

Atelier technique sur les retours d'expériences en matière de mise en place de systèmes nationaux d'assurance maladie en Afrique Subsaharienne



L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE EN COTE D'IVOIRE: Présentation et état d'avancement

Présenté par :

Pr. OUEGNIN Georges-Armand

Conseiller Technique chargé de la coordination des opérations de mise en œuvre de l'Assurance Maladie Universelle

MINISTÈRE DE LA FAMILLE, DE LA FEMME ET DES AFFAIRES SOCIALES

ABIDJAN DECEMBRE 2008

INTRODUCTION

- Politique de la gratuité des soins de santé dans les structures sanitaires publiques remise en cause par la crise économique des **années 80**
- Recouvrement du coût des médicaments **en 1987** puis recouvrement généralisé des coûts de santé **en 1994** (**Initiative de Bamako**)
- Politique de recouvrement des coûts de santé éloignant les populations démunies des structures sanitaires
- Couverture sociale limitée aux travailleurs des secteurs public et privé avec une quasi inexistance de la branche maladie.

Notre communication s'articulera autour de trois axes principaux à savoir :

- **I. Etat des lieux**
- **II. Présentation de l'A.M.U**
- **III. Mise en œuvre de l'A.M.U**

I. ETAT DES LIEUX

1- Situation épidémiologique défavorable

- Les maladies infectieuses et parasitaires représentent encore un pourcentage élevé de la morbidité, avec la pandémie du SIDA, les épidémies de Choléra, de Méningite cérébro-spirale et de Fièvre jaune, l'Ulcère de Buruli et la résurgence de la Tuberculose et du Paludisme.
- Des pathologies dites du développement voient leur incidence et leur prévalence progresser. Ce sont les affections cardio-vasculaires (HTA notamment), le diabète, les incapacités liées aux accidents de la route et du travail.
- Enfin, il faut maintenant compter avec les souffrances physiques et psychologiques des déplacés et victimes de guerre.

2 - Dégradation des indicateurs de santé

- Le taux brut de mortalité est estimé à 17 pour 1000 en 2006 contre 12,3 pour 1000 en 1988 (sources : UNICEF 2006 et RGPH-1998) ;
- • Le taux de mortalité infantile de 104 décès pour 1000 naissances en 1998 a atteint 117 pour 1000 en 2005 (sources : EDS-1998 et INS 2005);
- • Le taux de mortalité maternelle est de 545 décès pour 100.000 naissances vivantes (source : EIS-2005).
- • Le taux d'utilisation des structures sanitaires (nombre de consultants dans l'année) reste encore faible. Il varie entre 30% et 40%.
- • L'espérance de vie à la naissance qui était de 55,7 ans en 1988 est passée à 46 ans en 2005 (sources : RGPH-1998 et EIS 2005) ;
- Le niveau de pauvreté est passé de 38,4% en 2002 à 45% en 2005 et à 48,9 % en 2008 (Enquête sur le niveau et les conditions de vie des ménages Institut national de la statistique 2008). La pauvreté touche plus particulièrement le monde rural (49% en 2002).

Que retenir?

□ Population couverte:

- 6% de la population (fonctionnaires, salariés privés travailleurs indépendants)
- 94% d'exclus (monde agricole, secteur informel, indigents)

□ Prestations offertes:

- couverture partielle

Solution envisagée:

- Instauration d'un système obligatoire d'assurance maladie: **l'Assurance Maladie Universelle (AMU)**



- **Réforme majeure**
- **Stratégie de lutte contre la pauvreté**

II. PRESENTATION DU SYSTEME AMU

A.CADRE JURIDIQUE

- ❑ La loi N°2001- 636 du 09 octobre 2001 portant institution, organisation et fonctionnement de l'Assurance Maladie Universelle (AMU)

B.OBJECTIFS PRINCIPAUX

- ❑ Améliorer l'état de santé des populations en assurant l'accessibilité financière de tous aux soins de santé de qualité
- ❑ développer l'activité médicale en assurant l'équilibre
- ❑ de l'offre et de la demande de soins de santé ;
- ❑ réduire les disparités régionales et sociales ;
- ❑ Réaliser la solidarité nationale, facteur de cohésion sociale

C. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

1- PRINCIPES DE BASE

- ❑ Gestion collective du risque maladie
- ❑ Affiliation obligatoire
- ❑ Deux régimes distincts:
 - Régime du secteur agricole
 - Régime des autres secteurs
- ❑ Couverture étendue à tous les résidents
 - Nationaux
 - Non nationaux
- ❑ Contribution financière pour tous (cotisations, contribution exceptionnelle de l'État)

PRINCIPES DE BASE (suite)

- Couverture des soins de santé de base (à travers le P.M.A.) par les régimes de l'AMU
- Couverture complémentaire assurée par les mutuelles de santé et assurances privées
- Système de tiers payant, avec ticket modérateur
- Déconcentration des activités des organismes de l'AMU

2. ORGANISMES DE GESTION

- 3 Institutions de Prévoyance Sociale (IPS) :
 - 2 Caisses (CSA –CNAM) chargées de la gestion technique du risque
 - 1 Fonds (FN/AMU) chargé de la gestion financière du système)

IPS: établissements de droits privés assurant la gestion d'un service publique

3. PRESTATIONS OFFERTES

- Consultations
- Examens complémentaires à titre de diagnostic
- Actes chirurgicaux
- Hospitalisations
- Médicaments
- Soins dentaires

- **Remarque: grandes endémies et maladies longues et coûteuses prise en charge dans le cadre des programmes de lutte contre ces affections**

4. FINANCEMENT

Cotisations des affiliés

Contributions exceptionnelles de l'Etat

5- FACTEURS FAVORABLES A L'INSTAURATION DE L'AMU

- Une volonté politique fortement exprimée**
- L'adhésion des populations au projet**
- Les potentialités économiques du pays (PIB : 9.278,4 milliards de FCFA en 2006)**
- La capacité contributive des ménages (DNS: 300 milliards par an dont 63% représentant la part des ménages, 34% la part de l'Etat et 3% les partenaires au développement)**
- Une bonne couverture nationale en structures de santé : 54% de la population vivent dans une localité disposant d'une formation sanitaire ; 14% sont à une distance de moins de 5 km ; 15% entre 5 et 10 km ; 8% entre 10 et 15 km ; 5% entre 15 et 20 km, 4% à plus de 20 km.**

6 - OBSTACLES MAJEURS ANTICIPES

- Faible qualité de l'offre de soins (PNDS)
- Faible niveau d'information des populations (approche participative)
- Appréhension des prestataires de santé et partenaires sociaux (participation au processus de mise en œuvre)
- Insuffisance et inadaptation du cadre légal et institutionnel (Loi AMU, décrets de création des organismes, projet de code de la mutualité en cours)
- Non maîtrise des acteurs du secteur agricole (recensement agricole à réactualiser)
- Complexité du recouvrement du secteur informel (développement des mouvements associatifs)

Ex : Fédération pour le Développement du Secteur Informel (FEDESI) et Chambre des Métiers et de l'Artisanat.

III- MISE EN ŒUVRE

1. Cadre juridique et institutionnel défini.
2. Travaux du comité de pilotage finalisés
3. Création du cadre organique du dialogue social
4. Installation des CLAMU (instruments du dialogue social)

5. Validation des propositions du comité de pilotage par le Gouvernement

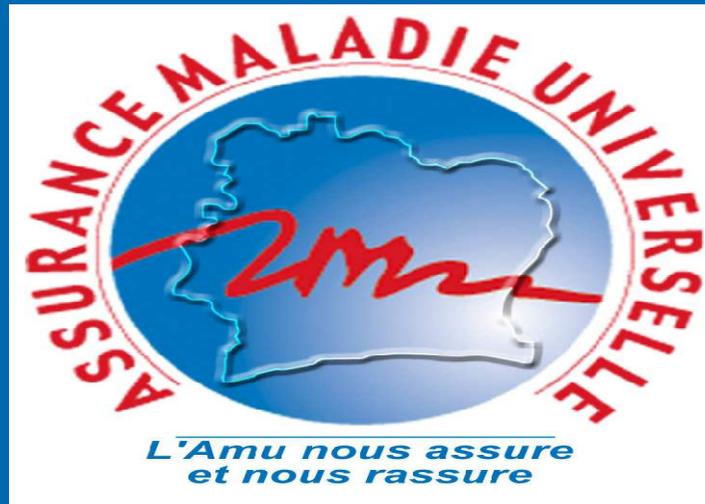
6. Mise en place des organismes de gestion

7. Expérimentation sur des sites pilotes

CONCLUSION

AMU :

- ❑ **Projet novateur, instrument de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale;**
- ❑ **Facteur de solidarité et de cohésion sociale**
- ❑ **Nouveau défi à relever pour nos pays d'Afrique subsaharienne**



JE VOUS REMERCIE