

# PROFILE DE L'ASSURANCE-MALADIE: GHANA

Tableau I: Indicateurs-clés pour les pays

Indicateurs de développement*			
Population totale, 2014	27 043 093		
Population âgée de moins de 25 ans, 2010	58,3%		
Population vivant en zones urbaines, 2010	50,9%		
Revenu national brut par habitant (US\$), 2012	1 490		
Revenu national brut par habitant (Ghc), 2012	2 696		
Statistiques sur la Santé en résumé**			
	2003	2008	2014
Taux de fertilité total	4,4	4,0	4,2
Taux de mortalité infantile (par 1 000 naissances)	64	50	41
Taux de mortalité moins de 5 ans (par 1 000 naissances)	111	80	60
Pourcentage d'enfants de 12-13 mois complètement vaccinés	69,4	79,0	77,3
Ratio de mortalité maternelle (par 100 000 naissances)***	376 (2005)	325 (2010)	319 (2015)
Couverture des soins pré-nataux (≥ 1 visite)	90,1	94,3	96,9
Naissances en présence de personnel de soin formés (pourcentage des naissances totales)	47,1	58,7	73,7
Besoins non-satisfaits pour la planification familiale	34,0	35,3	29,9
Taux de prévalence de la contraception	25,2	23,5	26,7
Indicateurs de dépenses en soins de santé (2013)****			
Ratio de dépenses			
Dépenses totales en santé en % du PIB	5,4% <i>plus haut que la moyenne des pays à bas revenu (5%)</i> <i>plus bas que la moyenne globale (9,2%)</i>		
Niveau de dépenses			
Dépenses générales du gouvernement en santé en % des dépenses totales du gouvernement	10,6% <i>en dessous des cibles établies par la déclaration Abuja (15%)</i>		
Indicateurs par habitant sélectionnés			
Dépenses totales en santé par habitant (PPA int.\$)	214		
Dépenses en santé du gouvernement par habitant au taux d'échange moyen (US\$)	100		
Dépenses en santé du gouvernement par habitant (PPA int.\$)	130		
Sources de fonds			
Dépenses générales en santé du gouvernement en % des dépenses totales en santé	60,6%		
Dépenses en santé privées en % des dépenses totales en santé	39,4%		
Ressources externes en santé en % des dépenses totales en santé	13,2%		
Dépenses personnelles en % des dépenses privées en santé	91,9%		

## Financement de la santé au Ghana

Les dépenses en santé par habitant au Ghana ont significativement augmenté au cours des deux dernières décennies. Les dépenses totales en santé per capita, à US\$100 en 2013, s'alignent avec les pays ayant des niveaux de revenu similaires, ainsi que la moyenne de l'Afrique noire de US\$101.

Au niveau de la part du PIB, les dépenses totales en santé au Ghana représentent 5,4% en 2013, ce qui est plus élevé que la moyenne de revenu des ménages à bas/moyen revenus de 4,2%, alors que les dépenses publiques au Ghana sont à la moyenne. Les dépenses du gouvernement du Ghana comme part des dépenses gouvernementales totales était de 10,6% en 2013.

Les paiements sous forme de dépense personnelle représentent 36% des dépenses totales en santé, ce qui est seulement légèrement plus élevé que la moyenne de l'Afrique noire à 35%. Les paiements sous forme de dépenses personnelles ont vu une montée abrupte en 2011, malgré la couverture par le Programme National d'Assurance-Maladie (PNAM). La montée des frais non-autorisés aux membres du PNAM a été causée par plusieurs pratiques des fournisseurs de services médicaux au cours de cette période, résultant en des délais de remboursement et à des tarifs du PNAM sous les coûts officiels visés.

Le Ghana a aussi vu une forte croissance économique suivant l'établissement du Programme National d'Assurance-Maladie (PNAM)—une moyenne de 7,3% de croissance brute du PIB au cours de 2003-2013.

De nouvelles sources de fonds dédiées pour le PNAM—particulièrement le fonds national pour l'Assurance-Maladie—ainsi qu'une portion des taxes de sécurité social, ayant amélioré la stabilité du financement de la santé et ayant résulté en de plus hauts niveaux de dépenses gouvernementales en santé.

## Le Programme National d'Assurance-Maladie du Ghana

Le PNAM du Ghana a captivé l'attention de la communauté internationale des services de santé comme étant l'un des plans les plus ambitieux de Couverture Universelle de Santé (CUS) en Afrique. Le cas du Ghana offre plusieurs leçons aux pays désirant augmenter l'accès à des services de santé abordables, incluant comment augmenter les revenus dédiés aux services de santé, regrouper les risques de santé et risques financiers, et organiser les achats auprès de fournisseurs publics et privés.

Le PNAM a été établi comme Loi du Parlement en 2003 (Loi 650) afin de promouvoir la protection contre les risques financiers causés par le coût élevé des services de santé pour les résidents du Ghana.<sup>1</sup> Le PNAM autorise, surveille et régleme l'opération des programmes d'assurance-maladie à travers le pays. La loi a été passée officiellement en Décembre 2004 et subsequment révisée et remplacée en 2012 par la Loi 852, qui gouverne présentement les programmes d'assurance-maladie du Ghana.

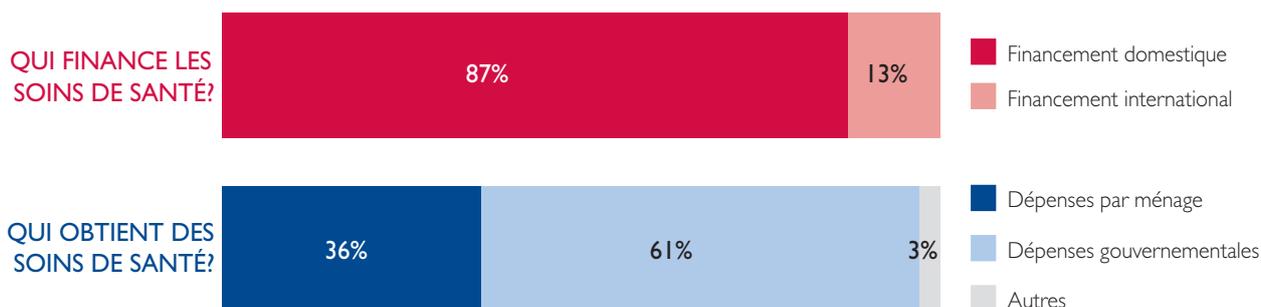
\*Services Statistiques Ghana

\*\*Programme d'Enquête Démographique et de Santé

\*\*\* OMS, l'UNICEF, le FNUAP, Groupe de la Banque mondiale, et Division de la population des Nations Unies Estimation Groupe interinstitutions de la mortalité maternelle

\*\*\*\* Base de données des dépenses en santé de l'OMS, Ghana

Figure 1: Source de financement de la santé et achats en soins de la santé



Source: Base de données des dépenses en santé de l'OMS, Ghana, 2013. Extrait Janvier 2016

Le PNAM est géré par l'Autorité Nationale de l'Assurance-Maladie (ANAM), une agence gouvernementale centralisée avec un siège social à Accra. La loi 852 établit un programme unitaire avec des bureaux à travers le pays, incluant un bureau de direction, des bureaux régionaux et des bureaux de district. L'ANAM accrédite les fournisseurs publics et privés et est responsable des politiques et des opérations du PNAM.

## Financement du PNAM

Le PNAM est financé au niveau national à partir d'un fonds unique, le Fonds National de l'Assurance-Maladie (FNAM)—un fonds permettant le partage des risques financiers et de santé. Tous les fonds sont dirigés vers le PNAM.

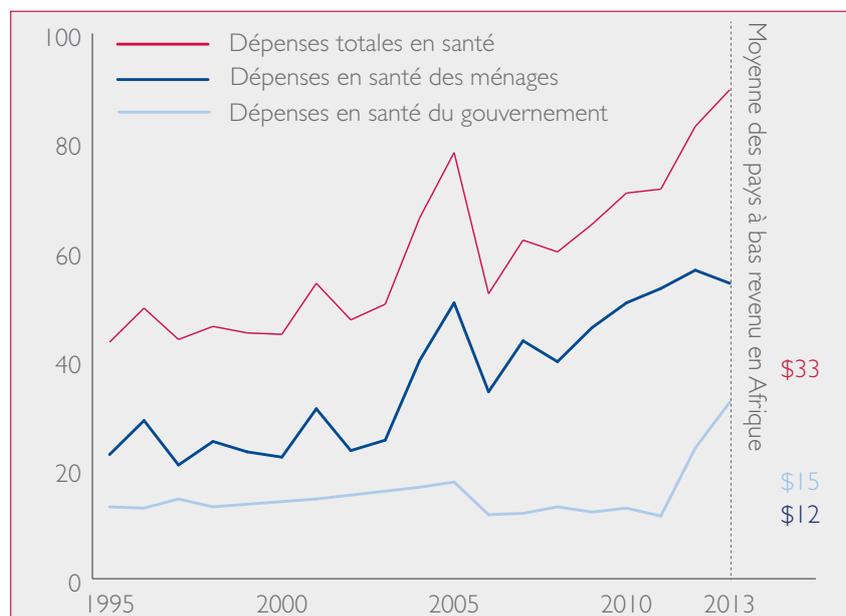
La source principale de financement est la taxe nationale de l'assurance-maladie basée sur la taxe à valeur ajoutée (TVA, 2,5%). Les fonds dédiés constituent 90% des revenus totaux; plus de 70% proviennent de la taxe et environ 20% de contributions effectuées par les travailleurs du secteur administratif à la Réserve Nationale de la Sécurité Sociale (RNSS). Un 10% additionnel provient d'autres sources, incluant les paiements de primes.

## Protection contre les risques financiers

L'un des buts principaux du PNAM est de réduire l'exposition aux risques financiers liés à la santé pour les Ghanéens. L'inscription individuelle est obligatoire selon la loi mais n'est pas forcée en pratique. La majorité de la population est exempte du paiement de primes. Les enfants de moins de 18 ans, les femmes enceintes, les personnes âgées ( $\geq 70$  ans), les pensionnaires de la RNSS et les personnes vivant dans la pauvreté sont exemptés du paiement de primes. Les autres membres doivent payer une prime annuelle de US\$8-12. Selon la loi, les membres ne paient pas de déductible ou de co-paiement lorsqu'ils obtiennent des soins de santé, cependant, les fournisseurs sont reconnus comme chargeant les utilisateurs assurés des frais non-autorisés, sous forme de ce qui est incorrectement appelé "co-paiements", résultant en une augmentation abrupte des paiements personnelles en 2011 et au cours des années suivantes (voir Figure 2 pour les dépenses personnelles des ménages en santé).

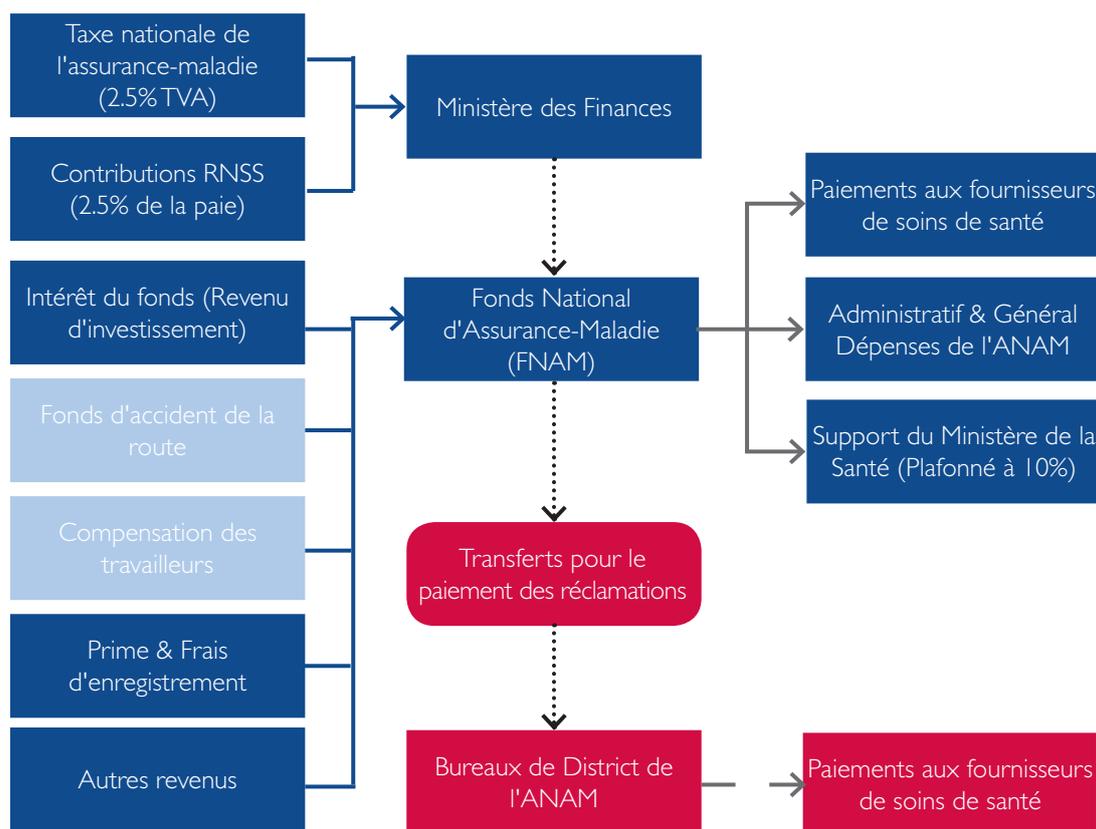
Bien que l'ensemble de bénéficiaires couvre 95% des maladies au Ghana, plusieurs patients assurés effectuent toujours des paiements OOP à des établissements approuvés pour le PNAM.

Figure 2: Dépenses par habitant en US\$ (US\$ constants 2013)



Source: Base de données des dépenses en santé de l'OMS, Ghana. Extrait Janvier 2016

Figure 3: Sources de revenus du PNAM et allocations



Source: Autorité Nationale de l'Assurance-Maladie<sup>2</sup>

Une étude de 2015 s'est penchée sur le niveau de protection offert par le PNAM pour ses membres contre les conséquences financières de la maladie.<sup>3</sup> Les résultats ont démontré que les assurés avaient plus de chance de chercher à obtenir des soins de santé et avaient des paiements sous forme de dépenses personnelles liées à la santé beaucoup plus bas que les personnes non-assurées.

Une autre étude de 2015 sur l'effet de l'assurance inscriptions sur les soins de santé maternelle et infantile a constaté que la probabilité de chercher les soins formels et le traitement de la fièvre est plus élevée chez l'assuré. Lorsqu'un enfant se présente avec la fièvre ou la toux, la couverture PNAM augmente la probabilité de chercher le traitement formel par 65,5% et augmente la probabilité de recevoir des médicaments contre le paludisme par 71,8%.<sup>4</sup> Parmi ceux qui ont déclaré la fièvre et ont demandé des soins, les non-assurés étaient plus susceptibles de compter sur des soins informels à traiter le paludisme par rapport aux assurés qui étaient plus susceptibles de se faire soigner dans une clinique publique ou à l'hôpital régional/district. Parmi les assurés, 15% ont choisi soins informels par rapport à 48% chez les non-assurés.<sup>5</sup>

Bien que le PNAM n'ait pas complètement éliminé les dépenses catastrophiques en santé pour ses membres, celui-ci offre une protection significative en temps de maladie pour les ménages assurés. Cela est consistant avec l'observation générale que le PNAM a des impacts positifs sur la réduction des barrières financières à l'obtention de soins de santé au Ghana.

## Bénéfices offerts

Le PNAM inclut un ensemble complet de bénéfices standardisés nationalement. Son objectif est de couvrir 95% des maladies et problèmes de santé incluant les soins primaires, tertiaires et pharmaceutiques. Les assurés du PNAM peuvent avoir accès aux bénéfices auprès de fournisseurs privés et publics accrédités ANAM. Les membres doivent d'abord se rendre à un établissement primaire de soin, et subséquemment à des établissements de niveaux secondaires et tertiaires par le biais de références. L'exemption de co-paiements ou de frais au niveau du point de service est obligatoire par la loi mais n'est pas forcée en pratique.

L'ensemble de bénéfices minimal inclut les soins pour patients en clinique et lors d'hospitalisation, les soins dentaires, les soins des yeux, l'ensemble de la prestation des soins, les tests diagnostics, les médicaments généraux et les soins d'urgence. Le PNAM maintient une liste d'exclusion de certains problèmes de santé, incluant les traitements pour le cancer autres que le cancer du sein ou les cancers cervicaux, les dialyses pour le cancer, l'insuffisance rénale chronique, les transplantations d'organes, les services fournis par les programmes gouvernementaux verticaux (traitement antirétroviraux pour le VIH/SIDA, immunisation et planification familiale), parmi d'autres services tertiaires. La santé reproductive des femmes, cependant, est généralement couverte par plusieurs bénéfices. Les bénéfices pour les soins maternels incluent les soins pré-nataux, les césariennes, et les soins suivant la grossesse allant jusqu'à six mois après la naissance.

## Plans futurs

Depuis ses débuts, l'ANAM a vu des améliorations significatives dans les résultats de ses opérations. L'ANAM a aidé à créer une source de revenu majeur—la taxe nationale pour l'assurance-maladie—et a établi un précédent dans l'atteinte du CUS. Le programme est reconnu pour ses améliorations dans l'obtention des soins de santé par plusieurs personnes dans le pays, avec les inscriptions à l'assurance et l'utilisation des soins en forte croissance. D'ici 2015, le PNAM couvre près de 11,1 million de membres actifs (près de 40% de la population) et a approuvé plus de 4 000 fournisseurs de soins de santé. Parmi les succès du PNAM, on compte le développement des systèmes d'accréditation et d'audits cliniques, l'aide au développement de l'infrastructure de santé, les services de soins de maternité gratuits, et l'augmentation du nombre d'établissements accrédités, ce qui a significativement augmenté l'accès aux soins.

Le PNAM est un programme défendant les pauvres et visant la réduction de la charge financière pour les pauvres. Dû aux défis liés au ciblage et à l'identification des gens vivants dans la pauvreté, cependant, le programme n'a pas complètement réussi à fournir une couverture équitable pour l'ensemble des pauvres.

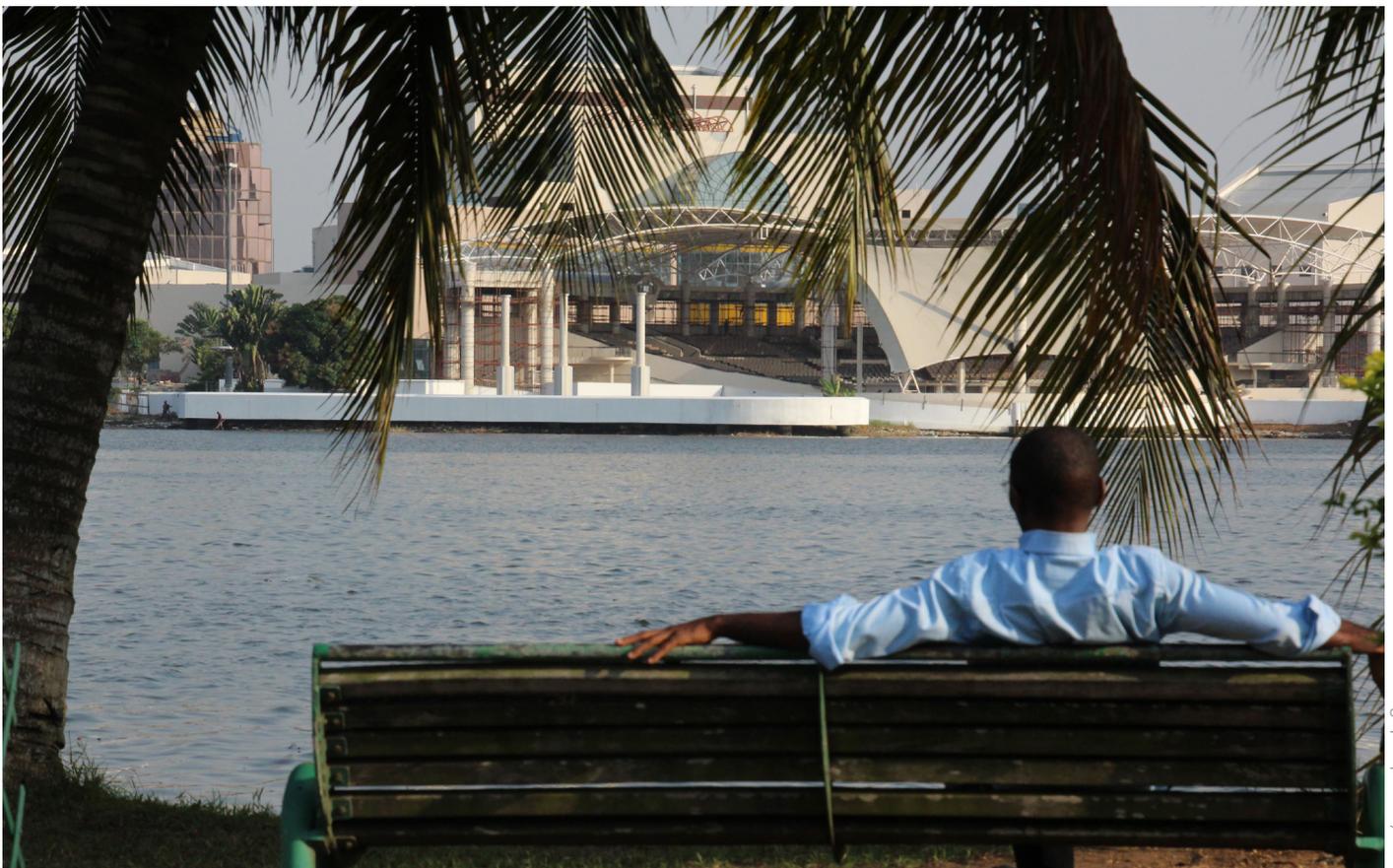
La gestion des cartes d'identité présente aussi un défi important. Des délais existent au cours du processus de gestion de la carte d'identité, incluant l'entrée des données, la production de la carte, et la distribution de la carte aux membres. En 2013, l'ANAM a commencé à produire des cartes biométriques qui peuvent être produites instantanément et contiennent les informations d'inscription essentielles. Il est attendu que ces nouvelles cartes

pourront répondre au problème de la gestion des cartes d'identité, en améliorant l'intégrité des données des membres et la gestion des réclamations.

Finalement, les pratiques de gestion améliorées demeurent le défi le plus significatif quant à la faisabilité à long terme de l'ANAM, étant donné la demande en hausse pour l'assurance-maladie, pour les soins de santé et la croissance de la population du Ghana. La réforme des paiements et réclamations auprès des fournisseurs est nécessaire afin d'assurer des processus opérationnels plus simples et efficaces. L'informatisation et l'investissement afin d'améliorer les capacités administratives à la fois pour les acheteurs et les fournisseurs seront cruciales pour toute future réforme de l'ANAM. Des stratégies de limitation des coûts pourraient aussi être nécessaires afin d'assurer la durabilité financière.

## Notes

1. Réseau d'apprentissage coopératif. [Ghana: Programme National d'Assurance-Maladie](#) (PNAM).
2. Autorité Nationale de l'Assurance-Maladie. Novembre 2013. "Programme National d'Assurance-Maladie au Ghana: Réformes et Réalisations."
3. Kusi A, Schultz Hansen K, Asante AF, et Enemark U. [Le Programme National d'Assurance-Maladie offre-t-il une protection financière aux ménages du Ghana?](#) Services de Recherche sur la Santé BMC. 2015; 15:331.
4. Gajate-Garrido, G. et Ahiadeke, C. [L'effet de l'assurance inscription sur l'utilisation de la mère et de soins de santé de l'enfant: le cas du Ghana.](#) Document de travail de l'IFPRI. 2015.
5. Fenny, PA, et al. [Soins de paludisme cherchons comportement des individus au Ghana dans le cadre du NHIS: Sommes-nous revenir à l'utilisation des soins informels?](#) BMC Public Health 15: 370 2015.



Photographie par Pinky Patel

Des informations additionnelles peuvent être obtenues à l'adresse suivante:  
African Strategies for Health 4301 N Fairfax Drive, Arlington, VA 22203 • +1.703.524.6575 • [AS4H-Info@as4h.org](mailto:AS4H-Info@as4h.org)  
[www.africanstrategies4health.org](http://www.africanstrategies4health.org)

Cette publication a été rendue possible grâce à l'aide généreuse de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) sous le contrat numéro AID-OAA-C-11-00161. Les contenus présentés sont sous la responsabilité des auteurs et ne reflètent pas nécessairement l'opinion de la USAID ou du gouvernement des États-Unis.