

L'assurance maladie communautaire comme voie vers la couverture maladie universelle: les leçons de l'Éthiopie

Hailu Zelelew
28 avril 2015
Port-au-Prince

Structure de la présentation

Contexte et généralités sur la réforme du financement de la santé

- » Contexte
- » Pourquoi l'Éthiopie ?
- » Pourquoi le financement des soins de santé ?
- » Situation avant la réforme du financement de la santé
- » Le processus de réforme
- » Réforme du financement des soins de santé : composantes, séquençage et tendances financières
- » Synergie du financement de la santé avec d'autres initiatives
- » Tendances des résultats en matière de santé

L'assurance maladie communautaire (AMC) comme voie vers la couverture maladie universelle (CMU)

- » CMU
- » AMC : définition et logique pour l'Éthiopie
- » Phase pilote : envergure, processus politique et technique, financement et gestion
- » Résultats de l'évaluation de la phase pilote AMC
 - ❖ Réalisations
 - ❖ Défis
- » Développements actuels
- » Leçons de la phase pilote

Contexte



Profil du pays

- ▶ Population : 94,1 millions (2013)
- ▶ 43 % de la population a moins de 15 ans
- ▶ Espérance de vie (63 ans en 2012)
- ▶ 29,6 % de la population vit sous le seuil de pauvreté (2011)
- ▶ Revenu annuel par habitant : 470 USD (2013)
- ▶ Plus de 85 % de la population dans le secteur informel

Source : <https://jelford.files.wordpress.com/2013/05/where-is-ethiopia.jpg>

Source: Données Banque Mondiale recueillies en ligne le 4/8/2015.



Pourquoi l'Éthiopie ?

- ▶▶ L'Éthiopie a connu des catastrophes d'origines humaine et naturelle
- ▶▶ Progrès accomplis dans la mise en œuvre de réformes de financement de la santé
- ▶▶ L'Éthiopie a mis en œuvre un vaste ensemble de réformes simultanément → Réforme du financement des soins de santé en complément d'autres réformes/initiatives
- ▶▶ Amélioration notable enregistrée par rapport à la situation sanitaire et aux résultats en matière de santé (à un très faible niveau de dépenses par habitant)



Pourquoi le financement de la santé? (objectifs et envergure)

▶▶ Objectif général :

- ❖ mettre en place des services de santé équitables, efficaces, de qualité et durables

▶▶ Englobe principalement

- ❖ La génération de revenus (puiser dans des ressources supplémentaires pour la santé)
- ❖ La mise en commun des risques (accroître l'accès et la protection financière), et
- ❖ L'achat (dépenses stratégiques pour assurer une prestation de services efficace et productive)

▶▶ Concentration de la réforme du financement de la santé

- ❖ Disposition alternative pour payer, répartir, organiser et gérer les ressources en matière de santé



Situation avant la réforme du financement de la santé

- ▶▶ Accès physique et financier aux soins de santé limité
- ▶▶ Manque de budget opérationnel dans les centres de santé
- ▶▶ Manque de médicaments essentiels
- ▶▶ Mauvaise répartition des fonds (dépenses plus élevées pour les soins tertiaires, discordance entre les ressources et leur allocation → manque de productivité)
- ▶▶ Centralisation des décisions
- ▶▶ Durabilité – perspectives peu encourageantes
- ▶▶ Inégalité en matière de santé → Absence de mécanismes de protection systématiques pour les pauvres



Le processus de réforme...

1. A élaboré une stratégie relative aux soins et au financement de la santé en 1998
2. Travail préparatoire : production d'éléments probants, défense des politiques, consultations, formation et visites d'étude
3. A élaboré et adopté des cadres juridiques :
 - Proclamations
 - Règlementations
 - Directives
4. A développé des lignes directrices opérationnelles et des manuels
5. Renforcement des capacités
6. Mentorat, supervision et surveillance

Réforme du financement des soins de santé :

composantes, séquençage, tendances et sources du financement

Réformes de première génération (2000 à ce jour)

Rétention et utilisation des revenus

Élimination sélective des frais et exemption

Création de conseils de gouvernance

Contractualisation de certains services

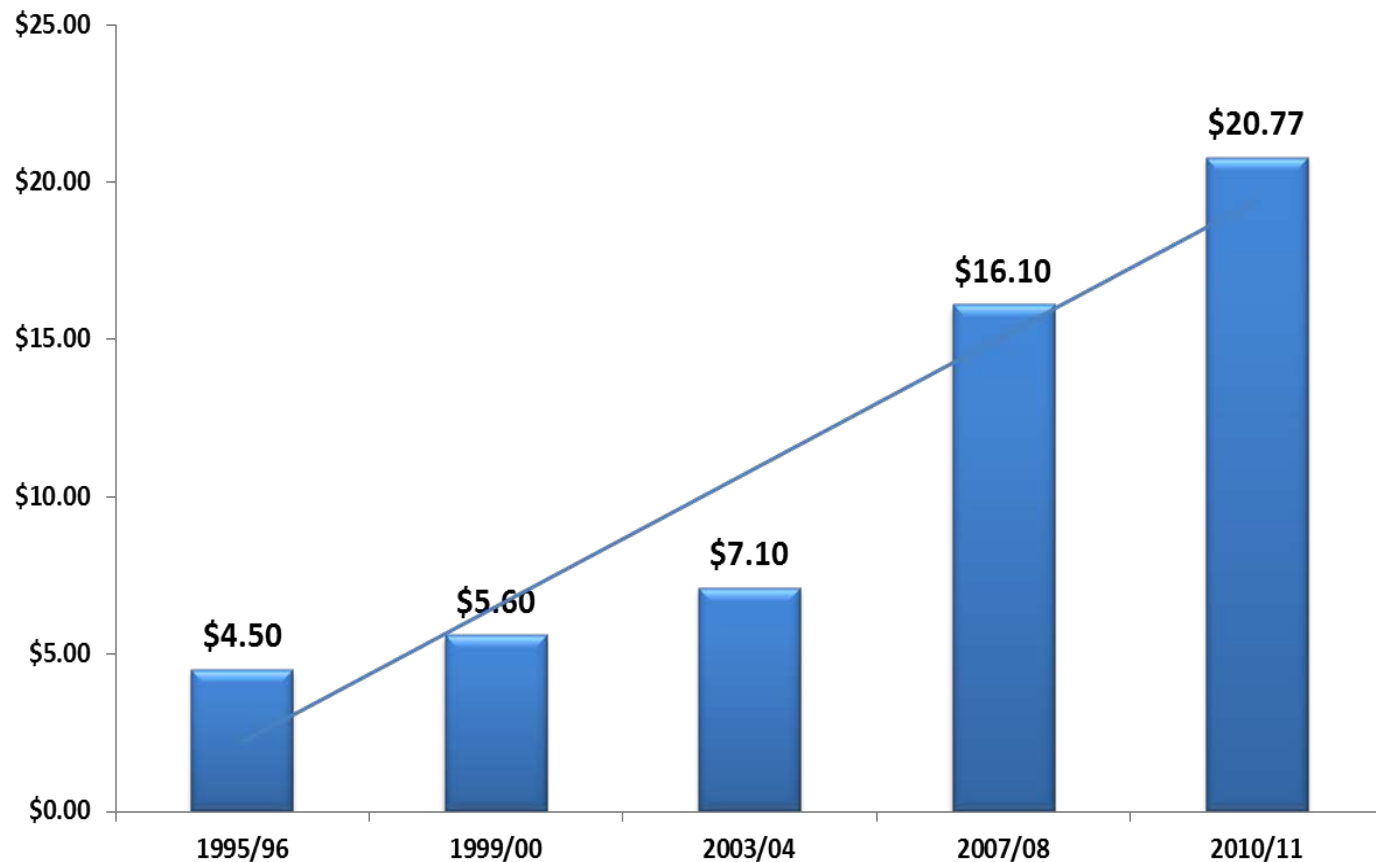
Introduction de volets privés

Réformes de deuxième génération (2008 à ce jour)

Introduire l'assurance maladie

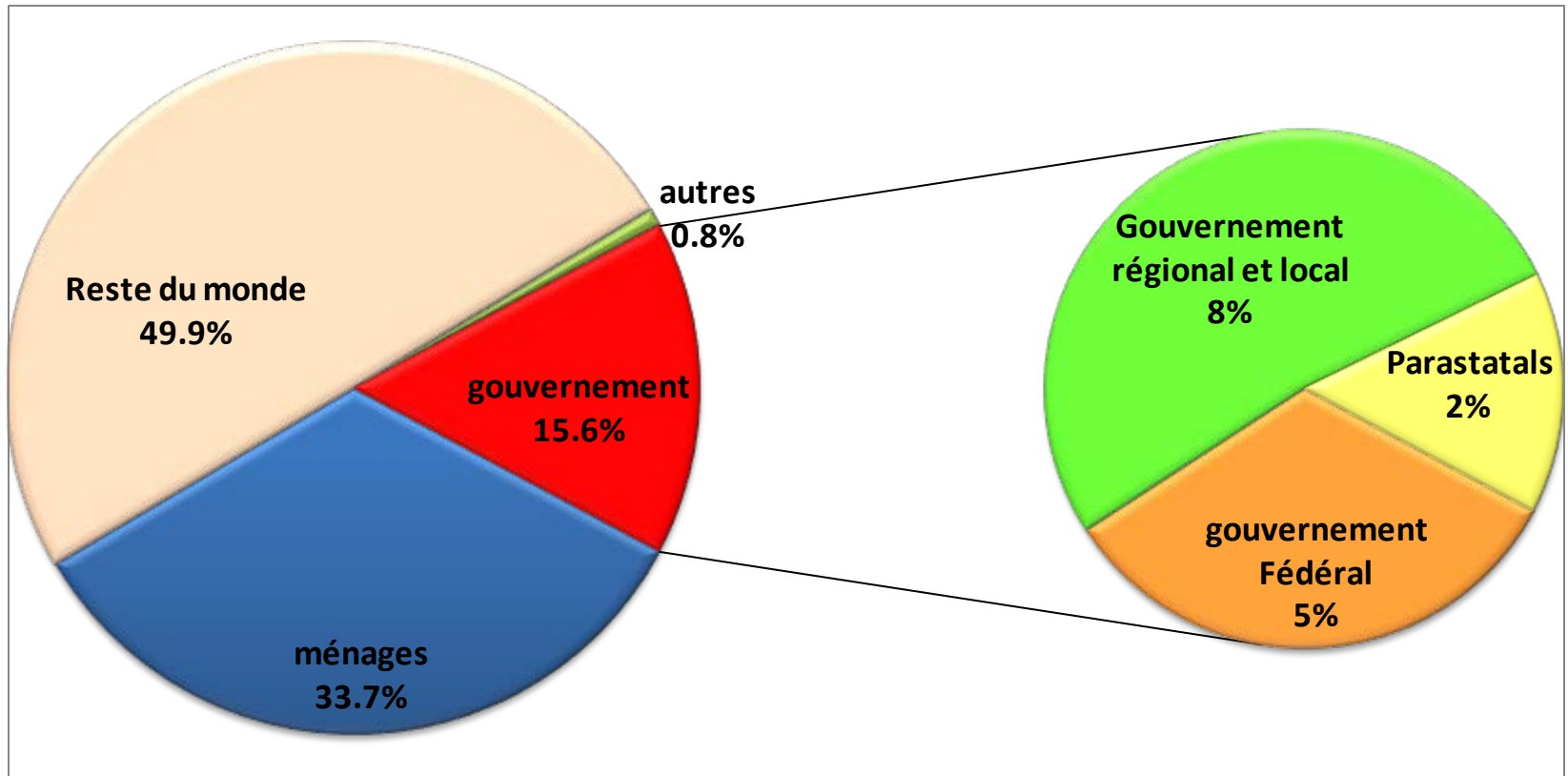
Réforme du financement des soins de santé (2)

Tendance des dépenses par habitant (en USD)



Réforme du financement des soins de santé (3)

Sources du financement, 2010/11 Comptes nationaux de la santé (CNS)



Synergie du financement de la santé avec d'autres initiatives

Interventions liées à la couverture des services

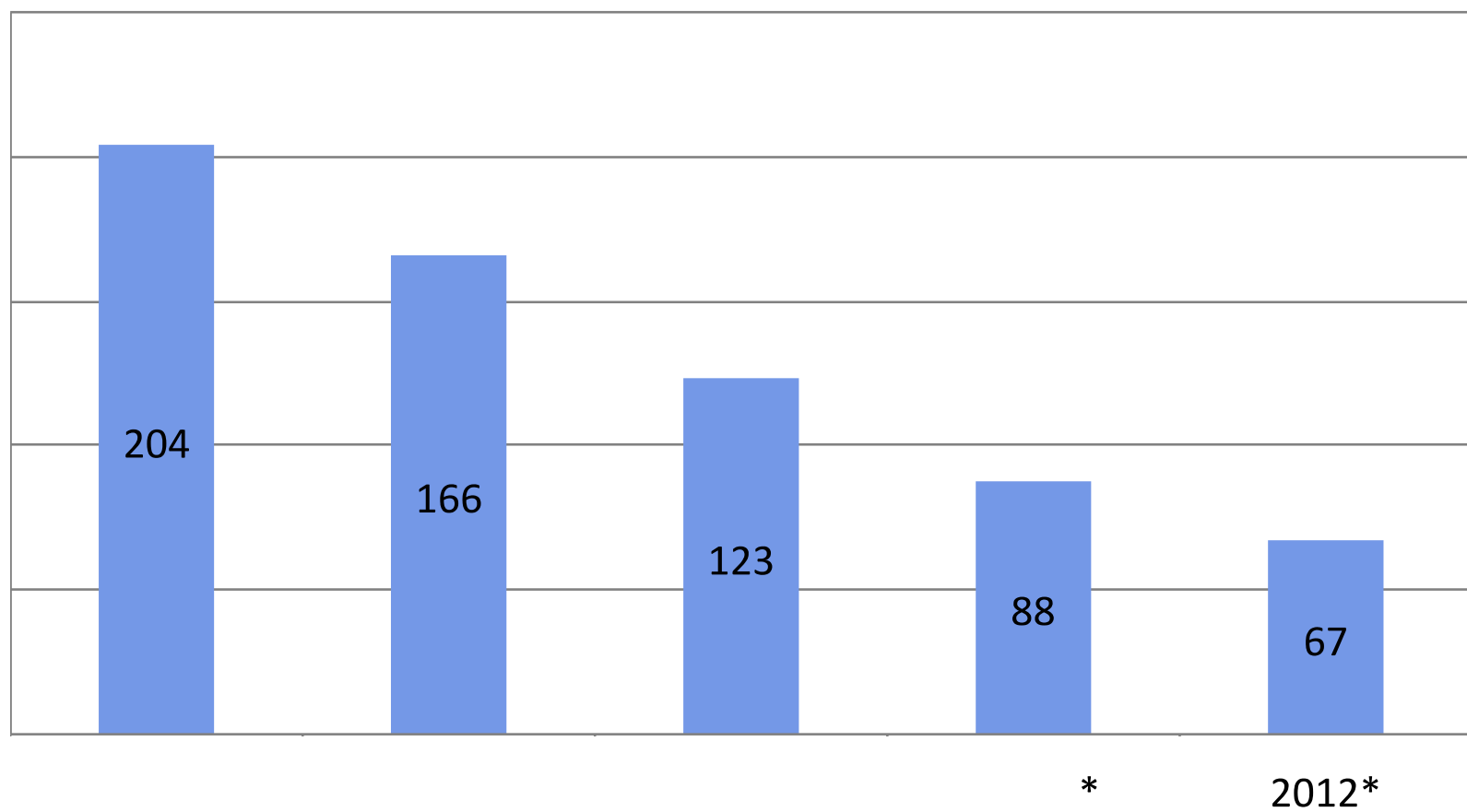
- ▶▶ Programme d'agents de santé communautaires (ASC) : 2 ASC par qebelé (34 000 ASC)
- ▶▶ Construction accélérée de structures de santé :
 - ❖ Plus de 15 000 postes sanitaires
 - ❖ 300 centres de santé (dans les années 1990) à 2 185 (2013)
- ▶▶ Programmes de développement du secteur de la santé (4 entre 1997 et 2015)
 - ❖ Priorité accordée aux services de santé
 - ❖ Axés sur la prévention et la promotion des soins

Interventions liées au financement de la santé

- ▶▶ Financement accru des donateurs → Harmonisation et alignement (y compris le fonds commun des objectifs du Millénaire pour le développement [OMD])
- ▶▶ Elimination des frais (pour protéger les pauvres) et exemptions (pour la prestation de services prioritaires)
- ▶▶ Planification et budgétisation décentralisées (budgétisation au niveau du district axée sur la prévention)
- ▶▶ Les centres de santé conservent les revenus provenant des redevances d'utilisation
- ▶▶ Plus récemment, introduction de l'assurance maladie

Tendances des résultats en matière de santé : quelques illustrations

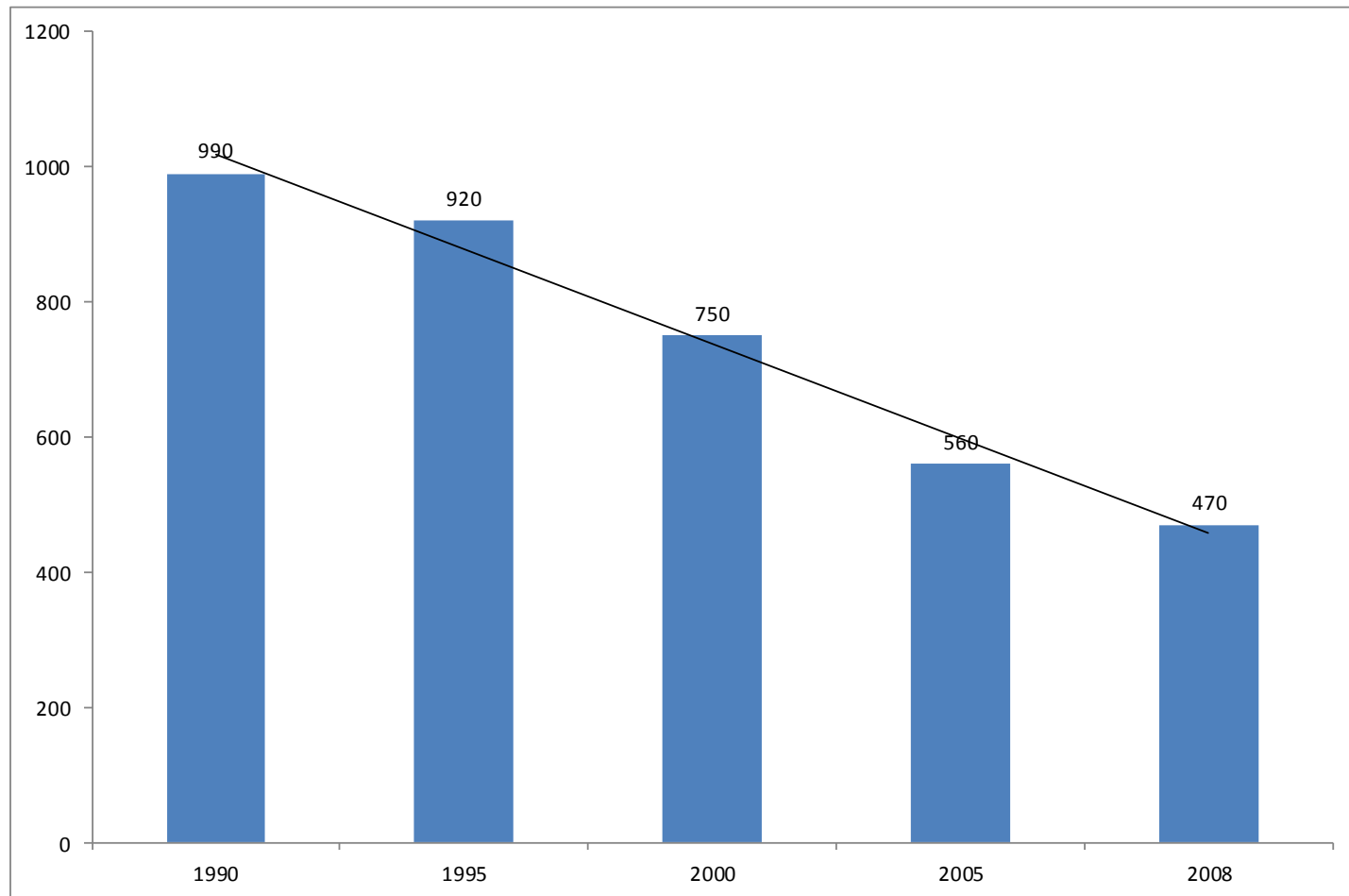
Taux de mortalité **des moins de 5 ans** – tendance



Sources: * UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation: 2013
**Ethiopia DHS (2000, 2005 and 2011 Reports)

Tendances des résultats en matière de santé (2)

Taux de mortalité maternelle – tendance





L'AMC comme voie vers la CMU: leçons



Couverture maladie universelle

- ▶▶ La CMU gagne du terrain : l'Éthiopie en est un parfait exemple!
- ▶▶ Pourtant, 75 % de la population mondiale n'a pas de protection adéquate; 40 % ne bénéficie même pas de services élémentaires.
- ▶▶ Définition de la CMU :
 - ❖ lorsque chaque individu peut accéder à des services de qualité en fonction des besoins sans se heurter à des difficultés financières

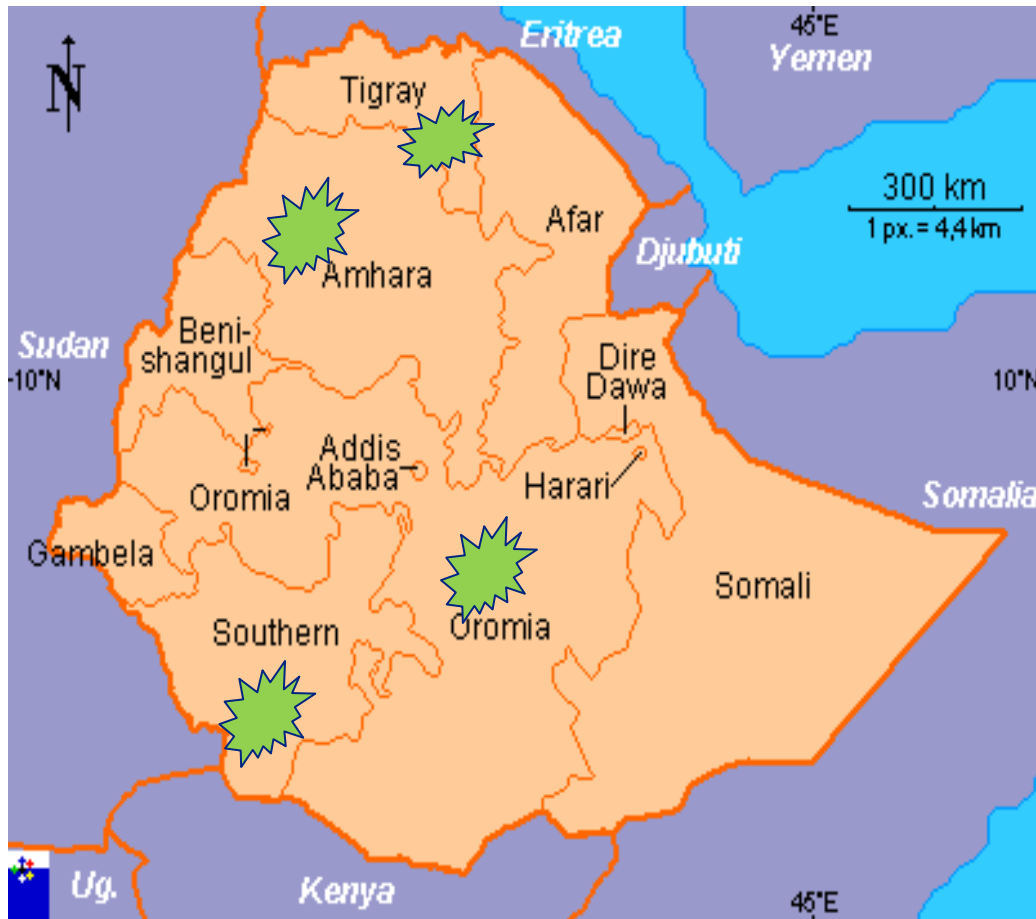
AMC : définition et logique pour l'Éthiopie

Définition : L'AMC est « tout programme géré et exploité par une organisation, **autre qu'un gouvernement** ou une société à but lucratif privée, qui fournit une mise en commun des risques pour couvrir l'ensemble ou une partie des coûts associés aux soins de santé. »

Logique pour l'Éthiopie :

- ▶▶ > 85 % d'Éthiopiens sont tributaires du secteur informel
- ▶▶ Dépenses en santé des ménages : 34 % du total des dépenses de santé
- ▶▶ Très faible utilisation des services de santé (0,3 visite par habitant)
- ▶▶ Se baser sur les systèmes de solidarité communautaires existants
- ▶▶ Encourager la confiance, la responsabilisation et l'appropriation communautaires
- ▶▶ Stratégie d'assurance maladie de 2008 :
 - ❖ AMC pour le secteur informel
 - ❖ Assurance maladie sociale (AMS) pour le secteur formel

Phase pilote AMC : envergure



- ▶ Programmes pilotes lancés en janvier 2011 :
 - ❖ 13 districts, dans les 4 plus grandes régions
 - ❖ Population moyenne d'environ 140 000 habitants par district
- ▶ 300 799 foyers éligibles (1,8 million d'habitants)



Phase pilote : processus politique et technique

- ▶▶ Leçons provenant d'autres pays (examens des documents et visites)
 - ❖ Ghana, Rwanda, Sénégal, Mexique, Thaïlande et Chine
- ▶▶ Documents techniques et recommandations stratégiques présentés au gouvernement
- ▶▶ Stratégie relative à l'assurance maladie élaborée et adoptée en 2008
- ▶▶ Conception du prototype du programme AMC pilote
 - ❖ Affiliation, paquets de prestations, contribution des membres, subventions, gestion des risques, dispositions organisationnelles, etc.
- ▶▶ Étude de faisabilité effectuée dans chaque district pilote
- ▶▶ Système d'administration et de gestion financières adopté

Phase pilote : financement et gestion

- ▶ Contributions des membres (montants en fonction de chaque programme) → 52% du montant total du fonds
- ▶ Subvention gouvernemental (deux types) → 48% du montant total du fonds
 - ❖ Ciblé (pour les pauvres)
 - ❖ Général (pour tout le monde)
- ▶ Par ailleurs, les gouvernements locaux ont recruté 3 employés par programme et couvrent les coûts opérationnels des programmes
- ▶ Chaque programme est lié à la structure gouvernementale locale
- ▶ Assistance technique des partenaires



Résultats de l'évaluation AMC: réalisations et défis

Résultats (1)

- ▶ Inscription : **52%** (157 553 foyers/plus de 700 000 bénéficiaires)
 - ❖ Volontaire au niveau du foyer
 - ❖ Inscription variable en fonction du district (pénétration à 25-100 %)
 - ❖ Indigents : en moyenne 15 % de tous les membres (variable en fonction du district)
- ▶ Utilisation accrue des services de santé (0,7 visite par habitant pour les assurés vs 0,3 pour la moyenne nationale)
 - ❖ Effet sur le comportement lié à la demande et à l'offre de soins
 - ❖ Disponibilité des médicaments problématique
 - ❖ Utilisation plus élevée en milieu urbain (Yirgalem)
- ▶ Effet sur la réduction de la pauvreté :
 - ❖ 7 % pour les assurés vs 19 % pour les non assurés (dépenses de santé des ménages > 15 % de leurs dépenses non alimentaires)



Résultats (2)

- ▶▶ Viabilité financière avec la mise en commun des risques au niveau du district :
 - ❖ En moyenne, 72 % des revenus des programmes payés aux structures de santé
 - ❖ 3 programmes ont été financièrement déficitaires
 - ❖ La ville de Yirgalem, dont la performance financière a été la plus désastreuse, a connu la plus forte utilisation (principalement urbaine)



Principaux défis

- ▶▶ L'affiliation a fléchi après l'étape initiale
- ▶▶ Difficultés financières au sein de quelques programmes
- ▶▶ Niveau d'engagement variable des autorités au niveau local
- ▶▶ Les prestataires diffèrent quant à leur état de préparation pour fournir des soins de qualité (dotation en personnel, médicaments, laboratoires, réception, services ambulatoires, etc.)
- ▶▶ Mécanismes inadéquats pour traiter les réclamations



Développements actuels :

- ▶▶ Le gouvernement a été satisfait des résultats de la phase pilote et a décidé de tester le processus à plus grande échelle.
- ▶▶ L'AMC est étendue à 185 districts dans les quatre régions.
- ▶▶ Le gouvernement est conscient des implications du passage à une plus grande échelle en matière de ressources.
- ▶▶ Stratégie nationale de passage à une plus grande échelle de l'AMC en cours de préparation



Leçons des programmes pilotes

- ▶▶ L'AMC est une voie prometteuse vers la CMU (taux de couverture élevé → 52 %).
- ▶▶ Elle fournit une protection contre le risque financier.
- ▶▶ Elle renforce l'utilisation des services de santé.
- ▶▶ Elle exerce de la pression sur les prestataires pour prodiguer des soins de qualité.
- ▶▶ Elle requiert un solide engagement de la part du gouvernement.
- ▶▶ L'appui des partenaires est essentiel.
- ▶▶ Elle a des implications budgétaires et organisationnelles importantes.

Merci

www.hfgproject.org



Abt Associates Inc.

In collaboration with:

Broad Branch Associates | Development Alternatives Inc. (DAI) | Futures Institute | Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH)

| Results for Development Institute (R4D) | RTI International | Training Resources Group, Inc. (TRG)