



Bénin



Burkina Faso



Côte-d'Ivoire



Guinée-Bissau



Mali



Niger



Sénégal



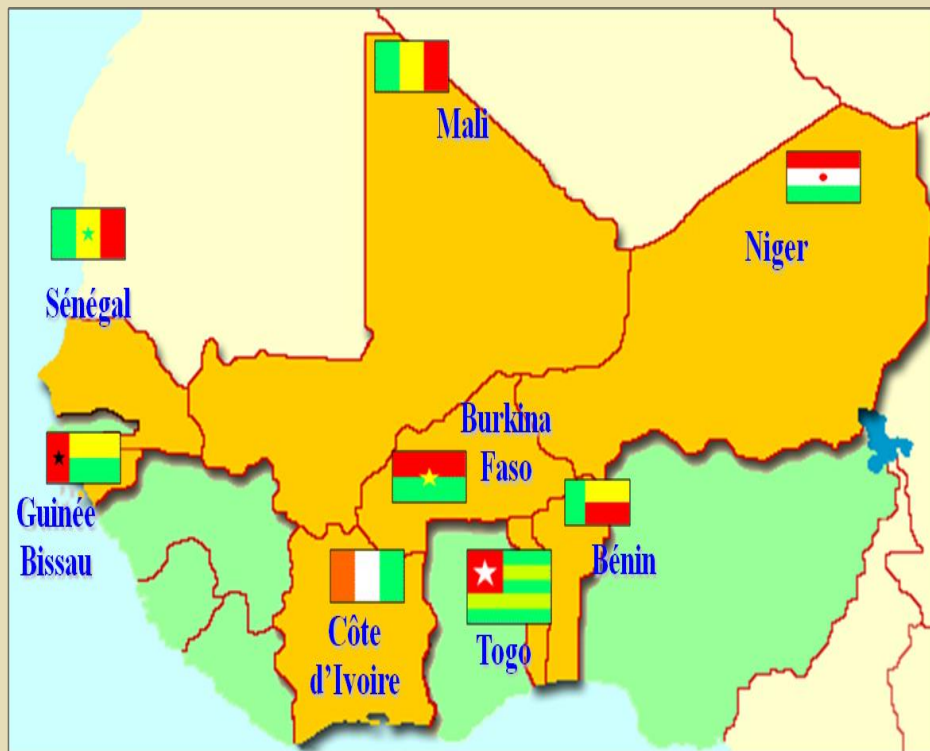
Togo

EXTENSION DE LA COUVERTURE DU RISQUE MALADIE DANS LES ETATS MEMBRES DE L'UEMOA

----- ETAT DES LIEUX, ENJEUX ET DEFIS

Dr Bakary Siriki KONE
Chef de la Division Protection Sociale
et Financement de la Santé

ESPACE UEMOA



**HUIT ETATS AYANT EN
COMMUN L'USAGE DU FRANC
CFA**

103 MILLIONS D'HABITANTS

3,5 MILLIONS DE KM2

PLAN DE PRESENTATION

03 PARTIES

I. ELEMENTS DE CONTEXTE

II. ETAT DES LIEUX DES INITIATIVES EN COURS AU SEINS DE L'UEMOA

III. PRINCIPAUX DEFIS A RELEVER

CONCLUSION

17 Diapositives

Temps de présentation : environ 20 minutes

I. ELEMENTS DE CONTEXTE

❖ FONDEMENTS DE L'INTERVENTION DES ETATS DANS L'AMELIORATION DE LA SANTE DE POPULATION OUTRE LES RAISONS ECONOMIQUES

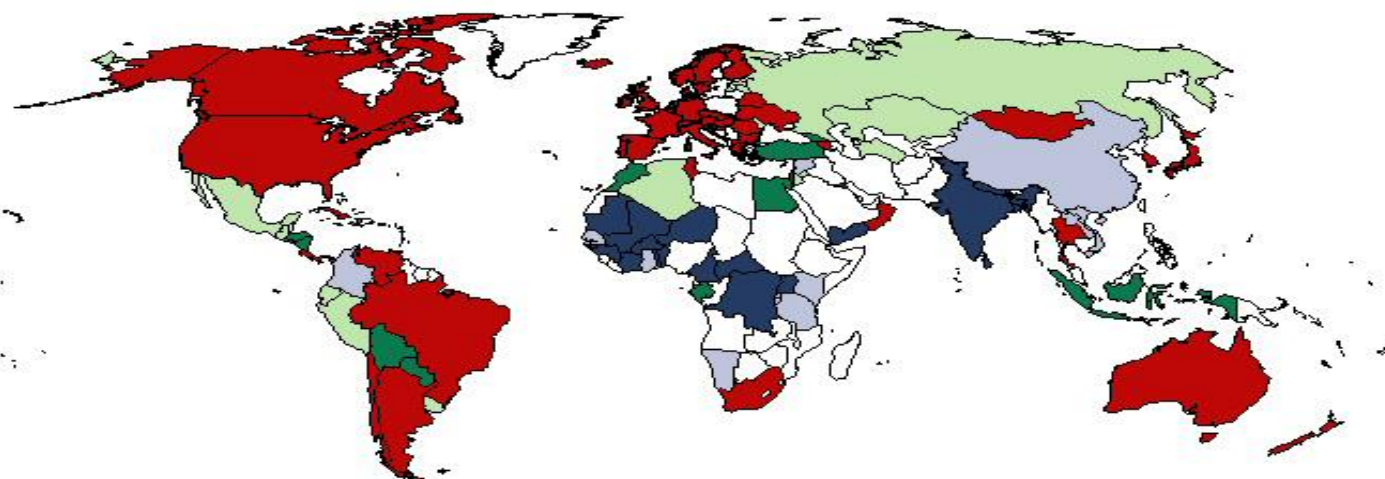
- Textes nationaux et régionaux (Constitutions, Lois, PNDS, etc.)
- Déclaration Universelle des droits de l'homme (Art 25) « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien être et ceux de sa famille, notamment pour (...), les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires »
- Droit consacré par de nombreux traités et engagements internationaux
 - ✓ ODD 3 (sept 2015)
 - ✓ Convention 102 OIT (1952) : norme minimale de sécurité sociale (9 catégories de prestations)
 - ✓ Recommandation 202 de l'OIT sur le Socle de protection sociale (juin, 2012)
 - ✓ AGNU 2012 sur la Couverture Universelle de Santé

❖ FREIN IMPORTANT A L'ACCES AUX SOINS = BARRIERES FINANCIERES, ACCENTUEES DEPUIS L'INTAURATION DU RECOUVREMENT DES COUTS AVEC LE PAIEMENT DIRECT (IB 1987, PAS, FIN DE LA GRATUITE GENERALISEE)

I. ELEMENTS DE CONTEXTE

- ❖ SOLUTION POUR LEVER LES BARRIERES FINANCIERES D'ACCES AU SOINS = PROTECTION SOCIALE EN SANTE A TRAVERS LES ASSURANCES PRIVEES, LES MUTUELLES DE SANTE, LA CMU, L'AMU, Etc.

CARTE DE LA SITUATION DE LA PROTECTION SOCIALE EN SANTÉ DANS LE MONDE



1	— Less than 10 percent	(21)
2	— 10 to 40 percent	(12)
3	— 40 to 70 percent	(13)
4	— 70 to 95 percent	(14)
5	— 95 percent and over	(50)
6	— No data	(87)

Source : ILO Global Social Security Report ,2014-2015

- ❖ QUE FAIT-ON POUR INVERSER LA TENDANCE?

II. ETATS DE LIEUX

QUE FAIT-ON AU NIVEAU DES ETATS MEMBRES DE L'UEMOA?

- ➔ Depuis la fin des années 2000 tous les Etats membres de l'UEMOA sont engagés dans la définition et la mise en œuvre de stratégies d'extension de la couverture du risque maladie (Différentes appellations)
- ➔ Principes généraux de l'extension de la CRM : Universalité de la couverture, Solidarité nationale, Responsabilité générale de l'Etat, l'Implication de tous les acteurs, Construire à partir de l'existant
- ➔ Les Etats de l'UEMOA sont à des niveaux différents du processus

II. ETATS DE LIEUX

QUE FAIT-ON AU NIVEAU DES ETATS MEMBRES?

DIFFERENTES ETAPES D'UN PROCESSUS CLASSIQUE EXTENSION CRM

1. Engagement politique de haut niveau
2. Mise en place d'une structure nationale de pilotage (CNP, CIM, etc)
3. Mise en place de la structure nationale d'animation et de gestion technique du processus (Secrétariat technique, Task Force, ..)
4. Définition SNFS et efforts d'articulation avec la CMU (cas Bénin, Burkina Faso, Togo et Mali)
5. Etudes de base pour mise en place du régime CMU (paniers de soins, coûts, cadre légal, architecture, ...)
6. Elaboration puis adoption du projet de loi

II. ETATS DE LIEUX

7. Etudes techniques et définition des mécanismes de mise en œuvre et de gestion du régime :
- ▶ Organisme national de gestion (Caisse ou Agence, ...)
 - ▶ Mécanismes de contractualisation prestataires de soins
 - ▶ Stratégies de ciblage et de prise en charge des indigents
 - ▶ Système d'information (biométrie, géomatiques, logiciels,)
 - ▶ Mécanismes d'articulation (mutuelles, gratuités, etc.)

CONSULTATIONS ET DIALOGUE SOCIALE TRANSV.

II. ETATS DE LIEUX

OU EN EST CHAQUE ETAT MEMBRE? (1/4)

Etat	Situations globales actuelles
BENIN	<ul style="list-style-type: none">- Loi sur le RAMU, adoptée en décembre 2015 (régime volontaire)- Régime géré par l'ANAM- De nombreuses études de bases réalisées- Lancement du régime avec des régions pilotes (19 ZS)- Réforme en cours du RAMU par le nouveau pouvoir pour en faire un régime plus holistique appelé Assurance pour le Renforcement du Capital Humain ou ARCH (Formation, microcrédit, Assurance maladie, retraite) <p>Reforme complexe, attendre encore pour les résultats</p>
BURKINA FASO	<ul style="list-style-type: none">- Mise en place d'un secrétariat technique (ST-AMU) depuis 2008- Loi sur le RAMU adoptée en sept 2015 sous la transition- Modalités de mise en œuvre de la Loi en cours de définition (décrets d'application, études complémentaires, etc)- Création par décret le 1^{er} mars 2018 de la Caisse nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU)- Rôle d'OGD prévu pour les mutuelles de santé

OU EN EST CHAQUE ETAT MEMBRE? (2/4)

Etat	Situations globales actuelles
COTE D'IVOIRE	<ul style="list-style-type: none">- Loi instituant la CMU adoptée en mars 2014- Création de la structure de gestion du régime (CNAM)- Réalisation de nombreuses études- Démarrage de l'enrolement qui se poursuit- Approche pilote avec les étudiants pour tester le modèle- Renforcement en cours des plateaux techniques de certains établissement de santé- Pas encore de passage à l'échelle
GUINEE BISSAU	<ul style="list-style-type: none">- Volonté politique manifeste mais concrétisation retardée par le contexte sociopolitique du pays
MALI	<ul style="list-style-type: none">- Loi de juin 2009 instituant l'AMO gérée par la CANAM (Assujettis = travailleurs au sens du code du travail et les pensionnés)- Loi de juillet 2009 instituant le RAMED géré par l'ANAM (Agence Nationale d'Assistance Médicale) Assujettis = personnes démunies- AMO = système obligatoire- Proposition d'une offre d'AM volontaire aux acteurs de l'économie informelle et aux monde rural à travers le mutuelles géré par l'UTM- Prestation effective

OU EN EST CHAQUE ETAT MEMBRE? (3/4)

Etat	Situations globales actuelles
NIGER	<ul style="list-style-type: none"> - Processus de mise en place d'un régime de CMU en cours avec des concertations nationales réalisées en 2015 et des Groupes de travail mis en place 2016 - Pas encore de phase opérationnelle
SENEGAL	<ul style="list-style-type: none"> - Création de l'Agence nationale de gestion de la CMU (Décret 2015-21 du 07/01/15) - Mise en œuvre effective de la CMU - Développement d'un régime de base au profit des acteurs de l'économie informelle ou du monde rurale à travers les mutuelles de santé (Plan DCAM 2013-2017) avec l'approche «une commune - une mutuelle de santé » - Réforme des Institutions de Prévoyance Maladie via ICAMO (Décret 2012 – 832 du 07/08/12) - Réforme des politiques de gratuité des soins de santé (FNSS) <p>Pas encore de loi créant le régime</p>

OU EN EST CHAQUE ETAT MEMBRE? (4/4)

Etat	Situations globales actuelles
TOGO	<ul style="list-style-type: none">- Loi de février 2011 instituant un Régime obligatoire d'assurance maladie des agents publics et assimilés (ROAM)- Mise en œuvre effective du régime à travers l'INAM- Régime limité aux fonctionnaires avec une extension progressive vers le secteur informel et les professions libérales ou indépendantes

II. ETATS DE LIEUX

QUE FAIT-ON AU NIVEAU DE LA COMMISSION DE L'UEMOA?

➔ Les mutuelles de santé étant au cœur des processus => Adoption d'une réglementation communautaire pour encadrer leur création et leur fonctionnement et mieux les contrôler (**Spécificité des mutuelles VS simples associations**)

- ❑ Adoption en juin 2009 du Règlement n°07/2009/CM/UEMOA suivie en 2011 de la prise de textes application par la Commission
- ❑ Adoption en mai 2012 par Règlement du PCMS

➔ Nécessité d'accompagner les Etats membres sur le chantier global de la CMU => Définition et mise en œuvre du PACRM en 2011 (durée de 5 ans avec l'appui financier de l'AFD, prorogation en discussions avancées)

III- PRINCIPAUX DEFIS A RELEVER (1/3)

AU NIVEAU DES ETATS MEMBRES

- ❖ Choix du type de régime le mieux adapté (AMO et/ou AMV)
« Il n'y a de meilleure solidarité que celle qui est imposée »
- ❖ Conciliation entre exigences techniques et impératifs politiques (Ex: coût, délai, etc.)
- ❖ Mise en place d'une gouvernance efficace et adaptée
- ❖ Réduction de la fragmentation du système (parfois plusieurs dispositifs cloisonnés)
- ❖ Financement du système en lien avec la question de la pérennité (Financements innovants?, Abuja?, TVA?, ménages?)

III- PRINCIPAUX DEFIS A RELEVER (2/3)

AU NIVEAU DES ETATS MEMBRES

- ❖ Prise en compte optimale des indigents
- ❖ Traitement de la question des travailleurs de l'économie informelle
- ❖ Forte implication de tous les acteurs (ACTEURS DU DOMAINE DE PHARMACEUTIQUES)
- ❖ Bonne communication pour une large adhésion
- ❖ Définition d'un panier de soins attractif (MEDICAMENTS)
- ❖ Disponibilité effective d'une offre de soins adéquate (BON SYSTÈME D'APPRO MEDICAMENTS)
- ❖ Mise en place d'un système d'information fiable, sécurisé et efficace

III- PRINCIPAUX DEFIS A RELEVER (3/3)

AU NIVEAU DE LA COMMISSION

- ❖ Mobilisation de ressources financières additionnelles pour renforcer son intervention dans le domaine de la CRM
- ❖ Adoption de tous les textes d'application du règlement communautaire relatif à la mutualité sociale
- ❖ Obtention de la mise en œuvre par les EM du Règlement sur la mutualité notamment la mise en place des 3 principaux instruments prévus (Situation pour le moment très mitigé d'un pays à l'autre)

CONCLUSION

- ❖ Extension de la CRM = Priorité pour les EM qui y travaillent depuis quelques années
- ❖ Travail de longue haleine → résultats probants visibles avoir plusieurs décennies (plus de 200 ans d'histoire en France avec encore des reproches)
- ❖ De nombreux défis à relever et qui ne sont pas toujours pris en compte par les acteurs concernés (EM et Commission)
- ❖ Nécessaire implication de toutes les parties prenantes pour une mise en œuvre optimale des régimes

**MERCI DE VOTRE AIMABLE
ATTENTION**