

# PANEL:

## Couvrir le secteur informel et les plus pauvres: Comment?

**Moderateur: Karim Bamba (CNAM)**  
**Panelistes: Helene Barroy, Azedine Ouerghi**

20 janvier 2015



**WORLD BANK GROUP**

# 3 INTERVENTIONS

---

- ❖ Quelles options existent pour couvrir le secteur informel et les plus pauvres?
- ❖ Que nous enseignent les autres pays?
- ❖ Comment cibler les plus pauvres?

# Quelles options existent?

## MECANISMES NON CONTRIBUTIFS

- Universels, finances par les taxes, bases sur population
  - GB, Scandinavie, Sri Lanka
- Finances sur taxes, sur la base d'un regime assurantiel obligatoire
  - Thaïlande UCS, Mexico SP
- Financement d'un acces gratuit pour un groupe de populations ou certains services
  - Burundi soins maternels gratuits, Chili AUGE, Argentine Plan NACER

## MECANISMES CONTRIBUTIFS

- Pre-paiement volontaire sans financement public
  - Nigeria, Malawi, Bangladesh
- Faiblement contributifs, largement subventionnes
  - Rwanda CBHI, Chine NCMS, Pays Bas...

# 3 exemples pays: 3 systemes differents

- Thaïlande
- Inde
- Vietnam

# Thailande: UCS

<b>Affiliation</b>	“Affiliation automatique” mais enrolement necessaire Approche non ciblee
<b>Financement</b>	Pas de contributions individuelles Pleinement subventionne Allocation budgetaire strategique Co-paiement re-introduit en 2012
<b>Paquet de soins</b>	Large, explicite, uniforme
<b>Pooling</b>	Pooling national; base sur les regimes
<b>Paiement</b>	Reseaux de fournisseurs de soins contractes “Gate-keeping” Capitation et DRGs
<b>Offre</b>	Larges investissements Incentives pour la prevention et les soins ante-nataux

# Inde: RSBY et autres programmes

<b>Affiliation</b>	Volontaire Cibles sur les plus pauvres (RSBY) Enrollement necessaire
<b>Financement</b>	Contributions minimales individuelles Subventions locales et nationales Mixte de recettes flechees et non- flechees Pas de co-paiement
<b>Paquet de soins</b>	Differentiel, selectif, cible sur les soins internes
<b>Pooling</b>	Base sur les regimes au niveau d'un Etat
<b>Paiement</b>	Contracting (principalement fournisseurs prives), paiements "mixtes"
<b>Demande</b>	Transferts monetaires pour utilisation des soins maternels



# Vietnam: programme volontaire

<b>Affiliation</b>	Voluntary for informal sector Targeted program for the poor
<b>Financement</b>	Individual contributions General revenues (subsidized “premiums”) Copay (20%)
<b>Paquet de soins</b>	Explicit, comprehensive, non- selective
<b>Pooling</b>	Merging and consolidation process toward single national program (formal, poor)
<b>Paiement</b>	Fee-for-service Pilot for capitation (lower rates for the poor)
<b>Demande</b>	Large investments at district level

# Colombie: Regime Subventionne (SS)

<b>Affiliation</b>	Affiliation automatique mais enregistrement necessaire Approche non ciblee
<b>Financement</b>	Pas de contribution individuelle Recettes federales (50%), cross-subsidies du secteur formel (35%), taxes locales (15%) Taxes flechees et taxes alcool/tabac Copaieiment (en cours d'etre leves)
<b>Paquet de soins</b>	Explicite, selectif (en cours d'harmonisation)
<b>Pooling</b>	Au niveau municipal Cross-subzidization
<b>Paiement</b>	Reseaux de fournisseurs de soins Capitation
<b>Demande</b>	Transferts monetaires conditionnels

# China: NRCMS and URBMI

<b>Affiliation</b>	“Voluntary” Affiliation required
<b>Financement</b>	Individual contributions Central and local gov’t subsidies (2/3) Strategic allocation Copay (30%)
<b>Paquet de soins</b>	Differential, selective, focused on inpatient care Poorly defined and vary across prefectures
<b>Pooling</b>	County or prefectural level; fragmented
<b>Paiement</b>	Mostly fee-for-service

# Mexico: Seguro popular

<b>Affiliation</b>	“Automatic affiliation” but registration required
<b>Financement</b>	Symbolic individual contributions Non-ear marked general revenues Strategic budget allocation
<b>Paquet de soins</b>	Comprehensive, slightly differential, explicit
<b>Pooling</b>	Not consolidated for all schemes, limited cross-subsidization
<b>Paiement</b>	Contracting; provider networks Mixed
<b>Demande</b>	CCTs (Oportunidades)

# Comment cibler les plus pauvres? (1/3)

- **Identifier la population cible reste un problème central.**
- **Les programmes de protection sociale doivent mieux comprendre qui sont les plus démunis.**
  - ✓ Les pays doivent adopter des critères uniformes et des approches multisectorielles pour cibler les plus pauvres et mieux définir les situations de pauvreté (temporaire/saisonnrière vs. permanente).
  - ✓ Les soins de santé ne sont qu'un élément parmi d'autres interventions et programmes de protection sociale visant à atteindre les pauvres.
  - ✓ Ils ont donc reconnu la nécessité d'harmoniser les mécanismes de ciblage afin de coordonner ces initiatives.

# Comment cibler les plus pauvres? (2/3)

- **Ciblage actif ou passif des plus pauvres ? Les deux sont nécessaires.**
  - ✓ Ciblage actif - identification du bénéficiaire avant qu'il/elle tombe malade
  - ✓ Ciblage passif - identification de la personne au point de contact avec le système de santé
  - ✓ Il y a des compromis et des choix à faire pour cibler efficacement les populations concernées, en particulier dans les zones rurales où la pauvreté est quasi-généralisée.
  - ✓ Plusieurs pays utilisent des processus d'identification dits communautaires à travers des commissions locales en charge de définir les critères d'éligibilité et d'identifier les bénéficiaires au sein de leur communauté.

# Comment cibler les plus pauvres? (3/3)

- ✓ **Le Vietnam** a adopté un cadre méthodologique au niveau national pour identifier les pauvres dans 50 000 villages. Cette méthode est basée sur une évaluation de critères variés, dont une estimation des revenus, et s'appuie sur un processus de ciblage communautaire impliquant plusieurs parties prenantes au niveau local (médical, social, chef du village, civil, etc).
- ✓ **Au Ghana**, le National Health Insurance Scheme (NHIS) favorise un processus communautaire et participatif d'identification et d'enregistrement des plus pauvres, afin de renforcer la transparence du processus et de minimiser les erreurs d'inclusion.
- ✓ **Au Cambodge**, l'identification se fait à deux niveaux : soit les ménages sont pré-identifiés au niveau communautaire à travers un processus de sélection basé sur des critères essentiellement objectifs, soit les personnes non enregistrées peuvent faire l'objet d'un processus de post-identification, au niveau des services de santé via des entretiens individuels, et ce afin d'offrir un recours aux ménages non reconnus comme bénéficiaires lors du processus communautaire.