

ATELIER SUR COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE ET GOUVERNANCE

Thème: Comment atteindre la couverture universelle grâce à une gouvernance intersectorielle

Réformes CSU en Afrique de l'Ouest **Burkina Faso – Côte d'Ivoire - Mali**

NDjamena 02-04 mai 2018

Saibou SEYNOU
Point Focal P4H

Contenu

- Définition, objectifs, principes et mécanismes CSU
- Situation actuelle des réformes en Afrique de l'ouest (BF, CI, Mali)
- Points faibles
- Points forts et exemples de bonnes pratiques
- Défis à relever
- Messages clés pour conclure

Définition et objectifs de la CSU

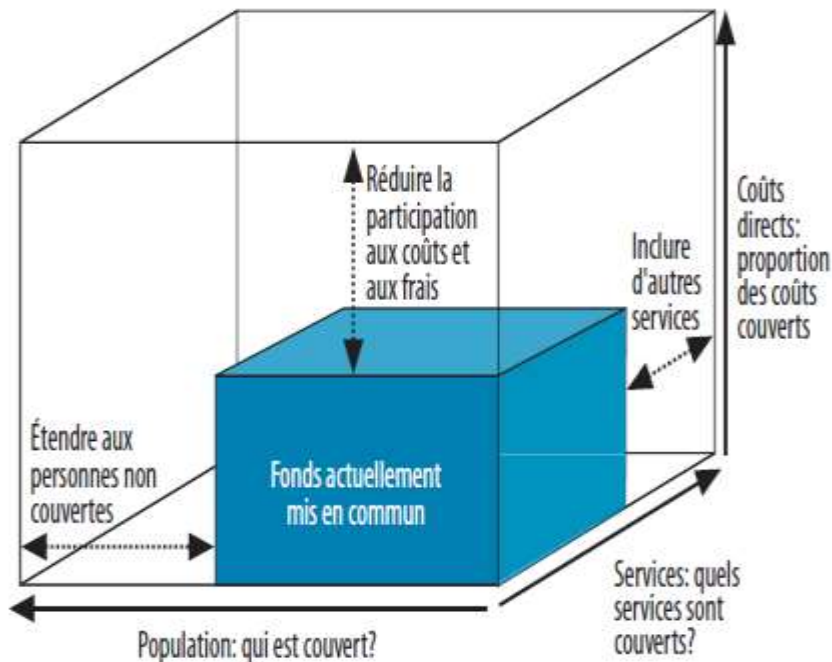
- L'OMS définit la couverture universelle à travers deux éléments:
 - 1) S'assurer que **tout le monde a accès** aux services de santé nécessaires et de *qualité suffisante* pour produire l'effet voulu;
 - 2) S'assurer que **personne ne subit des problèmes financiers** (des coûts catastrophiques) dus aux paiements pour les soins
- Le risque financier renvoie deux situations:
 - 1) L'absence de ressources financières est un frein à l'accès aux soins de santé.
 - 2) L'accès aux soins de santé appauvrit les ménages

Définition et objectifs de la CSU

- L'aspiration d'atteindre la couverture universelle a été incluse dans
 - la Constitution de l'OMS de 1948,
 - la déclaration d'Alma-Ata de 1978,
 - le Rapport mondial sur la santé 2008,
 - La Résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé (2005), et
 - La Résolution (2011).

Atteindre l'objectif à travers 3 dimensions

Figure 1.2. Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle

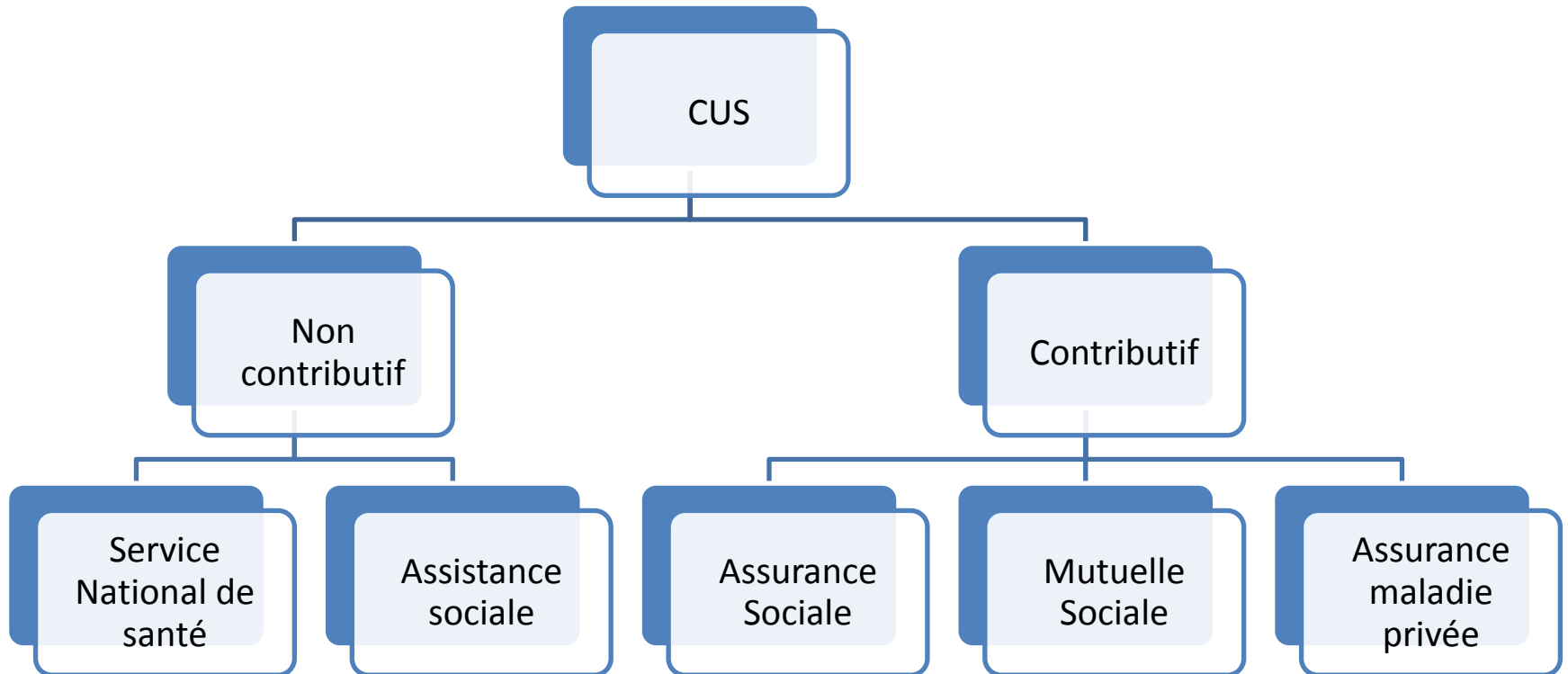


- **Largeur:** quelle est la proportion de **la population** qui est couverte?
- **Profondeur:** quels sont **les services** couverts? Des services essentiels...jusqu'à...?
- **La hauteur:** quelle est la proportion **du coût** qui est couverte ou dans quelle proportion les gens ont à payer de leur poche?

Atteindre la CSU selon le principe d'équité

	Equité horizontale	Equité verticale
Equité dans les résultats de santé/l'état de santé	Chacun doit bénéficier du même « résultat » de santé, indépendamment de sa situation socioéconomique	
Equité dans l'accès aux soins	Ceux qui ont des besoins identiques doivent avoir un accès similaires aux services de santé	Ceux dont les besoins de santé sont plus importants doivent avoir un accès plus large aux services de santé et/ou à des soins plus élaborés justifié par leur état
Equité du point de vue des dépenses publiques	Ceux dont la situation socioéconomique est identique doivent bénéficier de manière identique des dépenses publiques de santé	Les ménages les plus pauvres et qui sont en moins bonne santé doivent bénéficier davantage des dépenses publiques que ceux qui ont des revenus supérieurs ou sont en meilleure santé
Equité dans le financement	Ceux dont la situation socioéconomique est identique doivent contribuer de manière identique au financement en santé	Ceux qui ont un revenu élevé doivent contribuer plus (proportionnellement)

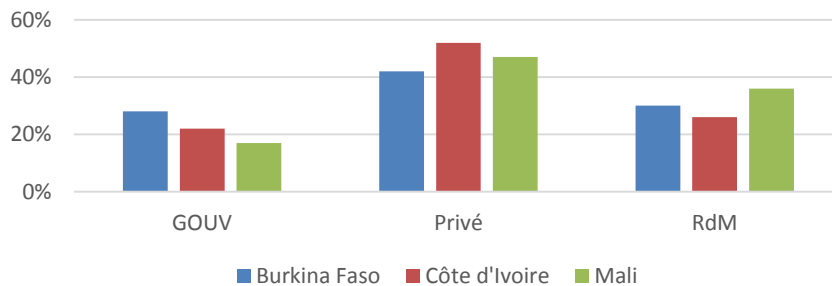
Différents mécanismes de mise en oeuvre



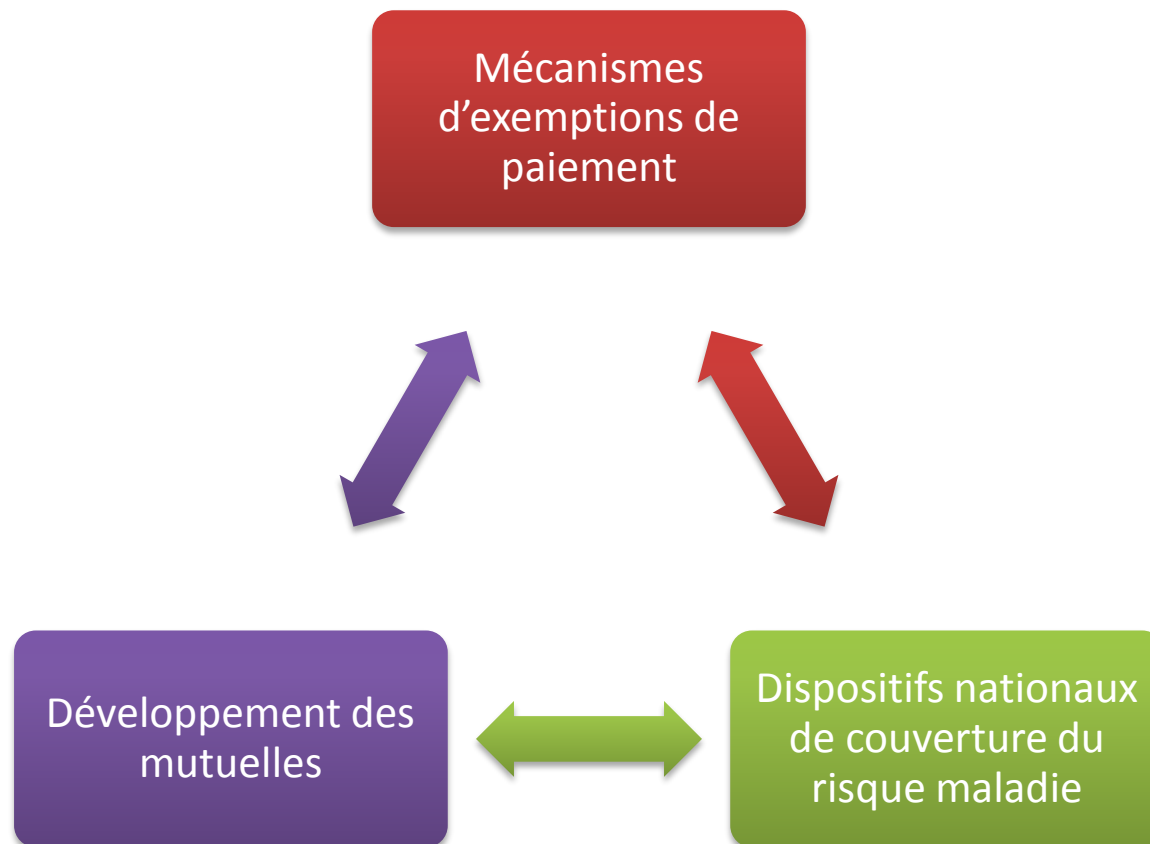
Caractéristiques des pays sous revue

Indicateurs	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Mali
Population Totale (en Million)	18,1	20,9	15,5
DTS par habitant	33\$	75\$	42\$
DTS/PIB	5%	5%	6%
Paiement directe/DTS	36%	36%	46%

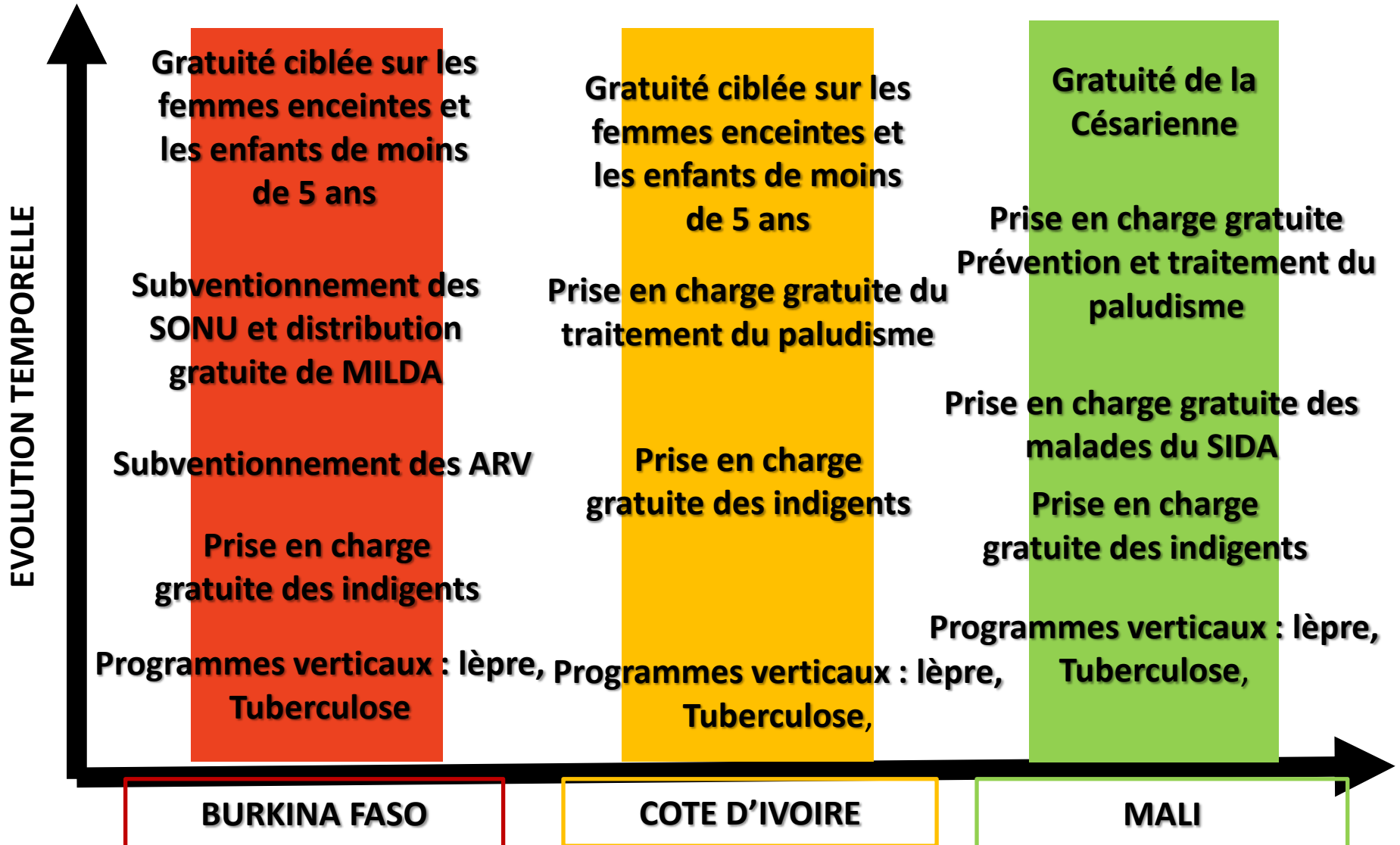
Structure du financement de la santé



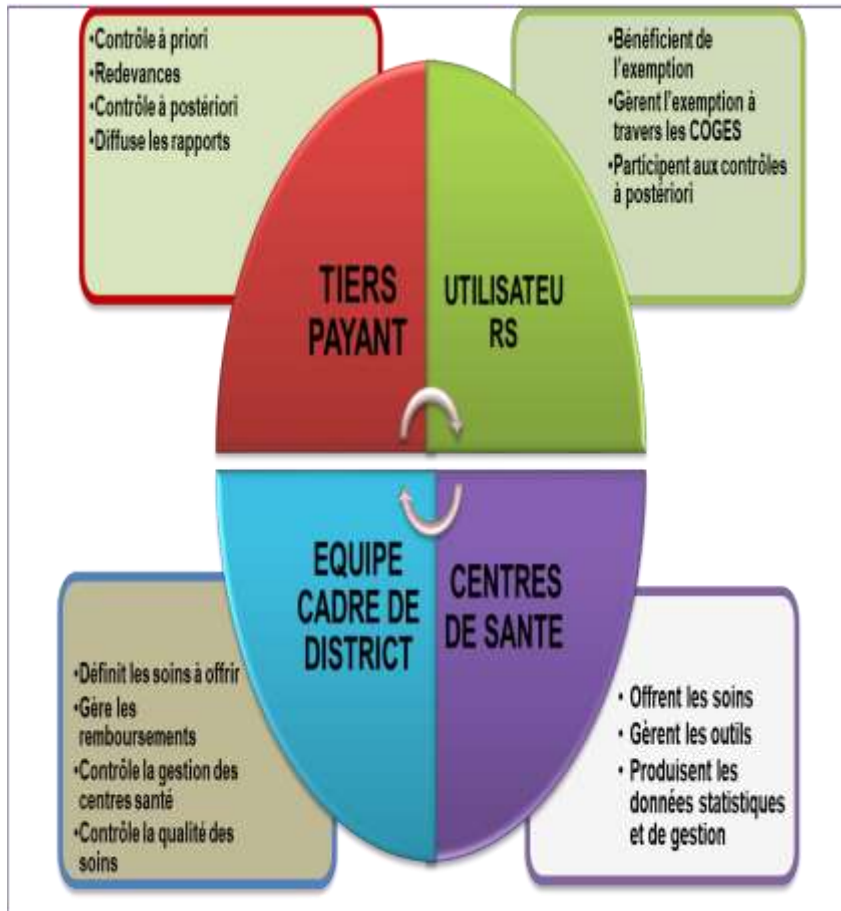
Des réformes dans 3 directions



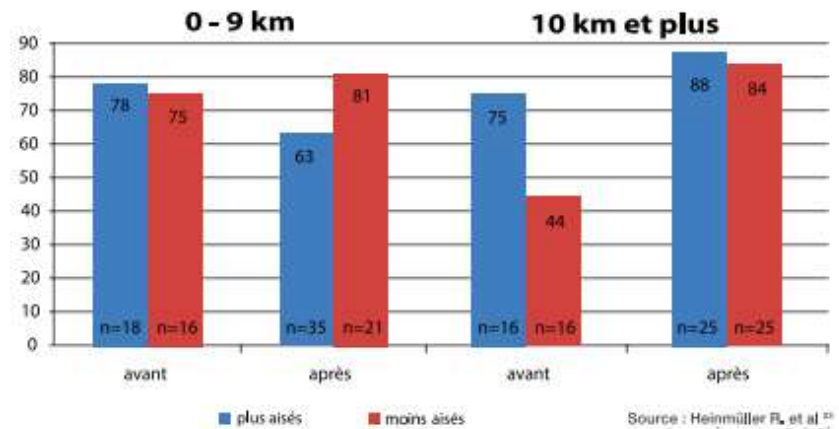
Mécanismes d'exemption



Mise en et impacts des politiques d'exemption



Graphique 3 : Proportions des consultations précoces par rapport à toutes les consultations avant/après l'intervention



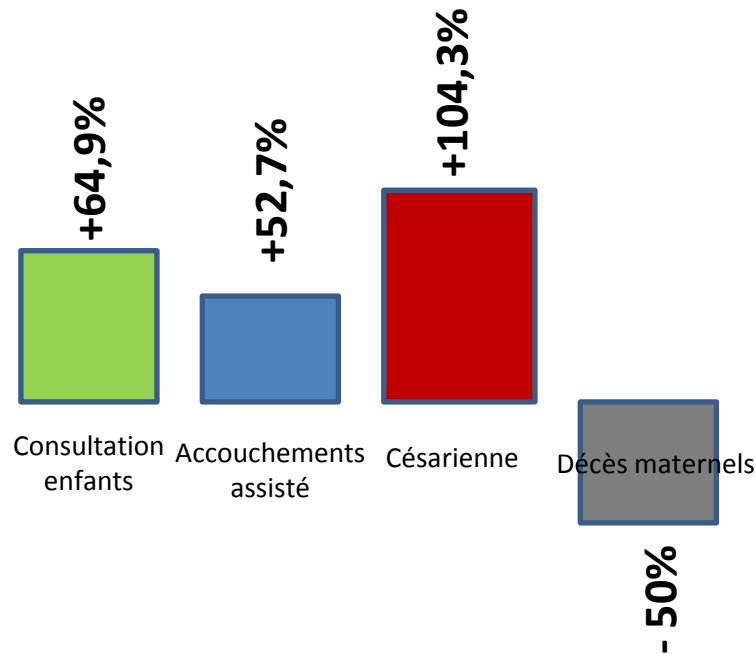
Effets sur l'utilisation des services

Augmentation de l'utilisation des services tant pour les femmes enceintes que pour les enfants de moins de 5 ans dans quatre districts sanitaires du Sahel dont deux bénéficient de l'exemption de paiement des frais

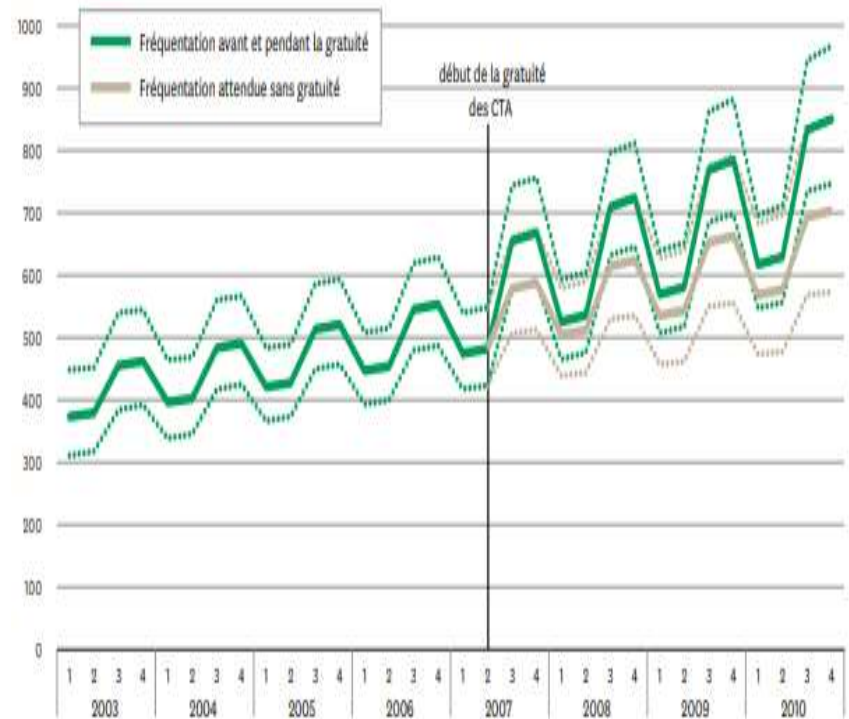
Réduction du délai de consultation précoce pour les enfants de moins de 5 ans. Les enfants les plus pauvres et les plus éloignés utilisent plus le centre de santé après l'exemption (voir graphique 3).

Mise en œuvre et impacts des politiques d'exemption

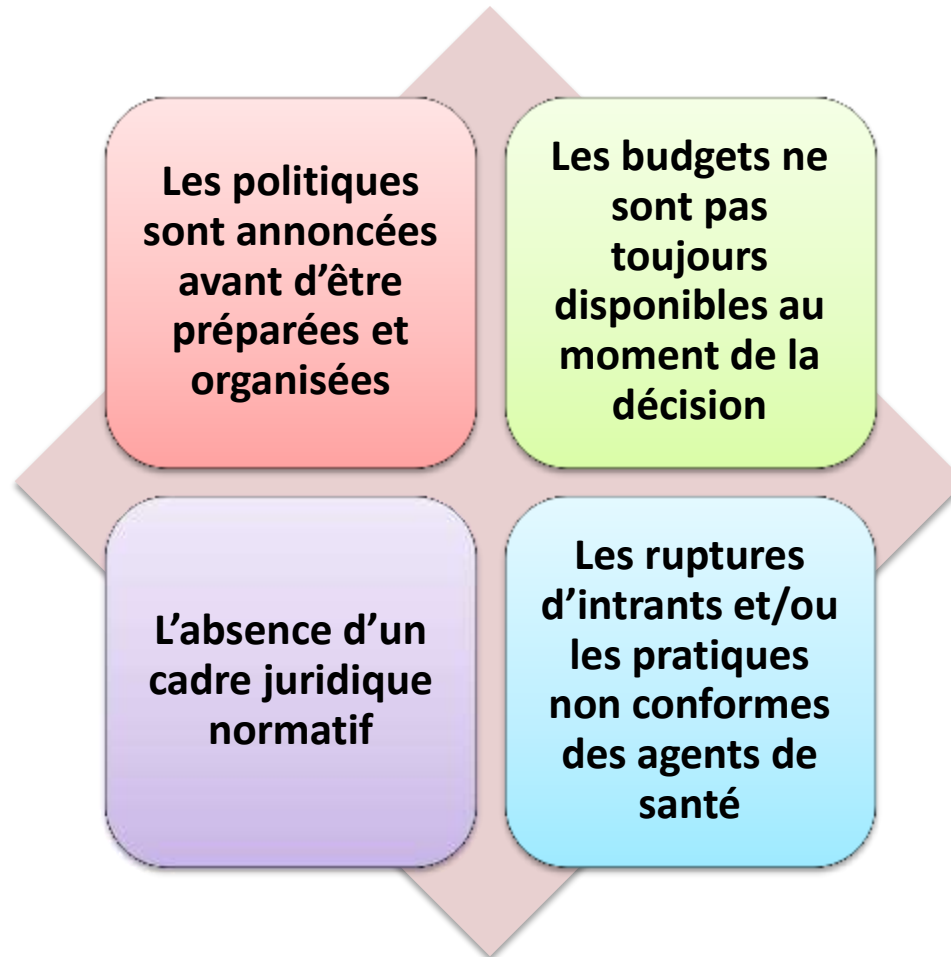
Côte d'Ivoire (2 hôpitaux de référence)



Mali (Niveau de fréquentation enfants de moins de 5 ans)



Quelques problèmes liés à la mise en œuvre des politiques d'exemption



Dispositifs nationaux d'assurance maladie

BURKINA FASO

Toute la population résidente



Régime d'assurance maladie universelle (2015)



Cotisations
% salaire
Forfait



Fiscalité Générale non dédiée

CÔTE D'IVOIRE

Toute la population résidente



Couverture Maladie Universelle (2014)



Régime Général de Base



Régime d'Assistance Médical



Cotisations
% salaire
Forfait



Fiscalité Générale non dédiée

MALI

Travailleurs secteur formel



Assurance Maladie Obligatoire (2009)



Cotisations
% salaire

Démunis



Assistance Médicale (2009)



Fiscalité Générale non dédiée

Autres



Régime mutualiste



Cotisations
Forfait

Etat de mise en place des dispositifs d'assurance maladie

Au Burkina Faso l'opérationnalisation de l'AMU est au stade de la mise en place des structures

En Côte d'Ivoire, l'opérationnalisation de la CMU est au stade de l'enrôlement des assurés et du démarrage d'opérations pilotes

- Au Mali l'AMO et le RAMED fonctionnent depuis 2011
- L'AMO couvre à ce jour 1/3 de sa cible
- Le RAMED atteint 15% de sa cible
- Les mutuelles couvrent 6,5% de leur cible

Organismes gestionnaires des dispositifs d'assurance maladie

Burkina Faso

Un seul organisme gestionnaire responsables des fonctions de collecte, de mutualisation et d'achat (la CNAMU)

Au Burkina Faso, la CNAMU délègue certaines fonctions à des OGD éligibles parmi les Etablissements publics de prévoyance sociale, les mutuelles et les sociétés privé de gestion du risque maladie.

Côte d'Ivoire

Un seul organisme gestionnaire (la CNAM)

la CNAM envisage de déléguer certaines compétence aux Institutions de Prévoyance Sociale, aux mutuelles de santé, aux sociétés d'assurance.

Mali

Deux organismes gestionnaires, la CANAM et l'ANAM

la CANAM a délégué la collecte des cotisations et la gestion des relations avec l'offre de soins à l'Institut national de prévoyance sociale et à la Caisse malienne des sécurité sociale

Points faibles

- Il existe un grand nombre de système d'exemption de paiement au point de service avec une grande diversité en terme de cible, de sources de financement, de gestion, de paiement des prestataires...
- La couverture des démunies relèverait du Budget de l'Etat sans qu'aucune source dédiée n'ait été identifiée; cela pose un problème de pérennité financière des régimes d'assistance
- Le système de cotisation souvent trop régressif, source d'iniquité dans le financement de la CMU (CI)
- L'assurance maladie est gérée par des dispositifs différents créés pour des cibles particulières sans véritables articulations (Mali)
- Malgré les réformes, les systèmes de financement de la santé dans ces trois pays sont restés fractionnés du fait de la non mise en cohérence (du moins pour l'instant) des dispositifs.
- Cette situation est source d'inefficience et surtout d'iniquité dans le financement et dans l'accès aux soins

Points forts et bonnes pratiques

- La prise en compte des démunis (Mali, B.F, C.I) et le subventionnement des cotisations pour certaines catégories du secteur informel (Mali et B.F)
- L'introduction du principe de la délégation de gestion (Mali, B.F, C.I)
- La mise en place des dispositifs nationaux d'assurance maladie a suivi dans les trois pays un processus participatif et inclusif
- L'implication des collectivités territoriales dans l'identification et la prise en charge des indigents (Mali, B.F, C.I)
- Le Dispositif d'Assurance Maladie Universelle a été utilisée comme TIERS-PAYANT dans la mise en œuvre du mécanisme de gratuité dans deux districts sanitaires (BF)
- La restructuration du mouvement mutualiste sous le crédo « Une commune, une mutuelle »

Défis à relever...

- Mettre en place des systèmes de couverture ancrée dans la législation
- Mettre en cohérence les dispositifs existants
- Rendre obligatoire le système de prépaiement pour toute la population (Mali)
- Rendre indispensable la mutualisation des risques à grande échelle
- Renforcer l'inter sectorialité dans la mise en œuvre des réformes
- Assurer une protection effective et durable des personnes pauvres et démunies
- Assurer la pérennité financière des systèmes à travers l'élargissement de l'espace fiscale et la recherche de sources de financements innovants en vue d'assurer une protection effective et durable des personnes pauvres et démunies (Mali; B.F; C.I)
- Rendre plus équitable le système de contribution (C.I)

Messages clés pour conclure

- La couverture santé universelle (CSU) peut changer la vie de millions de personnes en permettant à ceux qui en ont le plus besoin de bénéficier de soins de santé vitaux.
- La CSU doit être encadrée par des valeurs d'universalité, de solidarité et d'équité. Le système doit faire preuve d'équité dès le départ
- La CSU ne saurait suivre un modèle unique. Dans tous les cas privilégier inter sectorialité et bonne gouvernance
- Les approches qui réduisent les paiements directs, maximisent les prépaiements obligatoires, mutualisent les risques à grande échelle et recourent aux recettes publiques pour couvrir la majorité de la population sont les mieux armées pour réussir.
- Le droit à une couverture de santé doit dépendre de la citoyenneté ou du lieu de résidence, et non du statut professionnel ou des contributions financières.

Messages clés pour conclure

- Le financement public est indiscutablement la clé pour garantir l'accès à des soins de santé de qualité.
- Même les pays les plus pauvres peuvent accroître leurs recettes nationales pour la santé en améliorant la perception des impôts, en adaptant les taux d'imposition et en introduisant de nouveaux prélèvements progressifs.
- Une aide au développement prévisible à plus long terme est indispensable.
- Les États, les bailleurs de fonds et la société civile doivent travailler ensemble pour développer des stratégies nationales de financement de la santé à la fois universelles, équitables
 - qui soient alignés avec les programmes nationaux de santé, et
 - qui mutualisent toutes les ressources de financement de la santé.

Je vous remercie