

Les principaux axes de la réforme du financement en Côte d'Ivoire : Le recouvrement des coûts des actes de santé et l'assurance maladie auto-financée

Jean-Pierre SERY

INTRODUCTION

Les investissements de santé sont un élément clé de la formation du capital humain et de la viabilité du développement socio-économique. C'est pourquoi la plupart des pays dans le monde mettent en œuvre des réformes visant à pérenniser et optimiser le financement du secteur de la santé. Pour les pays industrialisés notamment, c'est une préoccupation constante, car les systèmes de santé sont l'objet partout de profonds bouleversements pour adopter des stratégies visant à maîtriser leurs dépenses de santé, modifier la rémunération des médecins ou des hôpitaux et introduire la concurrence et les incitations financières.

En Côte d'Ivoire comme dans certains pays africains, la question du financement du secteur de la santé a fait l'objet d'un débat national. Des réformes sont en cours en vue d'assurer principalement les moyens alternatifs de financement du système, de résoudre le problème du manque de personnel qualifié et d'assurer une meilleure couverture sanitaire de la population.

Cette préoccupation est née du constat que l'Etat ne peut plus continuer à assumer seul le coût de la santé de toute la population. Certes, pendant les vingt premières années de l'indépendance, le gouvernement a fourni, dans un cadre de capitalisme d'Etat, à la population, des traitements gratuits et payés sur le revenu des impôts. C'est ainsi que les services publics qui constituent 62 % des infrastructures sanitaires nationales sont les principaux dispensateurs de soins.

Mais l'augmentation des coûts, la réduction drastique des recettes publiques due à la détérioration des termes de l'échange et un taux de croissance démographique sans précédent (3,8 %) ont beaucoup affaibli la capacité des services publics à fournir des soins de qualité subventionnés pour tous. Dans ces conditions, le taux moyen d'accessibilité aux soins (35 %) ne peut être que faible.

Face à cette situation, la question qui se pose aujourd'hui, n'est plus celle de la gratuité des soins, mais celle de la répartition des coûts entre l'Etat et les ménages pour améliorer la santé de la population. Cette question avait déjà été évoquée au plan international.

C'est en effet la Banque mondiale qui recommandait en 1987 d'inclure le principe du recouvrement des coûts dans les stratégies de financement des prestations de santé du secteur public dans les pays en voie de développement. Cette recommandation visait particulièrement le secteur pharmaceutique qui accusait un déficit chronique, occasionnant une irrégularité dans la fourniture des médicaments.

Dans la même foulée, les ministres de la Santé ont décidé d'élargir le champ d'application matériel du recouvrement en lançant l'initiative de Bamako dont le but est de faire participer les communautés à la gestion et au financement des soins de santé.

Dans la présente communication, je me propose de faire état des nouvelles politiques mises en œuvre par le gouvernement ivoirien pour opérer un partage du coût de la santé en associant

les communautés au financement et à la gestion des soins de santé. Ces politiques se traduisent par le recouvrement du coût des actes (I) et par l'assurance-maladie autofinancée (II). S'agissant du recouvrement des coûts, il s'impose comme une nécessité si l'on tient compte du fait, d'une part, que l'Etat est essoufflé financièrement et que, d'autre part, les particuliers sont déjà mis à contribution depuis des années puisque ce qu'ils paient en soins de santé constitue plus de la moitié des dépenses totales de santé.

Quant à l'assurance-maladie autofinancée, elle est conçue comme étant le prolongement naturel du recouvrement des coûts dont elle vise à pallier les insuffisances.

L'ambition affichée, c'est de créer une solidarité horizontale et verticale autour des populations en vue de promouvoir l'équité et la viabilité des services de santé. L'assurance-maladie présente également d'autres avantages comme celui de constituer aujourd'hui le seul outil dont dispose le gouvernement pour échapper à la pratique coûteuse des subventions générales pour soins hospitaliers, libérant ainsi les fonds pour financer des programmes de santé publique ainsi que la mise en place des services de soins préventifs et primaires dont bénéficient les pauvres.

Pour mieux comprendre le développement de toutes ces questions, il est utile de rappeler au préalable l'environnement contextuel des réformes envisagées.

1 – ENVIRONNEMENT CONTEXTUEL DE LA REFORME

1.1. Situation démographique

Selon les projections réalisées par l'Institut national de la statistique (INS), la Côte d'Ivoire a une population totale estimée à 15 millions d'habitants en 1997.

Pour les prochaines années, la population prévisible est de 17 millions d'habitants en l'an 2000, 20 millions en 2005. En 2015, on estime que le pays abritera 27,5 millions d'individus, soit pratiquement le double de la population de 1995. Ces évolutions correspondent à des taux d'accroissement oscillant entre 3,7 et 3,8 %.

Ce dynamisme démographique se caractérise par une fécondité forte et précoce, l'extrême jeunesse des populations (plus de 45 % de la population a moins de 15 ans), une urbanisation intense et accélérée (48 % d'urbains en 1995, 54 % en 2000) et par une immigration étrangère importante (30,5 % d'étrangers en 1995).

1.2. Situation sanitaire

1.2.1. La charge de la maladie

La situation du pays en zone tropicale favorise un profil épidémiologique dominé par les maladies infectieuses et parasitaires. Celles-ci représentent 50 à 60 % de la morbidité observée. Cette situation affecte particulièrement 40 % de la population présentant actuellement une santé vulnérable.

1.2.2. Les infrastructures

On dénombre environ 1 200 établissements publics contre 812 pour le secteur privé. Ce qui justifie le rôle prépondérant de l'Etat dans les infrastructures et la fourniture des soins.

Si on analyse la situation particulière du monde rural, elle se présente comme suit :

- 1 dispensaire pour 10 000 habitants,
- 1 maternité pour 14 100 femmes en âge de procréer.

En terme d'accessibilité dans le monde rural, on observe que :

- 54 % de la population vivent dans une localité qui possède une formation sanitaire,
- 14 % vivent à une distance de moins de 5 km d'une formation sanitaire.

1.2.3. Les ressources humaines

Globalement, le ratio médecin par habitant s'établit à 1 médecin pour 9 400 habitants. Si on rappelle que la norme OMS est fixée à 1 médecin pour 2 000 habitants, la Côte d'Ivoire est loin d'avoir saturé ses besoins.

1.2.4. Les dépenses de santé

Les ressources globales affectées à la santé s'élèvent à 212 milliards de F.CFA soit 420 millions de dollars. La dépense par tête s'élève à 13 000 F.CFA (25 Dollars). Comparées au PIB, c'est un effort appréciable puisque ces dépenses représentent environ 7 % du PIB de l'année 1996. La contribution des ménages aux dépenses de santé est la plus importante. Elle s'élève à 54 % contre 46 % à l'Etat.

1.3. Consommation des ménages

Selon les résultats d'une enquête locale menée en 1994 par l'Institut national de santé publique et portant sur 720 ménages, 31 % seulement de ces ménages avaient effectué une dépense de santé quelconque au cours du mois précédant l'enquête. Les ménages touchés par la maladie avaient dépensé en moyenne 17 427 F.CFA (35 Dollars).

Un fait marquant de cette enquête était que les dépenses de santé ne représentaient que 2 % des dépenses annuelles totales déclarées des ménages. Le revenu moyen par personne s'élevait à 87 200 F.CFA (174,4 Dollars).

Par ailleurs, l'enquête a révélé un intérêt marqué pour le prépaiement des soins. Car 35 % seulement des patients préféraient payer les soins au moment où ils étaient dispensés, tandis que 55 % préféraient les payer annuellement, à l'époque des récoltes (37 %) ou la première fois de l'année où ils avaient besoin de soins (18 %).

2 – LE RECOUVREMENT DU COÛT DES ACTES DE SANTE

Face à l'escalade des coûts de la santé et à la capacité limitée des budgets du ministère de la Santé publique à financer les services de santé, tout le monde s'accorde à reconnaître la nécessité du partage des coûts entre l'Etat et les ménages. Car aujourd'hui, on est conscient

que la question cruciale qui se pose à l'Etat, ce n'est pas de savoir s'il faut faire payer les soins dispensés – cela se fait déjà – mais plutôt de savoir comment utiliser les produits de la tarification pour rendre les soins de santé meilleurs, plus équitables et créer un mécanisme de financement de ces soins qui s'alimente de lui-même.

2.1. Les objectifs visés

Le recouvrement du coût vise deux objectifs majeurs, à savoir :

- La mobilisation de recettes additionnelles,
- La décentralisation et la viabilité des services.

2.1.1. La mobilisation de recettes additionnelles :

La participation des ménages au coût de la santé permet d'accroître et de compléter les dotations budgétaires de l'Etat aux formations sanitaires. Ces dotations sont insuffisantes et souvent fluctuantes. Cependant, l'Etat n'a point l'intention de combler ses éventuels déficits budgétaires. Il s'agit tout simplement d'accroître les moyens de fonctionnement des formations sanitaires en vue d'améliorer et d'étendre les services offerts.

Au plan des résultats, on peut noter qu'en moins de deux années de pratique, les formations sanitaires hors secteur tertiaire ont accru leurs ressources propres pour des montants correspondant à 6 % du budget de fonctionnement du ministère de la Santé.

Quant aux formations sanitaires relevant du secteur tertiaire (CHU, Instituts...) elles ont connu un accroissement de recettes propres de 4,10 % entre 1995 et 1996.

2.1.2. La décentralisation et la viabilité des services

Le recouvrement des coûts va de pair avec la transparence et la responsabilité dans la gestion car les populations, en acceptant de payer, veulent comprendre comment leur argent est utilisé. C'est pour cette raison que les formations sanitaires sont autorisées à prélever 65 % des recettes de recouvrement courant (entretien, achat matériel, fournitures, etc...). Les fonds sont gérés par des comités de gestion (COGES) composés des représentants des bénéficiaires des prestations et du prestataire de soins de la localité. Le nombre de CGES qui fonctionnent s'élève à 800.

Par ailleurs, en vue de motiver le personnel de la formation sanitaire, 20 % des recettes sont distribués chaque année à titre de gratification, les 15 % restant étant affectés à un fond national de soutien à l'action sanitaire.

2.2 Insuffisance de la politique du recouvrement du coût

S'il est indéniable que la tarification des actes et le recouvrement du coût ont apporté une bouffée d'oxygène au système sanitaire, cette politique suscite quelques préoccupations relatives notamment à :

- l'équité dans la distribution des soins ;
- la solidarité face au risque maladie.

2.2.1. L'absence d'équité dans la distribution des soins

La tarification des soins, telle que pratiquée, n'est pas un facteur d'équité puisqu'elle ne permet pas à l'Etat de réduire ses subventions aux établissements de soins tertiaires qui, par définition, ne sont pas à la portée de la grande majorité de la population. En effet, malgré la tarification, l'Etat continue de subventionner les établissements de soins tertiaires à hauteur de 40 % du budget total alloué à la santé. Or, ces établissements couvrent des zones et des populations (les deux grandes villes du pays) qui représentent une minorité très aisée. Cette situation dans les établissements de soins tertiaires n'a pas été déterminée en fonction du coût économique mais plutôt en tenant compte de la capacité supposée des populations à payer ces soins. Cette capacité, à mon avis, est sous estimée dans la mesure où les mêmes prestations servies dans le privé à un prix élevé sont fortement demandées par les populations.

Pour rétablir l'équité dans la distribution des soins, il faudrait tarifier les services du niveau tertiaire en fonction de leur coût unitaire, de telle sorte que l'on puisse connaître la valeur réelle du service offert. Une telle disposition entraînerait une tarification en fonction de la nature des prestations et de la solvabilité de la demande. Ainsi, les habitants des grandes villes disposant et utilisant des soins coûteux paieraient plus cher pour les services qu'ils demandent. Dans ces conditions, l'Etat pourrait réduire ses subventions au secteur tertiaire pour les réallouer aux établissements sanitaires de la périphérie qui accueillent le plus grand nombre de personnes.

2.2.2. L'absence de solidarité face au risque-maladie

Le recouvrement du coût des actes de santé a l'avantage de créer une tradition de coût au niveau des populations qui étaient habituées à la gratuité des soins. Cependant, si la nécessité du partage des coûts s'impose, il reste que le mécanisme institué ne favorise pas la solidarité autour du malade. Celui-ci reste seul face au coût de la maladie.

En outre, quand bien même il pourrait disposer de ressources pour financer sa santé, celles-ci, souvent saisonnières, manquent au moment de la survenue de la maladie. Pour éviter ces désagréments, il convient de socialiser le financement de la santé par des mécanismes de partage du risque. C'est l'objectif principal du plan d'assurance maladie proposé par le gouvernement ivoirien.

3 – PROJET D'ASSURANCE MALADIE AUTO-FINANCEE

L'institution de l'assurance-maladie s'inscrit dans le cadre global du Plan national de développement sanitaire (P.N.D.S.) couvrant la période 1997-2005, adopté par la communauté des bailleurs de fonds les 10 et 11 juin 1997. Ce plan qui pose le diagnostic de la situation sanitaire formule des stratégies de financement du secteur.

Son objectif général vise "l'amélioration de l'état de santé et le bien-être des populations par une adéquation qualitative et quantitative entre l'offre de soins et les besoins essentiels des populations".

L'assurance-maladie, volet sectoriel de ce plan, vise tout d'abord à créer un système de santé basé désormais sur la demande de soins appropriés plutôt que sur la subvention de l'offre comme c'est le cas des hôpitaux publics.

3.1. Les objectifs

- Améliorer l'accessibilité financière de l'offre de soins.
- Améliorer l'accessibilité géographique de l'offre.
- Promouvoir les soins de santé du Paquet minimum d'activités.
- Renforcer la décentralisation des services de santé.
- Stimuler le développement du secteur privé.

3.1.1. Améliorer l'accessibilité financière de l'offre de soins

La mise en commun des ressources de la collectivité pour faire face aux dépenses individuelles de santé va permettre de réduire le coût de prise en charge des soins de santé. Aujourd'hui, en l'absence de mécanismes de financement socialisé de la santé, l'offre de soins est très coûteuse pour la grande majorité des populations. Les produits d'assurance-maladie, très peu développés, sont vendus actuellement à 60 000 F.CFA (pour les plans d'assistance médicale) et 300 000 F.CFA par an et par tête en raison de frais de chargement assez élevés (entre 15 et 36 %).

Le financement du régime de base se fera par le paiement de cotisations à la charge des bénéficiaires. Ceux-ci, au départ comprendront les populations pouvant justifier d'un revenu connu et régulier. A cet égard, il est évident que les salariés du secteur moderne bénéficieront largement du système. Mais il y aura également le secteur rural et le secteur informel. Certes, l'assurance des populations rurales ou informelles est plus difficile mais pas tout à fait impossible.

Car il est rare par exemple que les agriculteurs soient complètement désorganisés. Ils sont souvent membres d'associations, de mutuelles d'épargne, de syndicats, qui sont autant des mécanismes sur la base desquels on va organiser la mise en commun des risques, assurer des paiements réguliers et payer des primes d'assurance.

Des statistiques des structures d'encadrement des producteurs agricoles ont révélé que 40 % des agriculteurs étaient membres de groupements à vocation coopérative (GVC).

3.1.2. Améliorer l'accessibilité géographique de l'offre

L'un des avantages de l'assurance-maladie, c'est de solvabiliser et de garantir la demande de soins. En conséquence, cela peut produire un impact positif sur la répartition géographique de l'offre. En effet, par des mécanismes d'incitation, l'offre pourra aller au-devant de la demande, quelle que soit la localisation, dès qu'elle est assurée de la garantie de paiement ou de remboursement par un tiers. A l'heure actuelle, 85 % des médecins sont installés à Abidjan. En outre, l'offre de soins est concentrée dans la région du sud (Abidjan) qui est la plus riche du pays.

3.1.3. Améliorer les soins de santé offerts par le Paquet minimum d'activités

L'assurance-maladie, à ses débuts, ne va pas couvrir les soins offerts à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Une telle approche risque d'être hasardeuse et très coûteuse.

Le pragmatisme et la prudence recommandent que la priorité soit accordée aux soins de santé primaires dispensés au niveau du district et des communautés les plus pauvres.

C'est un ensemble de services de proximité utilisés par la grande majorité de la population qui n'a pas toujours les moyens financiers pour y accéder. En outre, ce sont des services d'un bon

rapport coût/efficacité. Ils constituent le régime de base obligatoire et géré sous forme mutualiste. Quant aux populations urbaines, relativement riches et déjà favorisées par leur niveau de soins, elles pourront accéder au marché privé des assurances complémentaires. Il est prévu un dispositif de régulation de l'offre afin de réduire l'inflation déraisonnable des coûts. Ces mesures portent notamment sur les conditions d'accès aux soins et sur les modes de prescription et de rémunération des prestataires de soins.

3.1.4. Renforcer la décentralisation

Le recouvrement du coût des actes de santé permet aux populations de participer à la gestion des formations sanitaires à travers les COGES. C'est un souci de transparence car les gens, en acceptant de payer, veulent comprendre comment leur argent est utilisé. Il y va de la viabilité des services concernés.

Avec l'assurance-maladie, on va au-delà de ces acquis car la responsabilité dans la gestion et l'équilibre financier de l'assurance de base incombe entièrement aux bénéficiaires. C'est ainsi qu'en lieu et place des COGES, il y aura des conseils d'administration élus qui auront le pouvoir de nommer les gestionnaires.

Les organismes de base se constitueront dans le ressort territorial du district dont les résidents seront des adhérents. Cette organisation est fondée sur les principes et les valeurs de la mutualité dans un cadre de solidarité nationale. Quant à l'Etat, son rôle se limite à légiférer et à régler le cadre général des activités des organismes de base.

3.1.5. Développer le secteur privé des assurances

Lorsque la tarification des services et le recouvrement de leur coût deviennent une pratique courante dans le secteur public, les ménages sont plus portés à s'intéresser à des moyens alternatifs de payer les soins qu'ils reçoivent. C'est ainsi qu'ils se déplacent naturellement vers le secteur privé de santé où, à coût égal, les prestations sont de meilleure qualité par rapport aux services étatiques.

Le secteur privé va connaître un grand développement car l'apparition d'une présence hospitalière non gouvernementale, non subventionnée et financièrement solide est peu probable s'il n'existe pas de système d'assurance pour minimiser les risques que courent les hôpitaux de devoir absorber le coût parfois astronomique de services dispensés à des patients qui n'ont pas les moyens de payer. Le marché privé des assurances est donc sollicité pour la prise en charge des soins tertiaires dans le cadre d'une réglementation qui comportera des mesures d'incitation.

3.2. Le processus de mise en œuvre

La mise en œuvre de ce schéma conceptuel et organisationnel est le fruit d'une concertation nationale décidée par le gouvernement. La Commission nationale de la sécurité sociale, créée à cet effet par décret en date du 01 juin 1994, a regroupé une soixantaine de membres représentant toutes les couches socioprofessionnelles du pays.

La Commission a bénéficié pour ses travaux de l'assistance de la Banque mondiale du Bureau international du travail et de l'Organisation mondiale de la santé.

L'application du plan d'assurance proposé sera progressive. Elle va faire l'objet d'une expérimentation dans deux zones pilotes. Cette gestion expérimentale sera confiée au privé après un appel d'offres international. L'évaluation externe des zones pilotes permettra au gouvernement de définir le rythme d'intégration des autres couches de la population.

CONCLUSION

En conclusion, je relèverais que le débat, aujourd'hui, en Afrique, concerne moins la question de savoir s'il y a lieu de rendre les soins médicaux payants que celle de savoir comment faire en sorte que le produit de leur tarification contribue davantage à rendre les services de santé plus efficaces, plus équitables et viables. Au cœur de la question, il y a la nécessité de trouver des voies acceptables pour capter des ressources que les familles africaines peuvent et acceptent généralement de payer. Et parmi ces voies, l'assurance-maladie autofinancée apparaît comme l'instrument pouvant mieux favoriser l'équité, générer une plus grande efficacité économique, améliorer la qualité des services médicaux et permettre aux consommateurs d'avoir leur mot à dire dans le choix et le paiement de leur traitement.

La Côte d'Ivoire, comme certains pays africains, veut relever ce défi pour assurer à son système de santé un financement adéquat et durable. Et j'espère que notre rencontre d'aujourd'hui pourra nous permettre d'enrichir notre expérience afin de lui donner une assise solide.

Encadré 1

TAUX D'ACCESSIBILITE

- ◆ Taux global d'accessibilité aux soins : 35 %
- ◆ Taux d'accessibilité en zone urbaine : 61 %
- ◆ Taux des populations rurales vivant dans une localité ayant une formation sanitaire : 54 %

RESSOURCES HUMAINES RATIO DE COUVERTURE

- ◆ Nombre d'habitants par médecin : 9 400
- ◆ Nombre d'habitants par infirmier : 3 839
- ◆ Nombre de femmes en âge de procréer par sage-femme : 8 936

DEPENSES DE SANTE

- ◆ Public : 98 Milliards, soit : 46%
- ◆ Ménages : 114 Milliards, soit 54 %
- ◆ Total : 212 Milliards, soit 7 %
- ◆ Pourcentage du PIB : 7 %
- ◆ Dépenses per capita : 14 133 F.CFA

Encadré 2

ASSURANCE PUBLIQUE (MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES) EN COTE D'IVOIRE

◆ Nombre de cotisants (1993) :	196 545
◆ Nombre de co-assurés :	207 269
◆ Rapport bénéficiaires/cotisants :	2,05%
◆ Taux de cotisation :	3 %
◆ Plafond de cotisation :	237457 F
◆ Cotisations :	5,79 Milliards de .F
◆ Prestations :	5,34 Milliards de F
◆ Rapport Prestations/Cotisations : %	0,92