

**TERMES DE RÉFÉRENCE SPÉCIFIQUES**  
pour l'évaluation actuarielle et financière du régime d'assurance maladie  
universelle au Burkina Faso

## I. Contexte et justification

Au Burkina Faso, le système de sécurité sociale couvre seulement 7% de la population, essentiellement les travailleurs du secteur formel, et ne prend pas en charge le risque maladie. Les populations éprouvent d'énormes difficultés pour accéder financièrement aux soins de santé et les travailleurs vivant de l'économie informelle urbaine et rurale courent à tout moment le risque de basculer dans la pauvreté, voire dans l'extrême pauvreté, du fait de la maladie. Dans le souci d'étendre la protection contre le risque maladie à l'ensemble de la population et de permettre à chaque Burkinabè d'accéder à un minimum de services de santé, le Gouvernement a engagé la réflexion en vue de mettre en place un régime d'assurance maladie universelle (RAMU).

Le schéma envisagé est celui d'une assurance maladie obligatoire incluant une assistance pour les personnes en situation d'indigence et un système de gratuité qui peut se traduire en exemptions de cotisations, en exemptions de co-paiement ou les deux, pour les populations suivantes :

- les enfants de 0 à 5 ans au plus ;
- les femmes enceintes ;
- les personnes handicapées ;
- les personnes âgées.

Le système est fondé sur la promotion d'un panier de soins initialement validé en atelier national (juin 2015). Toutefois, ce panier nécessite une mise à jour en fonction de diverses orientations données par le Gouvernement lors d'un Conseil de cabinet tenu le 10 janvier 2017 sur les « *Choix stratégiques et décrets d'opérationnalisation du régime d'assurance maladie universelle* ». Il était ressorti notamment la nécessité d'introduire un **principe de progressivité** dans (i) le contenu du panier de soins, dans (ii) les prestations prises en charge et dans (iii) les cibles couvertes. Le panier de soins retenu, sous la forme d'une option de base et de son ou ses élargissement(s) possible(s) sera précisé au consultant avant le démarrage de ses travaux. Il s'agira d'un ensemble de prestations par niveau de soins et détaillées au niveau des biens et services inclus. Les prestations délivrées gratuitement à ce jour seront également détaillées pour le consultant.

La nature des prestations de soins proposées dans le cadre de l'assurance maladie a un impact majeur sur le coût desdites prestations et, partant, sur les niveaux de contributions. Aussi convient-il de déterminer le(s) coût(s) du panier de soins et d'analyser la viabilité financière du régime en lien avec l'effort financier que la Nation est prête à consentir.

Dans cette perspective, le Ministère de la fonction publique, du travail et de la protection sociale envisage le recrutement d'un ou de plusieurs consultants nationaux et internationaux sur la base des présents termes de référence pour l'évaluation actuarielle et financière du RAMU au Burkina Faso.

## **I. Objectifs de la consultation**

---

### **1. Objectifs généraux**

L'objectif principal de la mission est de réaliser une évaluation financière et de fournir au Gouvernement des éléments pertinents d'appréciation de la viabilité et de la solvabilité financière à court, moyen et long terme du RAMU.

Notamment, il s'agit de :

- de collecter toutes données de toute nature (démographique, médicale, financière, etc.) ayant une pertinence dans la réalisation de la mission confiée au consultant ;
- de formuler des hypothèses pertinentes sur l'évolution des variables démographiques et financières, sur la base notamment et non exclusivement des résultats issus des recensements généraux de la population, des perspectives du cadre macro-économique, de publications spécifiques ou d'études internationales, ou sur la base encore des expériences pertinentes de régimes similaires dans d'autres pays ayant les mêmes réalités macro-économiques ;
- de réaliser des projections actuarielles et financières sur la base d'un modèle actuariel et d'étapes d'extension, tous préalablement validés par le commanditaire ; les étapes d'extension proposés devront tenir compte notamment, mais non exclusivement, des objectifs d'extension du régime, des contraintes de financement et des possibilités d'investissement des fonds de réserve futures ;
- de formuler toutes recommandations utiles relatives à l'opérationnalisation du régime d'assurance maladie ;
- de fournir au commanditaire des éléments pertinents de vulgarisation et dialogue politique ;
- d'assurer le transfert au profit du commanditaire, à travers la formation des techniciens, du modèle actuariel retenu, des compétences nécessaires à la prise en main du modèle et des résultats de l'évaluation.

### **2. Objectifs spécifiques**

Plus spécifiquement, le consultant a pour mission de :

- déterminer différents coûts du panier de soins :
  - selon un principe de progressivité temporelle proposé par le consultant selon des critères pertinents (not. réalités démographiques, économiques ou sociales) ;

*Exemple :*

- **coûts du panier à  $n$**  = coûts de prise en charge des gratuités, conformément aux données macroéconomiques réelles (personnes âgées, femmes enceintes et enfants 0-5 ans, handicapés) ; exclusion de tous les soins préventifs à l'exclusion de ceux déjà pris en compte dans les gratuités ;
- **coûts du panier de  $n+1$  à  $n+3$**  = coûts de prise en charge des gratuités + coût d'un panier essentiel à définir

- *coûts du panier de n+4 à n+7 = coût des gratuités + panier essentiel + certaines pathologies coûteuses à déterminer*
- *etc.*

- selon des paramètres macroéconomiques à définir ;
  - sur la base des modalités de paiement (not. capitation, forfait, remboursement au réel ou sur devis ou encore système mixte), en tenant compte des recommandations du Ministère de la santé ;
  - en tenant compte des modalités prévues de gestion technique du RAMU, en privilégiant le recours à des organismes de gestion déléguée mais en posant également l'hypothèse d'une gestion directe par la caisse nationale d'assurance maladie ;
  - sur la base de cotisations et de co-paiements par les différentes catégories d'assujettis ;
  - en tenant compte d'un principe de sécurisation du financement par l'État des gratuités et des exemptions existantes ;
- déterminer, à partir d'un modèle judicieusement choisi, les remboursements futurs de la Caisse nationale d'assurance maladie sur la base des coûts évolutifs du panier de soins ;
  - proposer des normes prudentielles nécessaire à l'équilibre financier du régime ;
  - évaluer les recettes futures du régime sur la base d'hypothèses pertinentes ;
  - déterminer le montant de la dotation financière étatique initiale pour couvrir les coûts d'investissements initiaux et les coûts de fonctionnement non couverts par les cotisations ;
  - déterminer les niveaux de contribution qui assurent, d'une part, un équilibre financier du régime et, d'autre part, la constitution de réserves nécessaires à terme à l'allègement progressif du financement étatique de déficit d'exploitation ;
  - établir des comptes de résultats prévisionnels de la caisse nationale d'assurance maladie universelle, en posant des hypothèses réalistes ;
  - évaluer le niveau des futurs frais de fonctionnement ;
  - effectuer des tests de sensibilité des résultats suivant les variables les plus significatives ;
  - proposer des pistes de réflexion pour l'introduction de mécanismes réalistes de financement innovant ayant un effet progressif ou un effet régressif minimal ;
  - accompagner le commanditaire dans la préparation et l'animation des assises nationales sur le financement du RAMU qui sera organisé au cours de l'année 2017.

## **II. Résultats attendus**

### ***1. Résultats généraux***

- Toutes les données pertinentes sont collectées ;
- les hypothèses pertinentes d'évolution des variables démographiques et financières sont posées ;
- des projections actuarielles et financières sont faites ;
- des recommandations utiles à l'opérationnalisation du régime d'assurance maladie sont formulées ;
- des éléments pertinents de dialogue politique et de vulgarisation sont fournis au commanditaire ;
- les techniciens du commanditaire sont formés sur l'utilisation du modèle actuariel adapté (outil de simulation et de projections des hypothèses).

## 2. Résultats spécifiques

- Différents coûts évolutifs du panier de soins sont proposés :
  - selon un principe de progressivité temporelle proposé par le consultant ;
  - selon des paramètres macroéconomiques définis ;
  - sur la base des modalités de paiement retenus en collaboration avec le Ministère de la santé ;
  - en tenant compte des modalités de gestion technique du RAMU, en privilégiant le recours à des organismes de gestion déléguée mais en posant également l'hypothèse d'une gestion directe par la caisse nationale d'assurance maladie ;
  - sur la base des cotisations et co-paiements par catégorie d'assujettis ;
  - en tenant compte d'un principe de sécurisation du financement des gratuités et exemptions par l'État ;
- les dépenses futures du RAMU sur la base des coûts évolutifs du panier de soins sont estimés ;
- des normes prudentielles nécessaires à l'équilibre financier du régime sont proposées ;
- les recettes futures de la caisse nationale d'assurance maladie sont estimées sur la base d'hypothèses pertinentes ;
- le montant de la dotation financière étatique initiale est proposé ;
- les niveaux de contribution qui assurent, d'une part, un équilibre financier du régime et, d'autre part, la constitution de réserves nécessaires à terme à l'allègement progressif du financement étatique sont déterminés ;
- les comptes de résultats prévisionnels de la caisse nationale d'assurance maladie sont établis en posant des hypothèses réalistes ;
- le niveau des futurs frais de fonctionnement de la caisse nationale d'assurance maladie est évalué ;
- des tests de sensibilité des résultats suivant les variables les plus significatives sont effectués ;
- des hypothèses réalistes de financements innovants sont proposées ;
- le commanditaire bénéficie d'un accompagnement dans la préparation et l'animation des assises nationales sur le financement du RAMU qui sera organisé au cours de l'année 2017.

## III. Méthodologie

---

La méthodologie du consultant doit s'appuyer sur le cadre conceptuel du RAMU tel qu'il est défini par le commanditaire. Cela suppose la prise en compte des éléments ci-après :

- la dimension nationale du projet ;
- les niveaux de revenus des assujettis et leur capacité contributive ;
- le principe de progressivité dans (i) le contenu et le coût du panier de soins, (ii) les cibles de couverture et (iii) les pathologies prises en charge.

Le consultant devra observer les exigences suivantes :

- la validation de la démarche méthodologique, du modèle actuariel et des hypothèses de travail par un comité technique qui sera mis en place par le commanditaire ;
- la tenue d'une réunion de cadrage, d'abord avant le début de l'étude et ensuite avant le dépôt du rapport provisoire ;

- le dépôt de cinq (5) exemplaires papier du rapport provisoire ainsi que d'une version électronique auprès du Secrétariat technique de l'assurance maladie universelle ;
- l'organisation d'une réunion de restitution et de validation du rapport provisoire ;
- la production du rapport définitif en version électronique (pdf et word) ainsi qu'en dix (10) exemplaires papier, après prise en compte des amendements de la réunion de restitution et de validation ;
- la production et la remise d'une copie électronique du modèle actuariel au Secrétariat technique de l'assurance maladie universelle.

#### **IV. Profil du consultant**

---

Le cabinet doit disposer des expertises suivantes :

##### **Expert 1 : Actuaire principal, chef de mission :**

- titulaire d'un diplôme supérieur d'actuariat ;
- expertise confirmée d'au moins vingt (20) ans en modélisations et simulations actuarielles ;
- expertise confirmée dans la réalisation d'évaluations statistiques et financières, en lien notamment avec les activités d'opérationnalisation de régimes nationaux d'assurance maladie ;
- bonnes connaissances des systèmes de santé africains ;
- bonne connaissance des questions d'assurance santé.

##### **Expert 2 : Expert en finances publiques**

- Expertise confirmée d'au moins cinq (5) ans en systèmes de financement des soins et de l'assurance maladie ;
- Expertise confirmée en modélisation de structures d'offre de soins ;
- Expertise confirmée en gestion des risques et en systèmes d'assurance.

##### **Expert 3 : Expert en planification stratégique**

- expertise confirmée d'au moins dix (10) ans en planification stratégique ;
- expertise confirmée d'au moins cinq (5) ans dans la direction de projets de déploiement d'assurance maladie universelle.

Le cabinet s'attachera toutes autres ressources humaines nécessaires à l'exécution de la mission.

#### **V. Durée de la mission**

---

Le rapport provisoire doit être déposé dans un délai de quarante-cinq (45) jours calendaires à compter de la date de signature du contrat.

Le rapport définitif doit être déposé dans un délai de quatorze (14) jours calendaires après la réunion de restitution et de validation.

Le rapport définitif et la base de données restent la propriété du commanditaire de l'étude.

#### **VI. Financement**

---

Le financement de la mission est assuré par le budget de l'État.