



REPUBLIQUE DU TCHAD

UNITE -TRAVAIL-PROGRES



**DOCUMENT D'ORIENTATION DU
DISPOSITIF D'ASSURANCE SANTE AU TCHAD
D.A.S.**

17 juillet 2018

Par le Haut Comité de la SN-CSU

La Couverture Sanitaire Universelle (CSU) se met en place progressivement au Tchad : adoption de la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle (2015), puis du Plan Stratégique National pour la mise en œuvre de la CSU-PSN-CSU (2016). Il s'agit pour le pays d'atteindre la situation dans laquelle toutes les populations peuvent obtenir les services de santé de qualité dont elles en ont besoin, sans que le coût de ces services ne les expose à des difficultés financières.

Le Plan Stratégique National pour la mise en œuvre de la CSU dans son axe stratégique 1 : « *Développer les mécanismes contre les risques financiers* » souligne l'importance d'avoir un Dispositif d'Assurance Santé. En effet, le Tchad souhaite que le paiement des prestataires de services de santé n'ait pas d'incidence sur les populations, en les amenant soit à renoncer à se soigner soit à faire face à des dépenses potentiellement catastrophiques. L'outil permettant de concilier paiement des prestataires et non incidence néfaste pour les populations consiste à recourir à l'Assurance, c'est-à-dire à mettre en place des mécanismes de prépaiement, avec un esprit de solidarité et de mutualisation des risques. Tout le monde doit donc, à très court terme, être affilié à un régime d'assurance.

La mise en place de ce Dispositif d'Assurance Santé doit traverser plusieurs étapes assez largement séquentielles, lesquelles sont décrites dans le PSN-CSU. La première étape renvoie à l'action 1 de l'Axe stratégique 1 : « *Elaboration et validation du Dispositif d'Assurance Santé* ».

Concrètement, il s'agit d'élaborer un document définissant le DAS voulu par le Tchad. Ce document sera un guide, une feuille de route pour toutes les actions qui seront menées dans ce domaine lors des prochaines années. C'est la raison pour laquelle il est intitulé « Document d'orientation du Dispositif d'Assurance Santé au Tchad » : il marque la position du Gouvernement sur l'assurance santé.

Ce document a été élaboré sous la coordination technique de la Cellule Interministérielle de Coordination de la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle (CIC-CSU) :

- Il a tout d'abord été élaboré par une équipe technique mise en place par la Note de Service N°717/PR/PM/MSP/SE/SG/CIC-CSU/2017 : atelier des 3 et 4 avril 2017 ;
- Ce document a ensuite été validé par le Comité Technique de Suivi de la SN-CSU : réunion du 6 avril 2017 ;
- Ce document a enfin été adopté par le Haut Comité Interministériel de la SN-CSU le ...avril 2017.

Le choix de l'assurance

Aujourd'hui, malgré les efforts de l'Etat, avec l'appui de ses Partenaires Techniques et Financiers (PTFs), l'accès aux soins de santé n'est pas gratuit : les formations sanitaires demandent aux usagers de payer pour avoir accès à certains soins. Les conséquences sont que soit les populations renoncent à se soigner parce qu'elles ne peuvent pas faire face à la dépense soit elles font face à des dépenses qui peuvent s'avérer catastrophiques et pousser les populations les plus pauvres dans la misère.

Certes, le Gouvernement a mis en place des mécanismes de gratuité, notamment :

- *Gratuité de soins basée sur certaines activités préventives et curatives au niveau des Centres de santé.* Elle a été instaurée pour réduire les inégalités et faciliter l'accès à des services de santé spécifiques : Consultation Prénatale (CPN), accouchements normaux, Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant au VIH SIDA (PTME), antipaludéens, AntiRétroviraux (ARV), et la gratuité ciblée des femmes enceintes et enfants de 0 à 5 ans. Cette gratuité est généralement mise en place dans le cadre de programmes verticaux ;
- *Gratuité des soins d'urgences chirurgicales, obstétricales et médicales.* Cette gratuité a été introduite en 2008 dans les hôpitaux ;
- *Gratuité des soins pour les fonctionnaires :* les fonctionnaires de l'Etat bénéficient d'une prise en charge par le Trésor Public. Les actes médicaux et les consultations sont gratuits. Mais, dans la réalité, les dispositions réglementaires ayant consacré cette gratuité ne sont pas toujours respectées.

Malgré l'existence de ces nombreux mécanismes, les populations sont mal protégées contre les risques financiers relatifs à leur accès aux soins.

- Principe 1 : Le Tchad réaffirme le principe que le coût des prestations de santé qui n'est pas assuré par les subventions du Budget de l'Etat (ou par l'appui de Partenaires Techniques et Financiers) doit être supporté par les usagers.
- Principe 2 : Mais dans le même temps, le Tchad affirme que le paiement des prestataires de services de santé par les usagers ne doit pas avoir d'incidence néfaste sur les populations.¹

L'outil permettant de concilier les deux principes ci-dessus consiste à recourir à l'**Assurance**, c'est-à-dire à mettre en place des mécanismes de prépaiement, avec un esprit de solidarité et de mutualisation des risques. Tout le monde doit donc, à terme, être affilié à un régime d'assurance.

A terme, tout tchadien doit obligatoirement être couvert par une assurance qui prendra en charge les paiements demandés par le prestataire de services de santé de sorte qu'il ne subisse pas les effets de ce paiement demandé. La modalité de cette prise en charge est le « Tiers-payant », à savoir que c'est l'assurance qui rembourse directement le prestataire de services de santé (l'utilisateur n'ayant ainsi pas à faire l'avance de la dépense).

Toutefois, cette prise en charge par l'assurance ne sera pas totale. Une partie du tarif demandé demeurera à la charge de l'utilisateur : ce que l'on appelle le ticket modérateur. Celui-ci sera modulé selon les différents niveaux de la pyramide sanitaire mais aussi selon les différents items du panier

¹ Cf. Document « Stratégie Nationale sur la Couverture Sanitaire Universelle - 2015

de soins pris en charge. Ce ticket modérateur ne dépassera pas supérieur à 20% du tarif. Ce ticket modérateur ne sera pas appliqué au Régime d'assurance qui prendra en charge les plus démunis.

La catégorisation de la population

La population du Tchad est rangée en trois catégories :

- Catégorie 1 : La population pour laquelle on peut exiger qu'elle soit couverte par une assurance *Santé*. Cette population est celle du secteur formel privé et de la fonction publique. Cette population sera amenée à cotiser obligatoirement à une instance d'assurance ;
- Catégorie 2 : La population qui dispose de revenus, certes modestes, mais qui est en capacité de payer une cotisation d'assurance . Ce secteur « semi-formel » ou autrement dit avec activités informelles est aujourd'hui la cible des mutuelles de santé, mais aussi d'assurances privées (en nombre limité) ;
- Catégorie 3 : Une population démunie, voire totalement indigente, qui n'a pas les moyens de payer une cotisation pour accéder à une assurance santé. Il s'agit donc de la population « **affiliable** » par prise en charge, avec éventuellement une participation symbolique de sa part ;

Ainsi, seront créés trois régimes :

- Régime 1 : L'assurance Santé des Salariés pour le secteur formel. Ce Régime 1 sera subdivisé en deux sous régimes : le Régime 1.1 relatif à la fonction publique et le Régime 1.2 relatif au secteur privé formel ;
- Régime 2 : L'assurance Santé des Indépendants pour le secteur semi-formel ou autrement dit avec activités informelles ;
- Régime 3 : L'assurance Santé par prise en charge des personnes démunies

Les instances de gestion de l'assurance santé

La gestion des 3 Régimes 1 sera assurée par la création d'une seule entité dénommée « **Caisse Nationale d'Assurance Santé et de Solidarité - CNASS** ». Toutefois, à l'intérieur de cette CNASS, seront créées des branches ou fonds distincts et autonomes correspondant chacun à un régime du DAS.

L'autonomie s'entend notamment par le fait que la compensation entre ces branches ou fonds ne sera pas permise.

Cette CNASS sera dotée du statut juridique d'Etablissement Public, avec un conseil d'administration qui comprendra des membres du secteur public, des représentants des employeurs, des représentants des employés ainsi que des représentants de la société civile. La CNASS relèvera de la tutelle du Ministère de la Santé Publique, en collaboration avec les autres ministères impliqués dans la CSU.

La CNASS pourra examiner l'opportunité de confier la gestion du Régime 1.1 et/ou 1.2 à une entité qui gèrerait ces Régimes en son nom (par exemple, la Caisse Nationale de Prévoyance sociale (CNPS) ou la Caisse Nationale de Retraites du Tchad (CNRT), ou d'autres institutions encore). Cette délégation de gestion sera contractuelle.

La CNASS pourra également déléguer la gestion du régime 2 aux mutuelles ou à des fédérations de mutuelle ou à toute autre entité capable d'assurer cette fonction. Cette délégation de gestion sera consentie selon des modalités contractuelle à préciser.

Les ressources des différents régimes

Les ressources financières des Régimes 1.1 et 1.2 sont constituées de cotisations obligatoires tant de la part de l'employé que de l'employeur pour les salariés des entreprises et d'une cotisation unique pour les indépendants. La base de calcul sera le revenu des assurés. Le pourcentage devra faire l'objet d'une négociation annuelle entre le Régime, le Ministère en charge des Finances, le Ministère en charge de la Santé et le Ministère en charge du Travail ainsi que des représentants des travailleurs. Ces taux de cotisation seront fixés annuellement.

Les ressources financières du Régime 2 sont constituées de cotisations forfaitaires des adhérents dont une partie pourra être subventionnée par l'Etat. La CNASS, responsable de la viabilité à long terme de ce régime devra coordonner l'affectation des subventions de l'Etat, réassurer une partie des prestations (au niveaux des hôpitaux régionaux et nationaux notamment). Il faudra également continuer la promotion pour les mutuelles, notamment pour en assurer le développement sur tout le territoire national.

Les ressources financières du Régime 3 peuvent provenir :

- Des ressources actuelles servants au financement de mécanismes de gratuité (directement ou au travers du budget de l'Etat) et qui pourront être réorientées vers ces besoins ;
- Des ressources prévues pour financer des mécanismes de gratuité (Vouchers, Conditional Cash Transfers (CCTs)) et qui pourront être utilisées à ces fins ;
- Des ressources en provenance des PTFs ;
- Des taxes (sur les alcools, le tabac, la téléphonie mobile) actuellement orientées vers d'autres secteurs qui pourront être réorientées vers le Régime 3 ;
- Des financements innovants (fonds publics affectés directement la prise en charge des démunis) qui pourraient être retenus à l'avenir ;
- Des mécanismes de parrainage² ;
- A terme au moins, de l'affectation de taxes locales.

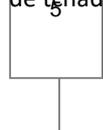
La prise en charge des affiliés à partir des ressources ci-dessus, sera entière pour les populations démunies ne disposant d'aucune capacité contributive.

Les modalités de gestion

Tout mécanisme d'assurance repose sur deux fonctions : la collecte des fonds et l'utilisation des fonds.

En ce qui concerne la collecte des fonds :

²Possibilité pour un individu ou une institution dans pays du nord de prendre en charge la cotisation d'assurance santé de tchadiens vivants au Tchad.



La collecte des fonds est effectuée sous la responsabilité directe de la CNASS qui pourra toutefois la déléguée selon des modalités particulières pour le régime 2. Elle est organisée comme suit :

- Au niveau du Régime 2 : ce sont ces structures assurant la délégation de gestion qui collecteront directement les cotisations auprès des adhérents;
- Au niveau des Régimes 1.1 et 1.2, obligation est faite aux employeurs de verser directement le montant des cotisations à la CNASS. Autrement dit, il ne sera pas institué de caisse de recouvrement des recettes. Ainsi, les entreprises privées ou les indépendants verseront directement leurs cotisations à la CNASS. Pour la fonction publique, ces cotisations, prélevées au niveau de chaque ministère, seront regroupées au niveau du Trésor Public qui procèdera au versement de l'ensemble des cotisations à la CNASS;
- Au niveau du Régime 3 ; ce sera l'Etat (le Ministère en charge des Finances) qui rassemblera tous les fonds identifiés et qui les transmettra à la CNASS, branche 3 ;

En ce qui concerne l'utilisation des fonds : concrètement, le prestataire de services de santé émet une facture pour les dépenses engagées par les usagers qui se sont adressés à lui et pour les items dont la prise en charge est acceptée (panier de soins pris en charge : cf.ci-après)³. Cette facture est adressée à la CNASS qui ventilerait cette facture entre les branches du DAS et qui effectuerait en retour le paiement au prestataire.

Avant d'effectuer le paiement, la Caisse doit s'assurer de la véracité de la facture (s'agit-il bien de vrais usagers, n'y a-t-il pas eu surfacturation ? etc.). Afin d'éviter tout conflit d'intérêt et source de corruption, une attention toute particulière sera accordée à la séparation entre la fonction de vérification (et donc d'ordonnancement) et la fonction de paiement. Par ailleurs, il sera mis en place un mécanisme d'audit externe et a posteriori.

L'identification des démunis

Le régime 3 implique que les personnes dont l'Etat assurera la prise en charge de cotisations doivent être identifiées. Pour cela, la méthode suivante a été retenue :

- Le nombre de personnes relevant du régime 3 sera fixé annuellement par l'Etat. Ainsi, il est retenu que les personnes prises en charge sont celles ne disposant d'aucune capacité contributive. Le nombre de démunis sera revu chaque année par l'Etat en concertation avec la CNASS ;
- La deuxième étape consiste à dresser la liste nominative de ces personnes en vue de leur identification et leur affiliation à la CNASS. Cette tâche sera confiée à l'Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques (**INSEED**), avec la participation des acteurs concernés (Ministère en charge de l'action sociale, Ministère en charge de l'Intérieur, Ministère en charge du Plan), selon des critères qui auront été préalablement établis et en lien avec les mécanismes mis en place pour les filets sociaux;
- La CNASS établira alors une carte d'assuré pour chacun des noms figurant sur les listes.

Il conviendra d'étudier les incidences financières du processus ci-dessus.

Quels sont les prestataires de services de santé éligibles ?

³ Cette facture sera établie pour chacune des trois branches de la CNASS. Ceci induira une surcharge de travail pour les formations sanitaires. La comptabilité devra être adaptée en conséquence.

Il est retenu que toutes les formations sanitaires publiques sont éligibles, pour autant que le MSP les aie accréditées. Elles pourront directement adresser leurs factures à la CNASS. Au niveau des formations des districts sanitaires, ces factures auront été visées par le Médecin Chef de District. Au niveau des hôpitaux régionaux, ces factures auront été visées par la Délégation Régionale Sanitaire. L'inspection sera renforcée à cet effet.

Pour être éligible, un prestataire privé, qu'il soit à but lucratif ou non, devra avoir signé une convention avec la CNASS. Cette convention portera sur les modalités de prise en charge et sur les tarifs.

Les pharmacies privées font parties des prestataires éligibles. Le remboursement des médicaments ne concernera que les médicaments qui ont été prescrits par un prestataire.

Les mécanismes de gratuité

Aujourd'hui, fruit de l'histoire, ces mécanismes sont nombreux : plus d'une vingtaine. Le principe général qui est retenu est que ces mécanismes de gratuité doivent progressivement disparaître au profit de l'assurance. Ainsi, les items pris en charge par les mécanismes de gratuité devront progressivement être inclus dans le panier de services pris en charge par l'assurance.

Toutefois, cet objectif sera mis en place progressivement. Plusieurs éléments doivent être pris en compte :

- Les mécanismes de gratuité, notamment ceux relatifs aux programmes verticaux, tirent fréquemment leur financement de Partenaires Techniques et Financiers. Il faudra alors convaincre ces PTFs de convertir leur financement dans un versement à l'assurance en contrepartie de l'inscription du problème de santé concerné dans le panier de service pris en charge par l'assurance ;
- La prise en charge de certains problèmes de santé, tant dans leur aspect curatif que préventif, continuera au travers des programmes verticaux existants suivants : Programme National de Lutte contre la Lèpre, Programme National de Lutte contre l'Onchocercose, Programme National de Lutte contre la Cécité, Programme National de Lutte contre le Ver de Guinée, Programme National de Santé pour les nomades, programme national de Lutte contre la Tuberculose, Programme Sectoriel de Lutte contre le SIDA ;
- Certains Programmes, tels que le Programme Elargi de Vaccination (PEV), à visée préventive continueront comme actuellement. En effet, au moins à court terme, l'assurance ne couvre que le risque curatif ;
- Les programmes à visée curative devront, au plus tôt être fondus dans l'assurance : Programme de gratuité ciblée, Programme Paludisme (sauf les aspects préventifs), Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques /Infections Respiratoires Aiguës (PNLMD/IRA), Programme de Lutte contre le Cancer.

Le maintien de certains de ces mécanismes de gratuité aura pour effet d'alléger d'autant le panier de services à prendre en charge par l'assurance et, par conséquent, de réduire d'autant les cotisations à l'assurance.

Le panier de soins pris en charge par l'assurance

Les items pris en charge par les mécanismes de gratuité figureront dans le panier de soins au titre de la prise en charge des populations démunies (régime 3). Les paniers de soins au titre des autres régimes seront définis en fonction des services disponibles au niveau de l'offre de soins mais également des capacités contributives des assurés.

En tout état de cause, les paniers de soins pris en charge par l'assurance doivent être définis avec précision par chacun des trois régimes. Les paniers seront définis par niveau de la pyramide sanitaire. Par ailleurs, les paniers de soins sont relatifs aux actes curatifs (y compris la rééducation en terme de continuité de soins). Le suivi pré et post natal est considéré comme un acte curatif. Par contre, le handicap ne peut être pris en charge dans un panier de soins : d'autres mécanismes doivent être identifiés pour cela. Le préventif ne fait pas partie de l'assurance, au moins à court terme. Enfin, l'assurance ne peut prendre en charge que les prescriptions exécutées sur le territoire national.

La négociation entre les régimes d'assurance et les prestataires de services de santé portera aussi sur les tarifs de chacun des items du panier de services, tarifs sur lesquels seront basés le tiers-payant. Afin de mener cette négociation, les prestataires de services de santé doivent avoir une connaissance précise du prix de revient de chacun de leurs actes.

Tous ces éléments de négociation – taux de cotisation et paniers de soins- seront consignés dans un *accord-cadre* qui sera revu chaque année, lequel constitue la régulation du système. Du côté des prestataires -publics et privés- il sera créé une Unité chargée de mener les discussions pour aboutir à cet accord-cadre. Cette Unité sera établie par arrêté ministériel ; elle comportera des représentants du public et du privé, avec voix prépondérante pour le public en cas de difficulté à finaliser l'accord-cadre⁴. La CIC-CSU assurera la fonction de coordination de ce mécanisme, à savoir qu'elle s'assurera que les protagonistes entrent bien en négociation et facilitera l'adoption de cet accord-cadre.

L'équilibre financier

Afin qu'il soit pérenne, tout régime d'assurance doit être à l'équilibre financier⁵, à savoir que ses dépenses doivent être couvertes par des recettes suffisantes.

- Ainsi, pour les régimes 1.1 et 1.2, compte tenu des caractéristiques de cette population et si les taux de cotisations sont à un bon niveau, les recettes de ce régime doivent permettre une prise en charge d'un panier de soins assez conséquent⁶ ;
- Par contre pour le régime 3, compte tenu du nombre élevé de démunis dont il faudra prendre en charge l'affiliation, les recettes qu'il sera possible de dégager, au moins à court terme, seront sans doute telles qu'il ne sera pas possible d'offrir un panier de soins bien garni.

Ainsi, un panier de soins pris en charge trop conséquent rendrait le fardeau financier trop lourd du côté du régime 3. Un panier trop réduit par contre ne conviendrait pas aux participants des régimes 1.1 et 1.2.

⁴ Si les négociations entre les partenaires n'ont pu aboutir, c'est l'Etat qui détermine l'accord-cadre

⁵ Cette appréciation de l'équilibre financier doit se faire sur le moyen terme. Ainsi, afin de parer contre des situations difficiles à certains moments, il sera créé un fonds de « réserve ».

⁶ Par ailleurs, il sera possible de mettre en place des mécanismes d'assurances complémentaires qui pourront réduire le ticket modérateur ou permettre la prise en charge d'item non pris en compte dans le panier de soins initial.

En conséquence, au moins à court terme, il faudra accepter certaines inégalités : les personnes relevant des régimes 1.1 et 1.2 seront mieux couvertes que celles du régime 3. Mais il faudra mettre en place des mécanismes afin d'aller vers la convergence des paniers dans tous les régimes d'assurance.