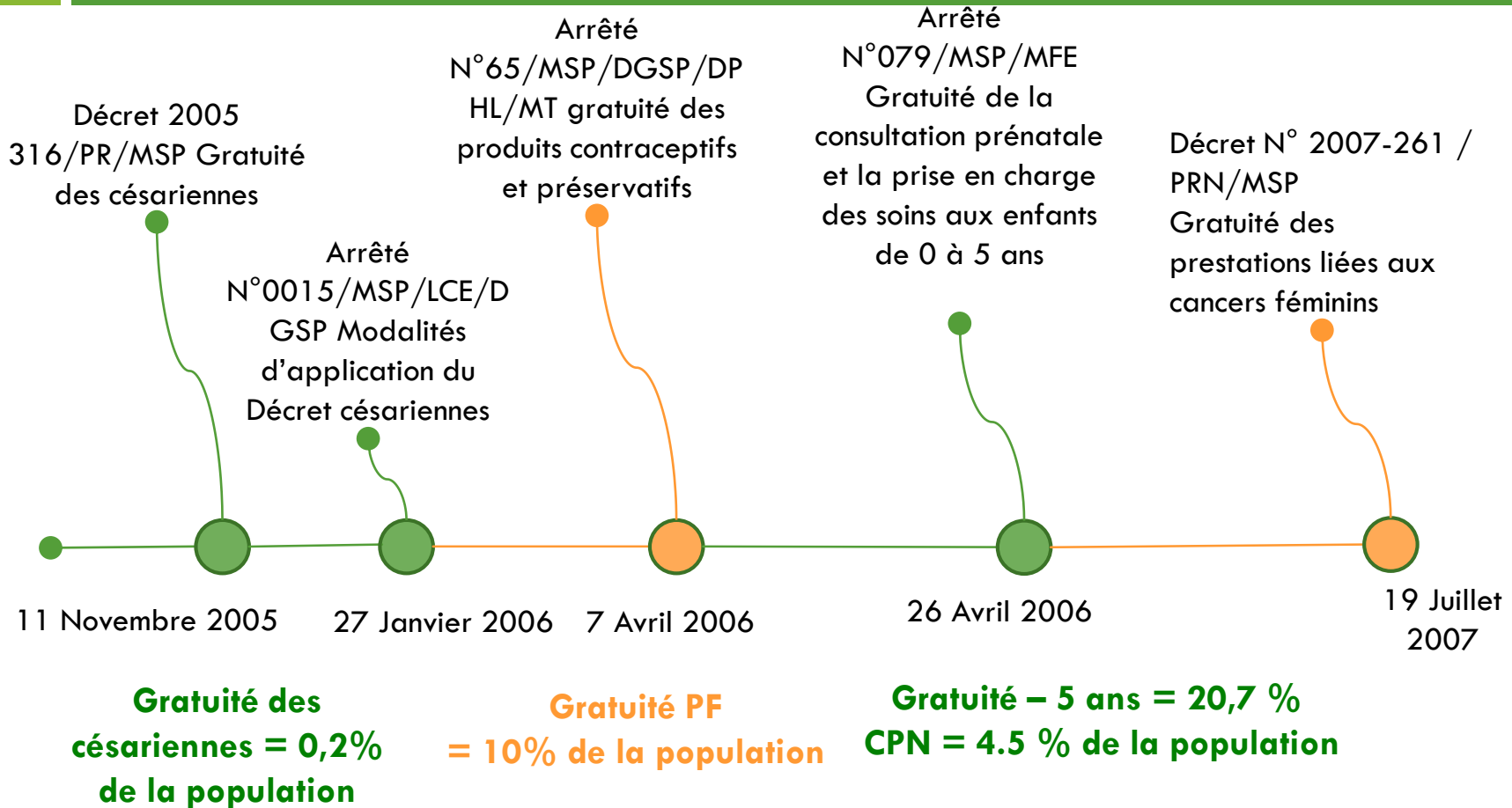


PARTIE 2: TRAJECTOIRE ET ETAT DES LIEUX DE LA GRATUITÉ DE SOINS AU NIGER



La politique de gratuité des soins : une ambition de favoriser l'accès aux soins des populations les plus à risque de mortalité

9



Environ 35% de la population doit bénéficier de prestations gratuites et Environ 21% devrait avoir accès à une prise en charge intégralement gratuite



La gratuité: un système fragile mais un droit pour les populations et un dispositif clef pour améliorer l'état de santé des nigériens

10

Gratuité des soins :

- ❑ Est perçue comme **un droit acquis par les populations**
- ❑ Constitue pour les plus hautes autorités du Niger un **dispositif clef pour redresser les indicateurs sanitaires** et **accélérer la marche vers la CSU** et **l'objectif 3,8,2 des ODD**.

Elle est une expression de

- ❑ La **Constitution du 25 novembre 2010** dont elle incarne les valeurs de justice sociale, de solidarité nationale et l'égalité dans l'accès aux droits fondamentaux notamment à la santé
- ❑ **Programme de Renaissance acte 3 du PR, du PDES et de la Déclaration de politique générale**, notamment l'engagement de renforcement de la protection sociale, de la réduction de la vulnérabilité, promotion et renforcement de la résilience des populations
- ❑ **PDSS 2022-2026**: dont l'INAM constitue une pierre angulaire des stratégies de redevabilité et de réforme du financement de la santé (Programme 1) et d'équité dans l'accès aux soins (programme 3)



La gratuité, un système pertinent mais fortement fragilisé

11

La politique de gratuité a initialement contribué à :

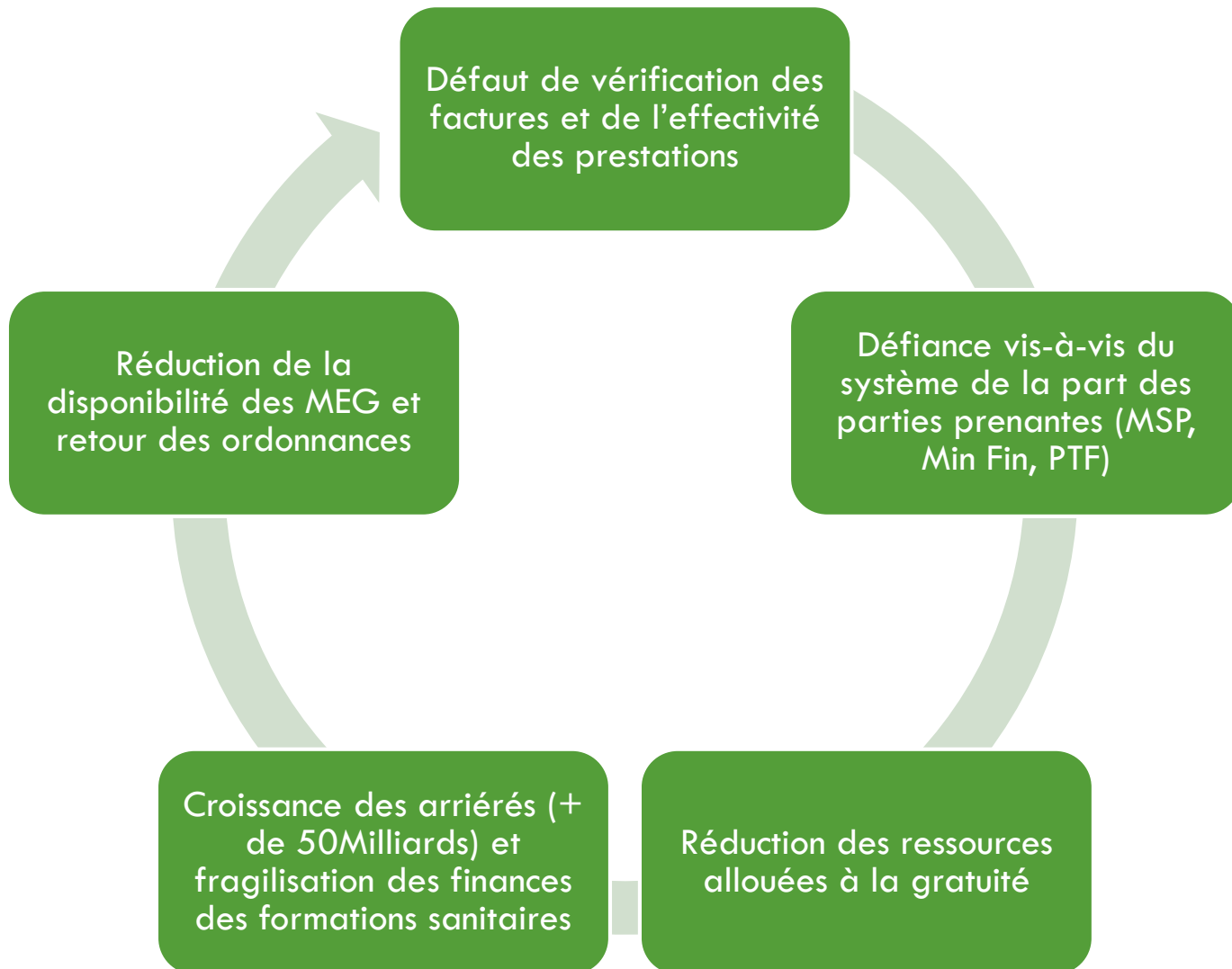
- Accroître le recours aux soins,
- Réduire les délais de recours aux soins,
- Réduire la mortalité,

Mais ces améliorations ont été temporaires du fait des limites de mise en œuvre de la politique.

Il ne faut pas disqualifier une bonne politique publique du fait de ses problèmes passés de mise en œuvre.

Un système fragile qui rentre dans un cercle vicieux de disfonctionnement

12





Un système de gratuité simple... mais des tarifs faibles

13

- ❑ Des tarifs qui datent de 1998,
- ❑ L'Etat est le tiers payant, et assure le paiement à la place du patient,
- ❑ Le remboursement se fait sur la base d'une tarification à l'épisode maladie,
- ❑ Le remboursement permet de reconstituer le stock de MEG
- ❑ Un système de remontée des factures qui doit permettre de rembourser rapidement les structures sanitaires

Structures de première ligne	Case de Santé	CSI
Enfants 0-5ans	250	500
Carnet de soins	100	100
PF	200	1 000
Carnet de santé enfant vu en CN	100	100
CPN	1 000	1 000
Carnet de santé FE vu lors de la CPN	100	100
MEO	2 100	2 100

Hôpitaux et maternités de référence	HD	CHR et CSME	HN et MN
Enfants 0-5ans en pédiatrie	5 000	10 000	15 000
Enfants 0-5ans en chirurgie	7 000	15 000	20 000
Enfants 0-5ans en Spécialisé		15 000	20 000
PF	1 000	1 000	1 000
Hospitalisation Enfant en Pédiatrie	10 000	25 000	30 000
Hospitalisation Enfant en Chirurgie	12 000	30 000	40 000
Hospitalisation Enfant en spécialisé		20 000	25 000
Soins Obstétricaux d'Urgence	5 000	6 000	6 000
Césarienne (GEU ; Rupture utérine)	35 000	50 000	80 000

Le défi de l'éclatement des gratuités et des modes d'appui-financement

14

- Des gratuités multiples:
 - De 2005-2006: Moins de 5 ans, CPN, Césarienne, PF, cancers féminins
 - De la vaccination,
 - Don du sang
 - Fistule, drepanocytose...
 - De la prise en charge en cas d'épidémie,
 - Du traitement et des examens pour la TB, VIH, Paludisme, malnutrition...
 - Subvention de certains traitements (Dialyses...)
 - Campagnes MNT
 - ...
- Des logiques de financements diverses:
 - En fonction des PTF pour la gratuité/FBR (fonds d'achat régional, dispositif départemental...)
 - Remboursement des actes,
 - Mise à disposition d'intrants et ressources financières pour couvrir les couts
- Des tarifs différents
 - Tarifs différents
 - Risque de double paiement (gratuités/FBR PTF + Etat, remboursement + donations...)
- Des sources de financement et ces circuits de remboursements particuliers



PARTIE 3: REFONDER LA POLITIQUE DE GRATUITÉ DES SOINS: LE RÔLE CENTRAL DE L'INAM ET SES PREMIERS PAS



Création de l'INAM et mission

16

Pour relever le défi de la réforme de la gratuité:

□ **Création de l'Institut National d'Assistance Médicale (INAM) : EPA**

par décret N°2021-786/PRN/MSP/P/AS du 23/09/2021, puis modifié et complété par le décret N°2023-036/PRN/MSP/P/AS du 12 janvier 2023

Décret N° 2023 -035/PRN/MSP/P/AS du 12 janvier 2023 portant approbation des Statuts de l'Institut National d'Assistance Médicale

- **Double tutelle du Min. des Finances et du MSP/P/AS**
- **Ancrage au SG du MSP/P/AS**
- **Autonomie de gestion – contrat d'objectifs et de moyens**
- - En charge de la gestion de la gratuité à compter du 1er janvier 2023
- - l'apurement et le solde des arriérés est confié à un comité interministériel MSP-Min Fin)

L'INAM a pour mission première:

« Mettre en œuvre les politiques, stratégies et réformes relatives au financement et à la gestion déléguée (...) de la gratuité des soins au profit des populations vulnérables du Niger »



Missions et objectifs de l'INAM

17

Objectifs :

- Développer une approche d'achat plus stratégique en vue d'accélérer la marche vers la CSU
- Contribuer à la protection de la population contre les risques financiers liés à la maladie
- Assurer l'accessibilité financière aux soins de qualité à tous, et en priorité aux plus vulnérables

Dans ce cadre l'INAM a un double objectifs

En matière d'assistance médicale (Art.5)

- « Mettre en œuvre une **gestion professionnelle et moderne de la gratuité des soins**
- Assurer le conventionnement des formations sanitaires, publiques et privées,
- **S'assurer de l'amélioration continue de la qualité des soins et du respect de la tarification des prestations,**
- **Mettre en place un mécanisme de suivi-évaluation et de reporting technique et financier** des consommations médicales et de leurs couts
- Exercer toutes autres missions confiées par l'Etat et/ou les collectivités dans le domaine de l'assistance médicale. »

En matière d'assurance (Art.12)

- « **Gestion de l'assurance maladie, à titre transitoire** »



Une mission ambitieuse pour un EPA jeunes disposant pour le moment de moyens limités 2023

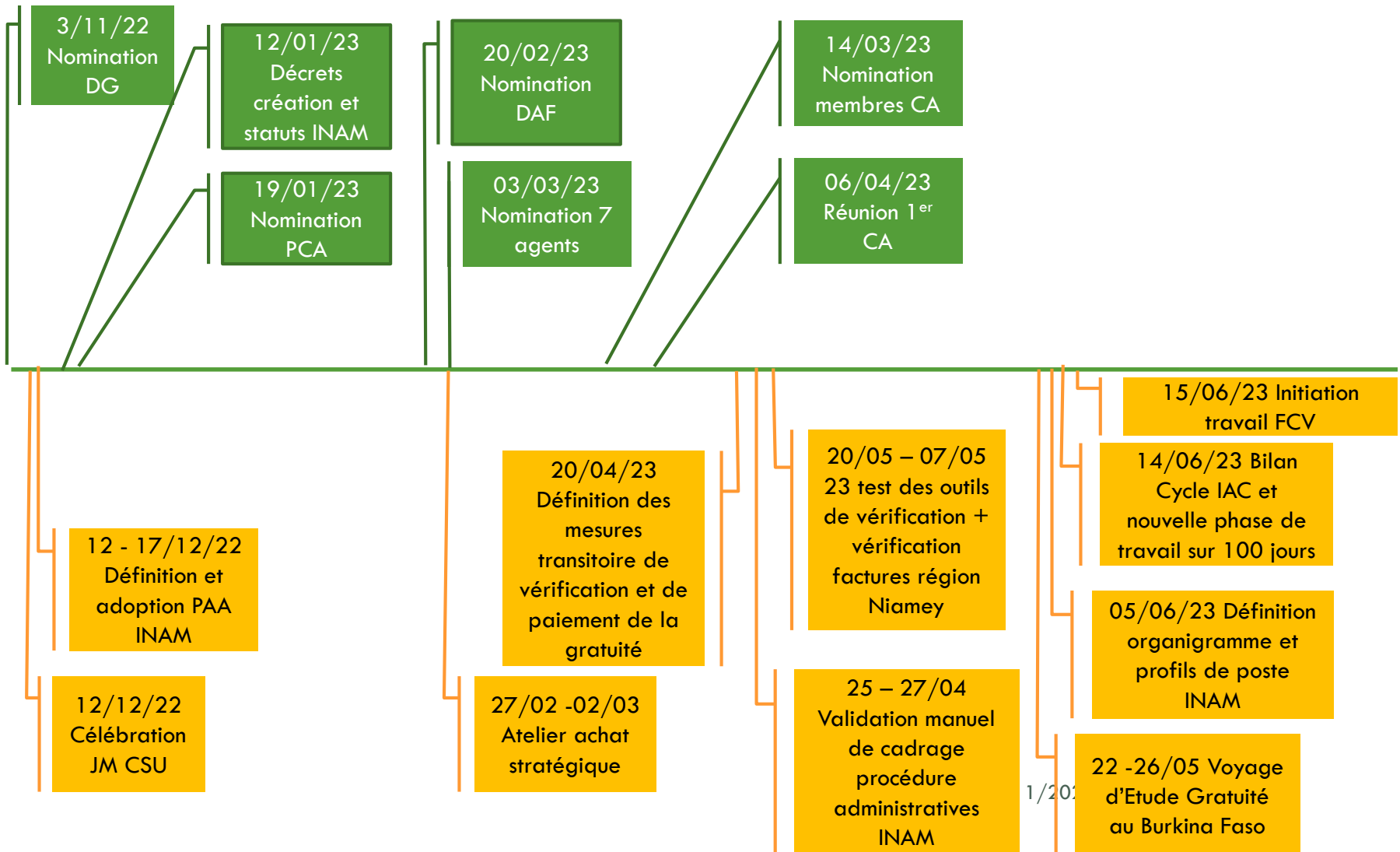
18

- **Budget de fonctionnement 250 millions (sur 500 millions requis) :**
 - Installation de l'INAM
 - Mise en place d'un dispositif professionnel de gestion des factures
 - Développement d'un contrôle, d'une vérification efficace et sécurisée
 - mise a disposition de ressources humaines qualifiées en nombre suffisant pour couvrir a temps le pays
- **Budget de la gratuité 2,5 Milliards CFA (sur 7,7 milliards requis),** ce qui ne couvre pas les remboursements des régions de Zinder et de Tahoua



Une opérationnalisation progressive de l'INAM

19





PARTIE 4: DÉFIS ET PERSPECTIVES DE LA GRATUITÉ DES SOINS AU NIGER

Défis

- Effectivité des ressources : Favoriser la disponibilité des médicaments, des supports et des données en vu:
- Assurer une vérification de l'effectivité des prestations
- Assurer l'effectivité et la rapidité des remboursements des prestations vérifiées



Solutions en discussion, sur base des bonnes pratiques :

Opérer le remboursement via :

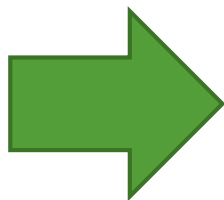
- Pré positionnement des fonds de la gratuité sur base de l'activité attendue des Formations Sanitaires,
- Conditionnement des vérifications et remboursements au remplissage du SNIS et des données de disponibilité des MEG
- Facturation et vérification selon une logique de forfait à la consultation + remboursement des MEG sur base des prescriptions effectivement délivrées
- séparation stricte des fonctions de prestation, de vérification et de paiement.

Défis et solutions en perspective: mobiliser les financements publics et des PTF et aligner les procédures

22

Défis

- Mobiliser les fonds publics de manière continue et croissante
- Relever le défi de la diversité des appuis et de l'éclatement des financements de la gratuité



Solutions en discussion

- Plaidoyer pour le collectif budgétaire 2023 (+1,1 M) et une allocation suffisante (7,5M) et sanctuarisée pour la LF 2024 (Journée parlementaire)
- Mise en place d'un Fonds Commun Virtuel avec les PTF actifs dans la gratuité (ENABEL, KFW, WB) : unicité des paniers, des tarifs, des modes de vérification et de facturation

Défis et solutions en perspective: révisions des tarifs et du panier de soins

23

Défis

- Une tarification qui ne correspond plus aux couts
- Le défi de la prise en compte des autres gratuités (fistules, IR, drépanocytose , indigents, handicapés....)



Solutions en discussion

- Révision des tarifs sur la base de l'outil d'analyse de la structure des couts des soins et des financements
- Revue / extension progressive, sur base des priorités de santé publique, du périmètre du panier de soin en intégrant les autres gratuités dan le cadre du INAM/ et comptes natinuax de la santé



**PARTIE 5: UN FONDS COMMUN VIRTUEL:
UN DISPOSITIF ESSENTIEL POUR RELEVER
LES DÉFIS DE LA GRATUITÉ AU NIGER**

-

BESOIN, OPPORTUNITÉS ET DÉFIS



Un défi central: Mobiliser plus de moyens de l'Etat et les articuler ceux des PTF

25

	MONTANT A PAYER 2023	MONTANT A PAYER 2024
Agadez	185 559 803	347 850 406
Diffa	205 471 965	385 177 745
Dosso	814 284 264	1 526 457 281
Maradi	1 360 228 965	2 549 885 218
Tahoua	1 319 308 350	2 473 175 434
Tillabéry	1 057 554 034	1 982 490 793
Zinder	1 448 433 992	2 715 234 362
Niamey	899 955 095	1 687 055 822
TOTAL "à rembourser"	7 290 796 469	13 667 327 061
Verification (10%)	729 079 647	1 366 732 706
Montant mobilisé auprès des PTF (FCV)	3 866 216 992	7 247 610 373
Total "gratuité" à financer	3 642 026 540	7 786 449 394

Demande à l'Etat

1 142 026 540

7 786 449 394

Collectif budgétaire

LF 2024



Retour le cout et les besoins de financement pour la gratuité

26

Différentes évaluations du cout de la gratuité

- Montants variables (x2 à x4) sur base des couts de production (2016 et 2018)
- Sur base des tarifs, montants convergents d'environ 8 milliards:
 - Cout de la gratuité estimé sur base des factures (note de plaidoyer 2022)
 - Cout sur base d'hypothèse

Possibilité d'analyse plus fine,

- A court terme, sur base données DHIS2 / annuaire statistique (**à faire**),
- A moyen terme, via étude actuarielle et outil d'analyse des couts des soins (DEP)

Mode d'estimation:

- **Cout total gratuité 2024:** Effectifs attendus (+ 30 % hausse consultation effectivité de la gratuité et dispo de ME + 3% croissance de la population) x tarifs remboursés à l'épisode maladie (+40% tarif revu) = (hors cancers) **13,6M**

Ressources « gratuité » mobilisées par les PTF:

- ENABEL: 3 DSs de Dosso & Tillaberi
- KFW: Region de Tillaberi
- Banque Mondiale: Régions de Maradi et Zinder

= 7,25 M

Ressources demandée à l'Etat: = 7,7M soit 5,4M (gratuité) + 1,2 M (vérification /fctt INAM – 10% cohérent avec budget BF)



Articuler et aligner les ressources de l'Etat et des PTF: le FCV, un dispositif central

27

FCV: Idée/recommandation de l'atelier sur l'achat stratégique (Fev-Mars 23)

- Intérêt des PTF, avec motivations différentes
- Proposition de cadre proposé par l'INAM sur base :
 - De l'idée et des principes du FCV déployé au Burundi pour gratuité et FBR
 - Des choix opérés dans la gestion de la gratuité au Burkina Faso (atelier + voyage d'étude)
 - à adapter au contexte nigérien

Alignement à construire:

- Alignement du panier de soins de base
- Des tarifs de base pour le remboursement
- Du mode de facturation
- Le mode de vérification et le modèle de gestion basé sur les risques
- Le circuit de validation des factures et de paiement



PARTIE 6: MODALITÉS OPÉRATIONNELLES DE FONCTIONNEMENT D'UN FCV

-

PROPOSITIONS ET DISCUSSIONS



Défis 1 et 2: Alignement du panier de soins de base & des tarifs

29

Constat et pratiques différentes en fonction des PTF:

- Périmètre variable :
 - Soins
 - Structures appuyées
- Tarifs différents et souvent supérieurs à ceux de la gratuité

Proposition INAM / base de discussion-travail:

- Panier de soins à minima:
 - Sur le périmètre des gratuits de 2005-2006 avec extension possible
 - Sur les tarifs fixés (actuels et revus fin 2023/début 2024)
- Structures ciblées sur l'ensemble des structures ciblées par les gratuits de 2005-2006
 - Publiques
 - CS + CSI + HD + CHR et CSME + HN (ReCo?)
- Combinaison des ressources additionnelles des projets dans le cadre du FBR qui devient bien un top-up



Défi 3 : Aligner le mode de facturation

30

Facturation

- A l'épisode maladie et
- À l'acte

Défis:

- Disponibilité non effective de:
 - MEG
 - Supports de gestion
- Vérification difficile/impossible de l'effectivité + remboursement de produits prescrits mais non fournis
- Difficulté à intégrer/valoriser des appui en nature (leçon de la vérification NIAMEY et MIG)

Proposition INAM / base de discussion pour FCV:

- **A court terme** (jusqu'à avant fin 2023) - **Maintien de la tarification forfaitaire mais remboursement différencié MEG /fonctionnement** (cf. slide remboursement)
- **A moyen terme** (fin 2023-debut 2024) - **Passage d'un tarif à l'épisode maladie à une tarification éclaté**
 - Forfaitaire consultation/acte +
 - Cout médicament prescrit et délivré sur base d'une tarification harmonisée (cf. grille prix BF)



Défi 4: Aligner le mode de vérification et le modèle de gestion basée sur les risques

31

Constat et pratiques différentes en fonction des

PTF:

- Vérification quantité et qualité,
- Fréquence des vérifications variables
- Type de vérification et de vérificateur variable

Coût global élevé et dispositif assez lourd et complexe à déployer à large échelle

MSP:

Pas de vérification, premières vérifications effectuées par équipe INAM et MSP, en Mai à Niamey et Juin à MIG

Proposition INAM / base de discussion pour FCV:

- **Vérification quantité** (actes + effectivité dispo des MEG/intrants (moustiquaire...) et leur origine (ONPPC) + à terme une logique d'accréditation des structures et tarif différencié selon qualité)
- **Conditionner vérification à envoi des factures + remplissage du DHIS2 et du RUMEG/SIGL** (Leçons des vérifications (Ny et MIG))
- **Séparer la fonction de vérification et de paiement** (confiée à des ONG) qui pourront opérer une vérification conjointe dans les ds appuyés par des PTF
- **Fréquence vérification fonction du risque** (algorithme :montant des factures (hôpitaux +++)* discordance des données (DHIS2/SIGL/Facture) * historiques risques/erreurs)
- En parallèle, pilote et test d'une feuille patient numérisée pour simplifier



Défi 5: Définir un circuit unique de validation des factures et de paiement

32

Constat et pratiques différentes en fonction des zones:

PTF

- Système de validation des paiements et de paiement au niveau des DS et Regions en fonction des approches des PTF,
- remboursement sur les comptes des structures
- Poursuite de la facturation a destination du MSP dans les zones appuyés par les PTF
- Système de remboursement conditionné par circuit lourd et complexe (dispo de tresorerie) au niveau de l'Etat

Proposition INAM / base de discussion pour FCV:

- **Mesure transitoire (INAM):**
Prépositionnement d'un montant forfaitaire (trimestriel?) calculé sur base de l'activité (DHIS2 ou facture) réajusté au fil des vérifications (avec possibilité de redressement sur période longue, pas uniquement sur dernier trimestre)
- Initialement, et jusqu'à amélioration de la disponibilité du MEG: **remboursement éclaté : 20/30% aux FS sur leur compte et 70 à 80% sous forme de ligne de crédit « MEG gratuité » des FS à l'ONPPC** pour renforcer la disponibilité des MEG et assurer leur qualité et prix
- **Facture validées sont centralisées par INAM et payées directement ou transmises en fonction des régions aux PTF pour paiement**



Cadre et organisation de la gouvernance d'un FCV

33

Passage en revue des contraintes des PTF pour s'inscrire dans le cadre d'un FCV:

- Contraintes administratives
- Contraintes financières (possibilité remboursement de la gratuité, de la vérification, de l'INAM?)

Proposition d'éléments de fonctionnement d'un FCV

- Composition du CA
- Composition du CoPil
- Conditions d'adhésion / fonctionnement (répartition géographique? Par pathologie?)
- Place des contributeurs « in kind » à la gratuité

Communication: mise en place d'un tableau de bord + bulletin d'information « gratuités » (modele BF)



MERCI
AIDER NOUS A TRADUIRE LA VOLONTÉ
POLITIQUE EN FAVEUR DE LA GRATUITÉ EN
UN ENGAGEMENT NATIONAL.