



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**Health Finance  
& Governance**  
*Expanding Access. Improving Health.*

# Extension de la couverture par l'Assurance Maladie : un processus continu

Série HFG :  
**Progrès en matière de financement  
et de gouvernance dans le domaine  
de la santé**

**Auteurs :**

*Hailu Zelelew, Abt Associates*  
*Nathan Blanchet, Results for Development*  
*Andrew Won, Abt Associates*

Avril 2018

## À propos du projet Health Finance and Governance

Le projet Health Finance and Governance (HFG) vise à relever certains des plus grands défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé aujourd'hui. En s'appuyant sur les conclusions des recherches les plus récentes, le projet met en œuvre des stratégies pour aider les pays à augmenter leurs ressources intérieures pour la santé, à gérer ces précieuses ressources plus efficacement et à prendre des décisions d'achat judicieuses. Le projet aide également les pays à mettre au point des systèmes de gouvernance solides pour faire en sorte que les investissements financiers en faveur de la santé produisent les résultats escomptés.

Le projet HFG, qui a des activités dans plus de 40 pays, collabore avec les parties prenantes du secteur de la santé pour protéger les familles contre les coûts catastrophiques des soins de santé, élargir l'accès aux services prioritaires – tels que les soins maternels et infantiles – et assurer une couverture équitable de la population.

- Il améliore le financement en mobilisant les ressources intérieures, réduisant les obstacles financiers, étendant l'assurance maladie et mettant en œuvre des systèmes de paiement des prestataires ;
- Il renforce la gouvernance pour améliorer la gestion des systèmes de santé et accroître la redevabilité et la transparence ;
- Il améliore les systèmes de gestion et d'exploitation pour faire progresser la fourniture et l'efficacité des soins de santé, par exemple grâce à l'argent mobile et à la gestion des finances publiques ; et
- Il fait progresser les techniques permettant de mesurer les progrès de la performance des systèmes de santé, en particulier en ce qui concerne la couverture sanitaire universelle.

Le projet HFG (2012-2018) est financé par l'Agence américaine pour le développement international (USAID), et il est dirigé par Abt Associates en collaboration avec Avenir Health, Broad Branch Associates, Development Alternatives Inc., Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Results for Development Institute, RTI International, et Training Resources Group, Inc. Le projet est financé dans le cadre de l'Accord de coopération de l'USAID AID-OAA-A-12-00080.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site [www.hfgproject.org](http://www.hfgproject.org)

## À propos de cette série

La série *Advances in Health Finance & Governance* (Progrès en matière de financement et de gouvernance dans le domaine de la santé) du projet HFG est conçue pour mettre en lumière les leçons tirées du projet HFG dans neuf domaines essentiels : mobilisation des ressources nationales, achats stratégiques en matière de santé, stratégies de financement de la santé, extension de la couverture par le biais de l'assurance maladie, données financières pour la prise de décisions, gouvernance, renforcement des capacités institutionnelles, effectifs et efficacité, et meilleure compréhension de la couverture sanitaire universelle.

*Ce rapport a été rendu possible grâce au généreux soutien du peuple américain par le biais de l'USAID. Le contenu de ce document relève de la responsabilité d'Abt Associates et ne reflète pas nécessairement les positions de l'USAID ou du Gouvernement des États-Unis.*

# Extension de la couverture par le biais de l'assurance maladie : un processus continu

## Synthèse

Tandis que les pays s'efforcent de parvenir à une couverture sanitaire universelle, ils doivent mettre en place des systèmes d'assurance maladie ou d'autres types de programmes de protection financière qui protègent contre les risques financiers et améliorent l'accès à des soins de santé de qualité et abordables. Ce mémoire s'articule autour des leçons apprises grâce au projet Health Finance and Governance (HFG) de l'USAID par le biais de ses efforts visant à aider les pays à maintenir et à étendre la couverture par l'assurance maladie, avec plusieurs illustrations provenant du Ghana et de l'Éthiopie.

### Leçons clés



- 1** L'extension de l'assurance maladie est un processus **POLITIQUE** et technique.
- 2** Les **ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS** et la **CAPACITÉ ORGANISATIONNELLE SONT ESSENTIELLES** pour étendre la couverture.
- 3** La couverture des pauvres ne peut pas se faire sans **L'IMPLICATION DU GOUVERNEMENT**.
- 4** N'oubliez pas l'**OFFRE**, afin que l'extension de la couverture de l'assurance maladie et l'augmentation de la demande de soins de santé donnent lieu à des services accessibles et de qualité.
- 5** L'extension de l'assurance nécessite un **APPRENTISSAGE ET UNE ADAPTATION INTENTIONNELS ET ITÉRATIFS**.



## Introduction

L'assurance maladie a été conçue pour protéger la population contre les dépenses imprévisibles et souvent catastrophiques en soins de santé : pour atténuer le risque financier de chaque personne assurée, elle paie les soins de santé à partir d'une réserve de fonds prépayés, répartissant ainsi les risques et les coûts parmi la population assurée. Les systèmes d'assurance maladie se sont multipliés dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Les pays se tournent maintenant vers le défi du développement, de la durabilité et de l'extension de l'assurance maladie publique.

Le projet HFG a aidé neuf pays à étendre l'assurance maladie en réponse à la baisse des fonds des bailleurs et à l'évolution mondiale vers une couverture sanitaire universelle (CSU). Les pays peuvent élargir l'« étendue » de l'assurance

maladie lorsque de nouvelles populations sont couvertes ou sa « profondeur » lorsque davantage de services ou une plus grande partie des coûts des services sont couverts.

Ce mémoire résume les leçons tirées de l'expérience des pays du HFG (Tableau 1), en posant la question centrale suivante : Quelles sont les choses les plus importantes que les décideurs du système de santé et leurs partenaires doivent savoir sur les efforts d'extension de l'assurance maladie ?

PAYS DONT LES ACTIVITÉS  
D'ASSURANCE MALADIE SONT  
SOUTENUES PAR LE PROJET HFG

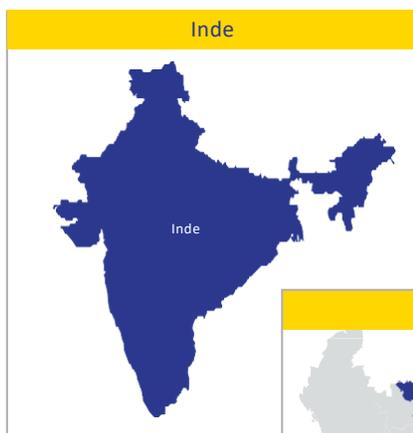


Tableau 1 : L'engagement du projet HFG dans l'assurance maladie

PAYS	LE RÔLE DU PROJET HFG
BOTSWANA	Extension de l'assurance maladie pour le grand public à partir de régimes d'aide médicale fragmentés qui ne couvrent qu'une faible proportion de la population dans le secteur formel, principalement des fonctionnaires.
ÉTHIOPIE	Stratégie pour l'assurance maladie (assurance maladie sociale et assurance maladie communautaire) ; projet pilote et mise à l'échelle de l'assurance communautaire pour couvrir 80 % des Éthiopiens d'ici 2020 ; et préparation du lancement de l'assurance sociale.
GHANA	Modernisation du modèle de paiement par capitation du régime national d'assurance maladie pour les prestataires de soins de santé primaires, et utilisation de données probantes pour les achats stratégiques.
INDE	Exploration des options pour des mécanismes novateurs et peu coûteux d'assurance maladie pour les pauvres.
INDONÉSIE	Exploration d'arrangements institutionnels pour lier le financement de la santé à la qualité des soins de santé.
NAMIBIE	Amélioration des politiques et des systèmes afin d'assurer un meilleur accès aux services de santé pour les populations vulnérables.
NIGERIA	Mise en place d'une assurance maladie soutenue par l'État dans six États en partenariat avec le Gouvernement fédéral et les gouvernements des États.
AFRIQUE DU SUD	Extension au-delà des régimes médicaux privés par le biais de l'assurance maladie nationale.
VIETNAM	Extension de la couverture des personnes vivant avec le VIH/sida.



Mola Simegn, travailleur du secteur informel, montre la carte d'assurance maladie communautaire qui lui a permis de recevoir des soins à l'hôpital Felege Hiwot Referral Hospital de Bahir Dar, en Éthiopie.



## Cinq leçons pour étendre la couverture par l'assurance maladie

### Leçon 1

**L'extension de l'assurance maladie est un processus politique et technique.**

Les chercheurs du système de santé reconnaissent que l'extension de l'assurance maladie et d'autres réformes de la santé sont des processus profondément politiques aussi bien que techniques. Les préférences culturelles et les institutions dont les racines historiques profondes influencent la façon dont les dirigeants politiques et le public perçoivent les problèmes de santé et les solutions potentielles.

Les ressources sont toujours insuffisantes pour fournir tous les types de soins de santé à tout le monde et partout, de sorte que les compromis obligatoires créent des gagnants et des perdants – partisans et opposants – parmi les acteurs les plus puissants de la société. Il s'agit notamment des médecins ayant une influence sur les patients, du premier ministre et du parlement ; des employeurs ayant des alliés au sein du ministère des Finances ; et des hôpitaux et d'autres grands établissements de santé ayant un pouvoir sur une part importante du PIB national (Roberts et al. 2004, Glassman 1999, Walt et Gilson 1994).

Les efforts des gouvernements et de leurs partenaires pour élargir les programmes d'assurance publique se heurtent également à des défis techniques complexes. Ces derniers nécessitent une meilleure analyse épidémiologique et économique, une meilleure gestion et des méthodes novatrices de prestation de soins pour permettre l'accès aux services de santé et assurer une protection financière contre les risques pour les pauvres. L'expérience du projet HFG confirme cependant que la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de l'extension de l'assurance maladie est (encore) intrinsèquement politique et que les améliorations techniques ne suffisent pas à elles seules pour atteindre ces objectifs et rendre les résultats obtenus durables. Les exemples ci-dessous montrent comment et pourquoi.

Le régime national d'assurance maladie du Ghana (NHIS) a été fortement influencé par la dynamique politique depuis sa création. En 2001-2002, les décideurs à vocation technique ont d'abord élaboré une stratégie d'extension de l'assurance – appuyée par des bailleurs externes – qui aurait permis de poursuivre la mise en place des nouveaux régimes d'assurance maladie communautaire lancés par le gouvernement précédent. Cette stratégie était en contradiction avec les objectifs politiques du nouveau parti au pouvoir,

qui avait hâte de lancer un régime d'assurance maladie fondamentalement différent, à l'échelle nationale, avant les élections de 2004. Le parti a rapidement saisi une fenêtre d'opportunité politique. Bien que cette mesure explique en grande partie les principales réussites du NHIS, comme la nouvelle affectation de la taxe sur la valeur ajoutée et la mise en commun des risques à l'échelle nationale, elle a également entraîné d'importants défis opérationnels, y compris une crise financière parce qu'elle n'a pas réussi à équilibrer les revenus limités du NHIS avec les prestations presque complètes promises aux personnes inscrites (Blanchet et Acheampong 2014).

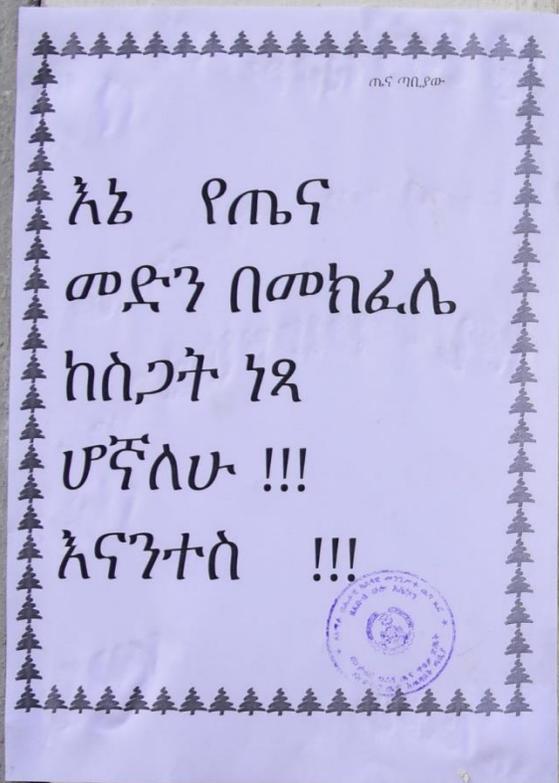
Plus récemment, entre 2012 et 2015, un programme pilote au Ghana ayant pour but d'introduire le paiement par capitation (lorsque les prestataires sont payés un montant fixe par patient inscrit, plutôt que des paiements pour chaque service qu'ils fournissent) pour contrôler les coûts des prestataires de soins primaires a échoué pour des raisons à la fois politiques et techniques. Le gouvernement a choisi de piloter le changement politique controversé (et mal compris) dans la région d'Ashanti, le centre traditionnel du pouvoir du principal parti d'opposition. Les prestataires et diverses organisations de la société civile ont rapidement protesté contre ce qu'ils percevaient comme étant une réduction politiquement motivée du financement des prestataires et de la population de leur région, en communiquant leurs plaintes (et leur marketing avisé – certains opposants l'ont appelé « décapitation ») aux médias ghanéens qui se font entendre et en menaçant de se retirer du NHIS. Le gouvernement a également été confronté à des défis techniques complexes, tels que la recherche de moyens de former de nouveaux réseaux de prestataires qui pourraient fournir l'ensemble des services censés être couverts par des paiements par capitation. En fin de compte, le gouvernement a été forcé de suspendre le programme parce qu'il n'avait pas réussi à analyser la façon dont le problème et les solutions seraient perçus, la façon dont les acteurs influents réagiraient et les stratégies qu'il pourrait adopter pour s'adapter à ce paysage politique. Le nouveau Gouvernement du Ghana est réexamine actuellement la question et pourrait essayer une nouvelle approche. En 2008, l'Éthiopie a adopté une stratégie nationale d'assurance maladie qui préconise le développement de l'assurance maladie sociale pour le secteur formel, l'assurance maladie communautaire pour le secteur informel, et un plan à plus long terme pour réunir les deux régimes d'assurance en un seul programme national d'assurance maladie. La stratégie semblait techniquement solide – elle répondait à des dépenses inacceptables à la charge des usagers (37 pour cent des dépenses totales de santé), elle incorporait un certain nombre de meilleures pratiques mondiales pour la réforme du financement de la santé et reconnaissait la difficulté d'essayer de couvrir un grand secteur informel avec des fonds de l'assurance financée par l'impôt sur les salaires immédiatement.

Près de 10 ans plus tard, cependant, seule la composante assurance maladie communautaire de la stratégie est effectivement mise en œuvre et mise à l'échelle.

La dynamique politique aide encore une fois à expliquer pourquoi. Malgré un travail technique considérable en matière de conception de nouvelles institutions, de mécanismes de recouvrement des primes et de paiement des prestataires, le lancement de l'assurance maladie sociale a été retardé en raison de la résistance des employeurs et des employés qui paieraient pour être admissibles et s'y inscrire. L'une des sources de résistance des employés est qu'ils veulent que le régime d'assurance maladie sociale couvre les services de soins de santé privés. Pour ce faire, il faudrait une stratégie politique pour obtenir un soutien et réduire l'opposition ET un système techniquement solide pour accréditer, engager et payer des prestataires privés afin de fournir des services aux membres couverts ; ce qui n'est pas le cas actuellement.

En revanche, l'assurance maladie communautaire est en train de passer à l'échelle nationale. L'assurance maladie communautaire a été renforcée par une combinaison de soutien technique, d'analyse politique et de soutien politique – notamment par l'ancien ministre de la Santé (et actuel directeur général de l'OMS), qui a fortement défendu et soutenu l'assurance maladie communautaire auprès du Conseil des ministres et du parti au pouvoir. Ceci a permis d'obtenir le soutien politique du parti au pouvoir pour le premier projet pilote d'assurance maladie communautaire et de l'élargir rapidement, l'objectif étant d'atteindre 80 % de la population admissible d'ici 2020. Le ministre a également réussi à galvaniser l'appui technique et financier nécessaire pour la mise en œuvre de l'assurance maladie communautaire de la part des partenaires au développement, y compris l'USAID.

L'équipe chargée du projet HFG a soutenu les décideurs sud-africains au sein du Trésor national et du ministère de la Santé dans leurs efforts visant à lancer un programme national d'assurance maladie à payeur unique. Les défis techniques liés à la mise au point d'un tel système sont immenses, mais les considérations politiques de mise en œuvre sont probablement au moins aussi importantes, si ce n'est plus importantes. Ceci explique pourquoi plus d'une décennie de débat sur la conception n'a pas abouti à l'adoption de la législation nécessaire pour mettre en place le nouveau système. Le secteur privé de la santé en Afrique du Sud résiste au remplacement des régimes médicaux privés (assurance) par un seul régime national d'assurance maladie, craignant une perte de revenus et d'autonomie. Les gouvernements provinciaux, qui ont des liens puissants avec le parti au pouvoir, sont également réticents à céder de l'autorité à un organisme gouvernemental central dans le secteur de la santé. Les



Une affiche sur le mur d'un centre de santé de la région d'Amhara, en Éthiopie, rappelle aux visiteurs qu'ils doivent devenir membres d'une assurance maladie communautaire.

contribuables s'inquiètent du coût total de l'assurance maladie nationale et de l'efficacité administrative d'un fonds national d'assurance maladie. En revanche, des groupes influents comme les syndicats projettent une préférence intransigeante pour un système à payer unique avec des prestations universelles, et des paiements limités ou inexistantes à la charge des patients, dans lequel les régimes médicaux privés ne jouent aucun rôle, ou un rôle mineur. Même un régime national d'assurance maladie bien conçu sur le plan technique continuera d'être confronté à des obstacles politiques majeurs à sa mise en œuvre. Il est clair que les progrès exigeront une analyse politique et une stratégie à chaque étape.

Le Nigeria a adopté une loi créant un régime national d'assurance maladie il y a près de 20 ans en 1999, mais la mise en œuvre de la loi n'a commencé qu'en 2004, et depuis lors, la couverture de la population est restée très faible, limitée aux fonctionnaires fédéraux. En 2014, la loi nationale sur la santé du Nigeria a créé un fonds pour la prestation de soins de santé de base, qui prévoit qu'un pour cent du budget du gouvernement fédéral serait affecté au soutien de l'assurance maladie nationale et à des subventions globales aux États pour améliorer l'offre de soins de base. L'application de cette loi a également été retardée. Plus récemment, en 2016, le Conseil national de la santé a adopté un mémorandum visant à décentraliser l'assurance maladie nationale au profit des 36 gouver-

-nements des États du Nigeria. Divers États sont maintenant en train d'établir des programmes d'assurance maladie d'État, comme les six États soutenus par le projet HFG.

L'échec de la législation majeure en matière d'assurance maladie à passer de la promulgation à la mise en œuvre effective peut s'expliquer en grande partie par la dynamique politique et l'incapacité des réformateurs de la santé d'analyser, de naviguer et d'influencer cette dynamique. Les puissants gouvernements des États n'ont pas participé efficacement à la conception et au soutien de l'assurance maladie nationale lors de son lancement, et les responsables des politiques de santé au niveau des États n'ont pas reçu d'aide pour inciter leurs propres gouvernements à financer les programmes et à subventionner les pauvres de manière adéquate. De plus, il y avait un manque de plaidoyer et de communications ciblant les parties prenantes au niveau fédéral qui doivent approuver et agir pour transférer de l'argent du Fonds de revenus consolidés au Fonds pour la prestation des soins de santé de base, comme le prévoyait la Loi nationale sur la santé de 2014.

## Leçon 2

### Les dispositions institutionnelles et la capacité organisationnelle sont essentielles pour étendre la couverture.

Il est essentiel de disposer des arrangements institutionnels et de la capacité organisationnelle nécessaires pour gérer l'assurance maladie publique. Un document de l'OMS a déclaré que la conception institutionnelle et les pratiques organisationnelles sont importantes pour la performance du financement de la santé et la couverture universelle (OMS 2010). Il cite un autre document (North 1989) qui définit les institutions comme des « règles formelles et informelles, des caractéristiques d'application des règles et des normes de comportement qui structurent les interactions humaines répétées » et définit les organisations comme « des groupes d'individus liés entre eux par un but commun pour atteindre certains objectifs ». Un document de travail de la Banque mondiale sur le rôle des institutions dans le développement a souligné que « le principal déterminant des différences de prospérité entre les pays s'explique par les différences au niveau des institutions économiques... Les institutions sont les règles du jeu dans une société ou, plus formellement,

ce sont les contraintes humaines qui façonnent l'interaction humaine. » (Acemoglu et Robinson 2008).

L'expérience du projet HFG dans différents pays a également révélé que les arrangements institutionnels et la capacité organisationnelle influencent la fonctionnalité et la performance du secteur de la santé, y compris l'opérationnalisation de l'assurance maladie. Comme Hsiao et al. l'ont noté, l'introduction d'un système d'assurance maladie provoque un déplacement du pouvoir du côté de l'offre vers le côté de la demande. Hsiao et al. (2005) ont noté différentes options pour la gestion de l'assurance maladie, et ils ont souligné les avantages et les inconvénients de la gestion de l'assurance maladie sociale sous le contrôle du ministère de la Santé ou du ministère du Travail, ou en créant une agence d'assurance maladie spécialisée sous le contrôle du ministère de la Santé. Ils ont spécifiquement souligné que « l'assurance permet aux patients d'exiger des services de santé satisfaisants, et l'agence d'assurance maladie sociale devrait agir en tant qu'acheteur sage et prudent pour le compte des assurés. » (Hsiao et al 2005). L'Éthiopie a examiné attentivement les dispositions et les capacités organisationnelles de l'assurance maladie communautaire (Encadré 1) et de l'assurance maladie en général, y compris l'assurance maladie sociale (Encadré 2).

#### Encadré 1.

#### Éthiopie : Régimes d'assurance maladie communautaire avec une structure organisationnelle, de gouvernance et de direction claire

En Éthiopie, un programme assurance maladie communautaire couvre un district dont la population totale moyenne est supérieure à 100 000 habitants. Il a des unités satellites informelles, appelées sections, dans chaque kebele, la plus petite unité administrative gouvernementale au niveau du village. Chaque régime est doté de trois employés du gouvernement, à savoir un coordinateur d'assurance maladie communautaire, un agent de santé et un comptable/responsable de la gestion des données. Le personnel de l'assurance maladie communautaire est embauché par l'administration locale, et le coordinateur est redevable vis-à-vis de l'administrateur de district ou du bureau de santé de district. Les régimes d'assurance maladie communautaire sont officiellement lancés par le biais d'une assemblée générale qui élit également des conseils d'administration pour l'assurance maladie communautaire parmi les membres de l'assemblée pour superviser et guider la direction des plans d'assurance maladie communautaire.

L'efficacité de la structure a été testée lors du pilotage, elle a été adaptée, et elle est utilisée pour la mise à l'échelle. Cependant, des discussions sont en cours entre le gouvernement et d'autres parties prenantes clés afin d'améliorer la structure, la dotation et les systèmes d'incitation pour améliorer le rendement des bénévoles qui dirigent les sections de l'assurance maladie communautaire. En outre, les parties prenantes examinent également les rôles et les responsabilités de l'Agence fédérale éthiopienne d'assurance maladie et du gouvernement régional, en particulier les bureaux régionaux de santé, en ce qui concerne l'obligation de rendre compte des régimes de l'assurance maladie communautaire. Des discussions politiques sont en cours concernant la création de groupes de risques de niveau supérieur (régionaux et nationaux) et la relation organisationnelle entre les groupes de risques de niveau supérieur et les régimes de l'assurance maladie communautaire. La leçon que l'Éthiopie a tirée jusqu'à présent est positive et elle donnera aussi d'autres leçons en fonction de l'évolution de la situation.

L'Autorité nationale ghanéenne d'assurance maladie (NHIA) a été créée en vertu de la loi de 2003 sur l'assurance maladie nationale. En réponse aux défis administratifs croissants découlant de sa dépendance initiale sur les systèmes de districts semi-autonomes, la NHIA centrale a obtenu de nouveaux mandats par le biais d'une autre loi adoptée en octobre 2012. Cette loi a transformé les « régimes » de district en « bureaux » de l'autorité centrale, ce qui a permis à la NHIA de regrouper le traitement des demandes de remboursement/paiement, entre autres fonctions. Au-delà de l'amélioration de la tâche administrative consistant à traiter des demandes

de remboursement/paiement, la NHIA a également eu besoin de développer de nouvelles capacités d'agrégation de données, d'analyse, de communication et de gestion pour acheter des services de santé de manière stratégique.

La leçon à tirer est que pour réussir la mise en œuvre de l'assurance maladie, les pays n'ont pas seulement besoin de mettre en place les arrangements institutionnels et la capacité organisationnelle appropriés, ils doivent aussi évoluer, apprendre et s'adapter à mesure de leur expansion et du changement des circonstances sur le terrain (voir la Leçon 5).

## Encadré 2.

### L'Agence éthiopienne d'assurance maladie : une institution habilitée à mettre en place, exploiter et superviser l'assurance

Le ministère éthiopien de la Santé a examiné les institutions et les structures existantes, y compris au sein du ministère de la Santé et de l'Agence éthiopienne de la sécurité sociale, pour évaluer leur pertinence et leur capacité à assumer le rôle d'une agence d'assurance maladie. L'examen, qui comprenait des réunions de consultation avec les principales parties prenantes, a révélé que les deux institutions étaient surchargées et confrontées à d'importants défis dans l'exécution de leurs mandats. L'examen a également déterminé que les lois existantes n'étaient pas suffisantes pour englober l'assurance maladie. En conséquence, le décret du Conseil des ministres de décembre 2010, conformément à la Proclamation fédérale du mois d'août 2010, a permis la création de l'Agence éthiopienne d'assurance maladie (EHIA) pour diriger l'assurance maladie

sociale et l'assurance maladie communautaire, ainsi que pour réglementer tous les autres programmes d'assurance maladie.

L'EHIA est dirigée par un conseil d'administration et est soutenue par de solides structures de gestion et d'exploitation. L'EHIA a son siège social à Addis et 29 succursales dans tout le pays, et elle emploie environ 1 000 personnes. Depuis 2006, le projet HFG et ses prédécesseurs, le Programme bilatéral de services de santé essentiels en Éthiopie (ESHE-II) et le Programme de réforme du financement du secteur de la santé (HSFR) de l'USAID, ont fourni un soutien technique dans les domaines du lancement de l'assurance maladie, de la consultation en matière de politiques, de la conception et de la mise en œuvre des politiques, y compris le soutien et la formation du personnel clé.

## Leçon 3

### Une large couverture des pauvres ne peut se faire sans l'implication du gouvernement

Tout au long du processus politique et technique d'extension de l'assurance maladie, le rôle de l'État est irremplaçable. Ce point est relativement clair pour les programmes d'assurance maladie détenus et dirigés par le gouvernement, mais c'est également vrai pour atteindre une large couverture par le biais des régimes d'assurance maladie communautaire que de nombreux pays dotés d'importants secteurs informels ont adoptés. Les membres des régimes d'assurance maladie communautaire ont généralement des caractéristiques démographiques et autres similaires ; ils ont souvent de faibles revenus, ce qui limite la possibilité de percevoir des contributions basées sur un système organisé en fonction de la capacité de

payer (dans lequel les clients plus riches paient plus que les clients moins riches pour les mêmes prestations). De plus, les régimes d'assurance maladie communautaire ont généralement une capacité limitée de gérer un programme d'assurance. En fait, la plupart des régimes volontaires d'assurance maladie communautaire sont financièrement insoutenables sans subventions et sans soutien technique continu. Dans l'ensemble, ils couvrent un nombre très faible de personnes, généralement avec des prestations limitées. Ce n'est que lorsque les gouvernements s'engagent de manière proactive que les programmes d'assurance maladie communautaire peuvent jouer un rôle significatif dans le financement de la santé des pays et atteindre des niveaux élevés de couverture (Wang et Pielemeier 2012).

Une étude de l'OMS sur l'assurance maladie communautaire a conclu que très peu de programmes atteignaient les groupes de population vulnérables, à moins que le gouvernement ou d'autres parties prenantes ne facilitent leur adhésion par le biais de subventions. Elle a ajouté que le gouvernement peut jouer quatre



Les bilans de croissance du nourrisson – comme celui-ci à la clinique Ekpo Abasi à Calabar, Cross River, Nigéria – font partie des services de soins primaires généralement couverts par les régimes d'assurance maladie financés par l'État.

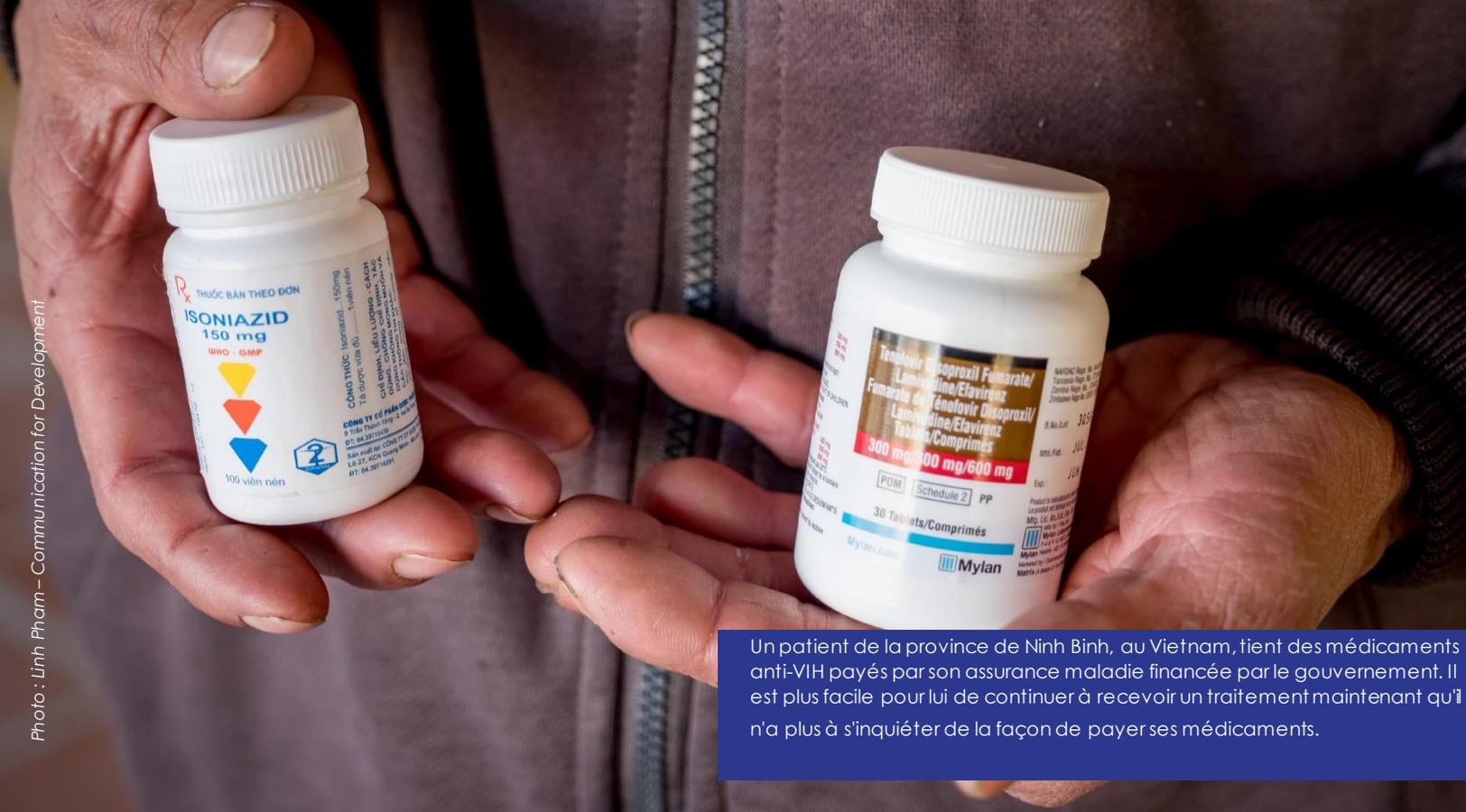
rôles importants dans la promotion de l'assurance maladie communautaire. En particulier, le gouvernement peut (i) jouer un rôle consultatif sur la conception des programmes d'assurance maladie communautaire, (ii) surveiller les activités liées aux programmes assurance maladie communautaire, (iii) servir de formateur, et iv) servir de cofinancier. Le document indiquait également que dans le cadre de la conception des programmes d'assurance maladie communautaire, « le gouvernement devrait être perçu comme responsable de l'orientation de l'assurance maladie communautaire vers un système national de couverture universelle et de protection financière » (OMS 2003).

En Éthiopie, le gouvernement a considéré l'assurance maladie communautaire comme faisant partie de la politique globale de financement de la santé en l'articulant spécifiquement dans sa stratégie d'assurance maladie et dans d'autres documents de politique. L'assurance maladie communautaire s'est étendue à plus de 300 districts et a assuré une couverture à près de 17 millions de personnes, dont plus de 20 % vivent dans des ménages pauvres et dont la contribution est couverte par une subvention gouvernementale ciblée. Le gouvernement a joué un rôle irremplaçable dans le lancement et la mise en œuvre de l'initiative d'assurance maladie communautaire en Éthiopie. Plus précisément, le gouvernement éthiopien :

- a dirigé la conception et la mise en œuvre de projets pilotes d'assurance maladie communautaire dans 13 districts ;
- a déployé trois cadres salariés du gouvernement par régime et affecté un budget de fonctionnement pour la gestion des régimes ;
- a alloué des subventions ciblées et des subventions générales aux régimes d'assurance maladie communautaire ;

- a élaboré une stratégie d'expansion de l'assurance maladie communautaire et fait de la couverture de l'assurance maladie communautaire l'un des objectifs de développement du gouvernement ; et
- a assuré la gérance et la surveillance, les vérifications financières et la réassurance dans le cas de quelques régimes qui ont connu des difficultés financières.

Au Ghana, l'expansion rapide de l'assurance maladie pour couvrir plus de 40 pour cent de la population ne s'est produite qu'après la mise en œuvre du NHIS par le gouvernement. L'assurance maladie communautaire a fait l'objet d'un projet pilote et a été lancée en premier dans le district de Sunyani par le diocèse catholique à la fin des années 1980. En 2002, il y avait plus de 140 programmes d'assurance maladie communautaire, mais ils ne couvraient que 1 à 2 % des Ghanéens avec des services limités. Bien que le gouvernement central et les collectivités locales n'apportaient qu'un soutien limité à la fin des années 1990 et au début des années 2000 qui a contribué à l'essor des régimes d'assurance maladie communautaire, d'importantes augmentations de la couverture de la population n'ont eu lieu qu'après la promulgation du NHIS en 2003. Le gouvernement ghanéen a soutenu cette expansion rapide de l'assurance maladie en promulguant le projet de loi du NHIS en 2003 ; en établissant l'Autorité nationale d'assurance maladie avec le mandat de diriger le NHIS ; et en définissant les contributions des employés du secteur formel et des segments non exemptés du secteur informel. En outre, le Parlement a adopté une appropriation sur la TVA destinée au NHIS, qui fournit environ 70 pour cent des recettes du régime.



Un patient de la province de Ninh Binh, au Vietnam, tient des médicaments anti-VIH payés par son assurance maladie financée par le gouvernement. Il est plus facile pour lui de continuer à recevoir un traitement maintenant qu'il n'a plus à s'inquiéter de la façon de payer ses médicaments.

## Leçon 4

**N'oubliez pas l'offre, afin que l'extension de la couverture de l'assurance maladie et l'augmentation de la demande de soins de santé donnent lieu à des services accessibles et de qualité.**

Tandis que les pays s'efforcent de concevoir et d'étendre leurs programmes d'assurance maladie publique, il est essentiel d'accorder une attention particulière à l'offre. Les facteurs clés du côté de l'offre, tels que l'infrastructure, le personnel et les produits, doivent être en place et correctement traités (voir Encadré 3). Il est inefficace d'étendre une couverture comprenant des services de santé médiocres ou non disponibles. Financement de la santé Les arrangements mis en place pour étendre la couverture doivent être planifiés correctement avec les considérations correspondantes du côté de l'offre.

L'Éthiopie est un excellent exemple d'un pays qui s'est penché sur la question de l'offre avant de mettre en place de nouveaux mécanismes de financement de la santé. Avant l'introduction de l'assurance maladie communautaire, l'Éthiopie a adopté trois réformes qui ont amélioré la qualité des soins nécessaires à la mise en œuvre réussie de l'assurance maladie communautaire. Une réforme de la rétention des revenus, promulguée en 2005, a permis aux établissements de conserver les recettes provenant des frais d'utilisation et de les utiliser pour améliorer la qualité, au lieu de les envoyer au Trésor public du gouvernement fédéral. L'introduction de sections

privées dans les hôpitaux publics a amélioré la rétention du personnel hospitalier clinique clé en lui permettant de gagner un revenu supplémentaire, de générer des recettes hospitalières supplémentaires et d'offrir des solutions de rechange aux utilisateurs des services hospitaliers privés. L'Éthiopie a également commencé à externaliser les services non cliniques dans les hôpitaux publics ; cette réforme a permis à la direction des hôpitaux et au personnel clinique de se concentrer sur la prestation de soins de santé, tandis que les services auxiliaires tels que la blanchisserie, la sécurité, le jardinage et la restauration ont été externalisés à des entreprises locales.

### Encadré 3.

#### Facteurs liés à l'offre

- L'accès aux établissements : La proximité physique du prestataire de services de santé, ainsi que la disponibilité des services de transport, y compris les ambulances
- La disponibilité, capacité, attitude et comportement des agents de santé
- La disponibilité des services définis dans l'ensemble des prestations, les services de diagnostic et les médicaments essentiels
- La qualité des soins (qualité clinique et qualité perçue)

## Leçon 5

### L'extension de l'assurance exige un apprentissage et une adaptation intentionnels et itératifs

L'extension de l'assurance maladie est une intervention dynamique à forte intensité d'information. En premier lieu, au fur et à mesure que les populations et leurs besoins en matière de santé évoluent et augmentent, les organismes d'assurance doivent être en mesure de transférer les subventions vers les nouveaux groupes vulnérables. Au fur et à mesure que les services et les technologies de la santé évoluent, les organismes doivent déterminer quels nouveaux services doivent commencer à être financés et lesquels doivent cesser de l'être pour maintenir une qualité élevée des soins. Et comme les coûts et les prix changent, les agences doivent réagir de façon dynamique pour équilibrer les budgets. Ces capacités exigent plus que les approches traditionnelles de suivi et d'évaluation des programmes. Elles exigent un apprentissage et une adaptation intentionnels et itératifs, alimentés par des systèmes d'information, du personnel formé et des processus d'utilisation des données pour la prise de décisions, et pas seulement des rapports de bas en haut.

Les observations des travaux de l'équipe chargée du projet HFG au Ghana et en Éthiopie illustrent la pertinence de cette leçon pour l'extension de l'assurance maladie.

Lorsque la NHIA au Ghana a été créée en 2003, elle était en grande partie un payeur administratif des demandes de remboursement/paiement reçues des prestataires. Cela signifie qu'elle disposait de systèmes et d'un personnel minimal pour regrouper les informations sur les demandes de paiement/remboursement reçues. Elle avait une capacité limitée de vérifier les demandes de paiement/remboursement en termes de qualité médicale, d'identification des erreurs ou de fraude. Elle n'avait pas de systèmes permettant de repérer et d'analyser les causes profondes des problèmes d'augmentation des inscriptions et de ciblage des pauvres. En somme, elle ne pouvait pas encore prendre des décisions d'achat « stratégiques » au nom des personnes inscrites pour maximiser la protection de la santé ou la protection financière. Depuis 2009, le fonds de la NHIA est déficitaire en raison de l'augmentation des coûts des paiements aux prestataires, qui ont presque triplé depuis 2010, ce qui a eu pour effets de paralyser la capacité d'étendre la couverture de la population et de menacer la couverture des services pour les 40 % de la population déjà inscrits. L'équipe chargée du projet HFG a travaillé avec la NHIA pour renforcer la capacité de l'autorité en tant qu'acheteur stratégique davantage sur la base de données probantes, et pour utiliser les données probantes afin de concevoir une nouvelle série de réformes du NHIS. La NHIA a appris qu'elle avait besoin de construire un système d'apprentissage qui établit des processus intentionnels et dispose des données de qualité nécessaires pour un apprentissage et une adaptation efficaces. La

Idéalement, les décideurs et leurs partenaires devraient reconnaître à l'avance que l'extension de l'assurance nécessitera la collecte d'informations intensives et l'analyse, de ces informations, ainsi que l'intégration de cette capacité dans les conceptions de programmes d'assurance dès le début.

principale leçon tirée du Ghana est qu'il aurait été idéal de construire ces outils et processus d'apprentissage itératifs dans la conception initiale du NHIS, plutôt que d'avoir à rattraper les crises financières qui ont forcé leur création.

En Éthiopie, le gouvernement a mis en place un système efficace de suivi et d'évaluation qui guide l'expansion de l'assurance maladie aujourd'hui. Les programmes assurance maladie communautaire au niveau des districts en Éthiopie utilisent des données de routine pour gérer les opérations quotidiennes. Ces données sont recueillies, compilées et analysées aux niveaux régional et national, et elles sont utilisées pour la prise de décisions politiques aux niveaux infranational et national. Ces leçons sont utilisées pour améliorer les résultats de l'expansion continue de l'assurance maladie communautaire à de nouveaux districts et régions, ainsi que pour le dialogue politique sur la création de groupes de risques aux niveaux infranational et national.

Il existe des défis majeurs dans la construction de systèmes d'apprentissage intentionnels et itératifs pour permettre l'extension de l'assurance maladie, en particulier dans les pays dont les ressources pour les systèmes de santé sont très limitées. La capacité actuelle des ressources humaines pour la collecte, l'analyse et la gestion proactive des données est limitée (et tend à changer fréquemment) ; de grandes quantités de données doivent être numérisées pour améliorer la collecte, la transmission, la compilation, l'analyse et l'utilisation de ces données en temps opportun ; les données sur la qualité des services demeurent limitées ; et les processus opérationnels d'utilisation des données pour la prise de décisions font souvent défaut. Toutefois, comme le montrent les exemples du Ghana et de l'Éthiopie, il est possible pour les principaux organismes et programmes d'assurance maladie d'intégrer des approches d'apprentissage dans leurs opérations. Idéalement, les décideurs et leurs partenaires devraient reconnaître à l'avance que l'expansion de l'assurance nécessitera une collecte et une analyse intensives d'informations, et intégrer cette capacité dans la conception de l'assurance dès le début.



## Conclusion et recommandations

Le secteur de l'économie de la santé et la poussée mondiale vers la couverture sanitaire universelle ont généré beaucoup de théories, de preuves et de leçons apprises sur la façon d'étendre l'assurance maladie. Cet ensemble de connaissances était en grande partie en place lorsque l'équipe chargée du projet HFG a commencé à travailler, aidant à guider les choix techniques sur un large éventail de composants de base. Il s'agit notamment de savoir où et comment mobiliser des fonds pour la santé (mobilisation des revenus), comment permettre aux personnes en bonne santé et aux riches de subventionner les malades et les pauvres (mise en commun), quels biens et services privilégier (conception de programmes de prestations économiques), comment payer les prestataires pour obtenir les résultats souhaités (achats stratégiques), et bien d'autres choses encore.

L'équipe chargée du projet HFG a utilisé et renforcé les connaissances mondiales pour soutenir les efforts de neuf pays en vue d'étendre la couverture d'assurance maladie. Cependant, les leçons apprises par cette équipe et ses partenaires nationaux vont au-delà de cette théorie et de cette pratique de base. Ce sont des ajouts essentiels à la poursuite de la couverture sanitaire universelle. Ces cinq leçons indiquent cinq recommandations pour l'extension future de l'assurance maladie que les réformateurs (gouvernements, groupements de la société civile, bailleurs et partenaires de mise en œuvre) devraient adopter :

- 1. Demander une analyse et une stratégie d'économie politique.** Compte tenu de l'éventail d'intérêts puissants et des gagnants et perdants potentiels dans les efforts d'extension de l'assurance maladie, les réformateurs devraient effectuer des analyses de l'économie politique afin d'orienter les stratégies de planification, les communications stratégiques et les choix politiques réalisables.
- 2. Exiger une analyse juridique et organisationnelle ainsi qu'un renforcement des capacités.** Les efforts visant à optimiser l'état de santé de la population ou la protection contre les risques financiers de la couverture d'assurance maladie seront contrecarrés s'ils ne s'alignent pas sur les contraintes juridiques et les capacités et responsabilités institutionnelles. Parallèlement à l'analyse et à la stratégie en matière d'économie politique, les réformateurs devraient mener une analyse de la gouvernance et de la structure organisationnelle – débattre et décider quels acteurs feront (et pourront faire) quoi, et leur permettre de le faire.
- 3. Exiger que le gouvernement dirige et subventionne, et s'engager avec le gouvernement pour que cela se produise.** La prise en charge communautaire et l'engagement du secteur privé peuvent être bénéfiques à l'extension de l'assurance maladie, mais l'intendance et le financement du gouvernement sont essentiels à la réalisation de progrès substantiels et équitables vers une couverture sanitaire universelle. Les réformateurs devraient résister aux progrès rapides mais non durables qui peuvent être atteints sans leadership gouvernemental. Ils devraient plutôt héberger leurs réformes, même celles qui envisagent une gouvernance très décentralisée et des rôles importants pour le secteur privé – avec des intendants du gouvernement et des fonds communs réglementés et subventionnés par le gouvernement – qui sont les principaux moyens de couvrir les pauvres.
- 4. S'aligner sur l'offre d'aujourd'hui, investir dans l'offre de demain.** L'assurance maladie est un moyen d'atteindre un but : améliorer la santé de la population et/ou réduire les risques d'appauvrissement causés par les coûts de la santé. Toutefois, pour être efficace et éviter de miner la confiance du public, la couverture médicale promise sur papier doit être assortie d'une disponibilité et d'une prestation de services de qualité. Les gouvernements et les partenaires du secteur privé devraient examiner attentivement l'offre existante de travailleurs et de services de santé, et financer l'amélioration de l'accès physique aux services de santé et la qualité des services de soins de santé lorsqu'ils couvrent de nouvelles populations ou de nouveaux services, puis investir continuellement dans l'augmentation et l'amélioration de la qualité.
- 5. Surveiller le cheminement sans fin vers la CSU et construire des systèmes pour apprendre et s'adapter au fur et à mesure que les conditions changent.** Même dans les pays à revenu élevé qui ont « atteint la couverture sanitaire universelle », une analyse, un apprentissage et une adaptation continus sont nécessaires pour maintenir une couverture efficace au fur et à mesure que des changements se produisent dans les fardeaux de la maladie, les technologies de la santé, les préférences des consommateurs, le comportement des prestataires et les coûts. Pour étendre et maintenir la couverture de l'assurance maladie, les réformes doivent donc construire des systèmes qui ne se contentent pas de « faire des rapports » basés sur un ensemble d'indicateurs. Il faut qu'il existe des systèmes et des processus opérationnels qui permettent de détecter rapidement les problèmes, d'enquêter rapidement sur les causes profondes et de s'assurer que l'analyse mène à une prise de décisions adaptative. La production et l'utilisation en temps opportun de données probantes sont également essentielles pour maintenir la santé financière des régimes et pour s'engager dans des achats stratégiques et des mécanismes appropriés de paiement des prestataires en vue d'une plus grande efficacité et d'une meilleure maîtrise des coûts.



## Références

- Acemoglu, Daron et James Robinson. 2008. The Role of Institutions in Growth and Development. Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale. Au nom de la Commission sur la croissance et le développement. DOCUMENT DE TRAVAIL N° 10
- Blanchet, Nathan J. et Osei B. Acheampong. 2014. *Building on Community-based Health Insurance to Expand National Coverage: The Case of Ghana*. Bethesda, MD : Projet Health Finance and Governance, Abt Associates.
- Feleke, Solomon, Workie Mitiku, Hailu Zelelew et Tesfaye D. Ashagari, *Ethiopia's Community-based Health Insurance: A Step on the Road to Universal Health Coverage*. Bethesda, MD : Projet Health Finance and Governance, Abt Associates.
- Glassman, A., M.R. Reich, et al. (1999). « Political Analysis of Health Reform in the Dominican Republic » *Health Policy & Planning* 14(2): 115-126.
- Projet Health Finance and Governance (HFG). (non daté). Health Insurance at a Glance in Africa.
- Hsiao, William C., A. Fraker, P. Hanvoravongchai, M. Jowett, D. Pinto et S. Ramachandra. (2005). Social Health Insurance for Developing Nations : Document conceptuel préparé pour le cours phare, parrainé conjointement par la Banque mondiale et l'Université Harvard.
- Mathauer, Inke et Guy Carrin. 2010. The role of institutional design and organizational practice for health financing performance and universal coverage. Document conceptuel de l'OMS
- Rajkotia, Yogesh. Novembre 2007. *The Political Development of the Ghanaian National Health Insurance System : Lessons in Health Governance*. Bethesda, MD : Projet Health Systems 20/20, Abt Associates Inc.
- Roberts, M.J., W. Hsiao, P. Berman et M.R. Reich. (2004). *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. New York : Oxford University Press.
- The Federal Democratic Republic of Ethiopia. Federal Negarit Gazeta. 2010. *Proclamation n° 690/2010. Social Health Insurance Proclamation Page 5494*. Addis-Abeba.
- The Federal Democratic Republic of Ethiopia. Federal Negarit Gazeta. 2010. Council of Minister Regulation No. 191 /20 10 on the Ethiopian Health Insurance Agency Establishment, Page 5673. Addis-Abeba.
- The Federal Democratic Republic of Ethiopia. Ministère du travail et des affaires sociales. 2012. National Social Protection Policy of Ethiopia (Final Draft). Addis-Abeba.
- Walt G, Gilson L. 1994. Reforming the health sector in developing countries : the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 9: 353-70.
- Wang, Hong et Nancy Pielemeier. 2012. *Community-Based Health Insurance: An Evolutionary Approach to Achieving Universal Coverage in Low-Income Countries*. *Journal of Life Sciences* 6 : 320-329.
- Organisation mondiale de la Santé 2003. Community-based Health Insurance Schemes in Developing Countries : facts, problems and perspectives. Document de travail numéro 1 - 2003.
- Zelelew, Hailu. 2015. *Community Health Financing as a Pathway to Universal Health Coverage : Synthesis of Evidence from Ghana, Senegal, and Ethiopia*. Bethesda, MD : Projet Health Finance and Governance, Abt Associates

