



**Organisation Mondiale de la Santé
Bureau Régional de l'Afrique**

**Laboratoire d'échanges sur l'Assurance Maladie à vocation Universelle
de Saly (Mbour), Sénégal, 25 au 29 Novembre 2019**

Messages clés

**Alexis Bigeard – OMS/AFRO-IST-WA/HSS/HFS
20/01/2020**

Contenu

Les leçons apprises dans l'exécution de certaines fonctions de l'assurance maladie à vocation universelle	3
L'identification des indigents	3
L'adhésion	3
L'immatriculation des assurés	3
La prise en charge des bénéficiaires.....	3
Le panier de soins	4
La gestion du risque	4
La contractualisation	4
Le système d'information et de gestion.....	5
Le management de l'Institution	5
Les grands messages transversaux de l'assurance maladie à vocation universelle :	5
Les grands messages stratégiques qui lient l'assurance maladie universelle à la couverture sanitaire universelle :	6

L'auteur remercie l'ensemble des participants du laboratoire de Saly pour leur participation active au cours des 5 jours de présentations, échanges et débats, ce résumé n'étant largement qu'une compilation organisée de leurs contributions. L'auteur remercie également les organisateurs et le groupe de facilitation du laboratoire, et encore particulièrement Mr Fahdi Dkhimi pour sa relecture du présent document, ses amendements et ses ajouts.

Les leçons apprises dans l'exécution de certaines fonctions de l'assurance maladie à vocation universelle

L'identification des indigents

- La méthodologie de ciblage doit être consensuelle ;
- Le rôle de la communauté à la base doit être important dans le ciblage ; la mise en place de commissions d'identification villageoise est pertinente en milieu rural. La question du modèle et de sa pertinence en milieu urbain reste entière ;
- Il est possible de combiner les différentes méthodes de ciblage, notamment en fonction de considérations d'efficience ;
- La mise à jour des listes de bénéficiaires doit être faite régulièrement mais la périodicité adéquate reste à expérimenter ;

L'adhésion

- En cas de cotisation l'adhésion par groupement est une méthode pertinente pour une partie de la population informelle ; elle est différemment applicable selon les contextes ;
- La cotisation par groupement au niveau villageois est peut-être une innovation à considérer ;
- L'idée d'une « obligation intelligente » pourrait être retenue (cf. infra).

L'immatriculation des assurés

- L'implication des structures de statistiques et analyses économiques est nécessaire ;
- Un identifiant unique est idéal, par exemple avec l'utilisation de la carte d'identité ;
- L'implication des groupes socio-professionnels est une opportunité ;
- La procédure d'enregistrement ne doit pas être trop lourde, notamment au niveau des pièces exigibles ;
- L'immatriculation doit se faire en même temps que l'identification des indigents, elle-même dans une démarche unique d'identification pour tous les programmes sociaux. Plus globalement l'immatriculation est liée à la question de l'identification sur la plan national et doit donc aller de pair.

La prise en charge des bénéficiaires

- Des expériences comme les « espaces AMO » montrent l'importance de traiter le point de contact où beaucoup est en jeu : l'accueil, l'orientation, l'identification, le contrôle des droits, et le remplissage des outils qui donneront lieu aux conditions de facturation, de contrôle, de suivi et de gestion du risque ; le partage des rôles et du coût entre le prestataire et l'acheteur est négocié. Ce genre d'espace idéalement a vocation à servir l'ensemble des usagers de la

formation sanitaire. Cette extension de son rôle au-delà des assurés d'un régime et même des assurés peut également être une solution vers davantage d'efficacité.

- La dématérialisation totale de la gestion de sinistre santé doit être recherchée ;

Le panier de soins

- La prise en charge des évacuations sanitaires ne semble pas une option viable dans le cadre d'une couverture du risque maladie universelle ; mais des stratégies de renforcement du plateau technique national par les Caisses d'Assurances en ayant les moyens ont été observées qui visaient à réduire le coût de prise en charge des évacuations ;
- Il est opportun de négocier une tarification de responsabilité avec le privé pour maîtriser le reste à charge dans ce secteur, et de la renégocier régulièrement ;

La gestion du risque

- La maîtrise des dépenses en médicaments est fondamentale. Les listes de médicaments pris en charge évoluent avec l'expérience ; il est souhaitable d'avoir une liste nationale des médicaments essentiels actualisée qui promeut le générique ; il est aussi important d'éviter de rentrer dans une logique de déremboursement sans avoir au préalable épuisé les autres options, et notamment celle de la négociation tarifaire et du choix rationnel du médicament.
- Il existe une panoplie de mesures qui peuvent être mises en œuvre pour contrôler les prises en charge abusives ou risquées : le plafond, la limite du nombre de prises en charge, l'accord préalable, etc... Mais là encore ces mesures ne doivent être envisagées qu'en gardant à l'esprit l'intérêt du patient et sa protection contre le risque financier.
- Les taux de prise en charge peuvent varier en fonction du caractère « vital », « essentiel » ou « non essentiel » du médicament ;
- Le contrôle médical est une fonction importante au sein de la gestion du risque, qui pourrait être davantage développée ;
- Les activités de promotion et de prévention menées par les Caisses sont de véritables stratégies de maîtrise du risque ;

La contractualisation¹

- Le paiement régulier et à bonne date des factures est fondamental ;

¹ La contractualisation inclut aussi les standards minimums requis d'un prestataire pour être couvert par un mécanisme de protection sociale en santé (accréditation), ainsi qu'un ensemble de protocoles thérapeutiques à suivre. Elle va bien au-delà de la relation de paiement et en ce sens c'est une fonction qui n'a que peu été couverte dans le cadre du laboratoire.

- Les montants sont négociés ; ils peuvent être « préférentiels » par rapport au recouvrement des coûts en direct ou à l'existant, mais ils doivent aussi tenir compte des coûts des prestataires ; les protocoles thérapeutiques peuvent être utilisés pour certains calculs ;

Le système d'information et de gestion

- Le système d'information doit être développé de manière progressive avec l'aide d'experts nationaux et une appropriation en interne de l'Institution de gestion (Caisse) ; il doit être adapté, modulable, et s'insérer dans l'architecture existante des systèmes d'information ;
- Le système d'information doit pouvoir aisément assurer l'interopérabilité avec les autres systèmes d'information ;
- Une implication des acteurs clés (prestataires, décideurs, syndicats, ordre professionnel, sociétés savantes, etc.) est nécessaire pour la définition de la nomenclature des actes, sous le leadership du Ministère de la Santé ; il faut également contextualiser cette nomenclature, notamment pour le niveau périphérique ; le processus de mise en place de la nomenclature ne doit surtout pas être déconnecté de la capacité des utilisateurs (dans l'identification et le traitement de l'information)

Le management de l'Institution

- Les organismes de gestion déléguée peuvent être une bonne solution d'efficacité et d'efficience, mais leur rôle doit être négocié, encadré, suivi et contrôlé ;
- Un manuel standardisant les procédures et opérations peut être élaboré et régulièrement mis à jour, tant au niveau « métier » qu'au niveau organisationnel, administratif, et stratégique.

Les grands messages transversaux de l'assurance maladie à vocation universelle :

- Il faut assurer la communication, la sensibilisation et la mobilisation sociale autour des mécanismes de prise en charge ; il faut également construire la confiance ;
- La gestion des résistances et des réticences doit se faire au cas par cas ;
- Il est important de documenter les résultats, acquis, bonnes pratiques et difficultés ;
- La mise aux normes des formations sanitaires est une condition d'extension de la couverture du risque maladie (RH qualifiées, plateau technique, contrôle et amélioration, qualité) ;
- La technicité ne doit pas se faire à l'encontre de l'humain ; il ne faut pas perdre de vue les objectifs finaux de l'AMU. Par exemple, « il faut rationaliser, non pas rationner » les prescriptions.
- Pour atteindre ses objectifs une Caisse d'Assurance Maladie peut se déployer et/ou déléguer ses fonctions, mais elle doit réfléchir en termes de fonction, s'interroger sur les façons de

réaliser ces fonctions, et s'intéresser aux acteurs qui peuvent l'aider dans l'exécution de ces fonctions ;

- Le panier de soins « généreux » en place dans les assurances maladies obligatoires (Mali, Mauritanie, Togo) pourra paraître difficilement soutenable s'il doit être offert à l'ensemble ;
- Le ciblage des bénéficiaires, la définition de paquets de soins et de la liste des médicaments aident à maîtriser le coût ;
- L'assurance maladie ne doit pas forcément attendre de couvrir tout le monde pour faire de l'universel. Elle doit réfléchir aux actions qui bénéficient à tous dans l'optique de couvrir tout le monde rapidement (ex : renforcement de l'offre de soins, ou encore soins préventifs qui sont des investissements pour la soutenabilité de l'AMU).

Les grands messages stratégiques qui lient l'assurance maladie universelle à la couverture sanitaire universelle :

- L'obligation d'adhésion est une condition *sine qua non* de l'assurance maladie universelle ; il est fait référence à une « obligation intelligente » ; entendons par là des dispositions réglementaires qui conditionnent l'accès à certains services publics par la preuve de l'adhésion à un dispositif de couverture contre le risque maladie ; ces dispositions se veulent habiles car elles ne fonctionnent pas selon un principe de sanction direct mais selon le jeu de la motivation et/ou de la sanction indirecte. Il n'en reste pas moins que l'obligation d'adhésion ne signifie pas obligation de cotisation. En effet les mécanismes de paiement sont une autre question stratégique : l'alternative ou la composition du mix « cotisations / taxes » est un autre débat que celui sur le caractère obligatoire ou non d'un dispositif de protection contre le risque financier² ;
- L'engagement politique au plus haut niveau de l'Etat est important non seulement sur la CSU mais sur des points clés de la mise en œuvre ; par exemple pour ce qui concerne la prise en charge des indigents par un mécanisme de couverture du risque maladie, avec l'exigence sur une identification adéquate et la mise à disposition de financements publics ;
- L'universalité équitable de la protection financière contre le risque maladie requière une certaine standardisation (du panier et des modes de paiement en particulier), un maximum d'économie dans les coûts de transaction (dans la gestion des fonctions), un maximum de péréquation (dans la gestion des fonds), une régulation intersectorielle (avec portage à haut niveau), et des financements durables et largement domestiques ;
- L'intégration de la gratuité peut commencer avec une gestion unique (le gestionnaire de l'assurance maladie peut gérer la gratuité) ; mais elle signifie en fait la disparition de la gratuité qui cède la place à l'assurance maladie obligatoire ; les arrangements sont financiers (transferts des subventions et mode de calcul des primes d'assurance) et au niveau des modalités d'adhésion (passage à l'immatriculation, adhésions familiales) ; la disparition de la gratuité mettant en danger les plus pauvres, elle doit se faire après l'identification des indigents et en tout état de cause leur prise en charge dans le système d'assurance maladie ; une absorption progressive de la gratuité (extension géographique de l'intégration) peut donc être pertinente ;

² Débat stratégique sur l'assurance maladie dans le cadre du financement de la santé par excellence, ce point n'a pas été traité dans le laboratoire qui s'est voulu prioritairement technique.

- Les pays qui ont démarré la couverture du risque maladie avec les populations du secteur formel peuvent arrêter un panier « de base » moins généreux qui sera viable financièrement, et transformer la différence entre le panier existant et le panier de base en un panier « complémentaire » pour les catégories de bénéficiaires qui en ont les moyens, panier qui peut être offert par le secteur public et privé en tenant compte de l'offre ; pour le panier de base il faut tenir compte de la situation épidémiologique et économique du pays pour définir un panier soutenable qui doit être en lien avec les soins de santé primaires ;
- Un bon système de régulation est nécessaire pour améliorer de concert l'offre et l'appui à la demande de soins ;
- Les questions d'interopérabilité des systèmes d'information entre acheteurs, mais aussi entre l'acheteur et les prestataires de soins sont importantes. Elles permettent à terme de construire une image d'ensemble des transactions d'achat de services dans le système de santé, et permettent donc de suivre qui est couvert, où, comment, de déceler s'il existe des différences de couverture qui ne sont pas acceptables, et si cela correspond aux engagements pris par le gouvernement en termes de panier de soins ;
- Un certain nombre de tâches réalisées par l'acheteur sont importantes non seulement pour ses bénéficiaires mais aussi pour l'ensemble des usagers du système de santé : contrôle qualité, rationalité des prescriptions, conditions de la prise en charge, etc... ces tâches méritent une concertation de haut niveau et un portage par le Ministère de la Santé qui s'appuiera sur les forces et l'opportunité provoquées par l'acheteur ;
- La couverture sanitaire universelle est une « urgence de long terme » ; entendons par là qu'il ne faut cesser de s'engager à la faire progresser et que cela commence immédiatement ; il en va de même pour l'extension de la couverture du risque maladie à l'ensemble population : il ne s'agit pas d'attendre que les conditions soient prétendument réunies pour en faire bénéficier le plus grand nombre, mais d'apprendre en faisant sachant que le dispositif, une fois qu'il concerne tout le monde, est un levier formidable pour aller dans le sens de la concertation, de la collaboration, de la rationalisation et de la régulation.