

Improving Health Insurance Coverage in LMICs Améliorer la couverture en assurance santé



Les défis de l'assurance maladie en Afrique

Dr Bruno Galland

22 novembre 2021

Sommaire

Disponibilité et Assurabilité des services de santé en Afrique

Problématique du financement des services de santé au regard de l'accessibilité financière des usagers

Gouvernance et assurance maladie

Improving Health Insurance Coverage in LMICs Améliorer la couverture en assurance santé



Disponibilité et Assurabilité des services de santé en Afrique

Regard micro économique

Références

- Références de mise en œuvre de systèmes d'assurance maladie
- Point communs : systèmes régionaux de micro assurance privés à but non lucratif
 - Comores : entreprises, ménages
 - Tanzanie région de Mbeya : « Improved CHF »
 - Kenya Région de Nyeri : assurance gros risque CBHF
 - Bénin : Mutuelles de santé
 - Tchad : Mutuelles de santé
- Sénégal : assureurs privés
- Chèque Santé au Cameroun : composante assurantielle
- Etudes, capitalisation : Cambodge, Madagascar, Ethiopie

Introduction : Le bébé et l'eau du bain



- De nombreuses expériences de SAM (Systèmes d'Assurance maladie) Contributifs ont vu le jour.
- Elles ont fait l'objet d'un procès hâtif :
 - faible portée, non viabilité,
 - manque de professionnalisme, de pérennité.
- On a jeté ces bébés (les expériences de mutuelles ou d'autres formes de SAM) avec l'eau du bain à savoir, l'océan d'impéritie dans lequel les services publics de santé baignent
 - Les décideurs de la CSU n'ont pas suffisamment tenu compte des autopsies faites par les opérateurs de ces SAM
 - Il n'ont pas analysé la qualité de l'eau
- A défaut de le faire, l'AMU, même contributive, a beaucoup de chance d'être un échec, si des mesures d'assainissement de l'eau ne sont pas prises

Le manque de services de santé délivrant des soins de qualité (Composante 1 de la CSU)

- Problème d'attractivité de l'offre de soins à assurer
 - Manque d'infrastructures adéquates
 - Manque de personnel qualifié (milieu rural) ou sureffectifs (milieu urbain)
 - Pratiques parallèles, dessous de table
 - Manque de médicaments : disponibilité partielle
- Des taux d'utilisation des services de santé faibles ;
 - Une partie de la population cible utilise les services de santé
 - Il n'y a pas que des exclus pour des motifs financiers
- Deux causes de la faiblesse de l'assurance maladie contributive
- Mais aussi une « bombe à retardement » des SAM à adhésion obligatoire

Le manque de services de santé techniquement assurables

- Protocoles thérapeutiques non respectés (prescriptions erratiques)
- Politiques tarifaires pas toujours appliquées (tarification erratique)
- Faibles capacité de prévisions et de gestion (non maitrise de la tarification Forfaitaire des prestations)
- Modèle économique propice à la sur prescription de médicaments chez les futurs assurés

Des modèles économiques des services de santé inefficients

- Des salaires des personnels de santé de l'Etat sous-évalués
 - ⇒ Manque de personnel qualifié en zone rural
- Recouvrement des coûts en personnel contractuel en majorité financé par la vente de médicaments (> 60 - 80 % dans les CS)
 - ⇒ Sur prescription nécessaire pour assurer la viabilité des Centres de santé
 - ⇒ coût élevé à la charge du patient et de l'AM
- Impossibilité de faire respecter les protocoles thérapeutiques
 - ⇒ Entretien la demande de médicaments chez les patients
- Manque d'efficience

Des obstacles à surmonter pour lancer un système d'assurance maladie

- Le sous-financement des systèmes de santé
- L'inefficience de la gestion des ressources mobilisées
- Instabilité financière des SS liée aux politiques de gratuité
- Le manque de gouvernance et de redevabilité des SS
- L'inefficience des soins (coût/efficacité)
- La déficience des systèmes centralisés d'approvisionnement en médicament

Les systèmes de gratuité « partielle »

- Gratuité annoncée pour une catégorie de prestation et/ou une catégorie d'usagers (enfants de 0-5 ans, femmes enceintes, paludisme)
- Mais partiellement financée (dotation en médicaments et en consommables médicaux, uniquement)
- Déséquilibre financier des services de santé
- Gratuité annoncée non effective
- Hors champs de couverture par l'Assurance maladie

Les Fonds basés sur les résultats

- Tentent de pallier le sous-financement par un apport conditionnel de ressources, mais:
 - Entraînent rarement une baisse de la tarification
 - Recherche-action de niveau macro économique
 - **Problème de pérennité** (non reprise du financement par l'Etat)
- Manquent d'articulation avec les systèmes d'assurance-maladie

Conclusions sur l'assurabilité des services de santé en Afrique

- **Le rôle de l'Assurance maladie est d'acheter des soins dont la qualité et le coût sont prévisibles.**
 - ⇒ Ce n'est pas son rôle de les améliorer,
 - ⇒ Dans les pays cités, ces deux conditions sont loin d'être toujours garanties
- Des mesures d'accompagnement lourdes et coûteuses sont à mettre en œuvre
- Avec un résultat incertain en l'absence de la mobilisation significative de ressources additionnelles pour les services de santé, autres que celles générées par une augmentation mécanique de la fréquentation attendue des assurés

Improving Health Insurance Coverage in LMICs Améliorer la couverture en assurance santé



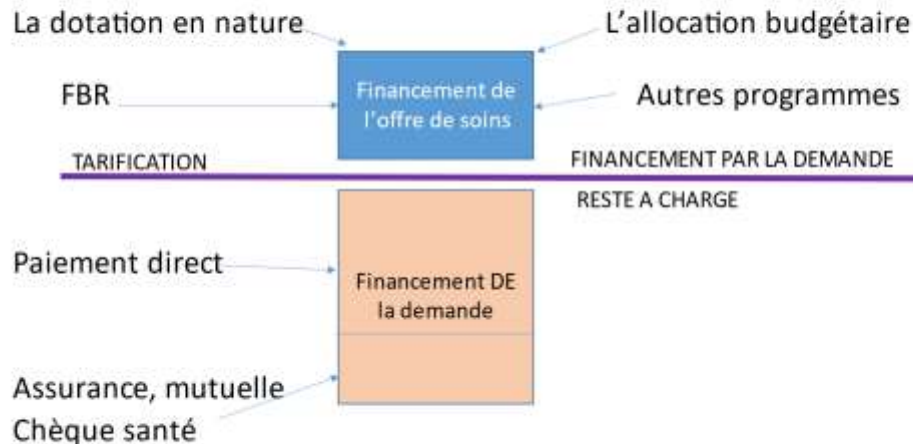
Problématique du
financement des services de
santé au regard de
l'accessibilité financière des
usagers

Problématique du financement des services de santé au regard de l'accessibilité financière des usagers

- Les services de santé sont des centres de couts
- Dans les services publics une partie des coûts sont couverts par des dotations en nature (personnel, médicaments ou autres) et des allocations budgétaires de l'Etat, des programmes verticaux sectoriels, le FBR
- Une autre partie des coûts est à couvrir par les usagers : c'est ce reste à charge qui induit le risque financier pour les usagers potentiels
- La barrière financière : la tarification officielle et **informelle**
 - ⇒ Le sous-financement des coûts en personnel induit des pratiques parallèles dont les usagers sont victimes
- Interaction entre le financement de l'offre et le risque financier

Problématique du financement des services de santé au regard de l'accessibilité financière des usagers

Articulation des mécanismes de financement de la santé



Problématique du financement des services de santé au regard de l'accessibilité financière des usagers

- Si tout ou partie des soins sont exemptés de tarification (gratuité pour l'utilisateur),
 1. Plus de risque financier
 2. Plus besoins de mécanismes d'assurance.

L'assurance : un mécanisme de réduction d'un risque

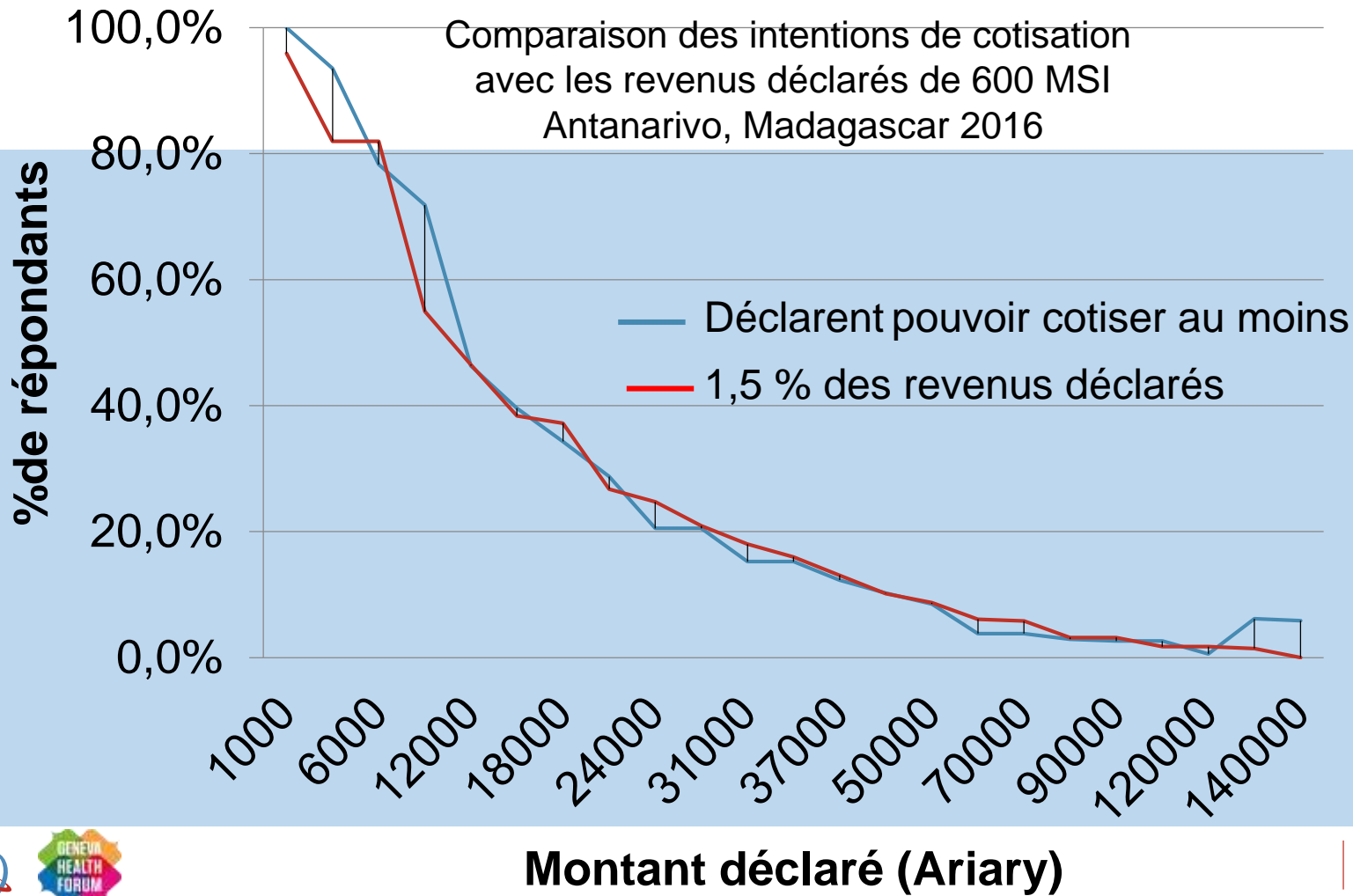
- Le risque : ne pas pouvoir se faire soigner dans un service de santé par manque d'argent (qu'on veut utiliser – ou que l'on doit – en cas d'urgence)
 - ⇒ Autres freins au recours dans les SS : distance, permanence des soins, disponibilité du personnel ou des médicaments, accueil
 - ⇒ Taux d'utilisation des SS observés chez des assurés avant et après la mise en place d'un SAM (Cameroun)
 - ⇒ Les non utilisateurs pour d'autres motifs que financiers n'adhéreront pas
 - ⇒ Pour être universelle l'AM doit donc être obligatoire
 - ⇒ L'obligation d'adhésion n'est pas la recette magique

Les risques financiers couverts par l'Assurance Maladie

- Risque 1 : Réduire en tout ou partie le risque financier induit par la tarification officielle
- Risque 2 : Abolir les pratiques parallèles pour les assurés
 - ⇒ Transparence et redevabilité pas toujours acceptées par les personnels soignants dont le cout est supérieur aux salaires perçus
 - ⇒ Rejet ou coopération difficile si l'introduction du mécanisme d'assurance ne se traduit pas par des recettes additionnelles significatives pour les agents de santé

Impasse macro économique

- Les populations du secteur informel:
 - Dépensent +- 5 % pour les soins (hors dépenses exceptionnelles)
 - Allouent 2 % de leurs revenus monétaires (en milieu rural) et 1,5 % en milieu urbain
- Les états ne peuvent allouer 15 % de leur ressources fiscales avec un ratio Taxes/revenus de 18 %
- S'ils le faisaient = $15\% * 18\% = 2,7\%$ du PIB
- Des ressources additionnelles sont donc à provisionner



Improving Health Insurance Coverage in LMICs Améliorer la couverture en assurance santé



Gouvernance et assurance maladie

Problématique

Problématique

- Trois niveaux :
 1. La gouvernance et la gestion des fonds mobilisés:
 - Financement innovants : nouvelles taxes affectées directement au financement de l'AM (tabac, alcool, boissons sucrées,...)
 - Budget de l'état
 - Aide internationale
 - Contribution des assurés
 2. La gouvernance et la mise en commun des fonds
 3. La gouvernance et l'achat de soins

Les financements publics

- Les financements innovants : une ressource additionnelle précieuse
 - Mais difficultés à mettre en place des circuits financiers fluides et sécurisés
 - Tentation de les considérer comme des fonds publics relevant des procédures budgétaires du Trésor public (ex. du Tchad)
 - Les solutions soulèvent de redoutables problèmes institutionnels
- Les ressources propres du budget de l'Etat
 - Resteront pour partie imprévisibles et aléatoires
- L'aide internationale, subira le même sort si elle transite par le Trésor public

Les cotisations des assurés

- Sont les seules à légitimer une gouvernance mixte des SAM
- Sont assimilés à des ressources publiques (le CHF en Tanzanie)
- Ne représentent(eront) pas plus de 30 à 40 % du financement total des Régimes dédiés au secteur informel (50 % Au Mali ?)
- **Question clef : comment concilier l'apport financier massif nécessaire des fonds publics tout en évitant une Gouvernance publique et une gestion administrée ?**

La mise en commun des fonds levés

- On sous-estime les obstacles à lever pour mobiliser et mettre en commun les fonds levés pour les SAM (périodicité des versement, avances de fonds)
⇒ C'est une composante essentielle d' un SAM
- Mais difficultés à faire accepter par les instances publiques, la création d'un fonds dédié à la mise en commun des ressources
⇒ La plupart du temps, cette fonction est cumulée avec celle de l'achat de soins

La gouvernance des structures d'achat de soins des SAM

- L'achat de soins est une composante essentielle d'un SAM:
 - ⇒ Vérification-contrôle des prestations, audit médicaux, paiement des prestataires, suivi et analyse des consommations et reporting
- Elle sous-tend un transfert des fonds mis en commun à la structure qui en a la charge
- A ne pas confondre avec la vérification et le contrôle du PBF
- Suppose un contrat de tiers payant entre deux entités ayant chacune leur propre statut légal
- La tendance à confier cette composante à une Caisse Nationale unique n'est pas source d'efficacité

En résumé

- Dans les pays pauvres, l'Assurance Maladie est amenée à lever des fonds importants au regard des Taux de taxation observés
- Elle crée une compétition interministérielle pour l'accès et la gestion de ses ressources
- Placer un SAM sous gouvernance étatique et l'adosser à un système administratif défaillant n'est pas source d'efficacité
- Cette collusion prive l'Assurance Maladie de jouer son rôle de régulateur par la contractualisation du tiers payant et d'amélioration de la qualité des services
- De nombreuses alternatives existent pour placer les 3 composantes des SAM sous une gouvernance mixte, forte et redevable.
- **En cela est elle d'abord et finalement un projet politique**

Improving Health Insurance Coverage in LMICs Améliorer la couverture en assurance santé



Merci

bruno.gallandconsulting@orange.fr