



Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale

Note conceptuelle

Assurance maladie à vision universelle

Burkina Faso

01/10/2009

Avec l'appui du Bureau International du Travail



I. Contexte et justification

Comme dans beaucoup de pays de la sous-région, le système national de sécurité sociale burkinabè ne couvre pas le risque maladie. Il concerne, pour l'essentiel, la retraite et la réparation des accidents du travail et ne s'adresse qu'aux fonctionnaires.

Face à cette lacune en matière de couverture du risque maladie, l'assurance maladie solidaire s'est développée. Les mutuelles de santé se sont rapidement implantées en milieu urbain et rural sur une grande partie du territoire. Il s'agit de mécanismes de micro assurance santé à base communautaire qui s'adressent principalement au secteur informel sur la base d'une adhésion volontaire. Ces systèmes de mise en commun du risque maladie permettent de limiter la part de paiement direct et contribuent significativement à l'accroissement de l'accès aux soins. Il s'agit d'une alternative à l'absence de système national mais les mutuelles ne peuvent à elles-seules atteindre la couverture santé universelle et ne sauraient remplacer la mise en place d'un système national d'assurance maladie. La viabilité économique de la plupart des mutuelles, qui comptent en moyenne moins de moins de 1.000 membres, est précaire et les contraint à privilégier des garanties portant sur la couverture du petit risque de santé, de la grossesse et de l'accouchement.

Depuis 2008, l'État burkinabè s'est engagé dans la définition d'une politique spécifique de couverture maladie en mesure de couvrir toutes les catégories de population. Le document du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté au Burkina Faso précisait déjà en 2004 : « *L'Etat devra penser un système d'assurance englobant l'ensemble des pauvres. En effet, il est nécessaire de concevoir des systèmes évitant aux pauvres de payer les prestations (de santé) de leur poche, en augmentant le volume des règlements anticipés par un système d'imposition général, des contributions obligatoires à une assurance maladie ou par des initiatives volontaires et en subventionnant les plus pauvres* ».

Le projet de mise en œuvre d'un système national d'assurance maladie au Burkina Faso a été adopté en Conseil des Ministres le 04 Août 2008. Un comité de pilotage national incluant des représentants des ministères techniques concernés, des organismes de prévoyance sociale, des établissements de santé, des mutuelles de santé et de la société civile a été institué. Il est chargé d'explorer les voies et moyens de mettre en place un système cohérent d'assurance maladie devant permettre un large accès des populations aux soins de santé à l'horizon 2015. Un Secrétariat permanent a également été installé et supervise la mise en œuvre de ce chantier.

Le développement de l'assurance maladie au Burkina Faso bénéficie du soutien politique au plus haut niveau de l'État et l'engagement fort de trois ministres : le ministre du Travail et de la Sécurité sociale (chef de file), le ministre de la Fonction publique et de Réforme de l'État ainsi que celui de la Jeunesse et de l'Emploi.

En plus du support politique, cette initiative du Burkina Faso bénéficie de l'appui technique conjoint du BIT (programme STEP Afrique) et de l'OMS (Équipe inter pays Afrique de l'Ouest et bureau pays) ainsi que de l'ONUSIDA (pour la prise en compte du VIH/SIDA dans le système d'assurance).

L'assurance maladie que le pays dessine actuellement vise la couverture santé universelle et intégrera à la fois la protection sociale existante et les mécanismes de micro assurance solidaire décrits ci-dessus. Le schéma de couverture du risque maladie proposé intégrant tous les groupes socioprofessionnels avec les stratégies suivantes :

- Un système conçu en vue de permettre une couverture de base pour tous à l'horizon 2015;
- Un système qui combine l'assurance médicale obligatoire (AMO) pour les employeurs et populations salariées et l'assurance médicale volontaire (AMV) pour les acteurs de l'économie informelle et les acteurs du secteur agricole.

- Un système fondé sur la promotion d'un paquet de prestations de base applicable à toute la population;
- Un schéma bâti autour d'un organe central de gestion (Caisse Nationale d'Assurance Maladie, CNAM) qui s'appuie sur des structures spécialisées auxquelles il délègue certaines fonctions.

Le financement d'un tel système serait un financement « classique » et reposerait principalement sur les cotisations (AMO et AMV) que compléterait le financement de l'État ainsi que ceux des partenaires techniques et financiers (PTF). Les discussions ont démarrées quant aux sources des financements étatiques. Un système de taxation classique pourrait éventuellement être complété d'une taxe spécifique innovante au niveau national (ex : taxe innovante sur les communications de téléphonie mobile). Les financements extérieurs incluent notamment les financements spécifiques pour le développement de l'assurance maladie et pourraient éventuellement inclure des financements complémentaires provenant de mécanismes innovants à l'échelle mondiale. De plus, les mécanismes mis en œuvre pour l'assurance maladie pourraient être mis à contribution des financements verticaux.

La mise en place de l'assurance santé universelle s'inscrit dans une approche politique plus large de construire un socle de protection sociale au Burkina Faso. Cette politique bénéficie du soutien de la nouvelle Initiative pour un socle de protection sociale faisant partie des initiatives conjointes sur la crise lancées en 2009 par le Comité de haut niveau sur les programmes des Chefs de Secrétariat du Système des Nations Unies (CEB). Le socle de protection sociale comprend un ensemble de services sociaux essentiels et de transferts sociaux vers les personnes les plus vulnérables, afin d'apporter une sécurité minimum de revenus et favoriser l'accès aux services sociaux, y compris les soins de santé.

Dans ce cadre, la mobilisation de ressources pour l'assurance santé, notamment au sein de l'espace fiscal, s'inscrit dans l'élaboration d'un budget social national qui développe une vision globale, favorise la concertation pour les prises de décisions stratégiques et permet de garantir des financements sur le long terme des programmes de protection sociale.

Cette note présente de façon synthétique l'approche conceptuelle du système d'assurance maladie universelle sur la base des premières discussions entre les acteurs nationaux et des travaux du comité national de pilotage, avant tous calculs et études financières et techniques. L'architecture proposée doit être considérée ici comme une base de travail et évolutive.

II. Les grands principes du schéma d'assurance maladie à vision universelle au Burkina Faso

La construction d'un système d'assurance maladie à vision universelle est un chantier de très grande ampleur qui soulève de nombreux défis et doit être envisagé à moyen et long terme. Il impliquera une modification des comportements tant des usagers des services de santé que des prestataires de soins. Un tel système nécessitera de modifier les mécanismes de financement de la santé, de renforcer les performances de l'offre de soins et de bâtir, au niveau macro-économique, une solidarité nationale réaliste et compatible avec l'économie nationale. Enfin, le montage technique du système d'assurance maladie représente un autre défi d'autant plus important qu'il s'adressera progressivement à toute la population, sur l'ensemble du territoire et dont une grande majorité se caractérise par un faible niveau d'instruction. L'assurance maladie devra pouvoir disposer d'un système d'information performant et associer les mécanismes d'assurance et de micro-assurance. Cette partie présente une description des principes et du schéma conceptuel de l'assurance maladie visant à répondre à ces défis.

II.1. Les principes directeurs

La Stratégie Nationale de Gestion des Risques et de Protection Sociale (SNGRPS) élaboré en 2006, fixait déjà les grands principes de l'assurance maladie :

- *Solidarité nationale* qui veut que, tout en récompensant les différents mérites des uns et des autres, ceux qui ont reçu plus de la nature ou de la collectivité contribuent davantage que les autres au maintien de cette collectivité par le soutien aux moins favorisés ;
- *Equité et d'égalité de traitement* qui veut que la possibilité soit donnée à tous ceux qui ont besoin de protection sociale de pouvoir y accéder et de bénéficier, autant que possible, de prestations de qualité;
- *Diversification des dispositifs et des acteurs* qui recommande une combinaison judicieuse et progressive de tous les mécanismes disponibles, leur union stratégique constituant leur force, dans la mesure où aucun des dispositifs à lui seul ne peut suffire à résoudre les problèmes aussi nombreux et aussi complexes que ceux de la protection sociale ;
- *Responsabilité générale de l'Etat* qui veut que l'Etat garantisse le droit à la protection sociale, en contrôle l'effectivité et instaure des devoirs contributifs correspondants;
- *Gestion démocratique* qui exige la participation des bénéficiaires dans les organes d'orientation et de suivi des actions afin de permettre l'application d'une politique de protection sociale pour et avec eux.

Ces principes ont guidés la conception de l'architecture de l'assurance maladie présentée dans les points suivants. Celle-ci vise à répondre aux nombreuses questions soulevée par l'application de ces principes à un schéma national d'assurance maladie universelle

II.2. La combinaison du financement assurantiel et des transferts sociaux

A travers ce projet, L'Etat Burkinabé opte pour un mode de financement des soins de santé essentiels basé à terme sur l'assurance santé, mais qui associe également différentes méthodes de mobilisation de ressources. L'approche retenue par le comité national de pilotage du projet repose sur un mélange de :

- Prélèvement sur les revenus des travailleurs du secteur formel public et privé à travers un régime obligatoire ;
- Cotisations des populations de l'économie informelle à travers un régime d'abord volontaire (ou automatique) mais devant évoluer progressivement vers l'obligatoire ;
- Fiscalité générale, l'Etat organisant une redistribution verticale (transferts sociaux) en faveur des populations les plus pauvres ;
- Dépenses non remboursées, le périmètre de l'assurance santé étant limité aux soins de santé essentiels et un copaiement restant à la charge des usagers des services de santé.
- Financements internationaux pour des programmes verticaux de santé et de transferts sociaux pour l'inclusion des populations les plus vulnérables dans l'assurance santé. La viabilité financière de l'assurance santé ne doit cependant pas dépendre de cette solidarité internationale qui viendra en appui au système et sera orienté vers certains groupes cibles ou certains services et/ou pathologies.

L'objectif de ce mode de financement est de promouvoir un accès universel aux soins de santé essentiels, basé sur une collectivisation des risques et la rationalisation des ressources nationales. Le plan d'action pour atteindre cet objectif passe par la mise en place d'une assurance santé universelle et la construction d'un budget national de la santé combinant ces différentes méthodes de mobilisation de ressources.

II.3. Le périmètre d'intervention de l'assurance

Le périmètre de l'assurance englobe le panier de soins qui sera couvert mais aussi la part des dépenses de soins qui sera couverte à l'intérieur de ce panier. La définition de ce périmètre déterminera notamment l'utilité, la viabilité économique et les actions d'accompagnement à mettre en œuvre.

L'objectif de l'assurance santé universelle sera de couvrir un paquet restreint de prestations avec pour objectif de garantir à tout burkinabé l'accès à des soins de santé essentiels. En d'autres termes, l'assurance, pour être économiquement réaliste financera l'essentiel en se focalisant sur les services de santé prioritaires qui peuvent être définis sur la base de différents critères :

- Les services correspondants aux **besoins sanitaires « réels »** de la population, qui définissent par leur utilité médicale, leur efficacité thérapeutique et leur efficience. Ces services sont ceux qui permettent de diminuer fortement les taux de morbidité de certaines maladies et les taux de mortalité ; à ce titre des services de prévention et d'éducation à l'hygiène peuvent avoir un impact important sur la santé de la population tout en étant peu coûteux.
- Les services correspondants aux **besoins sanitaires « ressentis et exprimés »** par la population et que celle-ci population souhaite en priorité voir couvrir par le système.
- Les **difficultés financières** associées à la consommation de ces services : les services prioritaires sont ceux qui posent réellement des problèmes d'accessibilité financière (ils ont le plus fort taux d'exclusion totale et/ou le plus fort taux d'exclusion partielle) ; certains services peuvent à

l'inverse être sortis du panier des services couverts : il s'agit des services qui constituent un risque financier minime pour une forte proportion de la population (faible taux de difficulté).

- Les services connaissant des **problèmes de recouvrement** (les services les plus forts taux d'impayés) et **de financement** (les services que les prestataires de soins ont le plus de mal à financer ou amortir).

S'ajoute à ces critères la faisabilité économique et financière de l'assurance santé ainsi que des principes d'équité géographique. Pour toutes ces raisons, l'assurance santé universelle devrait couvrir en priorité l'offre de soins publique et les médicaments essentiels et génériques.

En dehors de ce périmètre d'intervention de l'assurance santé universelle, les dépenses de santé non couvertes des usagers, tant au niveau de l'offre de soins publique que privée, pourront faire l'objet de mécanismes complémentaires proposés par les assureurs privés, commerciaux et mutualistes.

Le mécanisme de délégation de certaines fonctions de gestion technique et de rémunération de ces fonctions (voir plus bas) devrait permettre aux mutuelles de santé communautaires agréées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie de disposer de ressources stables leur permettant de se doter des capacités nécessaires pour développer et proposer de tels produits complémentaires, voire d'autres produits de micro assurance entrant dans le cadre de la réglementation sur les mutuelles sociales de l'UEMOA.

II.4. La gouvernance de l'assurance maladie

Les principes établis en 2006 fixent la responsabilité générale de l'Etat mais soulignent également la volonté de bâtir un mode de gouvernance démocratique avec une représentation des bénéficiaires dans l'administration de l'assurance maladie.

L'Etat est le garant des principes fondamentaux de la protection sociale (solidarité, justice sociale) en général et de l'assurance maladie en particulier. Il l'est aussi en matière de santé publique et dans le domaine de l'économie nationale. Mais il ne peut être seul décideur et gestionnaire d'une assurance santé universelle dont la gouvernance repose sur l'implication de tous les acteurs.

La question de la gouvernance devra être étudiée sous différents angles, notamment :

- La représentativité : une gestion tripartite Etat, Travailleurs, Employeurs est classique mais limitée dans un contexte où l'économie informelle est prédominante. Il faudrait par conséquent y associer la société civile.
- La proximité : Les instances de gouvernance doivent être proches des préoccupations de tous les assurés de l'ensemble du territoire.
- L'efficacité : une participation de tous les acteurs locaux, régionaux nationaux à un centre de décision national risque d'être « budgétivore » en termes de déplacements, etc. Une représentation échelonnée (locale, régionale, nationale) sera probablement plus efficace.

II.5. L'adaptation des mécanismes à la diversité des populations couvertes

Un défi majeur de l'assurance maladie universelle, sur un plan technique, sera de pouvoir adapter les procédures d'affiliation (identification, inscription et suivi des bénéficiaires) et de recouvrement des cotisations aux différentes catégories socio-économiques de population. S'il est relativement plus simple d'enregistrer les travailleurs, et leurs dépendants, du secteur formel et de prélever leurs contributions en s'appuyant sur les employeurs (y compris l'Etat), les mécanismes sont particulièrement complexes pour l'économie informelle. Au sein de cette dernière, qui représente près de 90% de la population, il s'agit en effet de toucher des populations à faible niveau

d'instruction et souvent difficiles à identifier ainsi que de collecter des cotisations sur des revenus dont la périodicité et les montants sont très variables et faiblement bancarisés. On entre ici dans le domaine de la micro assurance santé au sein duquel les mutuelles et autres systèmes ont développé des mécanismes adaptés pour les populations de l'économie informelle et du monde rural.

L'assurance santé devra pouvoir combiner les mécanismes classiques des régimes formels et ceux de la micro assurance. Un système centralisé de gestion technique pourrait difficilement développer et réaliser seul les tâches techniques qui seront particulièrement diverses et complexes. Il existe en revanche, dans le contexte burkinabé, des acteurs habitués à travailler avec les différentes catégories de population, notamment dans le domaine de l'assurance : la CNSS et la CARFO pour le secteur formel, les mutuelles de santé, les institutions de micro finance, les ONG, etc., pour l'économie informelle. L'architecture de l'assurance santé présentée plus bas se fonde sur l'implication de ces acteurs afin de développer des mécanismes de gestion technique de proximité et adaptés à l'ensemble des groupes cibles.

II.6. Solidarité entre les catégories socio économiques de la population

La solidarité nationale constitue un pilier du schéma d'assurance santé universelle. Elle s'exprime par une différenciation des contributions selon les revenus et l'organisation de transferts sociaux, à travers l'espace fiscale, pour le subventionnement des cotisations vers les populations les plus défavorisées.

Cette solidarité s'exprimera également dans la mécanique de mise en œuvre de l'assurance. Celle-ci débutera ses activités à travers un régime obligatoire (AMO) pour les travailleurs du secteur formel qui permettra rapidement de faire entrer une masse significative d'assurés et d'enclencher le fonctionnement de l'assurance. Ce processus permettra de débiter le déploiement de l'assurance vers les populations de l'économie informelle qui pourront être insérées rapidement dans un système déjà fonctionnel. L'adhésion de ces populations sera dans un premier temps volontaire ou automatique (AMV), avec pour objectif de devenir progressivement obligatoire.

III. Choix techniques et financiers

L'architecture du schéma d'assurance santé universelle retenu par le comité de pilotage vise à mettre en œuvre les principes énoncés plus haut. Ce schéma d'assurance n'est pas définitif et devrait évoluer avec la réalisation des études de faisabilité ; il s'agit d'une approche conceptuelle qui sert de base à la réflexion entreprise au niveau national. Par ailleurs, cette architecture s'inspire des expériences d'autres pays, notamment africains (Rwanda et Ghana), en essayant d'en tirer les leçons en termes de forces et faiblesses.

La politique de financement de l'assurance et la construction de son budget à moyen/long terme seront définis lors de la phase d'études de faisabilité. L'objectif de couverture universelle, et surtout d'inclusion des populations les plus pauvres par des mécanismes de transferts sociaux pérennes, nécessitera des choix économiques et politiques importants. Il s'agira d'identifier les mécanismes et les sources de financement tenant comptes des contraintes budgétaires nationales. Il s'agira également, dans le cadre de la construction d'un socle de protection sociale, d'insérer le financement de l'assurance santé, notamment les transferts sociaux via les recettes fiscales, dans un budget social intégrant les autres composantes prioritaires de protection sociale.

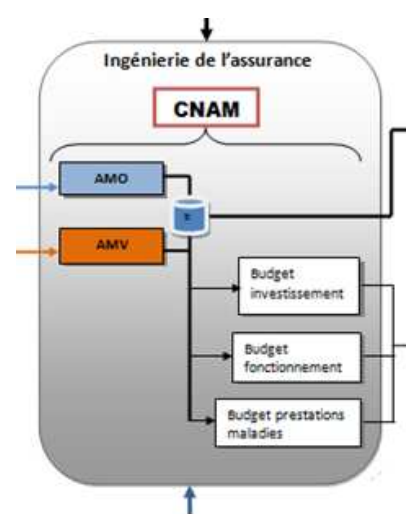
III.1. Application des principes en termes techniques

Les points suivants décrivent les grandes composantes de l'architecture de l'assurance santé, dont le schéma global est illustré plus bas. Cette architecture part du principe qu'un seul dispositif ne pourrait faire face à l'importante hétérogénéité des catégories socio-économiques de populations au Burkina Faso. Il repose au contraire sur la volonté de bâtir un schéma basé sur les mécanismes d'assurance et de micro assurance existants qui collaboreront dans un même système d'assurance santé universelle, chacun intervenant là où ses compétences et ses capacités sont les plus performantes.

a. Création d'un assureur national et gestion centralisée des financements

L'assurance maladie est gérée par un dispositif national, appelé ici « Caisse Nationale d'Assurance Maladie » (CNAM). La CNAM concentre les activités d'ingénierie d'assurance, notamment la gestion des risques et joue donc le rôle d'assureur. Elle définit, suit et évalue le produit d'assurance santé, contractualise avec l'offre de soins, agréé les structures d'affiliation et de recouvrement. La CNAM organise et supervise le déploiement de l'assurance et la formation des différents acteurs. Dans un objectif d'efficacité et de proximité, la CNAM délègue certaines fonctions de gestion technique concernant l'affiliation et le recouvrement et, d'autre part, le paiement des prestataires de soins.

La CNAM centralise la gestion du financement de l'assurance et est responsable de la mobilisation des ressources, tant des contributions des assurés que de l'Etat et des partenaires internationaux.

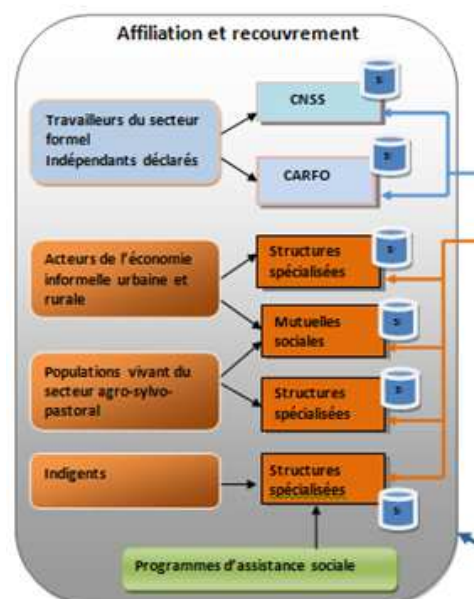


b. Délégation de la gestion technique des affiliations et du recouvrement

Les caractéristiques des différentes catégories de populations demandent chacune la mise en place de mécanismes spécifiques et adaptés :

- d'affiliation : Immatriculation, enregistrement et mise à jour des dossiers d'assurés ;
- de recouvrement : appels de cotisations, prélèvements/collecte et versement à la CNAM.

Une seule structure au niveau national, sauf à déployer des moyens techniques considérables, ne peut gérer seule cette diversité. L'originalité du schéma repose sur une délégation de ces fonctions à des acteurs spécialisés intervenant déjà en matière d'assurance sociale et prélevant déjà des cotisations. Pour les travailleurs du secteur formel, actifs et retraités, ces tâches devraient être déléguées à la CNSS et la CARFO pour le secteur formel ; ces régimes formels n'interviennent pas actuellement en matière d'assurance santé mais assurent d'autres branches de sécurité sociale et disposent donc déjà des mécanismes d'affiliation et de recouvrement.



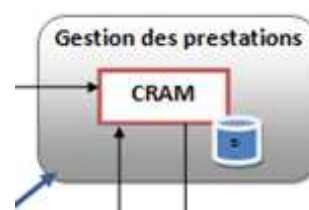
La diversité de l'économie informelle nécessite de déléguer ces fonctions à une pluralité d'acteurs nationaux qui interviennent auprès des populations tant en milieu urbain que rural. Il s'agit en premier lieu des mutuelles et autres micro assurances santé, mais dont l'impact actuel en termes de couverture des populations reste limité. Aussi d'autres acteurs sont-ils identifiés tels que les institutions de micro finance, les organisations non gouvernementales, les coopératives, etc. Moyennant le respect d'un cahier des charges et un agrément de la CNAM, ces organisations qui travaillent quotidiennement avec les populations cibles peuvent réaliser les tâches techniques d'enregistrement et de collecte des cotisations.

Les mutuelles de santé, répondants à la réglementation de l'UEMOA sur les mutuelles sociales, pourront développer des produits d'assurance santé complémentaires, les autres organisations se limiteront en revanche qu'aux fonctions techniques déléguées par la CNAM.

Comme indiqué plus haut, les organisations qui seront agréées comme structure délégataires seront rémunérées en proportion du nombre de bénéficiaires qu'elles enregistreront et suivront. Cette rémunération devra permettre aux structures de se doter des moyens, notamment du personnel, nécessaires pour la bonne réalisation de ces fonctions techniques.

c. Délégation de la gestion des prestations maladie

L'éparpillement de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national et l'isolement géographique de certaines structures sanitaires au niveau primaire font qu'il serait également difficile pour une structure centralisée au niveau national de gérer seule les relations avec les prestataires de soins. Le schéma prévoit par conséquent la création de Caisses régionales d'Assurance Maladie (CRAM) auxquelles la CNAM délègue un certains nombre de fonctions techniques dont :



- L'instruction administrative et technique des dossiers de remboursements présentés par les prestataires de soins (enregistrement et contrôle des prestations) ;
- La réalisation des remboursements à partir du budget maladie de la CNAM ;
- La représentation de l'assurance et des usagers auprès de l'offre de soins.

Les CRAM auront également un rôle de proximité auprès des organisations intervenant dans les fonctions d'affiliation et de recouvrement au niveau local et par conséquent constitueront un premier niveau de la structuration de la gouvernance de l'assurance santé.

d. Plateforme de gestion technique

Le dernier dispositif de l'architecture de l'assurance intervient également comme délégataire de gestion, en appui à la gestion des prestations. Organisé sous la forme d'un « Third party administrator » (TPA), ce dispositif facilite :



- L'exploitation technique du système au service des autres dispositifs (CNAM, CRAM, prestataires soins, assurés, etc.) ;
- La gestion automatisée des prestations de soins ;
- La production d'informations, de reporting et de données d'aide à la décision pour la CNAM et les CRAM : données de consommation, de suivi du respect des clauses de conventionnement, respect de la confidentialité, suivi et contrôle des tarifications, etc.

Cette plateforme interviendra dans la gestion et la maintenance d'un système d'information reliant l'ensemble des dispositifs de l'assurance ainsi que les prestataires de soins et devant permettre une gestion efficace des flux d'informations. Ce système d'information reposera sur un outil informatique (logiciel) et des terminaux adaptés afin d'exploiter les canaux de communications possibles (papier, Internet, téléphonie mobile/SMS, etc.). La phase d'étude de faisabilité devra permettre d'identifier la possibilité d'exploiter un outil informatique déjà existant ou la nécessité d'en développer un spécifique, sachant qu'il s'agit d'un investissement particulièrement lourd.



III.2 Application des principes en termes financiers et économiques

Sans réalisation des études concernant la définition du panier de soins qui sera couvert, les données actuarielles et la répartition des financements contributifs (cotisations) et non contributifs (transferts sociaux),

Les besoins de financement de l'assurance santé seront conditionnés par :

- Les dépenses de soins couvertes : La définition du panier de soins, les taux de prise en charge des dépenses de soins par l'assurance au sein de ce panier et le coût unitaire des services de santé. Les modalités de paiements des prestataires et, éventuellement, l'application d'une tarification spécifique à l'assurance influenceront également sur le budget maladie de l'assurance.
- Le budget de fonctionnement de l'assurance qui concerne la CNAM et les CRAM ainsi que la rémunération des structures d'affiliation et de recouvrement. Sur la base des normes et répartitions observées au niveau des systèmes d'assurance maladie Ce budget devrait être de

l'ordre de 10% du chiffre d'affaire de l'assurance (cotisations émises) et se ventiler de la façon suivante :

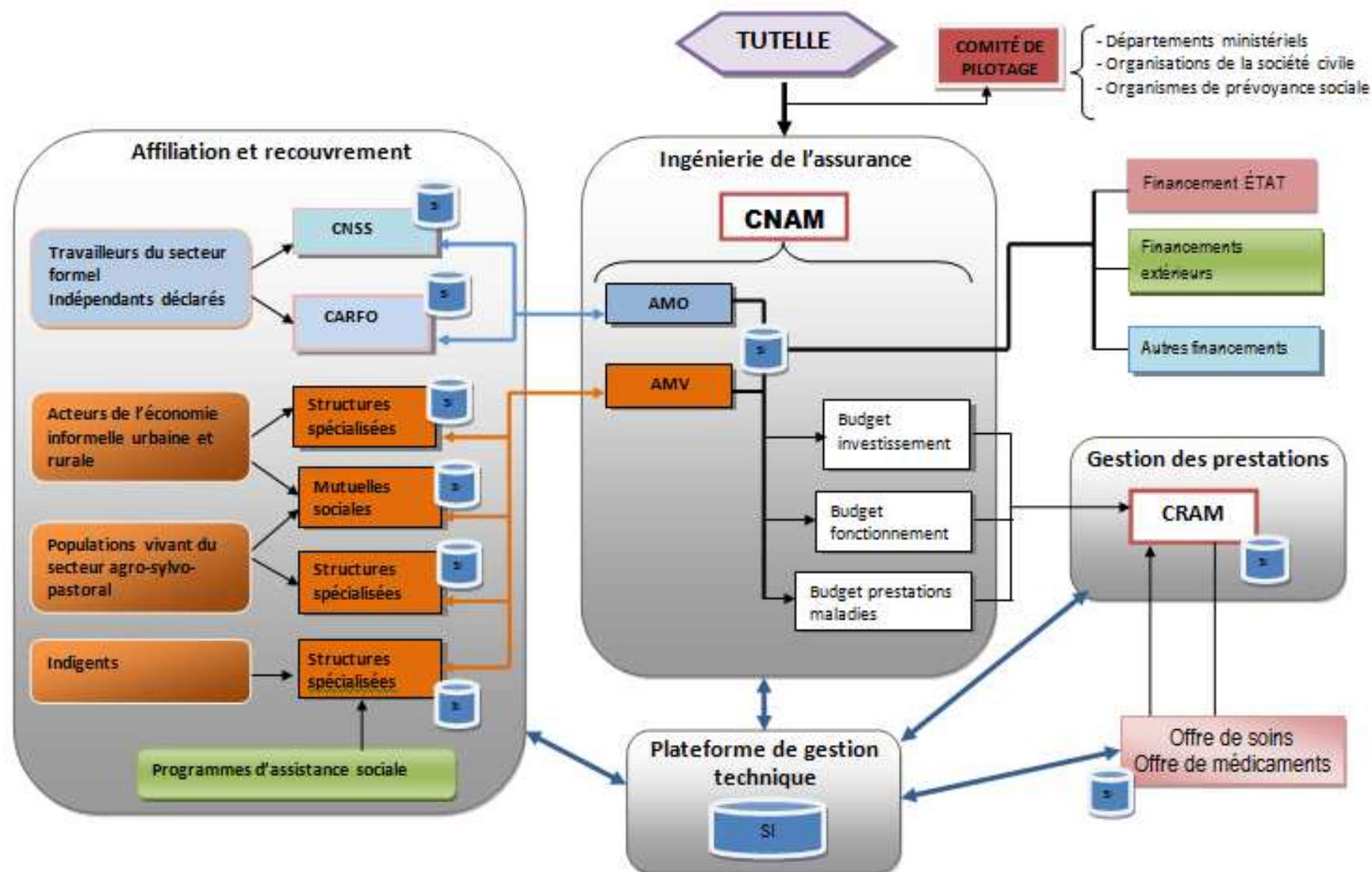
- 60% pour les salaires et charges
 - 30% pour les autres postes de fonctionnement, y inclus la rémunération des délégués
 - 10% pour le système d'information : rémunération du TPA et entretien et évolution du système d'information.
- La CNAM devra également disposer d'un budget d'investissement conséquent d'une part pour son installation initiale puis, d'autre part, pour le déploiement progressif du système d'information (installation de terminaux au niveau des différents acteurs).
 - Enfin, le montage financier de l'assurance maladie doit intégrer la constitution de réserves.

Comme indiqué dans les principes directeurs du schéma, le financement de l'assurance passera par la mobilisation de différentes ressources :

- Les cotisations des assurés dont le montant, sur la base du principe de solidarité, devra être adapté à la capacité contributive estimée des différentes catégories socio économiques de la population, ce qui impliquera notamment la gratuité de la couverture pour les populations les plus pauvres (indigents).
L'application de ce principe de solidarité constituera un des défis importants du système qui devra pouvoir identifier le plus équitablement possible ces différentes catégories socio économiques. Pour les salariés du secteur formel public et privé, la méthode classique de calcul en proportion des revenus, avec une part versée par l'employeur, sera appliquée. La question sera plus complexe concernant l'économie informelle urbaine et rurale où des choix seront à opérer pour une meilleure équité possible dans la fixation des montants de cotisation et des bénéfices des transferts sociaux.
- Les transferts sociaux organisés par l'Etat qui viendront en complément des cotisations des populations de l'économie informelle.
Il s'agit là d'un véritable choix politique au niveau national puisque l'Etat devra dans ce schéma consacrer une part, au sein de son espace fiscale, plus importante au financement de la santé. La contribution de l'Etat au budget national de la santé sera schématiquement de trois ordres :
 - Le budget de l'Etat alloué à la santé pour le financement du personnel, du fonctionnement, des investissements, etc. des services de santé publics ;
 - La contribution de l'Etat, en tant qu'employeur, aux cotisations des agents de la fonction publique ;
 - Les transferts sociaux vers les populations de l'économie informelle.
- Les financements extérieurs qui pourront être un réaménagement des financements des partenaires financiers aux dépenses nationales de la santé et/ou la mobilisation de la solidarité internationale pour l'inclusion des populations les plus pauvres ou de certains groupes cibles (exemple des personnes vivant avec le VIH/SIDA) dans le système d'assurance.

Le projet bénéficiera de l'appui du BIT et de l'OMS pour la construction du budget de l'assurance santé et son intégration dans la politique nationale de financement de la santé. Il s'agira notamment de définir les différents types de contributions, leur mode d'utilisation dans un objectif d'équilibre financier et de mesurer l'effet de l'assurance santé sur la structure globale du financement de la santé.

ARCHITECTURE DE L'ASSURANCE SANTE UNIVERSELLE



IV. Le processus de construction et de mise en œuvre de l'assurance maladie

La mise en œuvre de l'assurance santé universelle se déroulera en deux grandes phases :

- Une phase d'études et de construction
- Une phase de mise en œuvre

Chacune de ces phases fait l'objet d'un budget distinct, la phase d'études permettant de construire celui de la phase de mise en œuvre.

VI.1 Stratégie de mise en œuvre

La couverture de toute la population par l'assurance santé est un objectif à long terme. Dans le cadre des travaux préparatoires, des jalons ont été fixés pour le déploiement de l'assurance durant une première période de 2011 à 2015. Ces jalons présentés plus bas reposent sur une approche pragmatique par laquelle le système doit au démarrage s'asseoir sur la population la plus facile à toucher, les travailleurs du secteur formel et leur dépendants, pour ensuite s'étendre vers les populations de l'économie informelle. Cependant, ces dernières doivent être la cible principale de la protection sociale de la santé et dès 2011 des groupes organisés de l'économie informelle devraient pouvoir entrer dans le système d'assurance.

Le déploiement ensuite progressif au sein de l'économie informelle urbaine et rurale est un projet à part entière à l'intérieur de l'assurance maladie. Il s'agit en effet d'arriver à inclure près de 90% de la population nationale pour qui aucun mécanisme préalable n'existe, hormis les mutuelles de santé dont l'impact en termes de couverture de populations est cependant faible. Le schéma prévoit de s'appuyer sur l'ensemble des acteurs intervenant auprès de ces populations, tels que les institutions de micro finance, les ONG, etc., qui, moyennant agrément et respect d'un cahier des charges, pourront devenir délégataires de gestion pour les fonctions d'affiliation et de recouvrement. Ceci demandera un important travail d'information, de formation et d'appui technique à ces acteurs que devra mener la CNAM.

VI.2. Phase d'étude et de construction

2008/2010 - Etape 1 : Cadrage, études de faisabilité et construction

Cette première étape conditionne toute la réussite - ou l'échec - du système d'assurance maladie. Elle portera :

- D'une part sur la mobilisation des partenaires techniques et financiers autour du projet
- D'autre part sur la réalisation des différentes composantes de la faisabilité globale du système, notamment :
 - La définition du panier de soins qui sera couvert
 - L'architecture du système et les missions des dispositifs
 - Les études actuarielles, les stratégies de financement et de gouvernance du système d'assurance
 - La définition des relations futures entre le système d'assurance et l'offre de soinsLes aspects juridiques et réglementaires

- Le système d'information et de gestion

VI.3 Phase de mise en œuvre

2011 - Etape 2 : Lancement du système d'assurance maladie

Le lancement de l'assurance en 2011 est un objectif qui pourra être atteint si les travaux d'études et de recherche de financement ne subissent pas de retards durant la phase précédente.

Au démarrage, le système reposera sur un équilibre entre les primes pures et les prestations maladie mais une partie de ses coûts d'administration et ses investissements devront être assurés par les financements nationaux et internationaux.

Les points clés de cette phase sont :

- Bascule des travailleurs du secteur formel privé et public dans l'AMO
- Premiers pas vers l'économie informelle
- Système de gestion simple mais conforme à l'architecture cible
- Démarrage des activités avec des cadres burkinabé formés et/ou en cours de formation

Objectifs

:

Population couverte

- 30% Des actifs et pensionnés du secteur formel et leurs ayants droits : Fonctionnaires, militaires, salariés des collectivités locales et entreprises à caractère public.
- 5% Des travailleurs de l'économie informelle et leurs ayants droits
- 1.680.000 personnes couvertes

Couverture géographique

- Secteur formel : Tout le territoire
- Economie informelle : Zone urbaine de Ouagadougou

Panier de soins

- Niveaux primaire et secondaire
- 50% De l'offre de soins de Ouagadougou est conventionnée
- 10% De l'offre de soins des autres régions

Système de gestion

- Le TPA existe dans ses fonctions de base.
- La gestion technique des affiliations et des cotisations est opérationnelle
- La gestion technique des prestations est opérationnelle sur le panier de soins minimum

Management

- Les composantes de gestion dépendent largement des fournisseurs externes (système d'information)
- Transfert de compétences vers les cadres burkinabé

Equilibre financier

- Les primes pures couvrent les prestations versées
- Budget de fonctionnement pris en charge par des financements externes
- Investissements et coûts d'études et de communication financés par des sources externes

2012/2013 - Etape 3 : Croissance et première évaluation

La période 2012 à 2014 est une phase de croissance, de monitoring et de première évaluation du système. La couverture de l'économie formelle s'étend aux travailleurs du secteur privé. L'économie informelle est de plus en plus insérée.

Le système de gestion évolue vers sa cible. Les premiers éléments d'évaluation sont utilisés pour adapter la cible pour 2015 :

- Premiers retours actuariels
- Principes de gouvernance
- Organisation du système

Objectifs :

Population couverte

- 80% Des actifs et pensionnés du secteur formel public et privé et leurs ayants droits
- 10% des populations de l'économie informelle
- 4.310.000 personnes couvertes

Couverture géographique

- Secteur formel : Tout le territoire
- Economie informelle : Zone urbaine de Ouagadougou et extension à d'autres régions

Panier de soins

- Niveaux primaire et secondaire
- 80% De l'offre de soins de Ouagadougou est conventionnée
- 50% De l'offre de soins des autres régions

Système de gestion

- Le TPA est développé et accepte des transactions de tout le territoire
- La gestion technique des affiliations et des cotisations est opérationnelle. Intégration de la dimension actuarielle et des transferts de solidarité
- La gestion technique des prestations est opérationnelle et peut gérer des prestations complexes et/ou hors panier de soins

Management

- Les cadres burkinabé pilotent les évolutions
- Le système forme les compétences nationales

Equilibre financier

- Les primes pures couvrent les prestations versées
- Budget de fonctionnement partiellement pris en charge par des financements externes
- Investissements et coûts d'études et de communication financés par des sources externes

2015 - Etape 4 : Premier stade de maturité

Toute la population, ou presque, peut accéder à la couverture de l'assurance santé, via l'AMO ou l'AMV. Le système de gestion est pleinement fonctionnel et conforme à la cible. Il est prêt à évoluer vers plus de performance. Le système d'assurance doit pouvoir fonctionner sur les mécanismes de financements nationaux.

Objectifs :

Population couverte

- 100% Des actifs et pensionnés du secteur formel public et privé et leurs ayants droits
- Au moins 30% des populations de l'économie informelle
- 7.450.000 personnes couvertes

Couverture géographique

Tout le territoire est couvert

Panier de soins

- Niveaux primaire et secondaire
- Le panier de soins doit pouvoir couvrir le niveau tertiaire
- Convention avec l'assurance acceptée par une majorité de l'offre de soins du Burkina Faso

Système de gestion et management

Les principales composantes du système de gestion fonctionnent de manière automatisée et sont maîtrisées par les cadres burkinabé

Equilibre financier

- Le régime est équilibré sur cotisation / (prestations plus coûts de gestion)

VI.4 Les mesures d'accompagnement

En plus préparer la mise en œuvre de l'assurance santé, la phase d'études de faisabilité et de construction devra également permettre d'identifier les mesures d'accompagnement nécessaires. Ces mesures devraient être de trois ordres :

- L'accompagnement du déploiement de l'assurance :
 - La mise en œuvre de l'AMO devra se faire dans le cadre du dialogue social, notamment sur la question des contributions. Un appui au renforcement de la capacité de recouvrement de la CARFO sera nécessaire, comme cela a été souligné lors du diagnostic préalable des mécanismes de protection sociale réalisés dans le cadre de ce projet.
 - La pénétration de l'économie informelle et du monde rural nécessitera un très important accompagnement des organisations susceptibles de participer aux fonctions d'affiliation et de recouvrement. Un cahier des charges de ces organisations dans le cadre de l'assurance devra servir de base de formation pour les cadres de ces organisations.
 - L'appui à la création et au renforcement des mutuelles sociales devra faire l'objet d'un effort particulier. Les mutuelles de santé devraient en effet pouvoir s'appuyer sur la diffusion du produit de l'assurance maladie universelle afin de bénéficier de ressources stables (rémunération des fonctions de délégation de gestion) pour renforcer leur gestion technique et proposer des produits complémentaires en santé ou autres branches de protection sociale.
- Le renforcement de l'offre de soins : Les questions liées à la qualité et la disponibilité de l'offre de soins constitueront des risques et contraintes majeurs pour l'assurance. Le déploiement de cette dernière devra se faire en étroite coordination avec les programmes d'appui au renforcement de l'offre de soins.
- Pérennité de la capacité de financement de l'Etat et construction d'un socle de protection sociale. Ce dernier point n'est sûrement pas l'un des moindres, car la viabilité budgétaire et politique du système d'assurance maladie universel conditionnera sa pérennité. L'inclusion des

populations les plus pauvres ne pourra se faire sans mécanismes de transferts sociaux et un engagement significatif de l'Etat à long terme. Il sera nécessaire de créer ou élargir un espace budgétaire pour la protection sociale au sein duquel ces transferts pour l'assurance maladie pourraient se trouver en concurrence avec d'autres politiques sociales. La construction d'un socle de protection sociale, au sein duquel l'assurance maladie est considérée comme une composante prioritaire, devra permettre d'harmoniser et rationaliser les dépenses publiques affectées à la protection sociale. L'élaboration d'un budget social dans le cadre de ce socle devra permettre au gouvernement du Burkina Faso de disposer d'un outil de planification à long terme de ces ressources.