



Bureau
international
du Travail

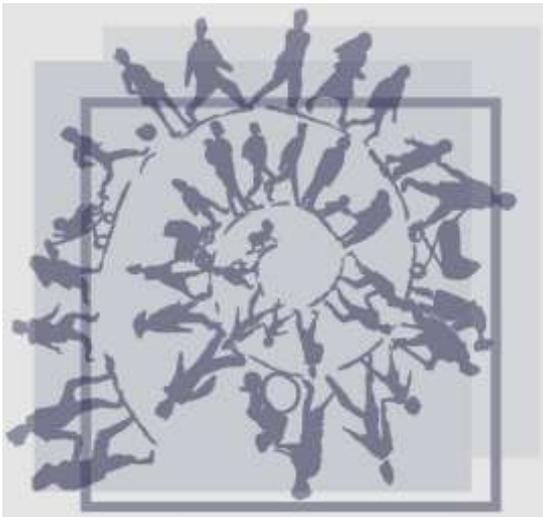
PROTECTION SOCIALE EN SANTE

Etudes de cas et leçons à tirer

SYMPOSIUM SUR LA PROTECTION SOCIALE EN AFRIQUE

Abidjan, 24-26 juin 2015

Adam Dramane BATCHABI
Collaborateur extérieur du BIT
Au nom du Bureau International du Travail





Structure de la présentation

1. Questions à traiter pour bâtir un système de un système de couverture universelle en santé
2. Etudes de cas: Gabon, Ghana, Rwanda, Togo
3. Leçons à tirer des expériences
4. Mobilisation de ressources additionnelles pour la protection sociale en santé



QUESTIONS A TRAITER POUR BATIR UN SYSTÈME DE CUS

1. Quel est le périmètre de couverture?
 - Types de prestations couverts
 - Niveau de couverture
 - Catégorie de population
2. Quelles modalités d'affiliations?
 - AMO ou AMV
3. Quelle architecture pour le système?
 - Unicité ou pluralité de dispositifs
4. Quel mode de gouvernance?
5. Quels mécanismes de financements?



EXPERIENCE DU GABON: Situation initiale

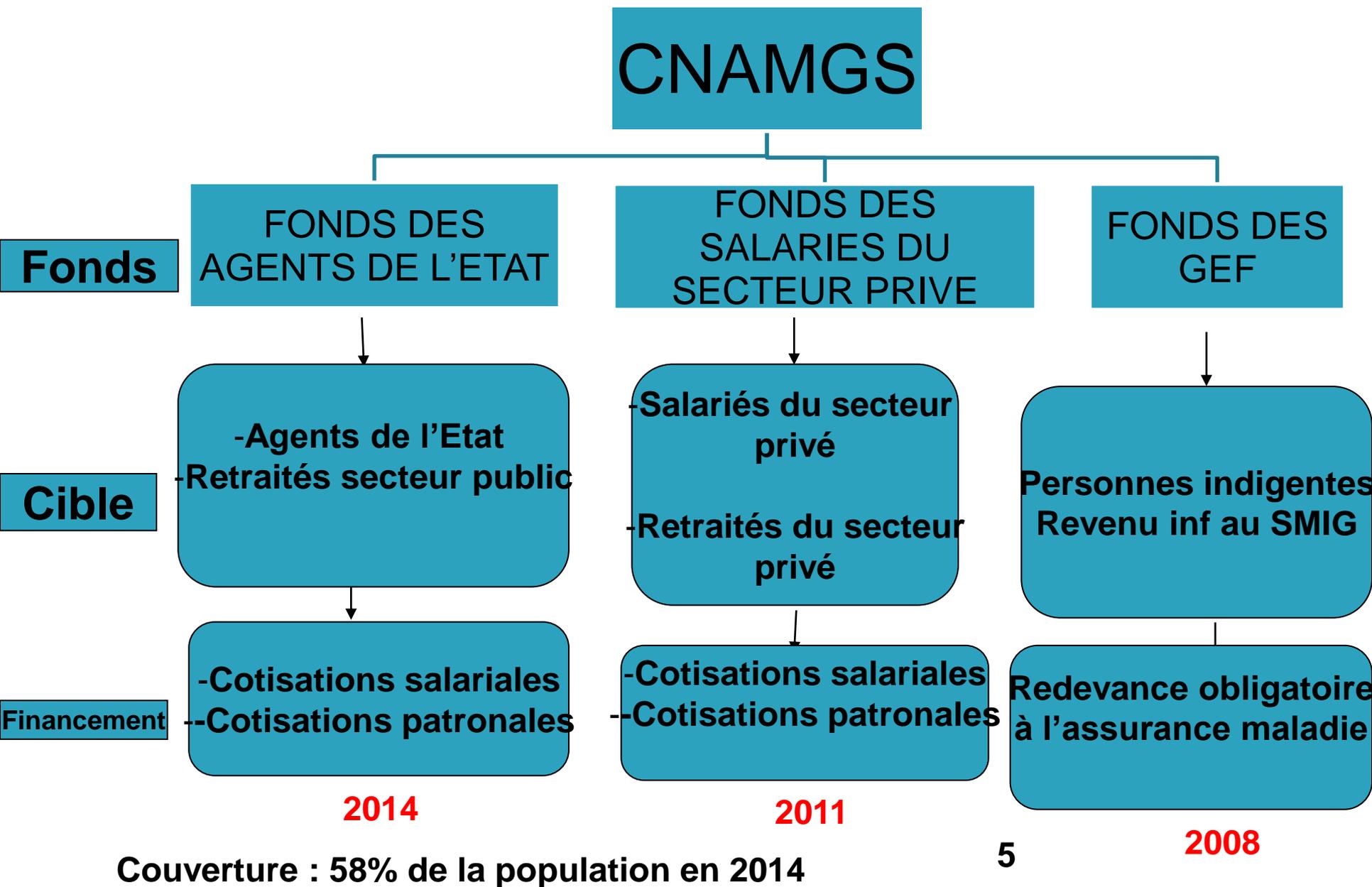
1. La constitution du Gabon, régit par la loi n° 3/91 du 26 mars 1991, garantit à tous la protection de la santé et de la sécurité sociale.
 - **Les fonctionnaires:** gratuité des soins dans les formations sanitaires publiques du Gabon et évacuation sanitaire à l'étranger
 - **Les salariés du secteur privé :** couverts par la branche médicale de la CNSS avec une contribution patronale de 4,1% du salaire
 - **Travailleurs indépendants et indigents :** Pris en charge par la Caisse Nationale de Garantie Sociale (CNGS) financée par une dotation budgétaire.

EXPERIENCE DU GABON: Principales étapes

- **Aout 2007:** Ordonnance n°0022/PR/2007 instituant un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale en République Gabonaise
- **Aout 2007:** Ordonnance n° 0023/PR/2007 fixant le régime des prestations familiales des Gabonais Economiquement Faibles (GEF)
- **Juin 2008:** Décret n°00510/PR/MTEPS fixant les statuts de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale du Gabon (CNAMGS)
- **Juillet 2008:** Décret n°00518/PR/MTEPS fixant les modalités d'attribution du statut de gabonais économiquement faible
- **Novembre 2008:** Décret n°00969/PR/MTEPS fixant les modalités techniques de fonctionnement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale
- **Décembre 2008:** Arrêté n°00021/MTEPS/MSHP définissant le panier de soins du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale

Nb: La création de la CNAMGS a entraîné la dissolution de la CNGS et de la branche médicale de la CNSS

GABON : Un organe unique de gestion et différents fonds



EXPERIENCE DU GHANA: Situation initiale

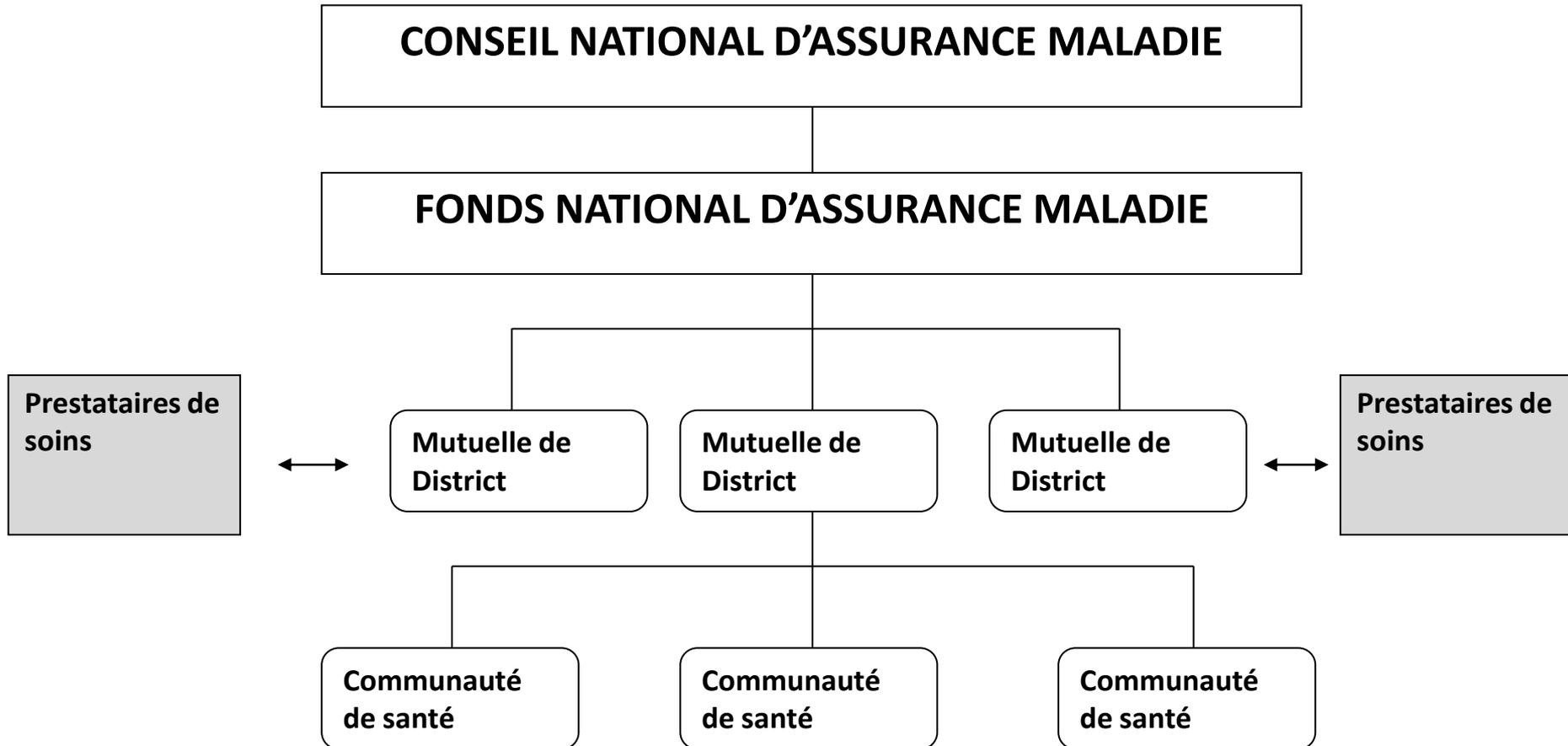
1. Après l'indépendance : Gratuité des soins pour tous financés par la fiscalité;
2. Année 70 : Instauration d'un paiement symbolique dans les formations sanitaires;
3. Année 80 : Adoption d'une législation en faveur du paiement des soins dans les formations sanitaires « Cash and Carry »;
Cela a entraîné une baisse considérable de la fréquentation des formations sanitaires et de mauvais indicateurs de santé;
4. Des systèmes de protection sociale à base communautaire se sont développés dans certaines régions pour faciliter l'accessibilité aux soins de santé avec beaucoup de succès.



EXPERIENCE DU GHANA: Principales étapes

1. **2002** : Elaboration de la politique d'assurance maladie
2. **2003** : Adoption de la loi sur l'assurance maladie par le parlement qui autorise l'existence de deux types de systèmes:
 - ❖ Les Mutuelles de santé de District (appuyées par l'Etat)
 - ❖ Les Mutuelles de santé privé (ne recevant pas de subvention de l'Etat et obligées d'offrir de produits différents)
3. Il est obligatoire à tout résidant du Ghana d'adhérer à un système quelconque (THEORIE)
4. **2003** : Inauguration officielle par le gouvernement du nouveau régime d'assurance maladie (NHIS) gouverné par NHIA

GHANA : Une architecture mixte avec des reformes dans les rôles



Affiliation de toutes les catégories de population

Financement: 2,5% cotisations SSNIT, 2,5% TVA, cotisations secteur informel, subventions d'Etat

Mais: Couverture en 2013: 36% de la population dont un tiers du secteur informel et deux tiers du secteur formel

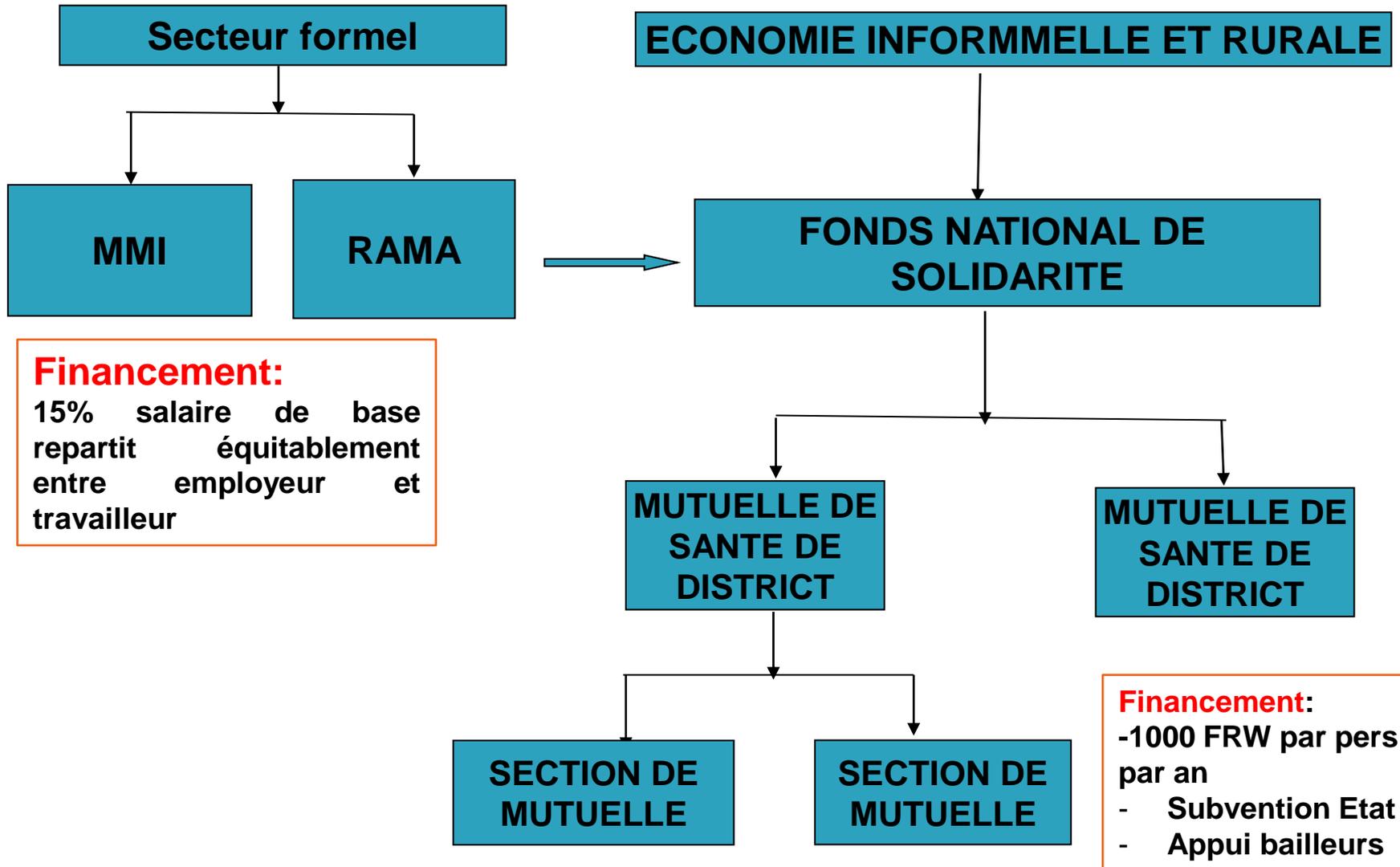


RWANDA : D'une architecture fragmentée à une gestion centralisée et des reformes majeures

1. La politique d'extension de la couverture maladie aux populations exclues est basée sur le développement des « mutuelles de santé » avec implication de l'Etat.
2. **2004** : Elaboration du document stratégique de politique de développement des mutuelles de santé.
3. **2005** : Elaboration d'une loi sur les mutuelles de santé.
4. **2005** : Création au plan national d'une Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de Santé (CTAMS).
5. **2005** : Création de mutuelles de santé dans les 30 Districts du pays, subdivisées en section de mutuelle de santé.
6. **2006** : Création du Fonds de Solidarité pour la Santé des Districts (Pooling Risk).
7. **2007** : Adoption d'une loi rendant obligatoire l'adhésion à une assurance santé de toute personne résidant au Rwanda.

RWANDA : D'une architecture fragmentée à une gestion centralisée et des reformes majeures

Architecture initiale



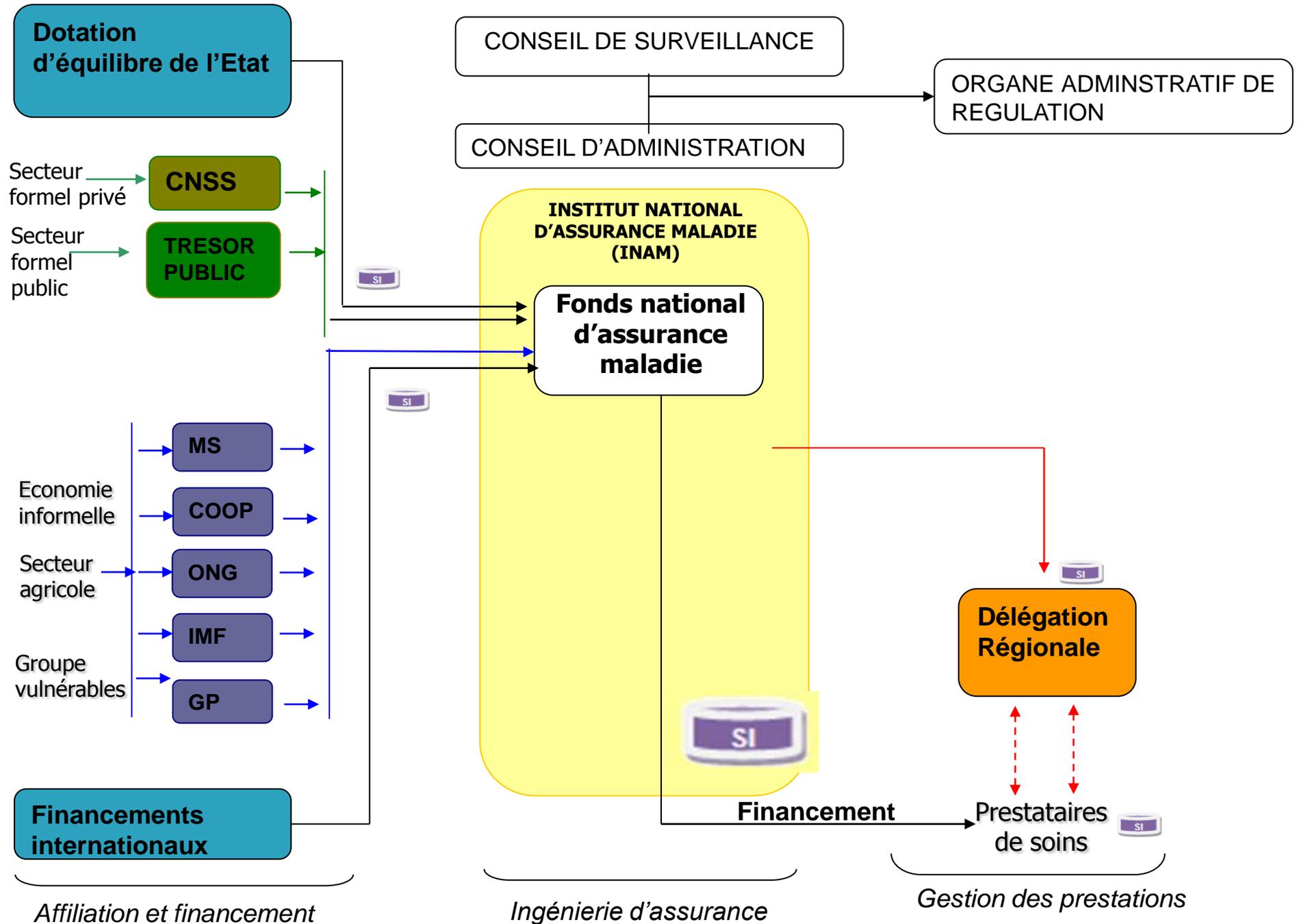
RWANDA : Réformes majeures

- **2010** : Création du Rwanda Social Security Board (RSSB) en remplacement de la Caisse de Sécurité Sociale et de la RAMA
- **2011**: Instauration d'un système de cotisation selon la capacité contributive dans le système mutualiste:

Catégorie	Cotisation annuelle /personne
I: Indigents (28,8% pop)	2 000 FRW , entièrement payé par le Gouvernement
II: Personne disposant d'une capacité contributive (68,8% pop)	3 000 FRW avec un ticket modérateur de 10%
III Personnes riches (2,17% pop)	7 000 FRW avec un ticket modérateur de 10%

- **2015**: Elaboration d'un projet de loi pour transférer la gestion du système mutualiste à la RSSB.
- **Problème futur: quid si les subventions étrangères (jusqu'à 50%) arrêtent?**
- **Taux de couverture: 81% de la population en 2014**

TOGO: Expérience récente mais prometteuse





Leçons à tirer

1. Nécessité d'une forte volonté et un engagement politique ;
2. Adopter un processus participatif: Associer l'ensemble des parties prenantes (partenaires sociaux, société civile, prestataires de soins, etc)
3. Bâtir un régime obligatoire mais avec un déploiement progressif et accompagné de mesures incitatives ;
4. Financement équitable: contribution selon les capacités contributives et appui financier de l'Etat
5. Encourager une centralisation des fonctions techniques (back office) et une décentralisation des fonctions de proximité (front office)



Leçons à tirer

1. Communiquer, communiquer et communiquer encore ;
2. Simplifier et adapter les procédures à une population majoritairement à faible niveau d'instruction ;
3. Utiliser les NTIC pour une simplification et une bonne gouvernance ;
4. S'inscrire dans le cadre des relations entre les entreprises de l'économie informelle et l'Etat et s'articuler avec les autres obligations administratives, fiscales et autres des entreprises afin de les unifier et simplifier ;
5. Combiner le savoir-faire et l'expertise des institutions de protection sociale, des institutions de micro assurance, des organisations d'appui et autres acteurs ;



SOURCES DE MOBILISATION DE RESSOURCES ADDITIONNELLES POUR LA PS EN SANTE

Il est possible dans chaque pays, de mobiliser des ressources additionnelles pour l'extension de la couverture en santé

- Réallocation des dépenses publiques, subventions ad hoc
- Augmentation des recettes fiscales
- Augmentation des cotisations à la sécurité sociale
- Lutte contre evasion fiscale
- Augmentation de l'aide et les transferts au développement
- Réserves fiscales et de devises
- Restructuration de la dette publique



SOURCES DE MOBILISATION DE RESSOURCES

ADDITIONNELLES : Faisabilité des financements innovants

1. **Faisabilité politique**: le mécanisme de financement est-il acceptable et à quel point par les parties prenantes essentielles à sa mise en œuvre?
2. **Pérennité**: Le mécanisme sera-t-il applicable dans le temps? Cette longévité peut dépendre de la nature du mécanisme ou de facteurs politiques.
3. **Stabilité**: dans quelle mesure le mécanisme de financement offre-t-il une source de revenu stable d'année en année?
4. **Progressivité**. Équité verticale et horizontale
5. **Effets collatéraux**. Le mécanisme a-t-il des effets collatéraux positifs ou négatifs (efficacité économique, impact sur les comportements, impact sur le contrat social, etc.).
6. **Gouvernance**. Les arrangements institutionnels et opérationnels sont-ils en place pour mettre en œuvre ce mécanisme? / Quels seraient les risques de fraudes, corruption découlant de la mise en œuvre de ce mécanisme et que faire pour en réduire les risques?



QUESTIONS RECURRENTES

1. Comment redéfinir les rôles des mutuelles à base communautaire dans la couverture universelle en santé (exemple le Ghana, le Rwanda, la Thaïlande, ...)?
2. Pourquoi les pays d'Afrique de l'Ouest accuse en général un retard par rapport aux autres parties du continent en protection sociale?



Bureau
international
du Travail

MERCI POUR VOTRE ATTENTION