

La conception et la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle :

Leçons tirées des expériences africaines et internationales

Questions clés, défis, et options pour les décideurs



Présenté par:

Chris Atim, PhD. Banque Mondiale, mai 2012

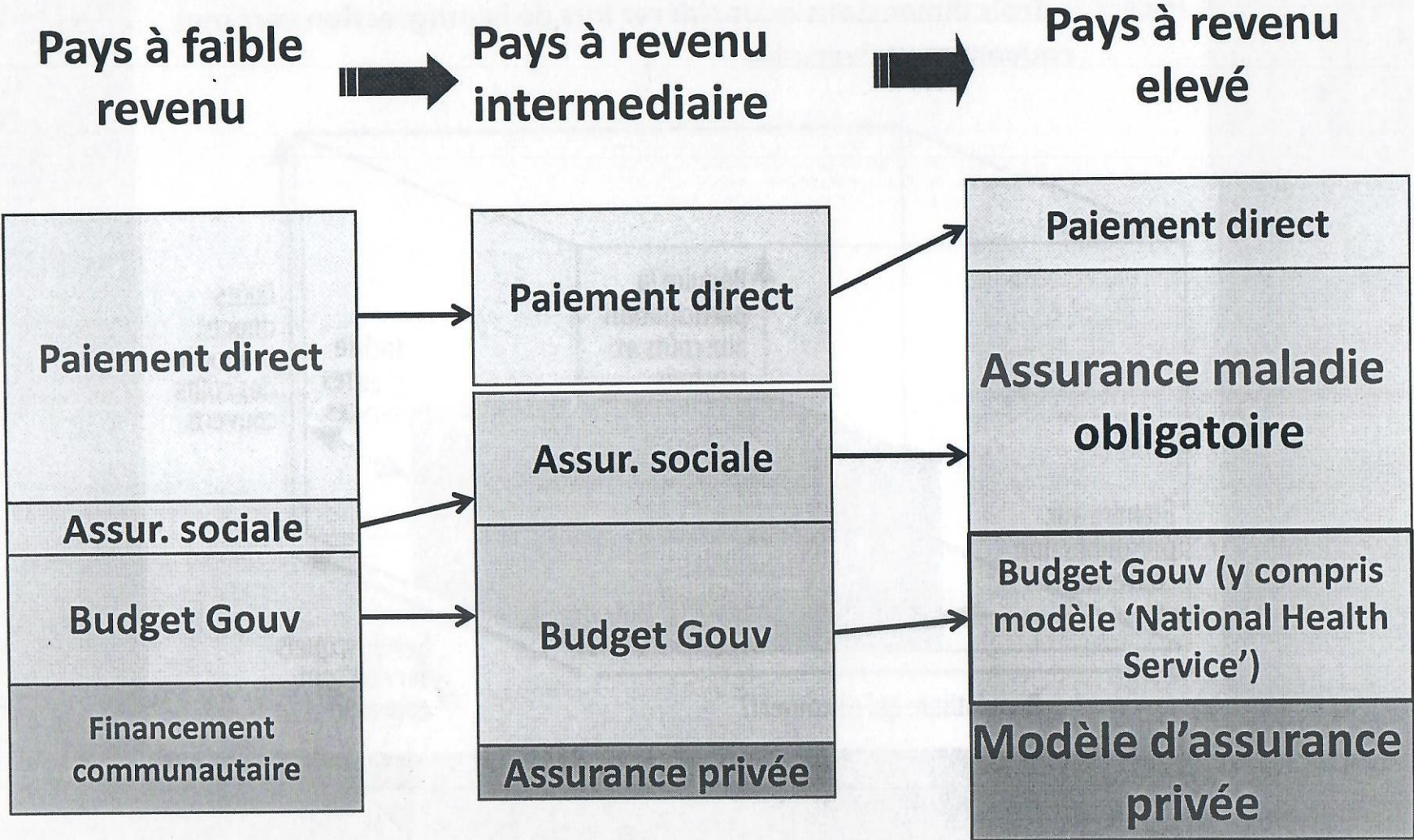
Outline

- Introduction
 - Evolution des systèmes de financement et de la couverture universelle
 - Définition de la couverture universelle par l'OMS

- Les étapes de la mise en œuvre
 - Exemples pratiques : Zimbabwe, Afrique du Sud, Ghana

- Questions clés, défis, et options de la conception et de la mise en œuvre
 - Questions clés à poser au départ :
 - Mobilisation des fonds, couverture de la population, paquet de bénéficiaires, régulation et dispositif institutionnel,
 - Relations avec les prestataires /achat des services opérations et gestions des risques

Evolution des systèmes de financement de la santé



Nota: Schéma pas à l'échelle !

La boîte...magique

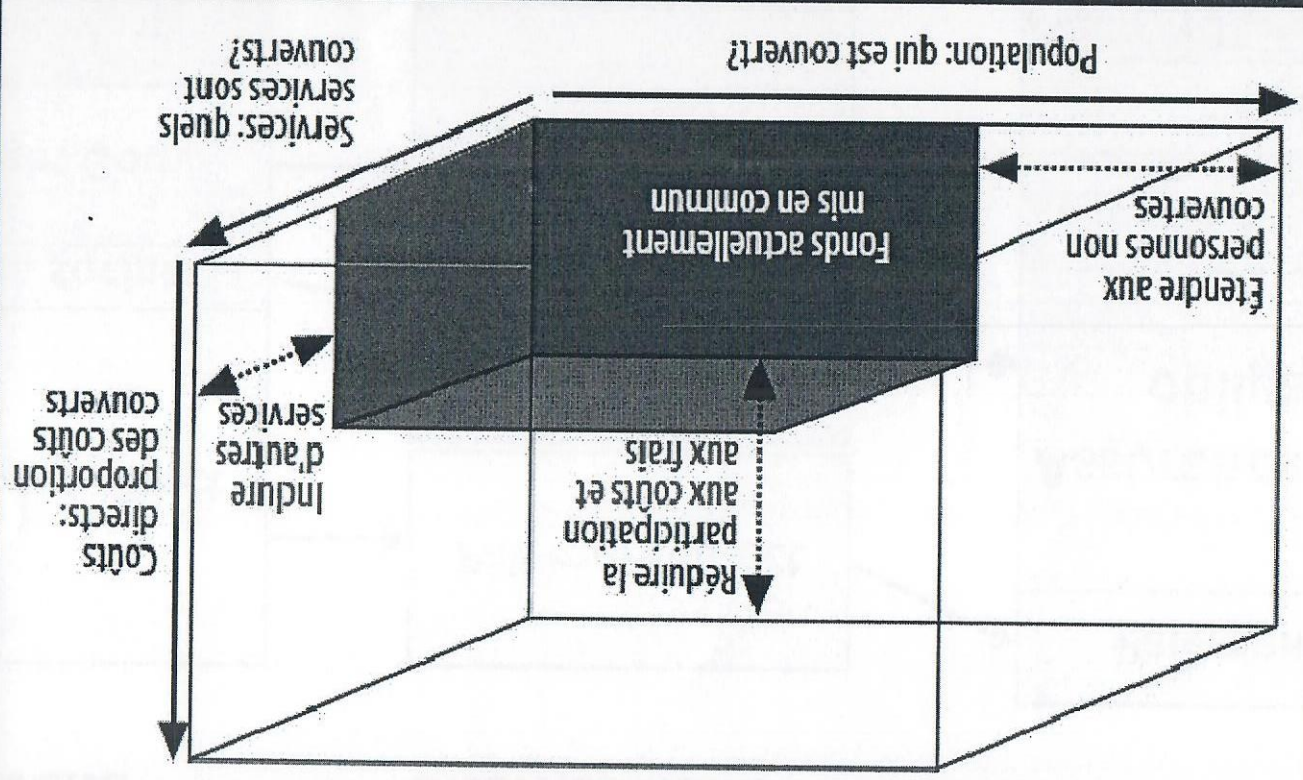


Figure 1.2. Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle

Quelques exemples des étapes de la mise en œuvre

Le Zimbabwe, l'Afrique du Sud, le Ghana

	Responsible	1998				1999				2000				2001				2002				2003			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Set up of Organization to Administer SHI Fund (NSSA) Consultation Design incentive structure to ensure low administrative expenses Review administrative, accounting and legislative framework Recruit staff Detailed planning Provide technical assistance for operational guidelines Develop pro forma constitution/operating guidelines Legislation Information and policy Start NSSA operations Collect fees	NSSA, MOHCW													[Hatched area]											

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Building of 6 Flagship hospitals and medical faculties through PPP's <ul style="list-style-type: none"> - King Edward VIII Academic (KZN) - Dr George Mukhari Academic (Gauteng) - Nelson Mandela Academic (E. Cape) - Chris Hani Baragwanath Academic (Gauteng) - Polokwane Academic (Limpopo) - Nelspruit Tertiary (Mpumalanga) 	Commence 2012
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refurbishment of public sector facilities 	Ongoing
10. Human Resources for Health (HR) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Launch of HR Strategy ▪ Short to medium term increase in supply of medical doctors and specialist ▪ Increase in production of nurses ▪ Increase in production of pharmacists ▪ Increase in production of allied health professionals 	September 2011 2012 – 2014 2012 – 2014 2012 – 2014 2012 – 2014
11. Information Management and Systems Support <ul style="list-style-type: none"> ▪ Establishment of a <u>National Health Information Repository and Data Warehousing (NHIRD)</u> ▪ Provincial and District roll-out of the NHIRD ▪ Appointment of Information Officers and Data Capturers 	July 2011 November 2011 November 2011
12. Build capacity to manage NHI through the strengthening of District Health Authority <ul style="list-style-type: none"> ▪ Creation of NHI district management and governance structures ▪ Selection of Pilot Sites (First 10 districts) ▪ Development and test the service package to be offered under NHI in pilot sites ▪ Extension of Pilots from 10 districts to 20 districts 	April 2012 June 2013
13. NHI Conditional Grant to support piloting of initial work in 10 districts <ul style="list-style-type: none"> ▪ Piloting of the service package in selected health districts ▪ Piloting fund administration 	April 2012
14. Costing model <ul style="list-style-type: none"> ▪ Refinement of the costing model ▪ Revised estimates 	2012 2013
15. Population registration <ul style="list-style-type: none"> ▪ Partnership between Departments of Science and Technology, Health and Home Affairs on: <ul style="list-style-type: none"> - Population identification - Population registration mechanisms 	Commences April 2012
16. ICT <ul style="list-style-type: none"> ▪ Scoping exercise with Department of Science and Technology and CSIR ▪ Design of ICT architectural requirements for NHI 	April 2012
17. Establishment of NHI Fund <ul style="list-style-type: none"> ▪ Appointment of CEO and Staff ▪ Establishment of governance structures ▪ Establishment of administrative systems 	2014
18. Accreditation and contracting of private providers by NHI Fund <ul style="list-style-type: none"> ▪ Establishment of criteria for accreditation ▪ Accreditation of first group of private providers 	2013 2014

SOUTH AFRICA

Table 1: Phasing-In of National Health Insurance – The First 5 years	
Time-frame	Key features
10 August 2011 December 2011 January 2012	<ul style="list-style-type: none"> • 1. NHI White Paper and Legislative Process • Release of White Paper for Public Consultation • Launch of Final NHI Policy Document • Commencement of NHI Legislative process
August 2011 August 2011 October 2011	<ul style="list-style-type: none"> • 2. Management reforms and Designation of Hospitals • Publication of Regulations on Designation of Hospitals • Policy on the management of hospitals • Advertisement and appointment of health facility managers
April 2011 January 2012	<ul style="list-style-type: none"> • 3. Hospital Reimbursement reform • Regulations published for comment on Hospital Revenue Retention • Development of a Coding Scheme
August 2011 January 2012	<ul style="list-style-type: none"> • 4. Establishment Office of Health Standards Compliance (OHSC) • Parliamentary process on the OHSC Bill • Appointment of staff (10 inspectors appointed)
End July 2011 By end of December 2011 By end March 2012 October 2011 February 2012 March 2012	<ul style="list-style-type: none"> • 5. Public Health Facility Audit, Quality Improvement and Certification • Audit of all public health facilities • 21 % already audited (876 facilities) • 64% completed (2927 facilities) • 94% completed (3962 facilities) • Selection of teams to support the development and support of quality improvement plans and health systems performance • Initiate inspections by OHSC in audited and improved facilities • Initiation of certification of public health facilities
August 2011 December 2011 February 2012	<ul style="list-style-type: none"> • 6. Appointment of District Clinical Specialists' support • Identification of posts and adverts • Appointment of specialists • Contract with academic institutions on a rotational scheme
December 2011 March 2012 April 2012	<ul style="list-style-type: none"> • 7. Municipal Ward-based Primary Health Care (PHC) Agents • Training of first 5000 PHC Agents • Appointment of first 5000 PHC Agents • Appointment of PHC teams
August 2011 October 2011 November 2011	<ul style="list-style-type: none"> • 8. School - based PHC services • Establish data base of school health nurses including retired nurses • Identification of the first Quintile 1 and or Quintile 2 schools • Appointment of school-based teams led by a nurse
March 2012	<ul style="list-style-type: none"> • 9. Public Hospital Infrastructure and Equipment • Returnment and equipping of 122 nursing colleges • First 72 nursing colleges by end of financial year 2011-2012

Ghana: Mutualisation avant la loi d'assurance nationale de 2003

- Première 'mutuelle' en 1992 (Nkoranza)
 - Mise en place par une paroisse catholique
 - Cadre de recouvrement des couts (assurance communautaire)
- Vraies mutuelles à partir de 1999
 - Projet PHR et PHRplus de l'USAID
 - Sensibilisation, dénomination 'MHO', développement et diffusion des outils, formations
- Croissance rapide constatée par plusieurs rapports et inventaires de PHR

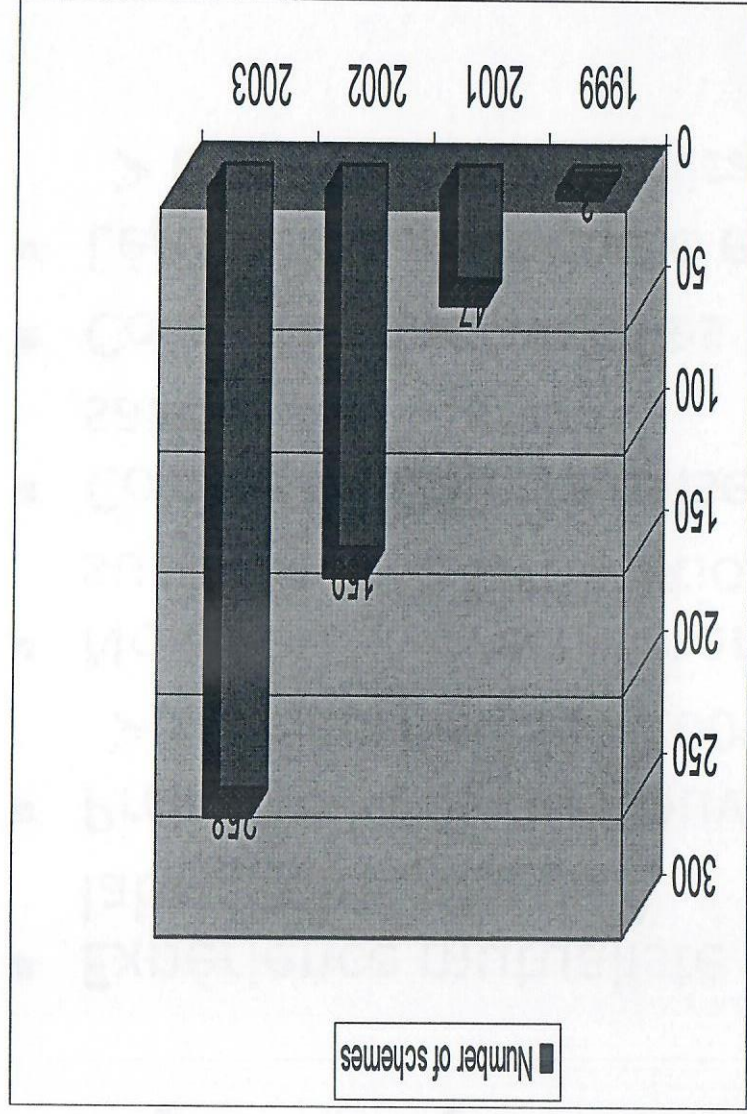
Table 3: Phasing-In of National Health Insurance – Second Phase (2016-2020)

Phase	
Key features	Further real-life demonstration and further contracting independent providers
1. NHI Act	
2. Build capacity to manage NHI	√
3. NHI Conditional Grant (to support creation of Fund and piloting of initial work)	
4. Establishment of NHI Fund	Provincial branches of Fund
5. Alignment of Funds: NHI, RAF + COID + ODIMWA + CCOD	NHI progressively takes over admin for Health functions
6. Family Health Teams	7 000
7. Accreditation and contracting of General Practitioners and networks	3 000
8. Public Hospitals QI and accreditation	QI and Accreditation
9. Public hospital infrastructure	√
10. Private Hospitals accreditation	Contracting model Pilot selected Priority areas
11. Management reforms	√
12. Health Workforce	Increase production
13. Office for Standards Compliance	Certification and licensing
14. Hospital Reimbursement reform	Implementation of Coding Schema and DRGs
15. Population registration	Population registration
16. NHI Card	Simple
17. Population-based capitation payments	Capitation to all PHC providers

La phase pilote ou d'expérimentation

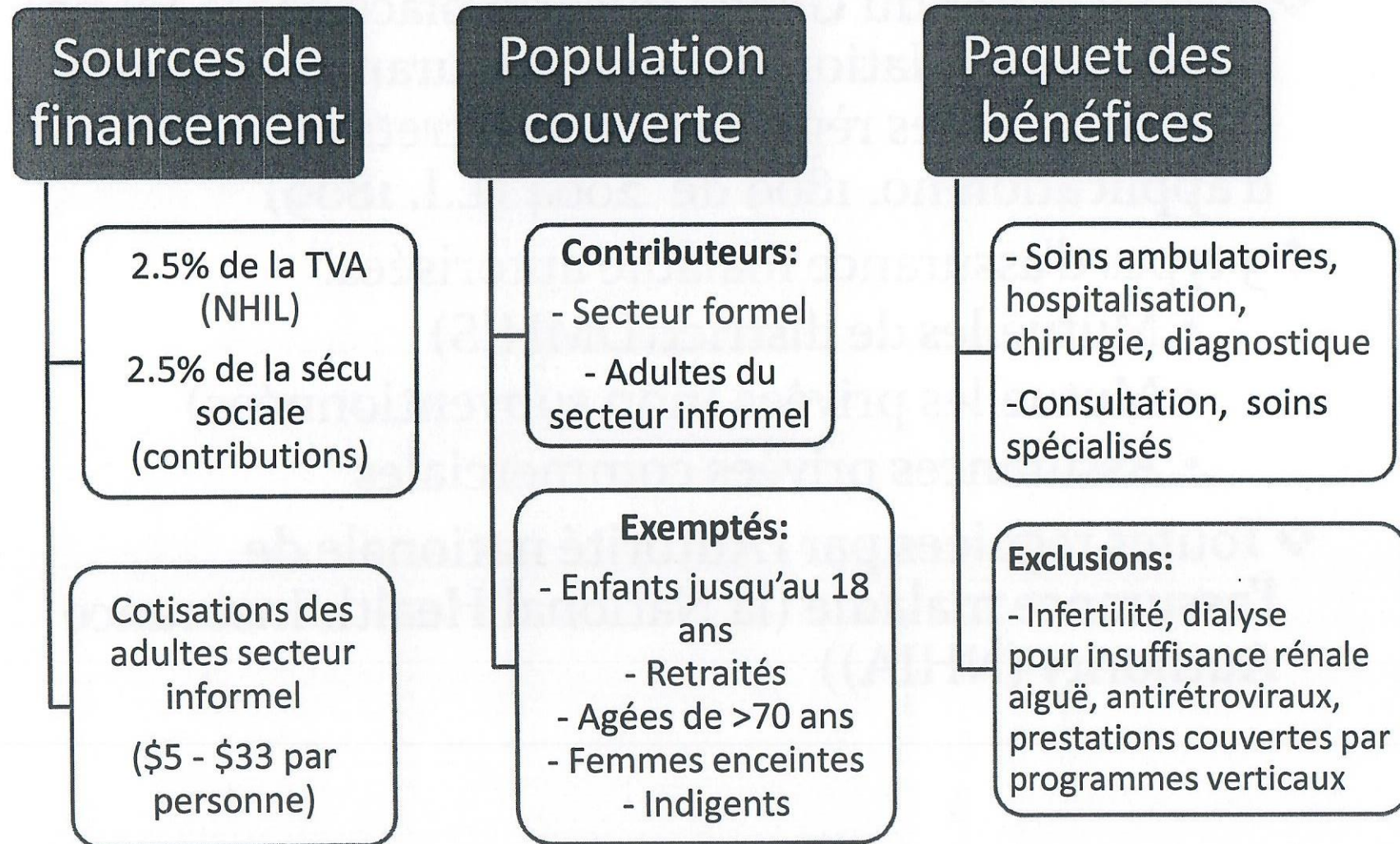
- Expérience mutualiste – la preuve du concept et la laboratoire sociale?
- Projets pilotes du gouvernement
 - 3 projets jusqu'en 2001
- Nouveau gouvernement avec mandat clair de supprimer la tarification des services ('user fees')
- Comité technique mise en place sous ministre de la sante
- Consultations avec les parties prenantes (pendant 3 ans)
- Législation introduite en 2003 (Loi 650)
 - Et les décrets d'application en 2004 (LI 1809)

Mutualisation avant le NHS



- Croissance rapide des mutuelles (MHOS) autonomes avant 2004
- Modèles différents:
 - Mutuelles de districts, des syndicats, des femmes, des étudiants, des villages, etc
 - Mais couverture faible de la population
 - Base de la conception de la loi 650 (Mais uniquement mutuelles de districts (DMHIS) acceptées dans le NHS, et subventionnées
 - Les autres sont désignées « mutuelles privées » et ont presque disparues de la scène

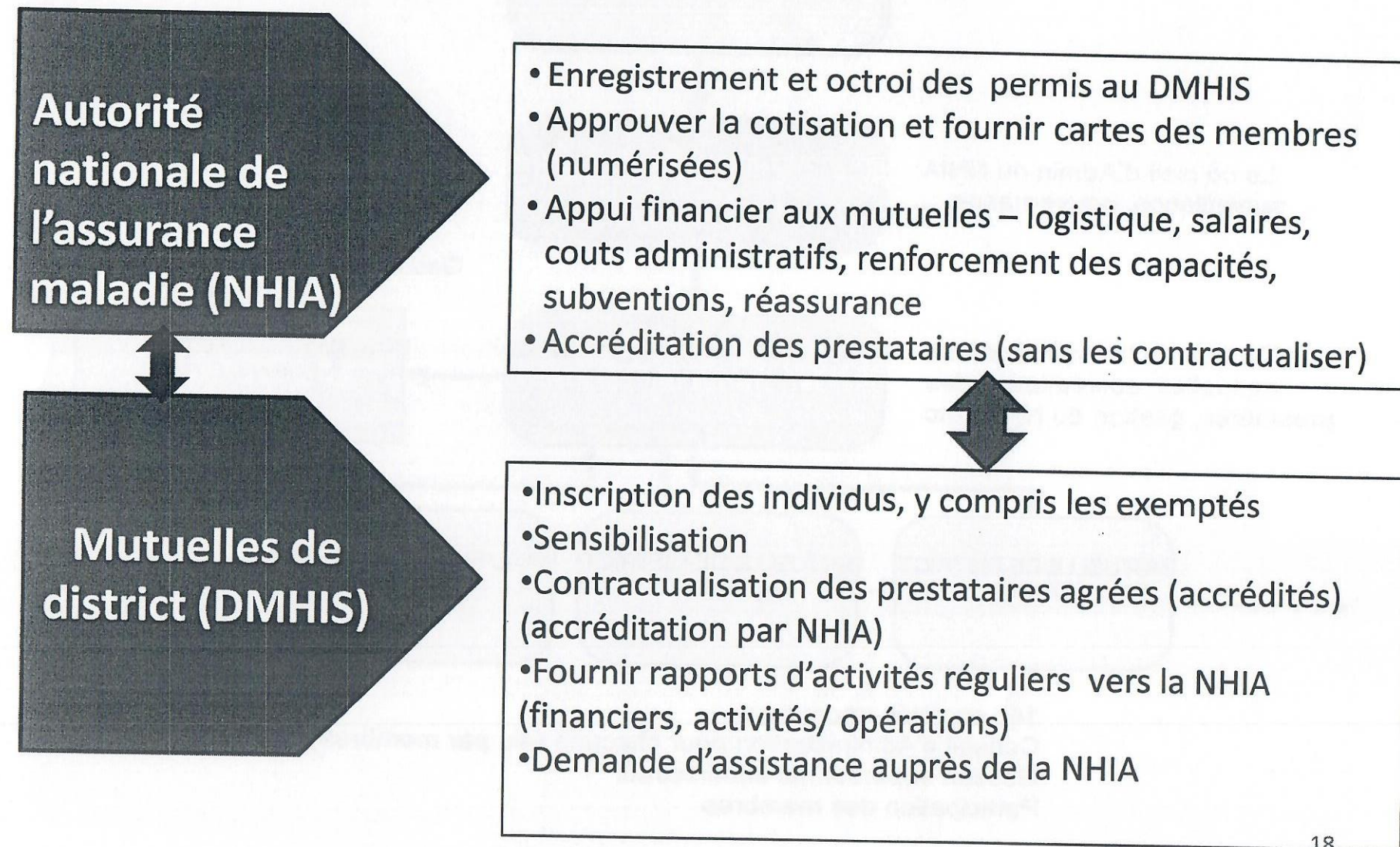
Le NHIS du Ghana – Conception de base



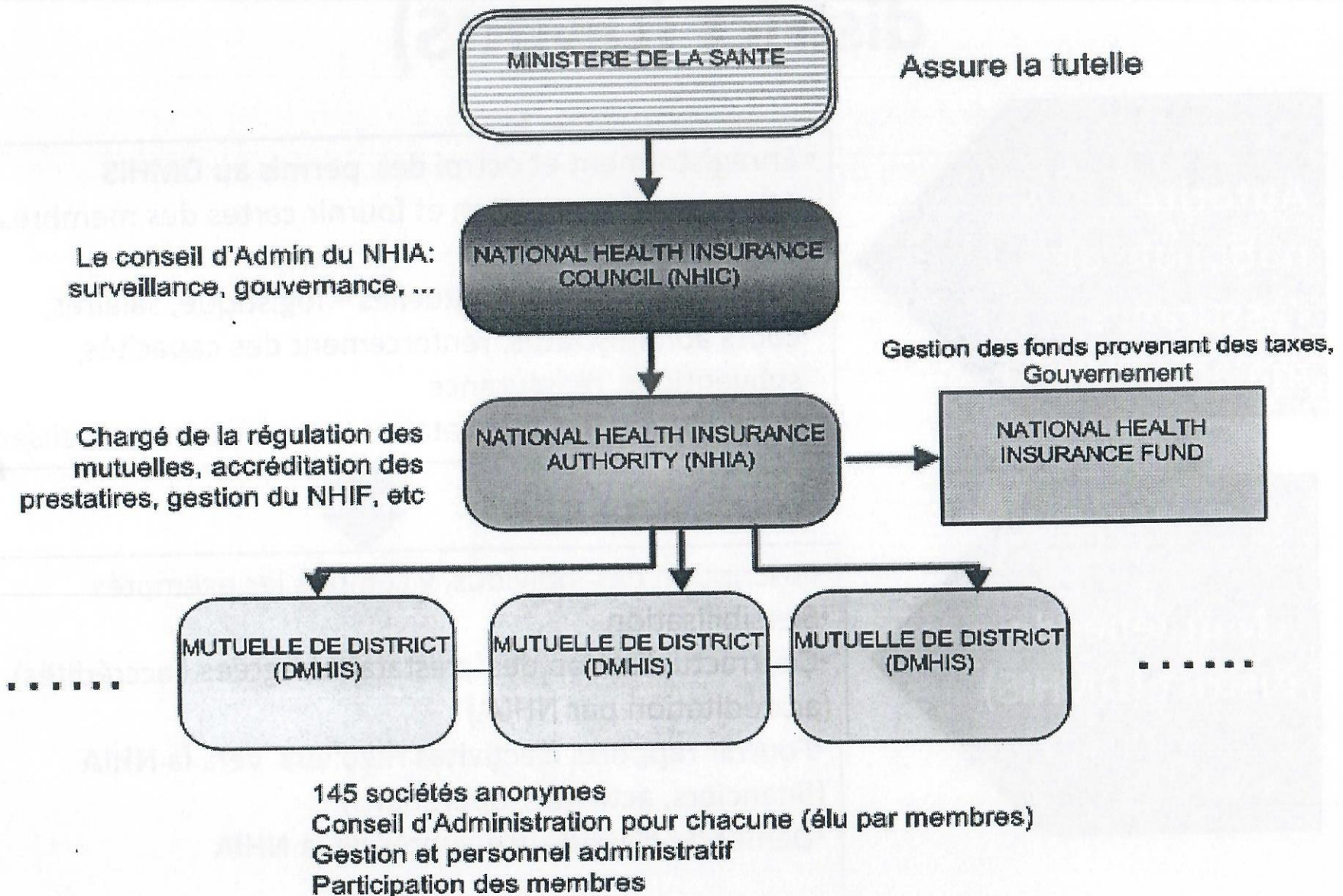
La loi de 2003 sur l'Assurance Maladie

- ❖ NHIS/CNAM du Ghana mise en place par la loi no. 650 de 2003 (National Health Insurance Act, 2003 (Act 650)) et les règlements et décrets d'application no. 1809 de 2004 (L.I. 1809)
- ❖ 3 types d'assurance maladie autorisées:
 - Mutuelles de district(DMHIS)
 - Mutuelles privées (non subventionnées)
 - Assurances privées commerciales
- ❖ Toutes régulées par l'Autorité nationale de l'assurance maladie (la National Health Insurance Authority (NHIA))

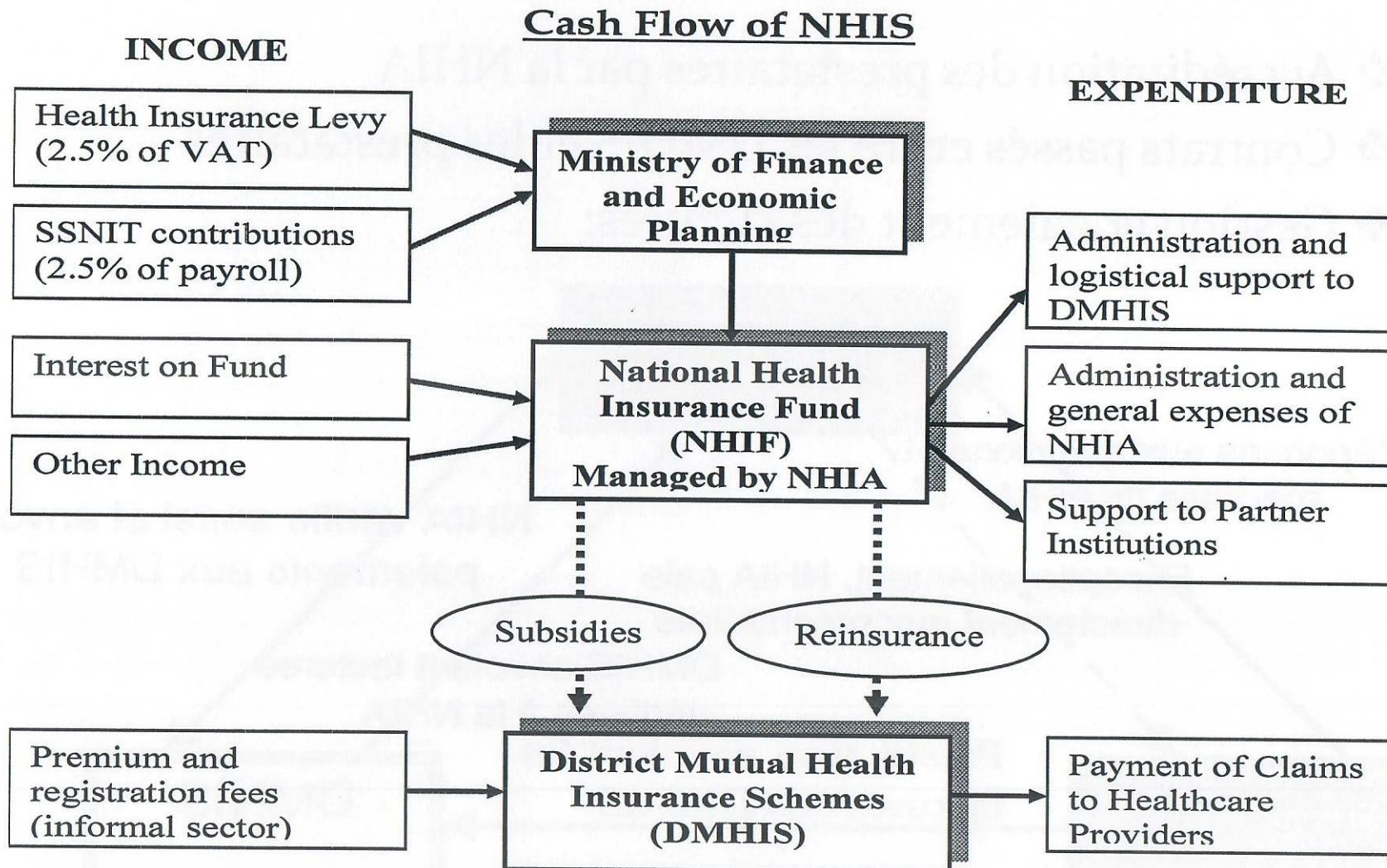
Relations entre NHIA et mutuelles de district (DMHIS)



L'ARCHITECTURE DU NHIS

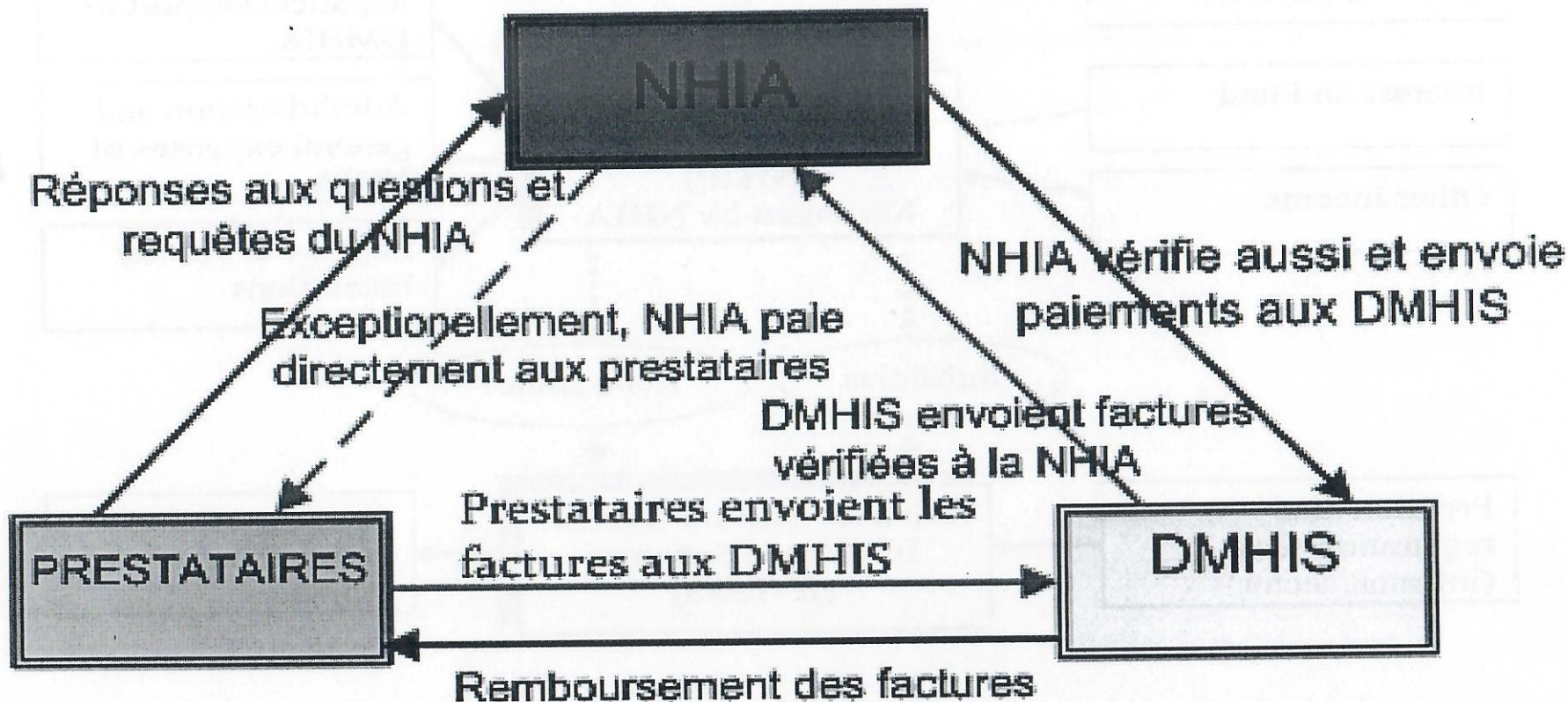


Flux de trésorerie ('cash flow') du NHIS

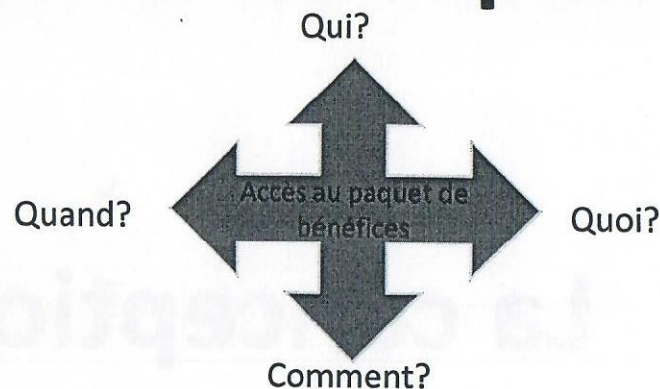


CHOIX DES PRESTATAIRES ET GESTION DES FACTURES – les OPERATIONS

- ❖ Accréditation des prestataires par la NHIA
- ❖ Contrats passés entre les DMHIS et les prestataires
- ❖ Gestion et paiement des factures:



4 questions clés à poser au départ



Qui?

- Secteur formel?, Les plus pauvres?, Secteur Informel?, femme enceintes et enfants?
- Tous?
- Comment identifier les membres de chaque catégorie?

Quoi?
Paquet de bénéfices

- Quels critères pour la définition du paquet ? –Esperance de vie, protection financière, PMA, satisfaction, autres?
- Gouvernance: Qui décide qu'est ce que doit être inclut ou pas dans le paquet, comment ?

Comment?

- Qui paie, pour qui et comment ? L'Etat? Contribution des ménages?
- Impôts généraux? Taxes sur revenu? Cotisations? Tous?
- Une caisse ou multiples caisses? Public ou Prive? Concurrence ou non?
- Effets fiscaux, effets sur ménages (protection financière) , effets sur les couts de la main d'œuvre (compétitivité du pays)

Quand?

- Tout le monde et tous les services du départ or par phases?
- Dilemme largeur /profondeur
- Quand ouvrir les « portes » pour l'intégration de toutes les composantes du système?
- Planifier la transition: harmoniser les processus technique, politique, et du personnel



A questions clés à poser au départ

La conception d'un système d'assurance nationale

Collecte des revenus et CU

- Les pays qui ont entamé la route de la CU ont du faire un engagement significatif et durable d'allouer des ressources au secteur de la santé
- La durabilité de l'assurance maladie universelle (ou CU) dépende de la croissance économique (revenus, taxes, budget etc)
- Le niveau des contributions des salariés doit être considéré dans le contexte plus large de l'impact sur le marché de la main d'œuvre
- De plus en plus, le financement de l'assurance maladie universelle provient des budgets généraux des pays
- Générer l'espace fiscal pour l'augmentation des dépenses de la sante implique l'amélioration de l'efficience et l'efficacité de ces dépenses

Questions clés à résoudre pendant la conception et mise en œuvre

Décideurs politiques / techniques

- Sources et mobilisation des ressources
- Couverture de la population
- Définition paquet de bénéfices
- Dispositif organisationnel et institutionnel
- Régulation
- Gestion des risques

Groupe technique / conception et mise en œuvre

- Information et données aux décideurs pour la prise de décisions
 - Ex. Calculs actuariels (assurer équilibre entre le financement, le paquet de bénéfices et la population couverte)
- Relations avec les prestataires (achat des services, contractualisation, méthodes de paiements des prestataires ...)
- Les opérations
- Suivi-Evaluation
- Gestion des risques

Sources de mobilisation des ressources - 2

- Etude du FMI en 2010 sur 'le cout marginal des fonds publics':
 - confirme l'efficacité des taxes sur la consommation tels que la TVA
 - Question d'équité concernant la TVA pourrait être remédié en ciblant les biens semi-luxueux ou l'exemption des articles consommés en priorité par les pauvres
- Les taxes sur les ressources naturelles - pétrole, tourisme etc sont considérés aussi comme efficaces (taxes sur le patrimoine)
 - Le rapport recommande de mettre fin prioritairement aux régimes d'exemption des taxes mise en place pour les compagnies qui exploitent les ressources minérales "du point de vu de l'efficience si l'on veut augmenter les revenus publics"(IMF, 2010)
- Donc il parait que les vraies obstacles à l'augmentation des taxes en Afrique sont les facteurs politiques, et non pas l'efficience économique
 - Exemples de Lagos et du Zimbabwe

Méthodes de mobilisation des ressources pour la CU

- Impôts généraux (Nigéria, Costa Rica, Thaïlande)
- Taxes/cotisations sur les revenus des membres (Kenya, Colombie)
- Bailleurs et contributions des communautés (Rwanda)
- Taxes spéciales pour la santé (TVA – Ghana, mais avec exemptions pour les articles consommés plus par les pauvres; téléphone mobile et activités de change - Gabon)
- Fonds d'équité (Cambodge, Sénégal ?)
 - Fonds provenant de bailleurs, programmes de gratuités existants, budget de l'état, taxes spéciales, etc

Couverture de la population :

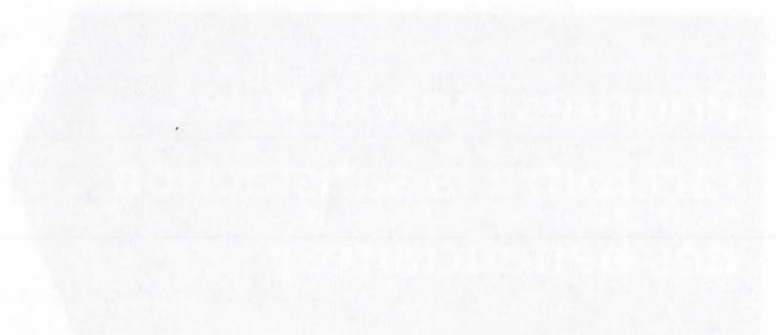
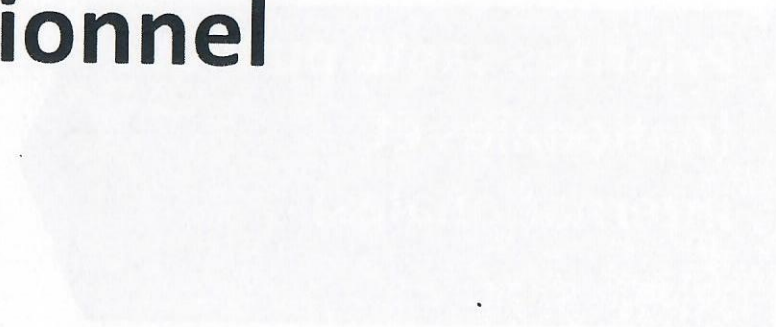
Le défi clé en Afrique c'est le secteur informel

- C'est surtout pourquoi le problème de mobilisation des ressources se pose d'une façon si accentuée
 - Secteur formel est en général capable de supporter au moins une bonne partie de ces dépenses de santé
 - Secteur formel caractérisé par l'emploi plus stable, revenus réguliers pouvant être ponctionner pour les cotisations
- Le caractère du secteur informel pose certains problèmes
 - Revenu incertain, variable et peu visible, on y trouve des riches et presque tous les pauvres et indigents, identification, collecte des taxes très difficile ...
 - Mène à la recherche des autres sources de financement pour la couverture des soins d'une grande partie de cette population
 - Mais il y a aussi des contraintes posées par le contexte macroéconomique ou l'espace fiscal des pays à revenu bas
- Bref, la CU sera impossible à atteindre dans nos contextes sans une solution à la couverture du secteur informel
 - Il convient de souligner encore que la grande majorité des gens pauvres et vulnérables ne pouvant pas se prendre en charge ou ayant besoin des subventions pour leurs soins de santé se trouvent dans ce secteur

Mécanismes de financement dans l'assurance maladie

Type de régime	Financement	Revenu ou garanties définis ?	Système de gestion	Exemples
Service public ou national	Recette fiscale générale	Revenu défini par le budget national	Secteur public	Royaume-Uni, Canada, Scandinavie, Europe de l'Est
Assurance maladie sociale	Taxes spécifiques sur les salaires, à la charge des employeurs et des employés	Garanties définies par la loi	Organisme de sécurité sociale, fonds pour la santé ou la maladie	Allemagne, Belgique, France, Medicare aux États-Unis
Régimes volontaires privés	Primes versées par les personnes ou employeurs et employés	Garanties définies	Commercial, pour les compagnies d'assurance à but lucratif ou non lucratif	Afrique du Sud (Medical Aid Societies), États-Unis (HMO, Blue +/Blue Shield)
Mutuelles / MHO	Primes des membres/de la communauté	Ni revenu ni garanties définis (par la loi)	Communauté, membres ou association	Sénégal, Mali, Inde, Cameroun,
CNAM/NHIF	Taxes spécifiques sur les salaires, à la charge des employeurs et des employés + taxes spécifiques	Les revenus et les garanties sont définis	Organisme public ou parapublic, fonds de l'administration souvent décentralisée	Ghana, Rwanda, Tanzanie, Gabon

Régulation et aspects organisationnel et institutionnel



La conception du paquet de bénéfiques – considérations de la santé publique et les priorités personnelles

Priorités santé publique (nationales et internationales)

- Services prioritaires : services SMI/SR, PMA
- OMD: services SMI, VIH/TB/paludisme, pauvreté

Priorités sociales

- Externalités positives
 - Maladies contagieuses, immunisation
- Biens tutélaires
 - SMI, planning familial

Priorités individuelles (accroître la satisfaction des bénéficiaires)

- Maladies catastrophiques
- Soins ambulatoires



Objectifs de la régulation

- Sauvegarde contre le risque systémique et de l'instabilité (Instabilité systémique);
- Protéger les consommateurs contre les comportements opportunistes des assureurs et prestataires;
- Amélioration de l'efficacité du système financier (Asymétrie de l'information);
- La réalisation d'un éventail d'objectifs sociaux.

Rational pour la régulation de l'assurance maladie

Etablir les conditions fondamentales pour le bon fonctionnement du système

- ❖ Assurer la solvabilité de l'assurance
- ❖ Assurer des pratiques de marketing et des achats appropriés

Etablir des normes pour la protection des consommateurs

- ❖ Perfectionner ce que le marché ne peut pas faire ('pooling' des risques, équité dans le financement et les bénéfices)
- ❖ Corriger les défaillances du marché (sélection des risques, risque moral, fixation des prix monopoles)
- ❖ Corriger résultats inacceptables du marché ('free-rider', cout- efficacité)

Responsabilité & Gouvernance dans AMS

Responsabilité envers:

- Bénéficiaires
- Gouvernement, Superviseurs, Régulateurs
- Employeurs & autres contributeurs non- bénéficiaires

5 dimensions de la Gouvernance :

- Structures cohérentes de prise de décisions
- Participation des parties prenantes
- Supervision and régulation
- Consistance et stabilité
- Transparence et information

Assurance maladie sociale

Cadre réglementaire

Statutaire

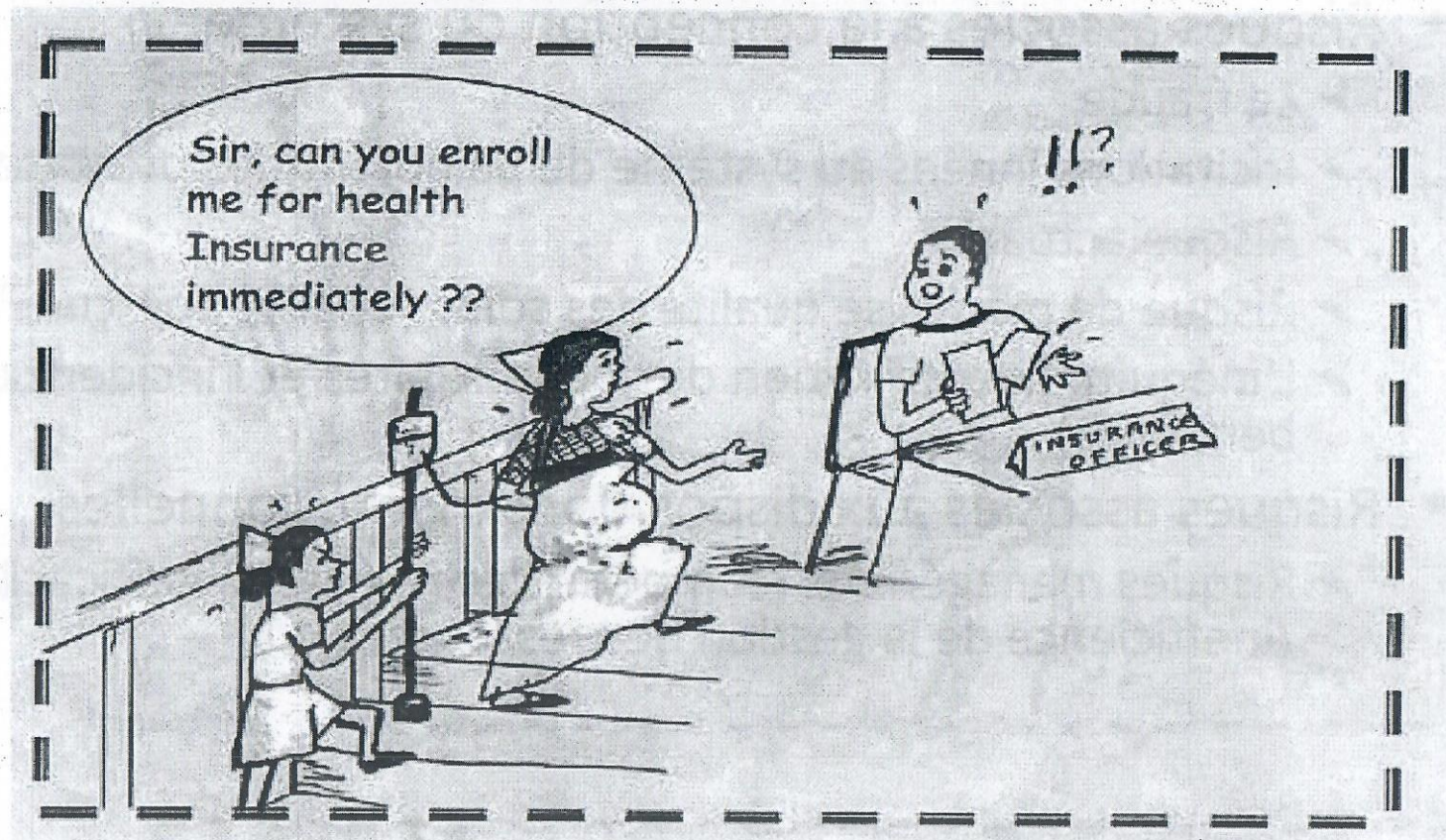
- ❖ La régulation de l'assurance est établie par la législation /une entité législative - Parlement
 - Lois sur l'assurance
 - Etablissement de l'agence chargée de l'administration des lois sur l'assurance (agence ou organe de supervision)
- ❖ Principes sous-jacents de l'établissement de l'agence ou l'organe de supervision
 - Mandat clair et responsabilités bien définies
 - Cadre institutionnel et relations entre les agences de supervision bien définis
 - Indépendance pour assurer la responsabilité

Administratif (structures alternatives qui régissent les aspects santé et financiers de la régulation)

- Bureau au sein du ministère de la santé et /ou des finances
- Agence de l'assurance maladie (régulation de l'assurance maladie uniquement)
- Agence de l'assurance (régulation de l'assurance maladie et autres types d'assurance)

selection adverse

- Vignette de femme enceinte



Gestion des risques

- Risques classiques de l'assurance
 - Risques moraux et de la sélection adverse
 - L'escalade des couts
- Risques associés à la conception du système
 - La fraude
 - Incitations innées au système de paiement des prestataires
 - Risque actuariel
 - Risque de mauvaise qualité des soins (qualité aperçue?)
 - L'inéquité (identification des bénéficiaires et l'incidence des bénéfices)
- Risques associés aux dispositions institutionnelles
 - Risques managériaux (compétences requises, inefficacité /inefficience de la gestion des ressources ...)

Dispositions institutionnelles pour la CU

- Gouvernance: institutions, organisations, rôles et responsabilités
- Consultations larges avec toutes les parties prenantes
 - Nota! Ministère de la Santé ≠ les prestataires
- Rôles des Ministères (de la Santé, du Travail et des Finances?), CAFSP, DECAM, FNSS, la Présidence, etc)
 - Doivent être bien définis et clairs: clarté des fonctions
 - Simplicité de gestion (moins des nouvelles institutions, couts administratifs)
 - Agence indépendante ? Caisse séparée ?
- Leçon tirée de l'expérience internationale à prendre en compte: **un 'pool' (c.-à-d. fonds) intégré est supérieur à un système des 'pools' fragmentés**
- La gestion des fonds pose souvent un grand problème
 - Pourrait être le plus grand défi de la gouvernance du système, surtout au début (tentations des abus, malversation ... mais aussi manque de compétence requises)
- Sous-traitement de certains fonctions (telles que la gestion des réclamations /factures des prestataires) pourrait entraîner plus d'efficacité, réduire les abus, etc
- Gestion des risques

Dimensions et caractéristiques de la Gouvernance dans l'AMS

Dimension	Caractéristiques
Structures cohérentes de prise de décisions	1. Responsabilité pour objectifs de l'AMS doit correspondre à l'autorité pour la prise des décisions et capacité de chaque institution de la gestion du système 2. Toutes les entités de l'AMS doivent avoir évaluation des risques réguliers et stratégies de gestion en place 3. Les couts de la régulation et administration des institutions de l'AMS sont raisonnable et approprié
Participation des parties prenantes	4. Les parties prenantes ont une représentation effective dans les instances de gouvernance de l'AMS, et participent aussi au suivi-évaluation
Supervision and régulation	5. Règles pour le respect, application et sanctions pour la supervision bien définis 6. Règlements pour la gestion financière clairement définis et appliques 7. Le système de l'AMS a des structures en place pour la supervision et le suivi en cours
Consistance et stabilité	8. Les aspects fondamentaux du système sont stables
Transparence et information	9. Les objectives de l'AMS formellement et bien définies 10. Système basé sur cadre institutionnel et légal explicite et bien conçu 11. Règles clairs sur l'information, la divulgation et la transparence en place 12. Les entités de l'AMS ont des exigences minimum pour la protection des assurés

La gestion des risques: quelques outils

Type de risque	Outils potentiels pour les contrôler
Risques classiques de l'assurance maladie	<ul style="list-style-type: none">• Référence mandataire (RM)• Co-paiements (RM)• Adhésion obligatoire (SA)• Bon calcul actuariel des couts en fonction du profil réel des assurés (SA)• Fonds de réassurance
Risques associés à la conception du système	<ul style="list-style-type: none">• Les cartes biométriques• Revoir méthode de paiement des prestataires et les responsabiliser dans la lutte contre les abus• Utiliser le FBP dans le système de rémunération• Fonds de compensation /subventions (inéquité)
Risques associés aux dispositions institutionnelles	<ul style="list-style-type: none">• Identifier toutes les compétences requises avant démarrage et développer un plan de recrutement /formation, ou sous-traitement des taches spécifiques• Règlements et sanctions clairs et publics• Associer les associations de la société civile et les bénéficiaires aux contrôles et suivi-évaluation

Bonnes nouvelles - enfin!

- Il n'y a pas de système de financement des soins de santé parfait dans tout le monde (aucun pays ne satisfait 100% de son modèle !)
 - Les systèmes de CU éliminent la sélection adverse et favorisent les pauvres et indigents mais au prix du risque moral et l'escalade des couts
 - Les systèmes non-universels sont capables de mieux maitriser le risque moral mais sont sujets à la sélection adverse et donc à l'escalade des couts aussi
 - La solution à l'un tend à augmenter l'autre risque
 - En plus, les transitions épidémiologique et démographique plus la technologie médicale et la croissance économique tendent à mener aux maladies chroniques et/ou des soins couteux
- Ce sont les éléments fondamentaux derrière l'escalade des couts dans tout système de financement des soins de sante
- Mais c'est la croissance économique aussi qui peut fournir les solutions durables (et l'Afrique prend son essor ce temps-ci)
 - Avec la bonne gestion et bonnes négociations politique et sociale
 - Les économistes de la sante sont là aussi pour vous accompagner !!

1) Chris Atim, PhD

Banque Mondiale /AFTHE

Dakar

Email: catim@worldbank.org; chrisatim1@gmail.com

Tél.: 77 408 4608



2) Moulay Driss Zine Eddine El Idrissi, PhD

Banque Mondiale /AFTHE

Dakar

Email: mzineeddineelidr@worldbank.org

Tél.: 33.859.4189



Fin et Merci