

Le financement de la couverture santé universelle : leçons tirées de l'expérience du 'NHIS' (la CNAM) au Ghana

Presentation en Haiti, avril 2015

Chris Atim

Conseiller sur les systèmes de santé et l'équité, MCSP

Cadre general

- ▶▶ Contexte sanitaire et démographique du pays
- ▶▶ Contexte de la couverture santé universelle du Ghana
 - ❖ Contexte historique
 - ❖ Mutualisation
 - ❖ Enjeux politique et économique
- ▶▶ Le NHIS
 - ❖ Conception et architecture
 - ❖ Sources de revenu pour le 'NHIS'
- ▶▶ Résultats et défis du NHIS
- ▶▶ Viabilité financière et politique

Contexte sanitaire et démographique

| | |
|--|-------|
| Population (2013) | 25.9m |
| PIB par capita (\$PPP, 2013) | 3880 |
| Esperance de vie (ans, m/f, 2012) | 61/64 |
| Dépenses totales sur la sante par cap. (\$ international, 2012) | 106 |
| Dépenses totales sur la sante, % du PIB (2012) | 5.2 |
| Taux de mortalité infantile (<i>par 1,000 naissances, 2012</i>) | 49 |
| Taux de mortalité maternel (<i>per 100,000 naissances, 2013</i>) | 380 |
| Accouchement assisté par un professionnel de la sante (%) 2013 | 67 |
| % de la population vivant en dessous du seuil national de la pauvreté (2012) | 24.2 |
| Taux d'alphabétisation (% de la population 15+; 2010) | 71.5 |

Contexte historique

**L'expérience
de l'Etat
Providence
après
l'indépendance**

**Systèmes
d'assurance social
en faveur du
secteur formel et
exclusion des
secteurs rural et
informel
Directement
importé et basé
sur les modèles
européens**

**Crises
économiques
dans les
années
1970/80**

**Les crises
économiques
menacent l'État-
providence**

**Effondrement ou
détérioration des
services sociaux**

**Restructuration
dans les
années 1980/
90**

**Mise en cause
politiques de
gratuité
L'Initiative de
Bamako
Tarification et
tickets
modérateurs
(Recouvrement
des couts)**

**Croissance du
secteur privé et
de la société
civile**

**Développement
des
mutuelles et
assurances
sociales**

**Assurance santé
légitimée et
validée pour les
secteurs
rural/informel**

**Modèle, outils,
compétences
fournis pour
l'intérêt renouvelé
de l'État et la
nouvelle approche
au régime
d'assurance sociale
– décentralisé,
participatif, etc.**



Questions liées à la tarification des soins de 1985

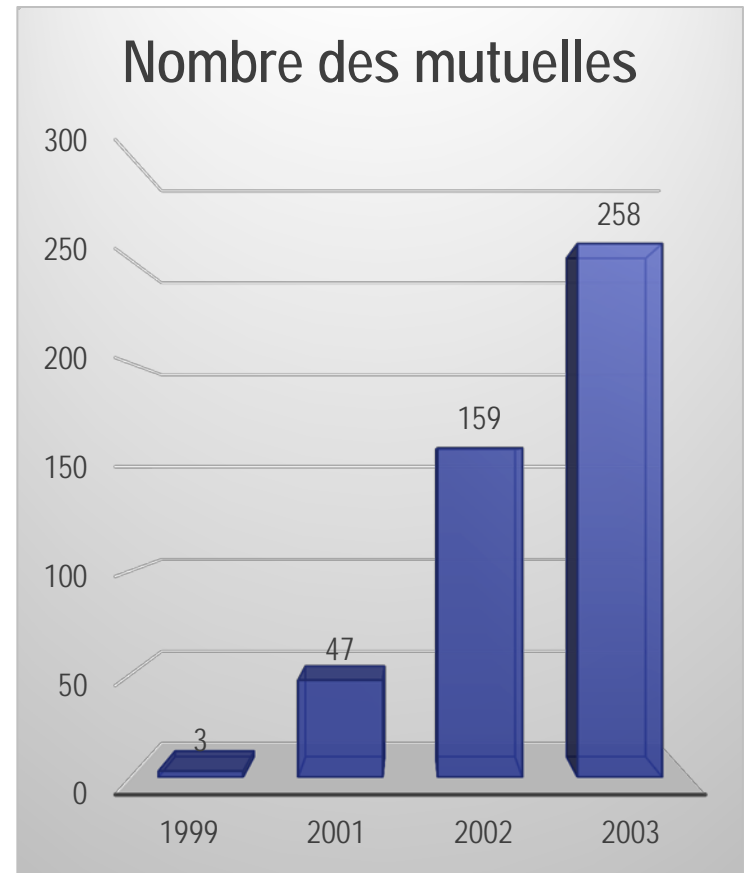
- ▶▶ 20% de recouvrement ciblé mais en pratique entre 40 – 80% des couts opérationnels d'après étude indépendante
- ▶▶ Entraînant grave problème d'accès pour une grande partie de la population
- ▶▶ Politique de rétention des revenus aux structures y compris pour motiver les personnels
 - ❖ Forte incitation d'appliquer la tarification partout
- ▶▶ Exemptions pour les indigents difficiles à appliquer (problèmes d'identification et ciblage)

Politique d'exemption étendue en 1997

- Les femmes enceintes, enfants <5 ans, personnes âgées, indigents
- Mise en œuvre posant un grand problème
 - Critères pas très clairs, donc variation d'application par région
 - Demande beaucoup plus forte que prévue, surtout femmes enceintes (4 visites prénatales et accouchements)
 - Budget pour les exemptions moins que la demande et les factures
 - Donc délais énormes des remboursements des structures ou remboursements partiels
 - Incitations faibles d'appliquer les exemptions par les structures publiques
 - Certaines refusaient de les appliquer
- Contexte favorable pour développement des mutuelles

Mutualisation avant la loi d'assurance nationale de 2003

- ▶▶ 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
- ▶▶ Quelle donc est leur importance historique?
- ▶▶ En ce moment, il n'existait pas d'autres solutions viables
- ▶▶ **Mutuelles représentent 1ère fois en Afrique qu'un modèle pour la couverture santé des populations rurales et informelles voient le jour**
- ▶▶ **Légitimation de l'assurance sociale**
- ▶▶ Base de la conception de la loi 650





Mutualisation avant le NHIS: Phase pilote

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

Contexte politique ...

- Mais les problèmes de la tarification étaient aussi une opportunité pour les opposants politiques ...
- En 2001, nouveau gouvernement élu et arrivé au pouvoir avec promesse ferme de supprimer les tarifications des usagers
 - Techniciens de la santé et partenaires fortement opposés à la réintroduction de la politique de la gratuite, mais favorables aux mutuelles; société civile aussi
 - Les mutuelles (MHO) ayant déjà fait preuve de leurs capacité et viabilité institutionnelles; modèle testé et en pleine expansion
 - Les MHO existante ont donc fourni un modelé pour tenir à cette promesse électorale
 - Contexte de la loi d'assurance nationale en 2003

Processus

- ▶ Initiative du Gouvernement, avec comité du pilotage basé au Ministère de la santé
- ▶ Quelques parties prenantes représentées dans le comité
- ▶ Comité du pilotage initial en conflit avec le Ministre et est remplacé
- ▶ 2e comité plus proche des idées du Ministre mais moins représentatif
- ▶ Comité procède à des consultations avec plusieurs parties prenantes
- ▶ Mais beaucoup de contestations aussi ...
 - ❖ Critique principale concerne éléments de la conception considérés à l'encontre des bonnes pratiques dans l'assurance maladie sociale
 - ❖ Questions d'équité, viabilité etc soulevées par les contestants
- ❖ La préoccupation exprimée par certains à propos des consultations du comité c'est qu'il s'agissait de simples gestes symboliques, de consultations de pure forme, même avec un nouveau Ministre

Configuration des parties prenantes 2003

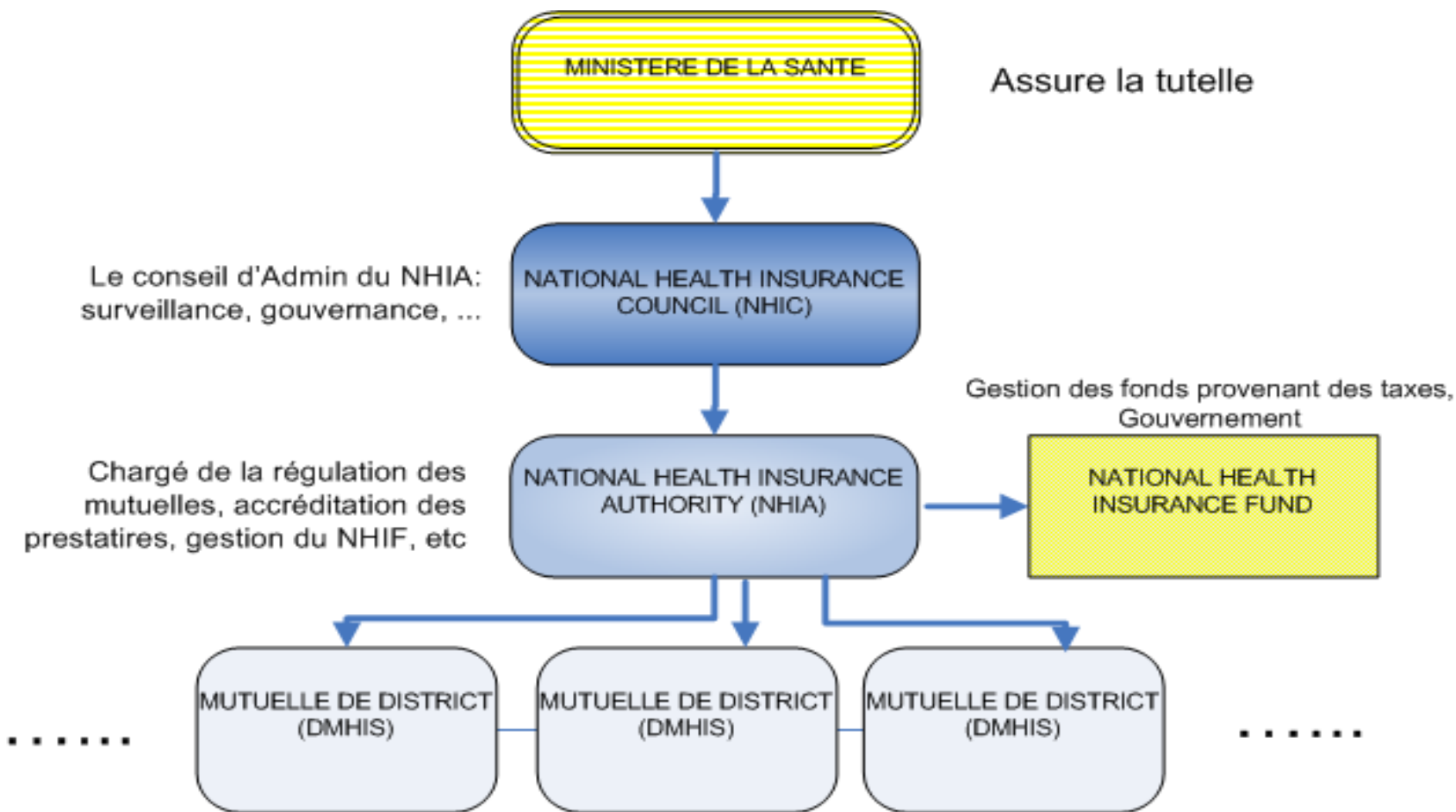
Cartographie politique de la réforme: Assurance santé nationale du Ghana

| Appui fort | Appui moyen | Appui faible | Non mobilisé | Faibles critiques | Critiques moyennes | Critiques fortes et Opposition |
|---|--|--|--|---|---|--|
| <p>Gouvernement</p> <p>Dirigeants du parti au pouvoir</p> <p>Groupe chargé de la conception technique</p> | <p>Majorité au parlement</p> <p>Ministère de la santé</p> <p>Ministère des finances</p> <p>Parti au pouvoir</p> <p>Sous-commissions parlementaires</p> | <p>Service de la santé du Ghana ?</p> <p>Assemblées de district</p> <p>Mutuelles de District</p> | <p>Media</p> <p>Population générale dans les zones urbaines et rurales</p> | <p>Service de la santé du Ghana (GHS) ?</p> | <p>Assureurs privés</p> <p>Fournisseurs privés</p> <p>Donateurs/ partenaires du secteur de la santé</p> | <p>MHO existants non membres du niveau district</p> <p>Opposition au parlement</p> <p>Groupements de la société civile</p> <p>Travailleurs organisés</p> |

La loi de 2003 sur l'Assurance Maladie Universelle - Rupture et evolution

- ❖ 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 (MHO non subventionnées)
 - Assurances privées commerciales
- ❖ Toutes régulées par l'Autorité nationale de l'assurance maladie (la National Health Insurance Authority (NHIA))

L'ARCHITECTURE DU NHIS



145 sociétés anonymes
Conseil d'Administration pour chacune (élu par membres)
Gestion et personnel administratif
Participation des membres

Le NHIS – Caractéristiques clés

Populations couvertes

Contributeurs (primes):

- Secteur formel
- Secteur informel

Exemptés:

- Enfants < 18 ans
- Retraités
- Personnes âgées > 70 ans
- Femmes enceintes
- Indigents

Paquet d'avantages

Inclus:

- Soins ambulatoires, hospitalisation, chirurgie
- Diagnostiques, soins spécialistes, consultations

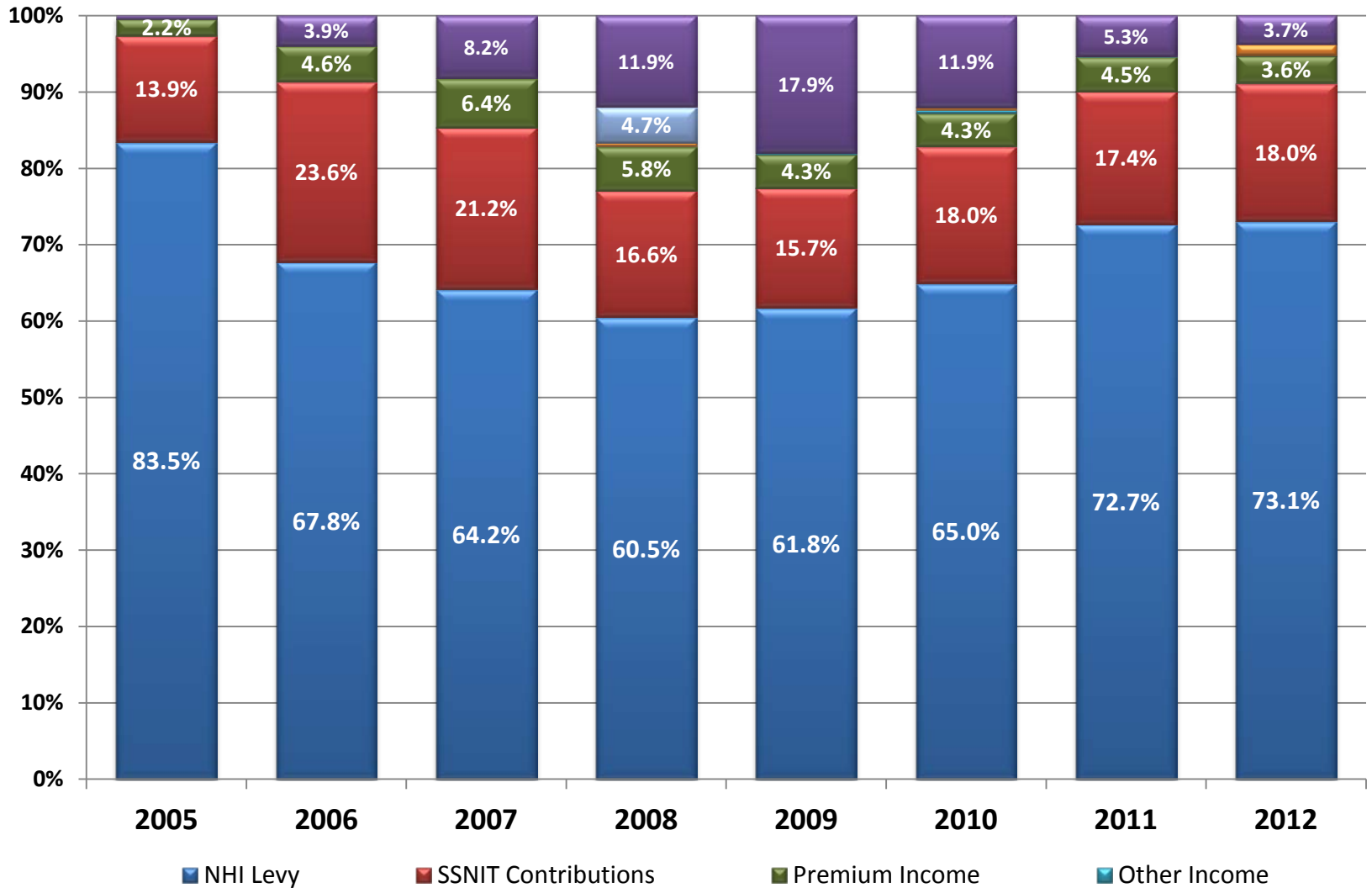
Exclus:

- Infertilité, insuffisance rénale aiguë, ARV, services couverts par programmes verticaux

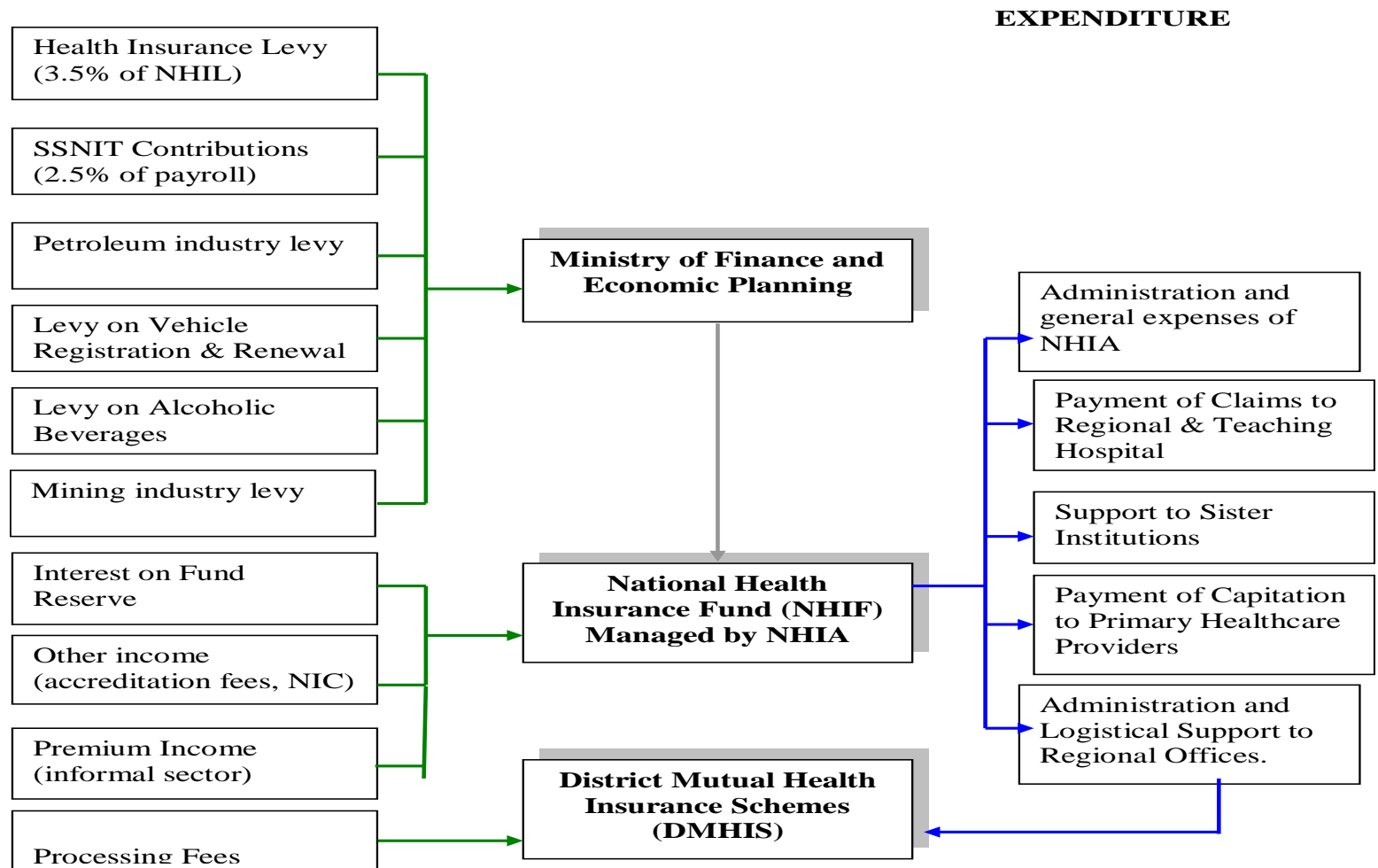
Sources de financement


- ❖ Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM/NHIF)
 - 2.5% de la sécurité sociale affecté au NHIF
 - TVA majoré par 2.5% pour le NHIF
 - Source innovatrice de financement d'assurance, mais pourrait entraîner d'autres problèmes
- ❖ Cotisations du secteur informel (adultes) aux DMHIS
 - ❖ Allant de \$5 à \$33 (7.2 à 48 cedi) par personne par an
 - ❖ Liées aux revenus des familles en principe
- ❖ Sources diverses (et beaucoup moins importantes)
 - Dons
 - Bailleurs
- Fonds unique et intégré

NHIS – revenu par source



Flux de trésorerie ('cash flow') du NHS





Origines Politiques de la Source Innovatrice 'TVA pour la Santé'?

- ▶▶ Conjoncture favorable en 2003:
 - ❖ Projet du NHIS demandait un financement sur
 - ❖ Mais difficulté politique pour le Gouvernement de majorer la TVA existante
 - ❖ Exigences et négociation avec institutions financières internationales
 - ❖ Ministère des Finances a donc proposé la majoration de la TVA mais dédiée à la santé – politiquement plus acceptable
 - ❖ **Role du Ministère des Finances plus important que celui du Ministère de la Santé**
 - ❖ Leçons pour d'autres pays?
 - ❖ Aujourd'hui, le Ministère des Finances semble être moins favorable à cette mesure



Quelques Resultats et Defis du NHIS

Categories d'adhésions - 2013

| Catégorie | Nombre d'adhérent (chiffres provisoires) | % du total |
|----------------------------------|---|-------------|
| Secteur informel | 3,409,237 | 33.6 |
| Secteur formel | 360,865 | 3.6 |
| Retraités | 24,540 | 0.2 |
| Moins de 18 ans | 4,714,121 | 46.5 |
| Personnes âgées (> 70 ans) | 381,518 | 3.8 |
| Indigents | 1,230,602 | 12.1 |
| Autres (Police, militaires, ...) | 24,313 | 0.3 |
| Total | 10,145,196 | 39 |

Inéquité de couverture par Quintile

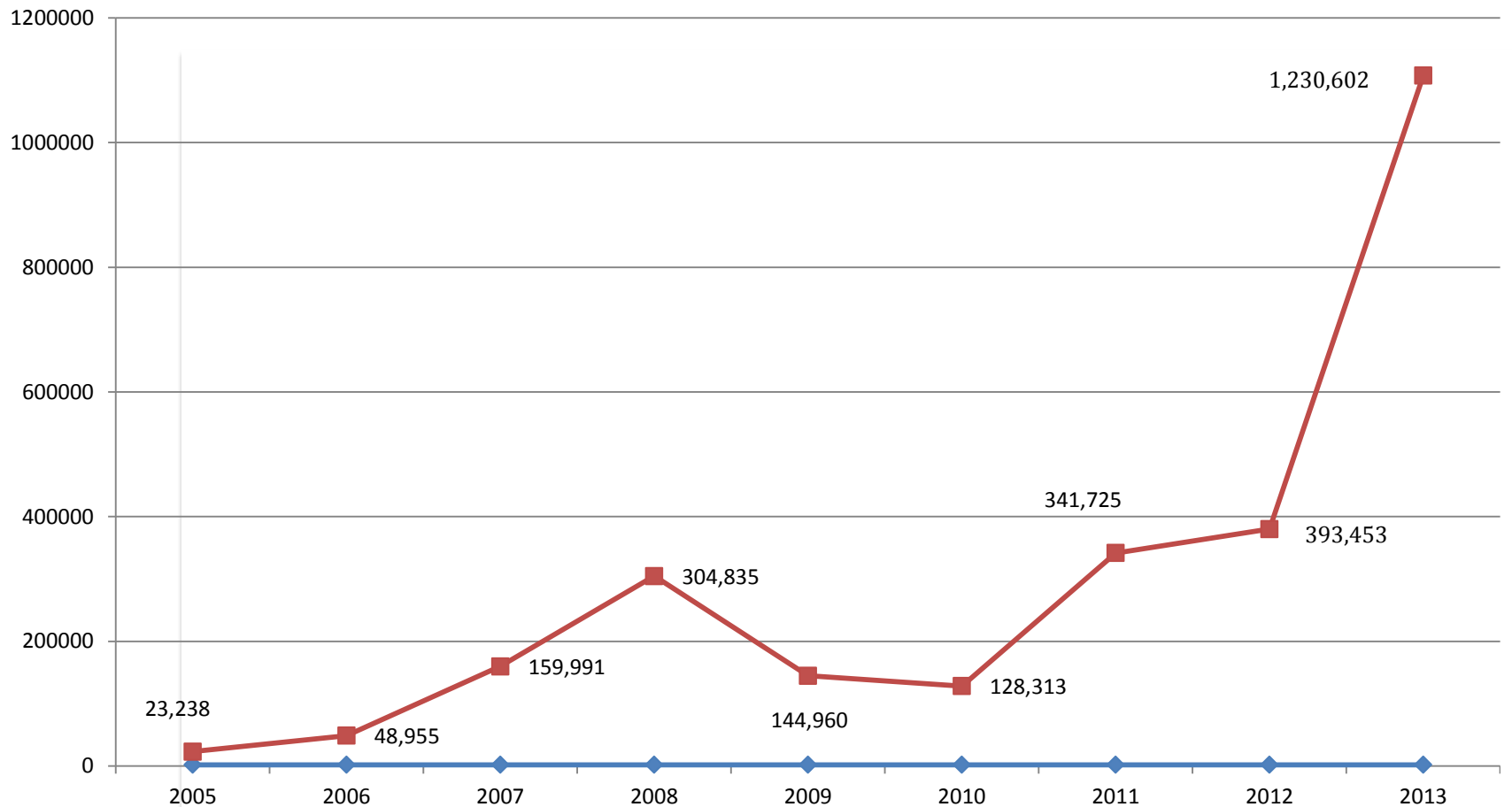
| | Couverture des adultes 15-49 ans par quintile de richesse, EDS (DHS 2008) |
|----------------------------|---|
| Quintile | Inscriptions |
| Femmes– 20% plus basse | 29.3% |
| 20% Plus haute | 47.0% |
| Hommes-- 20% plus basse | 16.6% |
| 20% Plus haute | 37.7% |

Raisons principales:

1. Faible mise en œuvre du fonds de péréquation (financement disponible)
3. Problème de définition et d'identification des indigents

Progrès dans le ciblage des indigents

Avec la nouvelle approche (projet LEAP en collaboration avec d'autres secteurs), le ciblage des indigents a fait un progrès significatif: une hausse du nombre enregistré de **393,453 en 2012 à 1.23m en 2013**, représentant environ 238% d'augmentation.





VIABILITE FINANCIERE

- ▶▶ Paquet de bénéfices trop généreux?
 - ❖ Pas de co-paiements!

Analyse comparative

| | Ghana | Chile | Philippine | Taiwan | Bolivie |
|------------------------------------|--|--|---|--|---|
| Démarrage | 2004 | 1981 | 1995 | 1995 | 1996 |
| % Population Couverte (2013) | 38 | 86 | 79 | 99 | 30 |
| PIB par capita (\$PPP int'l, 2013) | 3,880 | 21,060 | 7,840 | 42,200 | 5,750 |
| Paquet d'avantages | Presque Compréhensif (95%); soins ambulaires; hospitalization; diagnostiques; les ordonnances comprises. | Soins ambulaires; hospitalization; Medicaments et fournitures médicales. | Soins ambulaires; hospitalization au delà de 24H; Medicaments lors de l'admission; médicaments sur ordonnance; remboursement médicaments des soins ambulaires | Très comprehensive; soins ambulaires; hospitalization; diagnostiques; pre-authorization requise pour traitements dites 'très chers/très intensifs); les ordonnances comprises. | Soins primaires; médicaments sur ordonnance; tests labos et soins maternels |
| Co-paiements /tickets moder. | Non | Oui | Oui | Oui | Oui |

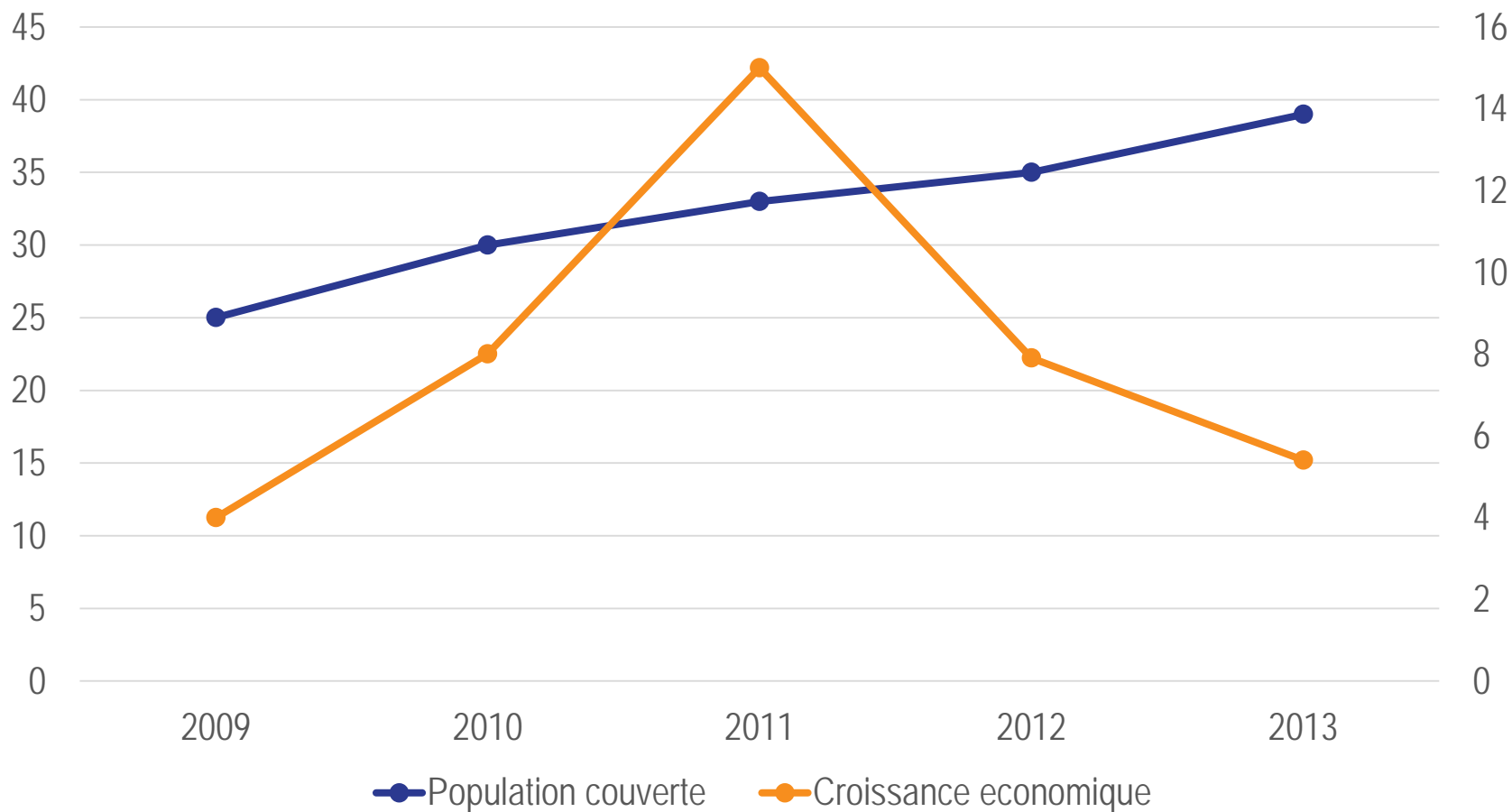


Défis liés au financement

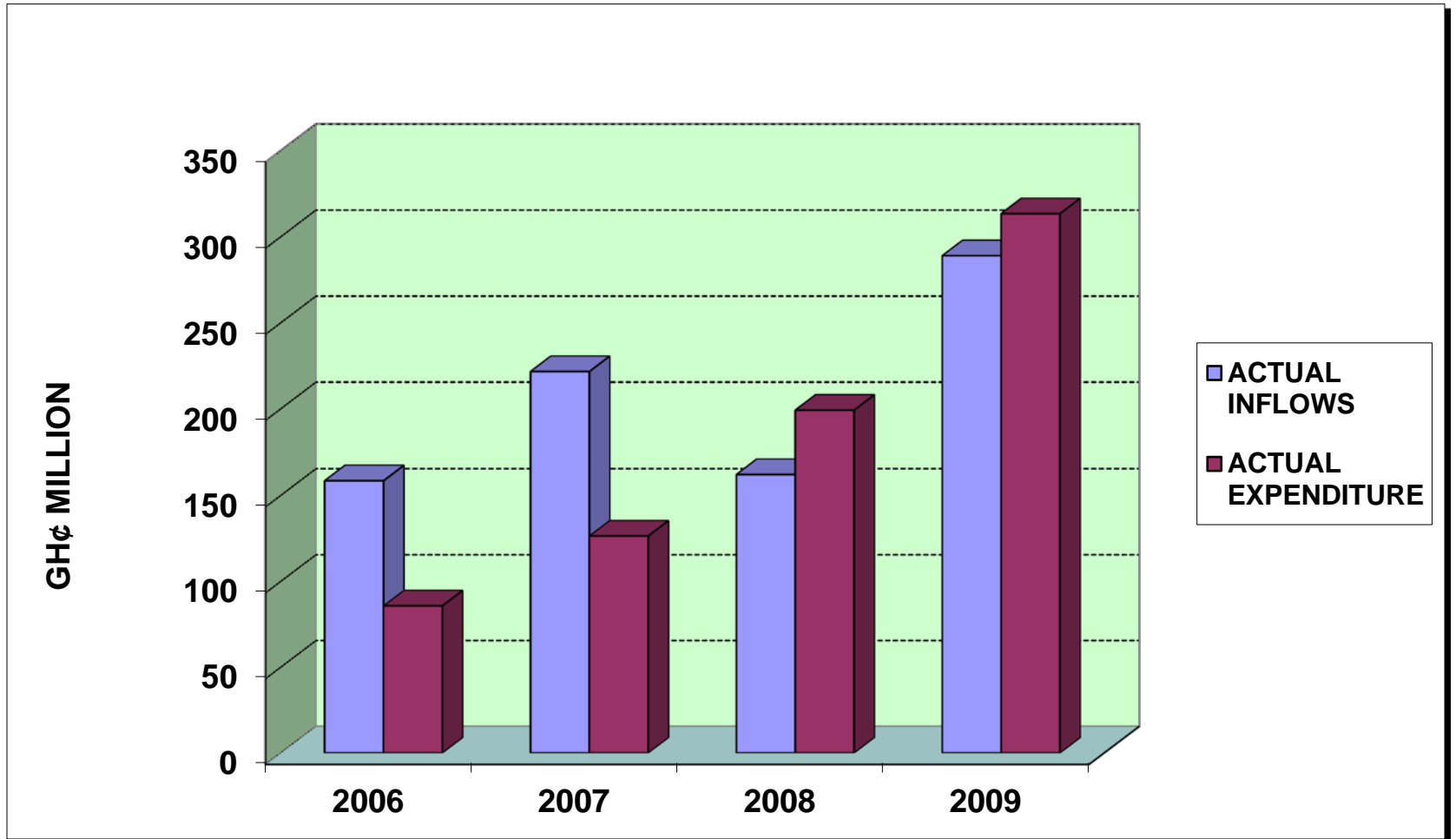
- Délais significatifs de transfert de la TVA et les contributions de la sécurité sociale du Ministère des Finances au NHIF
- La collecte des cotisations du secteur informel
 - Constituent à peine 5% du revenu du NHIF
 - Coûts élevés de la collecte (porte à porte, commissions aux agents de collecte ...)
 - Non renouvellement de l'adhésion très fréquent chez les individus n'étant pas tombés malades pendant l'année ...
- Résultats:
 - Beaucoup de délais dans le remboursement des prestataires par le NHIA
 - Amenant des prestataires à refuser d'accepter les assures ou à les demander de payer de la poche

Montant de la TVA collecté n'est pas lié directement aux adhésions

La TVA reçu est en rapport avec la croissance économique mais les dépenses suivent la population couverte - graphique schématique



Revenus et Dépenses du NHIS (2006 – 09)



Intérêts et dons non-inclus

Viabilité Politique et Conclusions

- ❖ NHIS accepté par tous les partis politiques et par le pays en général
 - Même si le déficit budgétaire actuel amènerait à le priver du financement adéquat
- ❖ Résultats positifs reconnus
- ❖ Origine et dynamique endogènes et autofinancé par les ressources du pays
- ❖ Basé sur une volonté politique claire et une source de financement innovatrice
- ❖ Des défis pour l'avenir
 - La marche vers un système centralisé
 - Demande une bureaucratie honnête et compétente?!
 - Couvrir plus d'indigents et de travailleurs du secteur informel
 - Assurer que la capitation marche comme prévue
- La viabilité politique assurée sur base de volonté claire des partis politiques de protéger cet acquis social important. Mais viabilité financière mise en question ?

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)