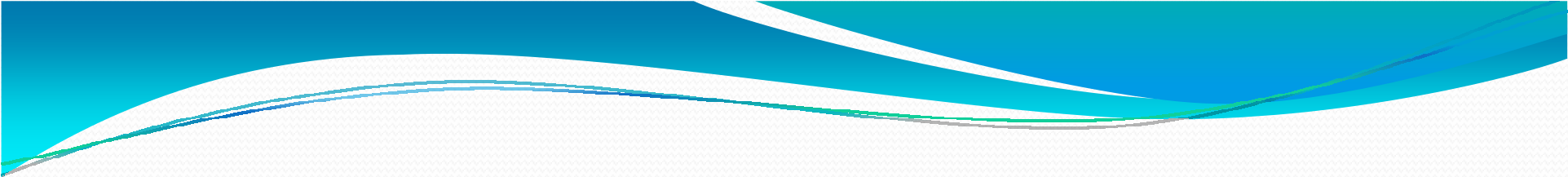


Retours d'expériences de mise en place de systèmes nationaux d'assurance maladie en Afrique subsaharienne: Cas du Burkina Faso

Saïbou SEYNOU,
Actuaire,
SP/Pilotage Etudes Assurance Maladie
Burkina- Faso

Abidjan, décembre 2008



Plan de l'exposé

- Contexte et justification
- Objectifs et principes de base
- Stratégie envisagée
- Financement du système
- Conditions de mise en oeuvre



Contexte (1): dispositifs publics

- Organismes de sécurité sociale : pas de prise en charge du risque maladie non professionnelle
- L'Office de santé des travailleurs;
 - Objectif: médecine du travail
 - Prestations: soins curatifs + visites annuelles
 - Contribution financière de l'employeur
 - Couverture estimée à environ 100 000 travailleurs
- Mécanismes de prises en charge groupes spécifiques
 - SONU
 - Prestations non contributives
 - Méthode de subventionnement (80%)
 - Prise en charge PVVIH
 - Prise en charge des indigents

Contexte (2): Le Secteur des assurances privées

- Les prestations
 - Garanties de base
 - Garanties complémentaires
- Clientèle
 - Produits adressés surtout aux entreprises, ONG, Missions diplomatiques; etc.
- Un marché très peu rentables
 - S/P en constante augmentation : 41% en 2000, 55% en 2001, 61,6% en 2002, 66,2% en 2003 et 71,8% en 2004
- Problèmes????



Contexte (3): Secteur de l'AM à but non lucratif

- Variété de systèmes: mutuelles, Caisse de prépaiement; Caisses de solidarités; etc.
- Systèmes volontaire, gestion démocratique, autonomie et liberté, solidarité dans le partage des risques, responsabilité, etc.
- Le secteur a souffert de l'absence de législation appropriée. Un règlement communautaire en voie d'adoption;
- Divers intervenants: promoteurs, structures d'appui, ministères, etc.

Contexte (4): Le secteur ABNL (les mutuelles)

- Cotisations varient entre 250 F et 2 000 F en milieu urbain et entre 100 F et 200 F en milieu rural
- Prestations varient considérablement d'une mutuelle à l'autre, du milieu rural au milieu urbain
 - Urbain: tous les niveaux de soins
 - Rural premier échelon de la pyramide + ou – 2^e niveau
- Niveau de prise en charge en fonction des actes varient de 10% pour les médicaments à 75% pour les hospitalisation (Urbain).
- Couverture environ 13 000 personnes couvertes (bénéf)
- Gros soucis??????



Contexte (5): Segments de la population couverts par la protection sociale

- Population active dans le secteur formel public comme privé (< 9%)
 - *Institutions : CNSS, CARFO*
 - *Type de couverture : retraite, allocation familiale, accidents de travail*
 - *Assurances commerciales (< 1%)*
 - *Type de couverture : santé, vie, etc.*
- Population active dans le secteur informel urbain comme rural (80 – 90 %)
 - *Systèmes traditionnels d'entraide et de solidarité*
 - *Systèmes de micro assurance santé*
- Population indigente (< 10 %)
 - *Solidarité traditionnelle*
 - *Assistance ponctuelle + quelques prestations non contributives*



Contexte (6): En résumé ...

- La sécurité sociale institutionnelle ne couvre pas le risque maladie;
- Des initiatives communautaires de prises en charge du risque maladie existent. Elles sont limitées et fragiles;
- Des régimes médicaux existent dans certaines entreprises. Ils sont limités;
- Des systèmes publics de réductions tarifaires et de subventionnement des soins de santé existent;
- Malgré tout, indicateurs de santé en deçà des normes OMS;
- Le paiement à l'acte demeure la règle et les populations continuent à payer un lourd tribut face à la maladie;



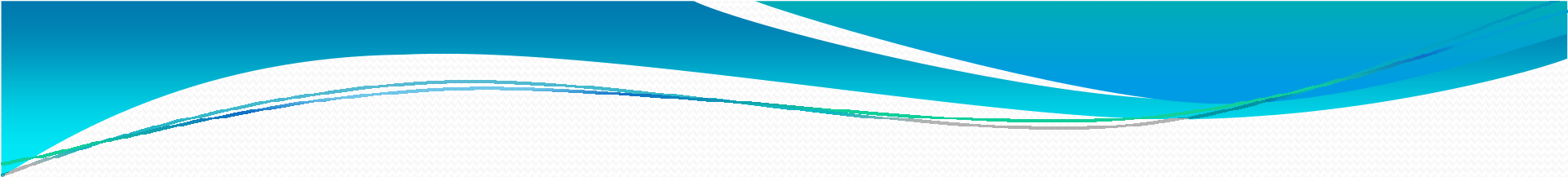
Justifications:

- Face à cette situation le MTSS a conçu avec l'appui du BIT/STEP un schéma de couverture du risque maladie intégrant tous les groupes socioprofessionnels.
- Justifications:
 - Les dispositions constitutionnelles relatives au droit à la santé;
 - Les engagements internationaux (droits de l'homme et protection sociale);
 - Les recommandations du sommet extraordinaire des Chefs d'Etats de l'UA de Ouagadougou en 2004;
 - Les recommandations des conférences successives organisées en France sur la couverture du risque maladie;
 - Le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté;
 - Les Objectifs du Millénaire pour le développement.



Objectifs et principes directeurs

- Objectifs:
 - Permettre un accès équitable de tous les burkinabè à des soins de santé de qualité;
 - Mobiliser des financements pérennes pour le secteur de la santé;
 - Mettre en cohérence les outils existants en matière de PS/santé;
 - Améliorer le taux de fréquentation des structures de soins;
 - Protéger les populations contre le risque de basculer dans la pauvreté du fait de la maladie.



Objectifs et principes de base (2)

- Principes de base:
 - La solidarité nationale;
 - L'équité et l'égalité de traitement;
 - La diversification des dispositifs et des acteurs;
 - La responsabilité générale de l'Etat;
 - La gestion démocratique



Stratégie envisagée (1)

- Description du schéma d'assurance maladie:
 - Un système conçu en vue de permettre une couverture de base pour tous à l'horizon 2015;
 - Un système qui combine l'AMO et l'AMV;
 - Un système fondé sur la promotion d'un paquet de prestations de base applicable à toute la population;
 - Un schéma bâti autour d'un organe central qui s'appuie sur des structures spécialisées auxquelles il délègue certaines fonctions.



Stratégie envisagée (2)

- **Les organes de gestion**

- **La CNAM :**

- Occupe la fonction d'assureur;
 - Détermine le paquet minimum, évalue sa viabilité et propose les évolutions;
 - Gère les ressources et assure l'administration du système d'information.

- **Les CRAMs:**

- Assurent l'instruction administrative et technique des dossiers;
 - Assurent les remboursement;
 - Contractualisent avec l'offre de soins;
 - Rétrocèdent les informations à la CNAM.

- **Les structures d'affiliation et de recouvrement**

- Spécialisées chacune pour un groupe de population;
 - Il s'agit des caisses de sécurité sociale déjà en place, des mutuelles de santé, des organisations socioprofessionnelles et des démembrements du MASSN;
 - Assurent l'immatriculation, l'enregistrement et les mises à jours;
 - Appellent les cotisations et procèdent au recouvrement,
 - Rétrocèdent les informations aux CRAM.

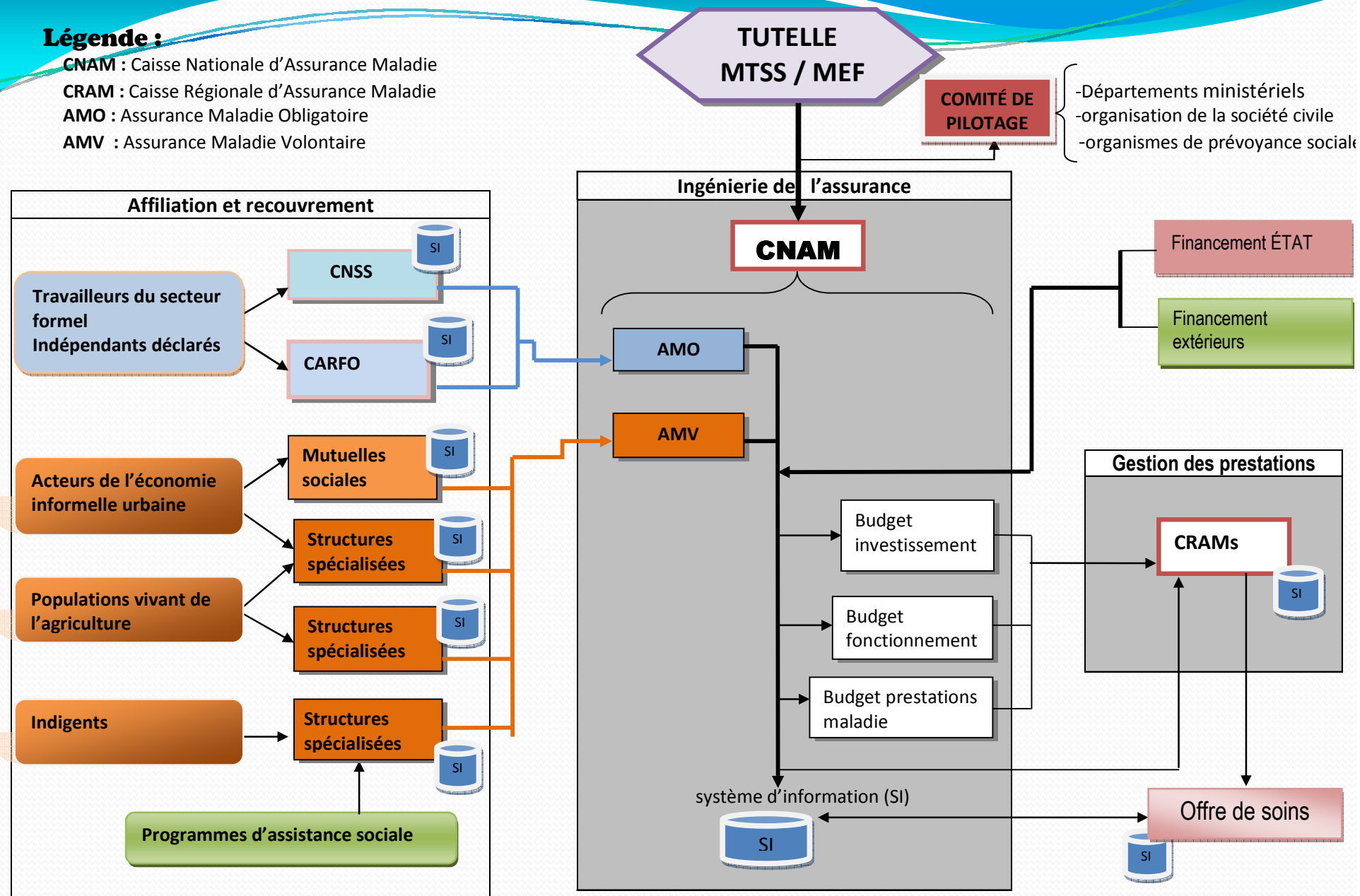
Légende :

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

AMV : Assurance Maladie Volontaire





Stratégie envisagée (4)

- Etapes de mise en œuvre:
 - Mise en place d'un comité de pilotage;
 - Adoption d'une loi générale sur l'assurance maladie;
 - Mise en place de la CNAM
 - Etudes techniques pour la détermination du paquet minimum et des cotisations correspondantes;
 - Mise en place progressive des CRAMs

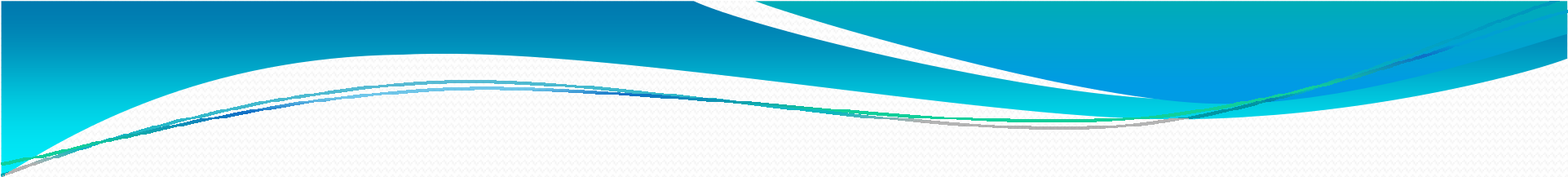


Financement du système

- Des cotisations provenant:
 - Des employeurs (AMO);
 - Des travailleurs salariés (AMO);
 - Des acteurs de l'économie informelle (AMV);
 - Des acteurs du secteur agricole (AMV).
- Des ressources fiscales provenant de taxes spéciales sur les communications de téléphonie mobile;
- Des ressources provenant de fonds de solidarité au niveau international.

Conditions de mise en œuvre et risques

- Conditions de mise en œuvre:
 - Volonté politique forte;
 - Engagement de l'Etat et implication de tous les ministères techniques concernés;
- Risques:
 - Risque lié à la conception: système administrativement lourd;
 - Risque lié à la mise en œuvre du schéma: vouloir couvrir toutes les couches de la population en même temps;
 - Risque lié à l'effet « tunnel ».



Merci pour votre aimable attention !!!!