



***Equité par rapport à
la couverture
assurance maladie***

Pascal Ndiaye, CT-PMS/CIDR



Centre International de
Développement et de Recherche
Programme des Mutuelles de
Santé au Tchad



Ce que nous allons considérer



- Tentative de définition et cadre d'analyse de l'équité en termes de couverture
 - Champs d'application de l'équité dans la CSU – dimensions, cadre d'analyse
- Équité en couverture
 - Couverture des risques
 - Couverture de la population
- Options pour attaquer l'iniquité en termes d'assurance
- Considérations pour l'action



Tentative de définition et
cadre d'analyse de l'équité
en termes de couverture

+ Équité : de quoi parle-t-on ?

- On distingue généralement deux notions d'équité :
 - l'équité horizontale qui préconise des soins égaux à besoins égaux, et
 - l'équité verticale qui recommande plus de soins pour ceux dont les besoins sont plus grands
- L'équité est à distinguer de l'égalité
 - Inégalités de santé
 - Désignent les écarts, variations et disparités en santé liés à des éléments non modifiables (ex: génétique, âge) ou des facteurs modifiables (choix personnels, organisation sociale, accès aux soins de santé...)
 - Iniquités de santé: inégalités jugées évitables et injustes, et par conséquent non équitables - Kawachi et coll. (2002); Whitehead (2008)
 - Distribution inégale des ressources pour que l'équité se réalise dans un contexte d'inégalité



Une certitude : une question de justice sociale & application du 'droit à la santé'



- Définition de la Société internationale pour l'équité en santé (La Havane, 2000)
 - « L'équité en santé est l'absence de différences systématiques et potentiellement remédiables dans un ou plusieurs aspects de santé à travers les populations ou groupes de populations définis socialement, économiquement, démographiquement, ou géographiquement ».

- Trois caractéristiques de l'inégalité - Whitehead (1990)
 - Elles sont systematiques, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas aléatoires mais suivent plutôt un schéma social consistant,
 - Elles sont produites socialement et non le résultat de facteurs biologiques ou génétiques;
 - Elles sont largement perçues comme injustes et **inéquitables**



+

Champs d'application



Une notion du cadrage de la CSU : dispositifs régaliens



- Reprise dans les dispositifs normatifs et réglementaires
 - Cadres internationaux 'droit à la santé' (Déclaration, Conventions, Résolutions, Recommandations ...)
 - La Résolution A/67/L.36 des Nations Unies sur la Couverture Sanitaire Universelle³⁵ (2012)
 - Dispositifs régionaux et communautaires (règlements, conventions, chartes...)
 - Règlement UEMOA Règlement de l'UEMOA n°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA
- Dispositifs nationaux : loi, décret, etc.
 - La CMU repose principalement sur la solidarité nationale à travers la mutualisation du risque maladie et **l'équité d'accès** aux soins sans discrimination liée à l'âge, au sexe, à la religion, zone de résidence, aux antécédents pathologique



Une notion du cadrage de la CSU : documents stratégiques



- Mais aussi dans les documents stratégiques et programmatiques
 - Stratégies de réduction de la pauvreté (DSRP),
 - Plans nationaux de développement sanitaire (PNDS)
 - Stratégies nationales de développement Economique et Sociale (SNDES)

- Documents stratégiques spécifiques → notamment ceux pour l'extension de la couverture
 - Bénin : Plan Stratégique de Développement Des Mutuelles de Santé 2009-2013.
 - Burkina Faso : plan de communication du projet assurance maladie ; Stratégie et plan de communication du projet assurance maladie au BKF
 - Sénégal : Stratégie Nationale D'extension de La Couverture Du Risque Maladie ; Plan national d'information et de communication sur la CMU – 2013 ; PA des ONG dans la mise en œuvre de la CMU 2015 ;
 - Mali stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé au Mali – 2010.

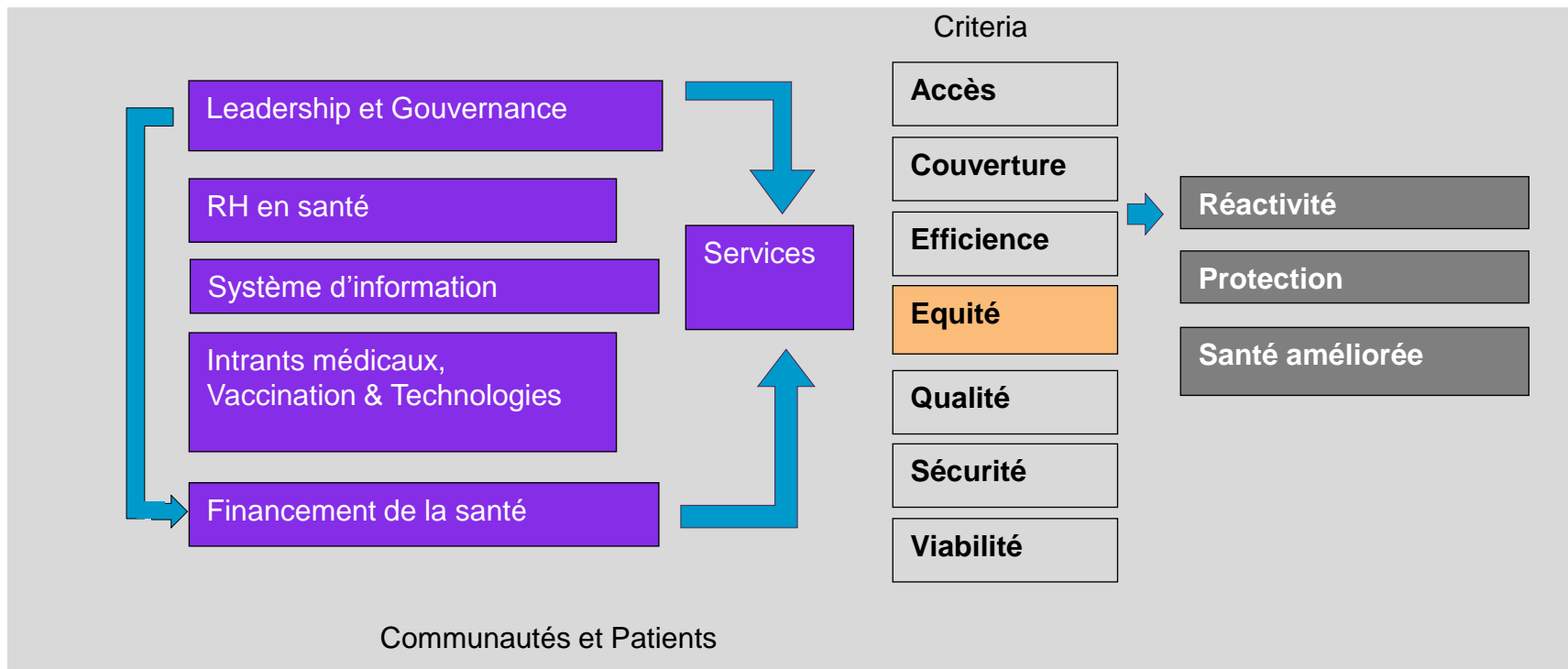
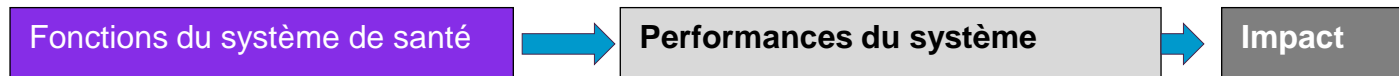


Une notion du cadrage de la CSU : dispositifs opérationnels et rôle des acteurs



- Et encore dans les dispositifs opérationnels et architectures de CSU
 - Dans la tutelle
 - Gouvernance
 - Tutelle technique (définition des paramètres)
 - contrôle de la qualité
 - Dans l'ingénierie (gestion des risques)
 - Dans le financement (mobilisation des ressources)

+ L'équité dans le système de santé

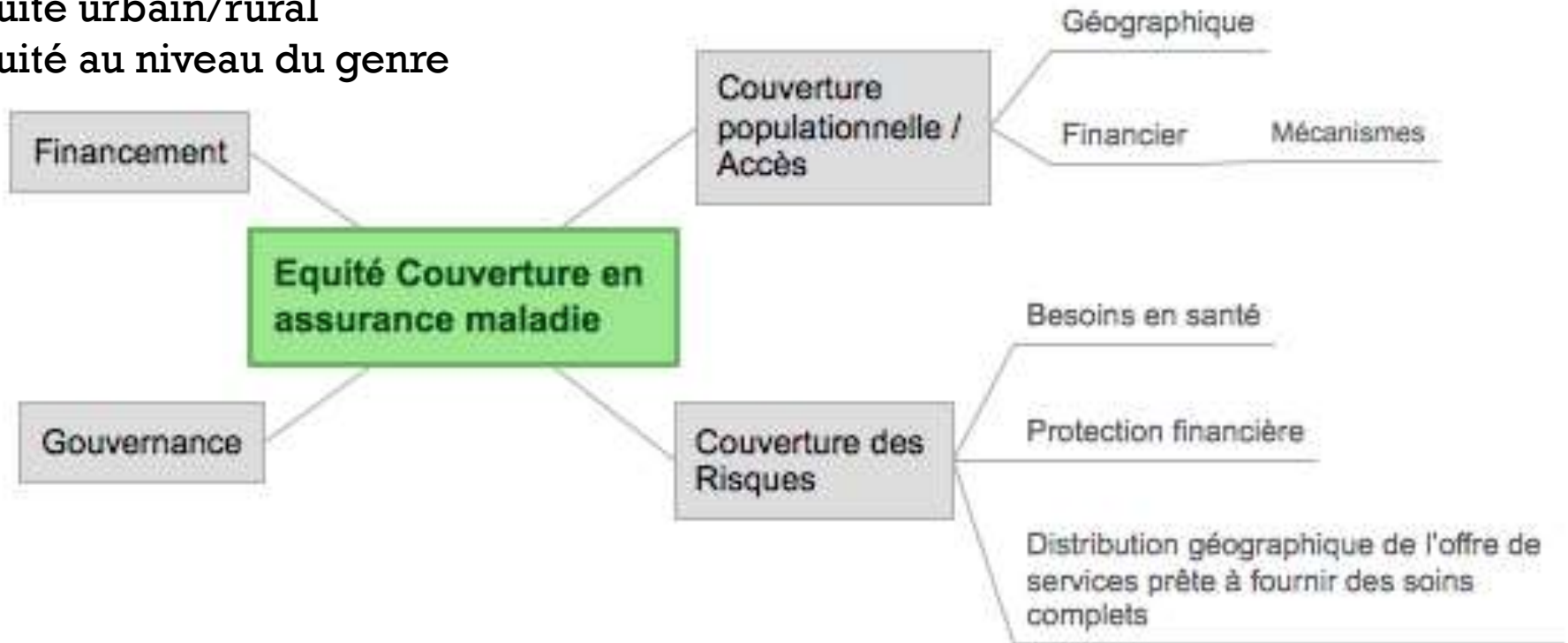





Cadre d'analyse de l'équité en termes de couverture



- Équité au niveau géographique.
- Équité au niveau socio-économique
- Équité urbain/rural
- Équité au niveau du genre





+ Équité en couverture des
risques et de la population

+ Assuré ou non – Où se joue le match ?

- Le principal mode d'estimation de l'équité est le niveau de couverture par un mécanisme de prévoyance et de prise en charge du risque maladie :

L'assurance maladie





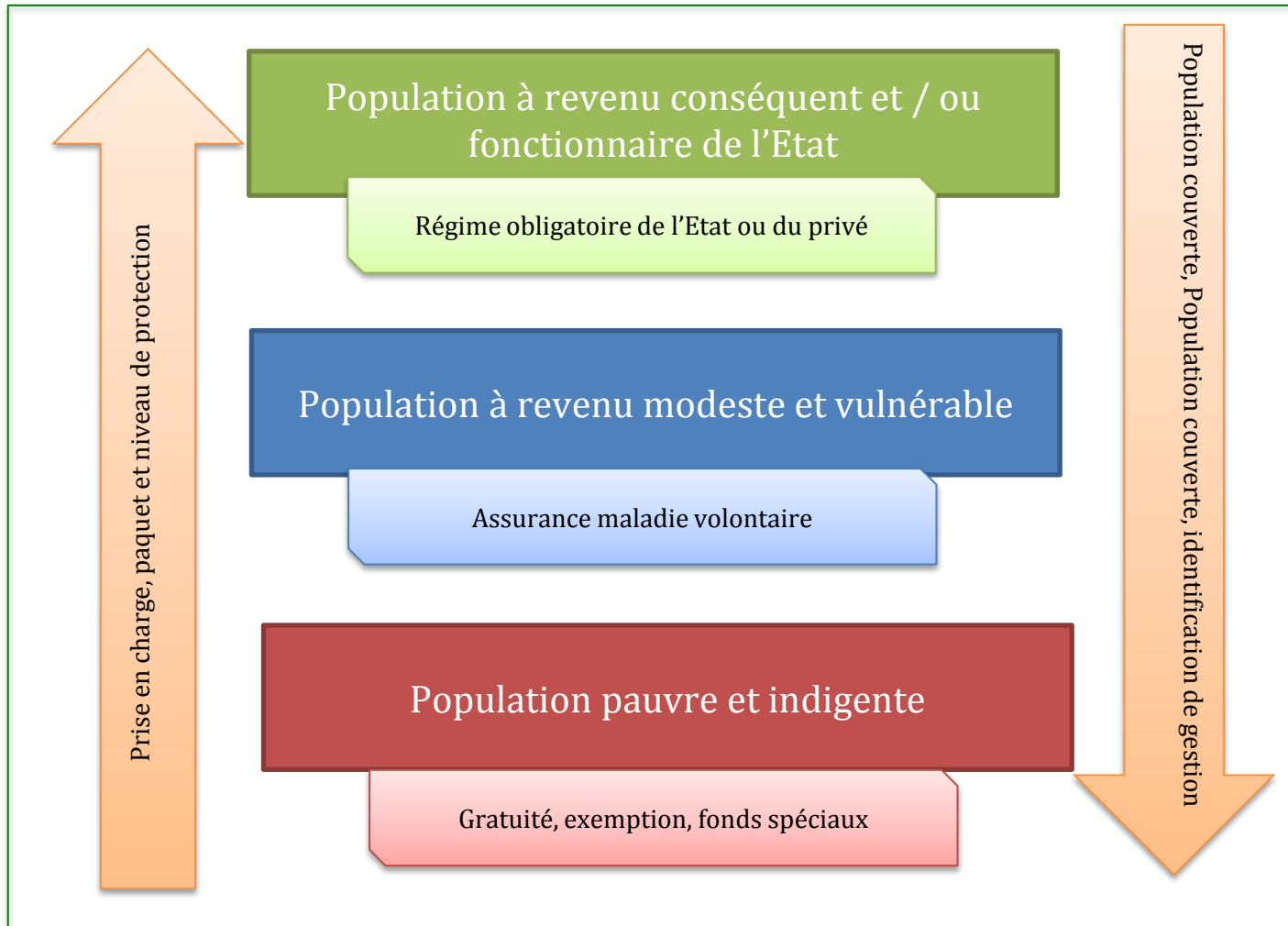
Contexte dans les PVD : Similarités des dispositifs d'assurance maladie



- Similarité des dispositifs dans les différents pays
 - Plusieurs dispositifs de prise en charge des soins de santé de la population
- Organisation en régimes financés par divers acteurs (selon agent payeur ou gestionnaire)
 - Un régime général et obligatoire de sécurité sociale (CSS)
 - Un régime des salariés du secteur privé et autres travailleurs assimilés géré par soit le régime général, des institutions spécialisées (IPM au Sénégal) ou des prestataires privés ;
 - Un régime privé et mutualiste financé presque exclusivement par le membre : privé à but lucratif (police d'assurance choisie) et privé de type mutualiste (paquet sur décision des membres suivant leur besoin et capacité à le payer.
 - Régimes spéciaux d'assistance, d'exemption pour groupes sociaux, gérés par des organes délégués ou contractés par l'Etat et financés principalement par l'Etat, et l'aide extérieur.



Couverture populationnelle : Fragmentation des mécanismes et iniquité dans l'accès





Couverture du risque : déterminant financier dans la prise en charge



■ Les Régimes contributifs

- Institutions de sécurité sociales organisées par l'état ou le secteur privé, les assurances maladies privées (y compris les mutuelles de santé) et les autres initiatives communautaires d'assistance mutuelle.

■ Les régimes non contributifs

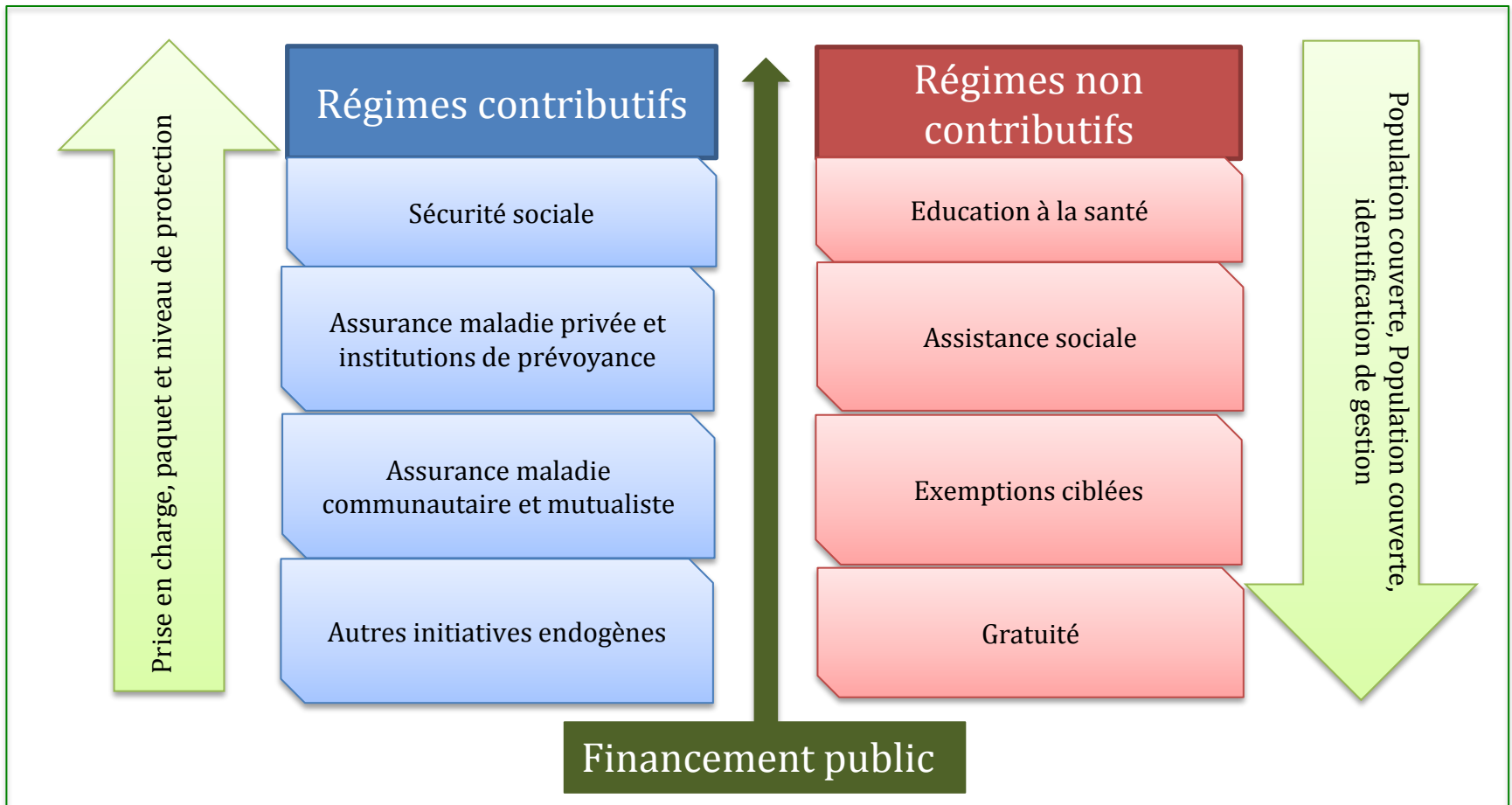
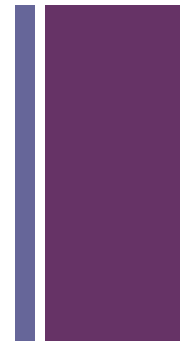
- Mécanismes de prise en charge gratuite ou subvention et ciblée sur un groupe de population (femmes, enfants, personnes âgées), une pathologie (diabète, VIH/SIDA, tuberculose, etc.) ou un état physique comme les handicapés.

Paniers de soins

Régimes	Paniers de soins	
Régime obligatoire des agents de l'Etat	Consultations médicales Examens paramédicales Accouchements Médicament en mutuelle complémentaire	Césariennes Hospitalisation Chirurgie Soins dentaires
Régime obligatoire (IPM)	Consultations médicales Examens paramédicales Accouchements Césariennes Hospitalisation	Chirurgie Soins dentaires Médicaments génériques et de spécialité Lunetteries
Régime Volontaire mutualiste	Paquet de base au niveau poste et centre de santé: Consultations médicales Examens paramédicales Accouchements simple Hospitalisation Chirurgie Soins dentaires Médicaments génériques Petite chirurgie	
Régime d'assistance médicale (les politiques de gratuité)	Consultations médicales Examens paramédicales Accouchements Césariennes Hospitalisation Chirurgie Soins dentaires	



Contexte dans les PVD : Fragmentation des mécanismes et iniquité du financement





Contexte dans les PVD : le paradoxe



- Niveau de prise en charge et de protection est encore inversement proportionnel à la population couverte.
- Tendance paradoxale entre les populations aux besoins de protection plus élevés du fait de leur situation économique, comparées aux populations économiquement instables.
- L'effort de l'Etat en matière de financement est plus fort pour les groupes du secteur formel, comparé aux groupes non formels.



+ Options pour attaquer l'iniquité
en termes d'accès : un défi pour
la CSU

+ Discussion de trois options

- Via un mécanisme contributif : les mutuelles de santé
- Via un mécanisme non contributif : fonds d'indigence
- Via une combinaison des deux : mutuelles et fonds d'équité



+ Option 1 : contribution potentielle des mutuelles



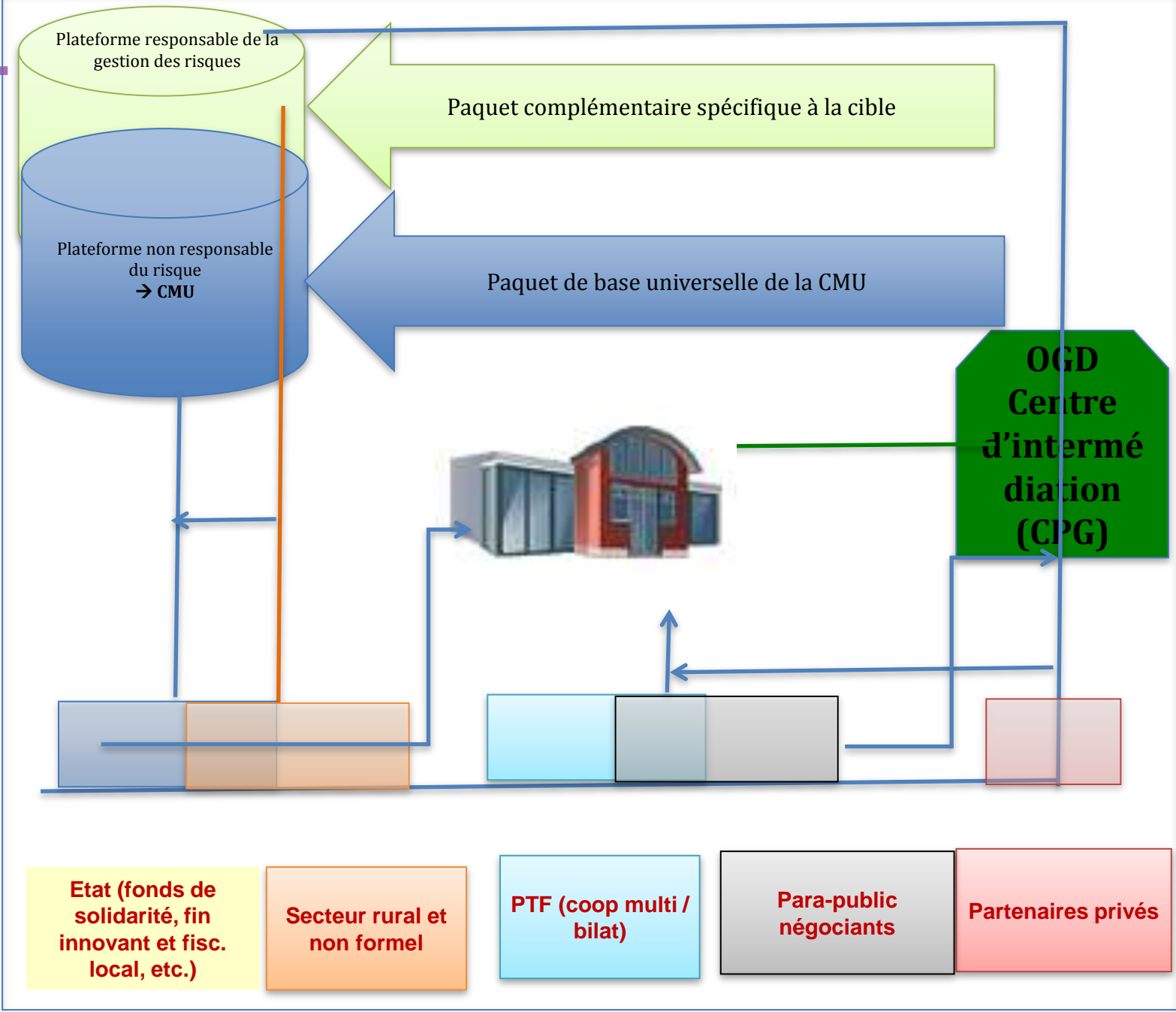
- Ce qui est connu des mutuelles
 - Elles constituent un mécanisme pertinent pour atteindre des populations exclues des mécanismes classiques d'assurance et plusieurs pays en font un pilier important de leur stratégie CSU
 - Elles sont ancrées localement et génèrent un capital social dans la communauté d'implémentation
 - Elles ont de la peine à offrir une garantie et un niveau de protection élevé du fait du niveau de contribution et de son caractère volontaire
- **Elles constituent un mécanisme incontournable et un pas important vers la CSU**
 - Les CSU en Afrique doivent éviter de monter des systèmes centraux
 - Dans un contexte de faiblesse du niveau de confiance des populations lorsque non impliquées dans les instances
 - L'information sur la population n'est pas encore 'maîtrisée' et complète – revenu, capacité, activité

+ Option 1 : contribution potentielle des mutuelles

Elargir le paquet de base et protéger des populations vulnérables

- Option pour appuyer les mutuelles à développer leur potentiel
 - Les Etats subventionnent à 50% les cotisations des mutualistes pour élargir le paquet jusqu'au niveau hospitalier
 - Au Mali cette subvention est remise aux mutuelles de base
 - Au Sénégal à l'union départementale (possibilité d'offres complémentaires)
 - Etats et coopération appuient les structures d'intermédiation qui ne peuvent être financées par les contributions de la cible





+ Option 2 : Fonds d'Équité



Quid des plus pauvres ?

- Une agence paie les soins pour les patients pauvres. Ce système est souvent mis en place au niveau des hôpitaux.
 - Ex. Nord Kivu, Cambodge, Mali. Niger (Zakat national)
- Le bénéficiaire du paiement est souvent la structure de santé, parfois le patient.
- Le résultat est la prise en charge effective d'un patient pauvre dans un hôpital

+ Option 2 : Fonds d'équité / indigence

- Un choix stratégique important pour les décideurs est de savoir s'il faudrait allouer les ressources additionnelles aux plus pauvres ou plutôt à l'ensemble de la population.
- Deux approches sont généralement utilisées dans le ciblage: le ciblage individuel et le ciblage catégoriel.
 - Le ciblage des pauvres se fait en mettant à leur disposition des biens, des services, du cash, des exemptions, ou des bons. **S'applique généralement à une catégorie sans moyen de contribution**
 - Les ressources disponibles et la capacité institutionnelle pour la mise en place du ciblage sont essentiels pour la réussite du ciblage
 - Le ciblage catégoriel peut être basé sur les critères économiques des corps de métier (filères) - **S'applique généralement à une catégorie avec un moyen limité de contribution – subvention pour le relever**

+ Option 3 : combinaison

■ Différences Mutuelles – Fonds d'Équité

	Mutuelles	Fonds d'Équité
Population cible	Population	Les plus pauvres
Philosophie	Partage du risque Représentativité	Équité accès aux soins Lobbying droit des pauvres
Objectifs	↗ accès aux soins Protect° contre pauvreté Droits des utilisateurs	↗ accès aux soins Protect° contre destitution Droits des plus pauvres
Identification	Volontaire	Par le Fonds
Contribution	Prime	Par le Fonds (subside)
Prestataire	Contractualisation Payer les services utilisés	Contractualisation Payer les services utilisés



+

Considérations pour l'action



Quques questions préliminaires à l'action



- Comprendre la nature, l'étendue et les causes des inégalités en santé et les implications pour la couverture universelle
 - Quelle est la nature et l'étendue des disparités dans le pays?
 - Comment ces disparités affectent les différent groups sociaux et les différentes régions du Tchad?
 - Quelles sont les tendances récentes en termes d'accès aux services et de résultants de santé entre groups sociaux et régions du pays?
 - Quelles sont les causes sous-jacentes et structurelles des disparités observées?
 - Dans quelle mesure l'environnement politique est-il favorable à la réduction des disparités à travers, par exemple, l'allocation de ressources additionnelles aux régions défavorisées? Quelles mesures ont été prises pour réduire les disparités? Quel a été l'impact?
 - Quelles sont les principales questions de politique publique qui devraient être considérées dans l'avenir par rapport à des dimensions spécifiques de l'inégalité?



Quques activités préparatoires



- L'analyse de la situation de l'équité :
 - Une description de l'ampleur et de la structure des inégalités;
 - Choix des indicateurs
 - Choix de stratificateurs
 - Cross-tabulation
 - Couverture et déficit en couverture

- L'évaluation de la mesure dans laquelle les programmes existants atteignent les couches et regions défavorisées;

- Outils :
 - Mapping de la pauvreté, Suivi et évaluation, Analyse de l'incidence des bénéfices



Ce que nous aurions voulu aborder



- Synergie – expériences de gestion de certaines fonctions d'achat de performance par la demande de soins organisée (Mutuelles de santé) : Comores (PBF) et PMS (FBR-M)
- Niveaux de partage du risque maladie – la CSU est aussi un courage politique pour briser le cloisonnement et évoluer vers un partage – alignement
- Ciblage des indigents – critères, acteurs et mécanismes d'inclusion