USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

AFRICAN STRATEGIES FOR HEATLH

PROFILE DE L'ASSURANCE-MALADIE: RWANDA

Tableau 1: Indicateurs-clés du pays

Indicateurs de développement*			
Population totale, 2013	11,7 millions		
Âge médian de la population (années), 2013	18,2		
Population vivant en zones urbaines (%), 2013	27		
Revenu national brut par habitant (PPA int. $), 2012	1 390		
Statistiques sur la santé en résumé**			
	2005	2010	2014/15
Taux de fertilité total	6,1	4,6	4,2
Taux de mortalité infantile (par 1 000 naissances)	86	50	32
Taux de mortalité moins de 5 ans (par 1 000 naissances)	152	76	50
Pourcentage d'enfants de 12-13 mois complètement vaccinés	80	90	93
Ratio de mortalité maternelle (par 100 000 naissances)	750	476	210
Couverture des soins pré-nataux (≥ 1 visite)	94	98	99
Naissances en présence de personnel de soin formés (pourcentage des naissances totales)	28	69	91
Besoins non-satisfaits pour la planification familiale	39	21	19
Taux de prévalence de la contraception	17	52	53
Indicateurs de dépenses en soins de santé (2013)***			
Ratio de dépenses			
Dépenses totales en santé en % du PIB	11,1% ↑ moyenne des pays à bas revenu (5%) ↑ moyenne globale (9,2%)		
Niveau de dépenses			
Dépenses générales du gouvernement en santé en % des dépenses totales du gouvernement	22,3% ↑ cibles déterminées par la Déclaration Abuja (15%)		
Indicateurs par habitant sélectionnés			
Dépenses totales en santé par habitant (PPA int.$)	162		
Dépenses en santé du gouvernement par habitant au taux d'échange moyen (US$)	41		
Dépenses en santé du gouvernement par habitant (PPA int.$)	95		
Sources de fonds			
Dépenses générales en santé du gouvernement en % des dépenses totales en santé	58,8%		
Dépenses en santé privées en % des dépenses totales en santé	41,2%		
Ressources externes en santé en % des dépenses totales en santé	38,0%		
Dépenses personnelles en % des dépenses privées en santé	44,6%		

**Observatoire Mondial de la Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)*
***Programme de Sondage sur la Démographie de la Santé*
**** Base de données des dépenses en santé de l'OMS, Rwanda*

Aperçu de l'assurance-maladie au Rwanda

Le Rwanda a effectué des gains importants en termes de santé et de bien-être de sa population au cours d'une période de temps relativement courte, incluant des réalisations majeures concernant les Objectifs du Millénaire pour le Développement (voir Tableau 1). L'accès universel à des services de santé de qualité pour tous les Rwandais est l'objectif général de la Politique du Secteur de Santé du Gouvernement du Rwanda (GdR). Les priorités mises de l'avant par la Politique du Secteur de Santé sont basées sur les objectifs de développement exprimés dans la Stratégie de Développement Économique et de Réduction de la Pauvreté et Vision Rwanda 2020.

Les *Mutuelles de Santé* et le programme d'Assurance-Maladie Basée sur les Communautés (AMBC) ont été développés afin de rencontrer les besoins des Rwandais hors du secteur formel, où l'accès et l'utilisation des services de soins de santé ont traditionnellement été peu développés. Les premiers pilotes étant implémentés en 1999, et par la suite établis comme politique nationale en 2004, le Rwanda a rapidement étendu les AMBC à travers le pays. Les inscriptions ont vu une croissance de 91% de la population cible jusqu'aux années 2010-11. Les nouvelles inscriptions ont diminué au cours des années récentes, avec une estimation en juin 2015 de 75% de couverture, parmi ceux qui étaient éligibles pour le programme. Le programme met en place un fort support financier publique (du GdR, des partenaires de développement et des fournisseurs d'assurances) afin de permettre à la population du secteur non-formel d'accéder aux bénéfices de soins de santé essentiels. L'objectif ambitieux du Rwanda est une couverture de 100% de la population ciblée.[1]

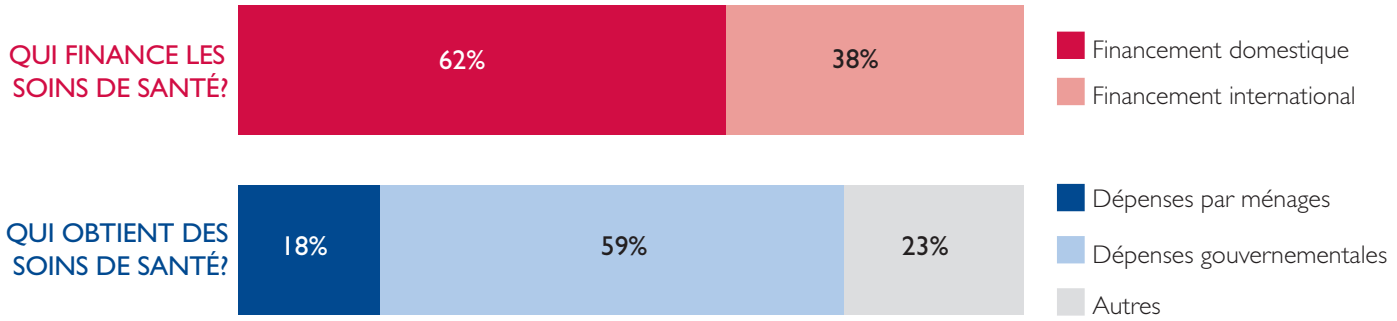
Les dépenses en santé au Rwanda

Les progrès observés en termes de résultats en santé correspondent aux dépenses en santé qui sont en hausse à travers le pays. La Politique du Secteur de la Santé 2015 établit l'objectif du programme de financement de la santé: assurer un accès financier universel à des services de santé de qualité de manière équitable, efficace et durable.[2]

Le Rwanda est parmi les chefs de file dans la région africaine en termes de ses dépenses totales per capita. Dans une analyse de 2012, le Rwanda a été l'un des quatre pays africains à avoir rencontré les cibles de la Déclaration Abuja (d'allouer au moins 15% des budgets nationaux au secteur de la santé) et de l'équipe pour l'Innovation en Financement International des Systèmes de Santé (de dépenser au moins US$44 par habitant sur la santé).[3] Les dépenses gouvernementales sur la santé en 2013 était à 7% du PIB et 22% des dépenses gouvernementales générales (US$41 par habitant).[4]

Les taux de paiements sous forme de dépenses personnelles comme une part des dépenses totales en santé (DTS) ont chuté de 25% en 2000 à 18% du DTS en 2013 (US$13 par habitant). Une évaluation de l'impact du programme de l'AMBC au Rwanda, en utilisant des données de 2000 et 2006, a montré que les ménages qui étaient membres des *Mutuelles* étaient significativement moins exposés à des dépenses catastrophiques en santé que les ménages non-assurés.[5]

Figure 1: Source de financement de la santé et achats en soins de la santé



Source: Système de Santé de l'OMS, Profile de Financement du Pays, Rwanda 2013

L'incidence de catastrophes financières résultant de dépenses personnelles pour des services de santé a aussi diminué de manière importante entre 2000 et 2010, avec la proportion de l'ensemble des ménages (assurés et non-assurés) dépensant plus de 10% de la consommation des ménages diminuant de 11% en 2000 à 2% en 2010. Cela fut la conclusion de la plupart des études.[6] En termes de membres de l'AMBC, la proportion de ménages dépensant plus de 10% de la consommation des ménages et faisant donc face à une catastrophe financière était de 0,4% selon le sondage des ménages de l'AMBC de 2013.[7] Si le pourcentage est imposé à 20%, seulement près de 0,08% des ménages de l'AMBC dépensent plus de 20% du revenu de leur ménage sous forme de dépenses personnelles en santé sur les services de santé au Rwanda, et font donc face à une catastrophe financière.[7]

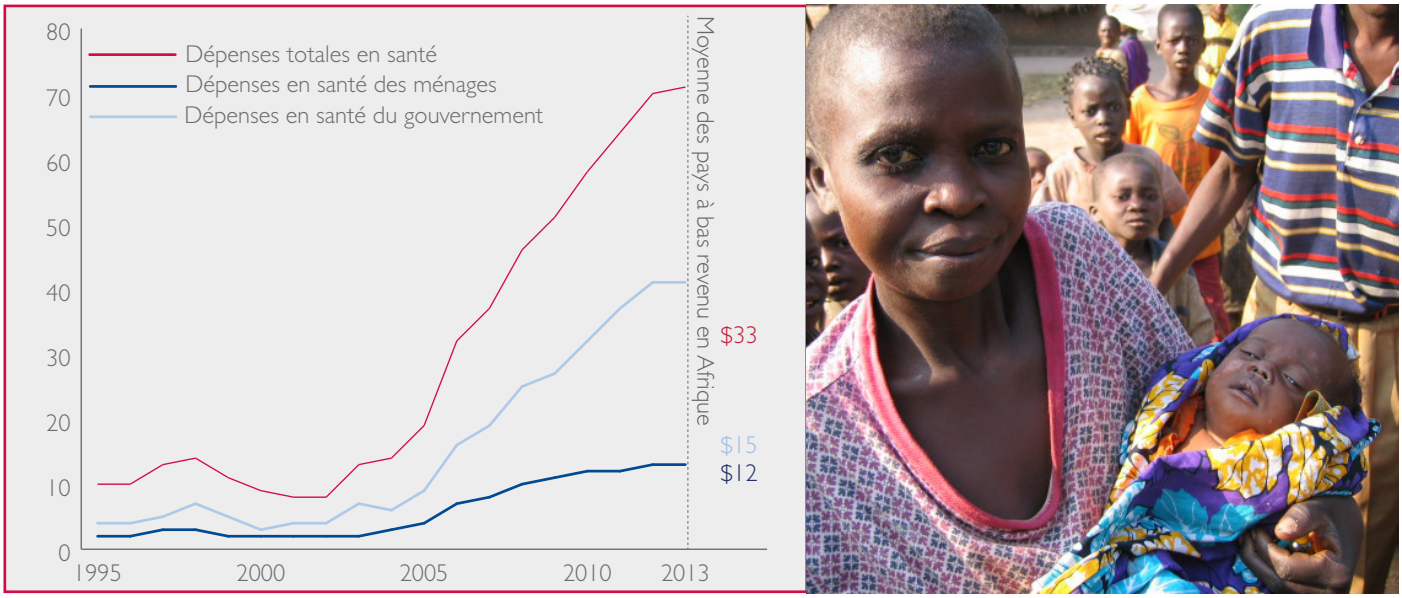
Points-clés dans la croissance de l'assurance-maladie au Rwanda

La montée de la couverture par l'assurance-maladie au Rwanda s'est produite principalement lors d'une courte période de temps avec l'évolution de pilotes pour l'assurance-maladie. En réaction à de bas taux d'utilisation des soins de santé et à des coûts élevés pour les utilisateurs, le GdR a développé des pilotes d'assurance-maladie afin de répondre aux besoins en santé des Rwandais dans le secteur non-formel.

Le programme de l'AMBC a été lancé dans des régions sélectionnées en 1999. En 2001, un plan d'assurance-santé formel pour les servants civils a été initié, suivi par le programme d'assurance militaire médical en 2005.

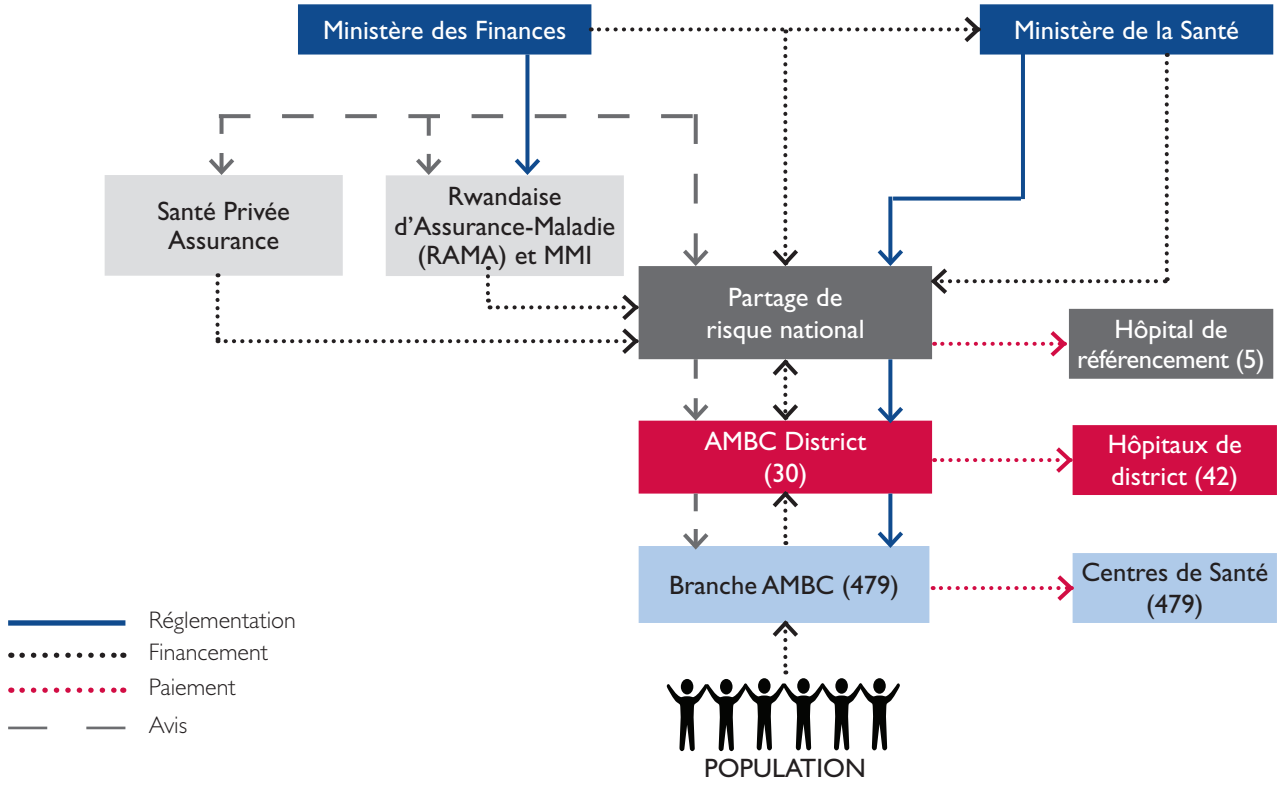
Les taux de participation ont augmenté rapidement suivant la mise en place du plan de l'AMBC au niveau national, et la standardisation des programmes de l'AMBC. En 2005, les programmes de l'AMBC étaient disponibles dans 96% des centres de santé. En 2006, le coût de la prime de l'AMBC était ajustée afin d'inclure des primes gratuites pour les personnes pauvres. Alors qu'il se situait à aussi bas que 7% de participation en 2004, en seulement trois ans, les taux de participation de l'AMBC avaient atteint 75% en 2007.[8] Les consultations hors-hospitalisation et les taux d'utilisation per capita ont augmenté significativement de 0,31 en 2003 à 0,94 en 2014. L'AMBC n'est qu'un seul facteur, cependant, puisque le gouvernement a aussi effectué des améliorations majeures dans la disponibilité des services, des augmentations des ressources disponibles telles que le personnel et les médicaments, ainsi que des améliorations de la qualité des soins. Le financement basé sur la performance a aussi contribué de manière importante à ces améliorations.

Figure 2: Dépenses par habitant en US$ (constant 2013 US$)



Source: Système de Santé de l'OMS, Profile de Financement du Pays, Rwanda 2013

Figure 3: Structure organisationnelle de l'assurance-maladie du Rwanda précédemment à la transition vers l'AMBC en 2015



Source: Politique AMBC du MdS, 2010

Structure organisationnelle

L'assurance-maladie gérée publiquement au Rwanda comprend trois programmes. La majorité de la population assurée est couverte par l'AMBC, avec des servants civils et du personnel militaire engagé dans des programmes distincts qui, ensemble, couvrent près de 6% de la population totale. Des produits d'assurance-maladie privés sont disponibles. Selon un rapport de 2015, six des huit assureurs généraux du pays offraient des plans d'assurance-maladie.[9] La couverture par assurance-maladie est obligatoire par la loi, bien que les taux de participation demeurent sous les 100% de la population totale.

En 2014, il a été déterminé que la responsabilité de gestion du programme de l'AMBC devrait être transférée du Ministère de la Santé (MdS) au Conseil de la Sécurité Sociale du Rwanda (CSSR). Le CSSR a été établi en 2010, opérant sous le Ministère des Finances et de la Planification Économique (MFPE). Cette transition a commencé en Juillet 2015.[10]

La figure ci-dessus illustre les relations entre les diverses parties au sein de l'AMBC, ainsi qu'au niveau des structures de partage, telles que prévues par la transition récente de la gestion de l'AMBC au CSSR. À la fois le MdS et le MFPE occupent des rôles dans le programme d'assurance-maladie. Selon la Politique du Secteur de la Santé 2015, le MdS gardera la responsabilité du développement des politiques et des règles, alors que la gestion des programmes d'assurance-maladie est sous la responsabilité du CSSR ou des compagnies privées.[2]

La structure de partage a depuis changé, avec l'introduction d'un fonds central sous le CSSR, où les fonds sont transférés électroniquement vers des comptes centraux CSSR chaque jour, et les établissements effectuent des charges électroniques. Cela crée une réforme importante dans la gestion des finances.

Coûts pour les utilisateurs et structure des primes

L'AMBC s'est développé comme un système hautement décentralisé, utilisant des structures de santé pré-existantes pour la majorité de la gestion et de l'administration au niveau local. Chacun des 30 districts du Rwanda a une *mutuelle*, composée de plusieurs branches, chacune couvrant un centre de santé et les communautés voisines.

Les revenus du programme dépendant largement sur les primes collectées des membres au niveau communautaire, qui sont redistribuées dans le système. Le centre de santé local reçoit 55% de ce revenu pour couvrir les réclamations. Quarante-cinq pourcent sont transférés au district pour les réclamations d'hôpitaux et pour les transfert vers le niveau national pour les réclamations de références d'hôpitaux. Les co-paiements au niveau des centres de santé couvrent les coûts d'opération du programme de l'AMBC. Les centres de santé et hôpitaux sont remboursés basés sur des frais pré-déterminés pour chaque service par le biais de facturation mensuelle.

Tel qu'initialement implémenté, une prime constante est chargée à chaque membre indépendamment de leur statut économique. Avec l'implémentation d'une politique nationale en 2006, des subventions de primes pour les personnes pauvres ont été mises en place. Le processus rwandais du *ubudehe* est utilisé pour implémenter le système de frais tiers, basé sur les structures de primes mises en place en 2011-12. Cette méthode participative basée sur la communauté effectue un recensement de la pauvreté afin de catégoriser les membres en trois groupes de statuts économiques. Les membres les plus pauvres sont exonérés du paiement des primes. Les membres de la deuxième et de la troisième catégorie paient des primes qui diffèrent au niveau du montant, ainsi que des co-paiements fixes pour les visites de centres de santé à des pourcentages fixes (10%) de la facture pour l'ensemble de la visite d'hôpital.

L'inscription à l'AMBC a fluctué au cours de l'histoire du programme. En 2010 et 2011, les taux de participation ont atteint plus de 90%. Pour l'année 2013/14, le MdS rapporte des inscriptions à l'AMBC à 73%.[8] En janvier 2016, les inscriptions à l'AMBC ont atteint 79%.[10]

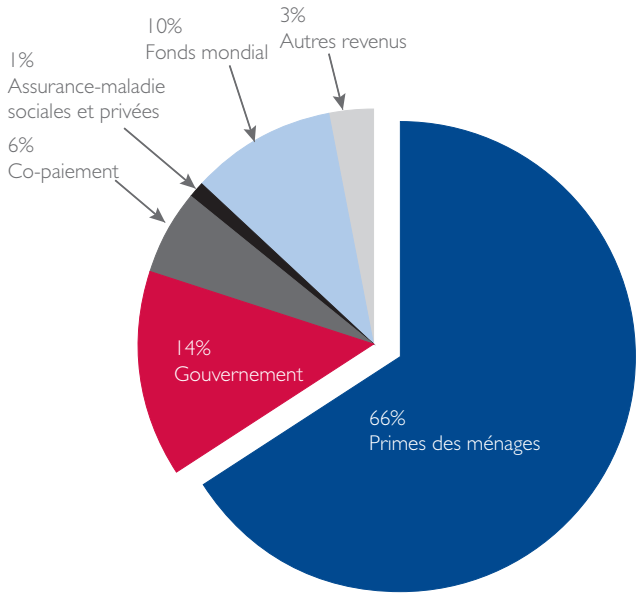
Bénéfices offerts

Les membres de l'AMBC ont droit à des bénéfices incluant à la fois les soins lors d'une hospitalisation et les soins hors-hospitalisation dans des établissements publiques à travers le pays. Les soins de base et les références au district ou vers les hôpitaux tertiaires sont fournis par le biais des centres de santé locaux. Les co-paiements par les utilisateurs sont requis tel que décrit ci-haut, et le plan n'impose pas de limite de coût aux soins disponibles.

Les bénéfices fournis par niveau de service de l'établissement
■ **Centres de santé** "Ensemble d'activités minimales" tel que défini par le GdR et incluant la guérison, la prévention, la promotion et les services de réhabilitation.
■ **Hôpitaux de district** "Ensemble complémentaire d'activités" tel que défini par le GdR pour les patients référés à partir d'un centre de santé primaire.
■ **Hôpitaux tertiaires** Les services tertiaires définis par le GdR pour les patients référés d'un hôpital de district.

Les prix des médicaments de prescription sont déterminés par le MdS à un prix de référence. Les individus sont chargés un pourcentage du prix de référence selon leur inscription à l'assurance. Le taux de l'AMBC pour les membres est déterminé à 50% du prix de référence, 100% pour les autres plans publiques, 120% pour les membres d'assurances privées et 150% s'ils ne sont pas assurés.[9]

Figure 4: Sources de financement de l'AMBC, 2012-2013



Source: Rapport annuel du MdS 2012-13

Financement du programme de l'AMBC et plans futurs

Une part importante du financement du programme de l'AMBC vient de primes payées par les ménages membres. La figure 4 illustre les sources de fonds du programme de l'AMBC en 2012-2013. Deux tiers des fonds de l'AMBC proviennent de primes. Le GdR était le prochain contributeur en importance à 14% des fonds de l'AMBC. Tel que requis par les règles en vigueur, les plains d'assurance-maladie privés contribuent aussi au financement de l'AMBC, représentant 1% des sources totales de fonds en 2012-13.

Le GdR a mis en place un accès universel à des services de de santé de qualité et abordables pour l'ensemble des Rwandais. La participation entière de la population à l'assurance-maladie est l'une des composantes du plan permettant d'atteindre ce but. Le défi rencontré dans la réalisation d'une couverture complète en assurance est dans l'équilibrage entre le coût des primes pour les utilisateurs et des co-paiements avec la viabilité financière du système.

La Politique du Secteur de la Santé du MdS de 2015 indique que la durabilité du financement de la santé sera assurée par une mobilisation augmentée des ressources domestiques, ainsi que par l'attribution d'un rôle plus important au secteur privé et à la société civile. La politique encourage aussi l'établissement de compagnies d'assurances privées, de manière à diversifier les options d'assurance-maladie disponibles pour la population. La diversification des ressources est un objectif à atteindre à l'aide de plusieurs moyens, incluant des modèles de partenariats public-privé, des services additionnels pour lesquels un frais est chargé (tels que des ailes VIP), et l'exploration des Solutions de Financement Innovantes pour les Systèmes de Santé par le biais de taxes dédiées. Une indépendance financière du secteur de la santé est encouragée par le biais de stratégies de génération de revenus à travers le système de santé.

Notes

1. République du Rwanda. Ministère de la Santé. Base de donnée du HMIS. Kigali. 2013
2. GdR, MdS, Politique du secteur de la santé. Janvier 2015.
3. Région Africaine OMS. Atlas de Dépenses des Régions Africaines, OMS, Novembre 2014.
4. Base de Données des Dépenses Globales en Santé de l'OMS
5. Lu C, Chin B, Lewandowski JL, Basinga P, Hirschhorn LR, Hill K, et al. Vers une couverture universelle de la santé: Une évaluation des mutuelles du Rwanda lors de leurs huit premières années. PLos One. 2012;7(6).
6. UR-CMHS-SPH. Juillet 2015. Équité dans l'utilisation des soins de santé et des finances au Rwanda: Analyse des tendances à partir des Sondages Intégrés des Conditions de Vie conduits en 2000, 2005 et 2010.
7. Kalisa I, Musange S, Saya U, Kunda T, Collins D. L'impact de l'Assurance-Maladie Basée sur les Communautés sur l'accès aux soins de santé et sur l'équité au Rwanda. Collège de Médecine et des Sciences de la Santé de l'Université du Rwanda, École de la Santé Publique et des Sciences de la Gestion de la Santé. 2015.
8. Indicateurs-clés, GdR, MdS
9. L'académie de la micro-assurance. Rapport final: Une étude sur le déficit et les stratégies de durabilité. Janvier 26, 2015.
10. Kwibuka, Eugene. Taux d'inscription à la mutuelle à 70%. The New Times. Rwanda. 12 janvier 2016.

Des informations additionnelles peuvent être obtenues à l'adresse suivante:
African Strategies for Health 4301 N Fairfax Drive, Arlington, VA 22203 • +1.703.524.6575 • AS4H-Info@as4h.org
www.africanstrategies4health.org

Cette publication a été rendue possible grâce à l'aide généreuse de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) sous le contrat numéro AID-OAA-C-11-00161. Les contenus présentés sont sous la responsabilité des auteurs et ne reflètent pas nécessairement l'opinion de la USAID ou du gouvernement des États-Unis.