

Hôpital Central de Yaoundé

*Centre pour le Développement des
Bonnes Pratiques en Santé*

Avenue Henry Dunant – Messa
Tél. +237 220 819 19
Email: cdbpsh@yahoo.fr

Yaoundé Central Hospital

*Centre for the Development of
Best Practices in Health*

P.O Box 87 Yaoundé - Cameroon

Scaling up Enrolment in Community-Based Health Insurance in Cameroon
Accélérer l'adhésion des populations aux Mutuelles de Santé au Cameroun

Policy Brief

Note d'information stratégique

Authors:

Coordination and Writing:

François Colin NKOA, PhD

Research Fellow

Centre for Development of Best Practices in Health

Yaoundé Central Hospital - Yaoundé, Cameroon

Email: fcnkoa@yahoo.com

Dr Pierre ONGOLO-ZOGO, MD, MSc

Head

Centre for Development of Best Practices in Health

Yaoundé Central Hospital - Yaoundé, Cameroon

Email: pc.ongolo@gmail.com

Overview:

Pr Marie Thérèse ABENA OBAMA

Director, Yaoundé Central Hospital - Yaoundé, Cameroon

Pr Fru ANGWAFOR III

Secretary General, Ministry of Public Health - Yaoundé, Cameroon

Last Modified: 30 September 2009

Acknowledgements:

Funding:

International Development Research Centre (IDRC) – Ottawa, Canada

The Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPsR) – Geneva, Switzerland

Technical Support:

McMaster University, Program for Policy Decision-Making – Hamilton, Canada

World Health Organisation, Research and Policy Cooperation - EVIPNet

Conflicts of Interest: None

Internal Merit Review Process:

This policy brief was reviewed by the research team of the Centre for Development of Best Practices in Health: Dr David Yondo, Dr René Owona-Essomba, Dr Jean Serge Ndongo, Mr Robert Marie Mba, Mr Henri Atangana Ondo and Mrs Renée Cécile Bonono-Momnougui

National Deliberative Forum: to be organised on 14th October 2009. Venue: Yaoundé.

PREAMBLE

The Centre for Development of Best Practices in Health (CDBPH) is a research unit established in June 2008 at the Yaoundé Central Hospital to foster Knowledge Translation and Exchange for Better Health in Africa with the financial support of a Global Health Leadership Award from the Global Health Research Initiative operated by the International Development Research Centre - Canada. CDBPH is a knowledge brokerage unit designed to link health researchers with health decision-makers. This initiative will serve researchers by harvesting, synthesizing, re-packaging, and communicating the relevant research evidence in user-friendly format that different stakeholders at many levels can interact with and understand. CDBPH intends to also serve health decision makers by providing capacity building opportunities, syntheses of research evidence and identifying needs and gaps related to Evidence to Practice.

This policy brief on community-based health insurance is the second product developed by CDBPH to synthesize and communicate research evidence backing particular policy options for the consideration of decision-makers. The policy options discussed in this document are not mutually exclusive; that is some or all of the options could be adapted concurrently as they are complementary strategies to reduce the level of out-of-pockets spending for healthcare and to protect Cameroonian households from catastrophic health expenditures.

Our intention is not to recommend any one option in particular over another but we attempt to highlight existing research evidence on the effects of several strategies tested in LMIC to improve equity in health systems. Decision-makers should remain the one choosing to consider one option over another, or all the options together according to the actual decision-making process with the relevant stakeholders.

The primary audience is interested parties in health financing efforts in Cameroon namely: governmental and administrative authorities, local municipalities, health development financial and technical partners, civil society organizations, media and promoters of health mutual organizations.

PREAMBULE

Le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS) est une unité de recherche créée en Juin 2008 au sein de l'Hôpital Central de Yaoundé pour promouvoir la prise de décision éclairée par les bases factuelles grâce au soutien d'une bourse de leadership en santé mondiale de l'Initiative Canadienne de Recherche en Santé Mondiale gérée par le Centre de Recherches pour le Développement International - Canada. Le CDBPS est un centre de facilitation de l'application et de l'échange des connaissances à travers la promotion de l'interaction entre chercheurs et décideurs en santé. Cette initiative devrait bénéficier aux chercheurs en collectant, synthétisant, reformatant et communiquant les bases factuelles issues de la recherche sous une forme attractive et lisible pour les décideurs. Le CDBPS ambitionne également de servir les décideurs en offrant des opportunités de renforcement des capacités, en produisant des synthèses des bases factuelles à la demande et en identifiant les gaps en matière de prise de décision éclairée.

Cette note d'information stratégique sur les mutuelles de santé est la seconde produite par le CDBPS dans une perspective de synthèse et de dissémination des bases factuelles pour éclairer les choix d'interventions par les décideurs et gestionnaires des services de santé. Les options stratégiques discutées dans cette note ne sont pas exclusives; tout ou partie des interventions pourraient être adoptées puisqu'il s'agit d'interventions complémentaires visant à réduire le niveau élevé des paiements directs pour l'achat des soins de santé et à protéger ainsi les ménages camerounais des dépenses de santé catastrophiques. Notre intention n'est pas d'établir de priorité entre les stratégies ou de recommander une stratégie plutôt qu'une autre mais nous avons tenté de mettre en exergue les bases factuelles sur l'efficacité relative des différentes interventions testées dans les pays à revenus faibles et intermédiaires pour réduire les inégalités d'accès aux soins de santé. Les décideurs et gestionnaires demeurent responsables du choix à considérer l'une ou autre stratégie selon les mécanismes de prise de décision en vigueur.

Cette note d'information stratégique est destinée à toutes les parties prenantes à l'effort de financement de la santé au Cameroun : les autorités administratives, les collectivités territoriales décentralisées, les partenaires techniques et financiers du développement sanitaire et social, les organisations de la société civile, les médias et les promoteurs des mutuelles de santé.

EXECUTIVE SUMMARY

THE POLICY ISSUE

The World Health Organisation is advocating for the reduction of out-of-pockets expenses in low and middle income countries in order to ensure universal access to essential health interventions and prevent catastrophic health expenditures incurred by millions of households around the world. In order to provide affordable healthcare services to its population, the Government of Cameroon has engaged to reform its health sector toward SWAp mechanism to ensure District development by supporting both supply and demand sides. Among other financing mechanisms, promoting community-based health insurance (CBHI) also known in francophone countries as Mutuelles de Santé (MS) was identified as a priority intervention since the early 2000's to reduce high level of out-of-pockets payments at point of care. A recent study points that less than 1% of the total population is covered by a CBHI scheme and out-of-pockets expenses still constitute the main purchasing mechanism for healthcare. To increase the enrolment in MS, governance, financial and delivery arrangements tailored to the national context need to be considered

MAGNITUDE OF THE PROBLEM

According to the World Health Statistics Report 2009, Cameroonian households are paying close to 80% of the total health expenditures with 94.8% as out-of-pockets spending at the point of care. This type of payment for healthcare is renowned to be the most inequitable especially in poor settings; apart from preventing timely access to needed care and impoverishing households through catastrophic health expenditures, it has been established that out-of-pockets payments also facilitate corruption in many state-own health facilities. CBHI is promoted by the Government and health technical and financial partners since the early 2000's with the aim to establish at least one MS in all of the 178 health districts and to reach 40% of the population by the year 2015. Although geographic coverage has improved since 2002 with more than 120 functioning MSs, yet all the districts are not covered and demographic coverage is still less than 1% of the total population. According to the recent national survey on households' expenditures, ECAM 3 (2007), 39.9% [12.2% in urban areas and 55% in rural areas] of the population are living under the poverty line and health expenditures per household vary from 48,000 to 148,000 FCFA with 81% of the total spending in drugs and health technologies. Healthcare suppliers include state healthcare facilities, not-for profit healthcare organizations, for-profit healthcare organizations and the informal sector (drug retailers, traditional healers).

RESUME ANALYTIQUE

PROBLEMATIQUE

L'Organisation Mondiale de la Santé plaide pour la réduction des paiements directs pour l'achat des soins de santé dans les pays à revenus faibles et intermédiaires dans le but d'assurer l'accès universel aux interventions essentielles de santé et protéger les ménages des dépenses de santé catastrophiques qui appauvrissent chaque année des millions de ménages dans le monde. Dans le cadre de sa politique d'offre de soins de santé à prix abordables, le Gouvernement du Cameroun a entrepris une réforme de son secteur santé pour la viabilisation des districts de santé grâce à une approche sectorielle (SWAP) prenant en compte à la fois le renforcement de l'offre et le soutien de la demande. Dans ce cadre, les Mutuelles de Santé (MS) ont été identifiées par le Gouvernement comme stratégie de promotion de l'assurance maladie volontaire sur base communautaire et de réduction des paiements directs pour l'achat des soins de santé. Une étude récente constate que moins de 1% de la population est couverte par une MS et que les paiements directs demeurent le mode d'achat des soins de santé le plus usité. Afin d'accroître l'enrôlement dans les MS, des stratégies contextuelles relatives à la gouvernance et la réglementation, au financement et à la prestation des services des MS sont nécessaires.

ENJEUX ET DEFIS

Selon le Rapport Statistique 2009 de l'OMS, les ménages camerounais supportent près de 80% de leur facture pour soins de santé sous forme de paiements directs à 94.8% au moment des épisodes de maladie. L'absence de système de pré paiement pour les soins de santé est réputée être le mode d'achat le plus inéquitable notamment dans les pays à faibles revenus; en plus de l'exclusion d'un accès en temps opportun aux soins de santé et des dépenses catastrophiques poussant de nombreux ménages dans la pauvreté, le constat a également été fait que les paiements directs constituent le terreau de la corruption dans les formations sanitaires publiques. Les MS sont promues par le Gouvernement et ses partenaires techniques et financiers au développement sanitaire depuis le début des années 2000 avec un objectif avoué de la stratégie nationale de rendre opérationnelle au moins une MS dans chacun des 178 Districts de santé et d'atteindre un taux de pénétration d'au moins 40% de la population à l'horizon 2015. Si la couverture géographique s'est améliorée depuis 2002 avec en 2008 plus de 120 Mutuelles créées, tous les districts ne sont toujours pas couverts et le taux de pénétration démographique demeure en dessous de 1%.

L'enquête nationale de consommation auprès des ménages, ECAM III (2007) établit que 39,9% [12,2% en milieu urbain et 55% en milieu rural] de la population vit en dessous du seuil de pauvreté monétaire fixé à

The service utilization rate is low and self medication constitutes the first resort in case of illness. Knowledge of the general public on MS is scarce; a great majority is not aware and/or not yet convinced on the usefulness of MS with some even being suspicious about MS.

THREE POLICY OPTIONS

1. Creating and sustaining an enabling environment to promote and support development of MSs

Stratégies: establish laws and regulations related to creation and operation of MSs; build on existing community-based organizations, associations, micro finance institutions and local municipalities to promote voluntary health insurance through MSs; reforming hospital management to improve quality of care, transparency and accountability; allowing contracting between state-own facilities and MSs; reducing out-of-pockets payments at point of care to the strict minimum; management support to an umbrella organization with merging of several CBHIs to increase purchasing power at the district level.

2. Subsidizing premiums by Government, Partners and Local Municipalities to increase their affordability

Stratégies: partnership between Government and FTP for financial subsidies to users and/or MSs to improve access of the poorest of the poor unable to pay premiums, engaging local municipalities to subsidize premiums for indigents, establishing norms and standards to improve quality of care, enforcement of the national drug procurement policy to contain inflation on drugs and health technologies.

3. Establishing flexible revenue collection mechanisms; organizing trustworthy and attractive risk-pooling and purchasing mechanisms

Stratégies: participative definition of the package of care, flexible payment of premiums to adapt to the instability of incomes in the informal sector and amongst rural populations, rationalizing production costs in healthcare organizations and promoting quality of care.

A common barrier for all three Policy options is the lack of knowledge of the general public and healthcare providers on the advantages of MSs, side effects of out-of-pockets spending in health facilities, negative effects of corruption and quality of care. Information, Education and Communication for behavioural change among the general public and healthcare providers through the mass media will be useful.

269.443 FCFA par équivalent adulte et par an, les dépenses annuelles de santé par ménage varient entre 48.000 et 148.000 FCFA dont 81% en dépenses de médicaments et examens complémentaires. L'offre de soins inclut les formations sanitaires publiques, privées à but non lucratif et à but lucratif ainsi qu'un important secteur informel. L'automédication constitue la première modalité de recours aux soins et les taux d'utilisation des services de santé demeurent bas. Les connaissances du grand public sur les MS sont inappropriées et la grande majorité ne perçoit pas ou n'est pas convaincue de l'utilité sociale des MS ou exprime de la méfiance voire de la suspicion à leur égard.

TROIS OPTIONS STRATEGIQUES

1. Créer et pérenniser un environnement favorable à la promotion et au développement des MS

Stratégies: mise en place d'un cadre législatif et réglementaire encadrant les MS, création des MS à partir des ONG, GIC, associations, institutions de micro finance déjà existantes ainsi que les municipalités pour promouvoir l'assurance santé volontaire; réforme de la gestion hospitalière pour améliorer la qualité des soins, la gouvernance hospitalière et autoriser la signature de contrats avec les MS; réduction au strict minimum (ticket modérateur) des paiements directs dans les formations sanitaires; soutien technique à la mise en place des fédérations de MS pour en accroître la capacité de négociation et d'achat des soins au niveau du district de santé

2. Subventionner les primes par le Gouvernement, les Partenaires et les Municipalités pour en réduire le prix d'achat

Stratégies: Partenariat entre le Gouvernement et ses PTF pour subventionner les primes, Implication des municipalités pour subventionner les primes pour les indigents, Développement des Normes et Standards pour améliorer la qualité des soins, Mise en œuvre stricte de la Politique Nationale du Médicament pour maîtriser les coûts des médicaments et technologies sanitaires.

3. Instituer une collecte flexible des primes ; établir un dispositif attractif de mutualisation du risque et des procédures d'achat qui inspirent confiance aux usagers et aux prestataires des soins

Stratégies: élaboration participative du paquet service couvert, mécanismes de paiements des primes adaptées à l'activité économique (secteur rural et informel) ; promotion de la qualité des soins ; rationalisation des coûts de production des soins.

Les trois options seront confrontées au manque d'informations et de connaissances des parties prenantes sur les avantages des MS, les effets pervers des paiements directs, le caractère délétère de la corruption et l'exigence d'une bonne qualité des soins. Une stratégie volontariste d'Information, Education et de Communication pour le changement de comportement à travers les mass média permettra d'y faire face.

Summary Table for Policy Options

POLICY OPTIONS	<u>Policy Option 1:</u> Creating and sustaining an enabling environment that promote and support HMOs	<u>Policy Option 2:</u> Subsidizing premiums by Government, Partners and Local municipalities to increase their affordability	<u>Policy Option 3:</u> Establishing flexible revenue collection mechanisms; organizing trustworthy and attractive mechanisms for risk-pooling and purchasing
POSITIVE EFFECTS	Restore and build general public trust by clarifying respective roles and responsibilities. Poverty alleviation. Reduction of out-of-pockets health spending Protection of households against catastrophic health expenditures.	The most vulnerable groups would be able to pay for their premiums. The involvement of local municipalities will also strengthen management capacities of MSs. Promoting voluntary health insurance will reduce spending in the informal health sector and related malpractices.	Households in rural areas and those in the informal sector will feel more comfortable to pay for their premiums. Contextualized package of care increase willingness to insure. Transparent purchasing improves quality of care, providers' motivation and governance
HARMS/RISKS	CBHI due to their voluntary nature have risks of pool fragmentation, lower subscription and adverse selection where mostly the sick would subscribe making the scheme financially untenable.	Some wealthier could strive to take advantage of subsidies. Mismanagement could lead to inefficient allocation of resources.	The poorest of the poor often cannot afford even the low premiums. Private healthcare providers may be opposed to costs containment measures.
ACCEPTABILITY	A national strategy is already implemented but still need more resources to reach its target.	The general public and the MSs promoters would welcome most of these changes.	Health facility management boards and a great majority of healthcare providers will be supportive of the process.

Implementation: Barriers to the Policy Options and proposed Solutions/Strategies

POLICY OPTIONS	<u>Policy Option 1:</u> Creating and sustaining an enabling environment that promote and support HMOs	<u>Policy Option 2:</u> Subsidizing premiums by Government, Partners and Local municipalities to increase their affordability	<u>Policy Option 3:</u> Establishing flexible mechanisms for revenue collection; organizing trustworthy and attractive risk-pooling and purchasing mechanisms
Implementation Barriers	• Mistrust • Resistance to change • Failure to enforce laws and regulations • Bureaucratic procedures	• Budgetary constraints for subsidies and tax-incentives • Resistance from private sector with conflicting interests • Corruption	• inadequate human resources in insurance management • Insurance Pool fragmentation • Moral hazard • Lower subscription rates due to voluntary nature of schemes
Implementation Strategies	<u>Use of Mass Media for Public Awareness and Education</u> of the interested parties about voluntary health insurance benefits, perverse effects of out-of-pockets spending. Media include: broadcast operators like television, radio, and print media: newspapers, magazines, posters, etc and electronic media: the internet. <u>Capacity building for interested parties:</u> local municipalities, HMOs management teams, Hospital management boards and financial staff		
	• Resource mobilization for training of HDMT and DMO.	• Governments could make use of existing budget and initiatives to fund the subsidies and training programs • Government subsidies should be aimed at the poorest of the poor unable to pay premiums	• Management support could be sub-contracted to an umbrella organization with merging of several CBHIs to increase purchasing power at the district level.
Evidence for Strategies (benefits, harms, costs, acceptability)	<u>Evidence for Mass Media as a tool for Public Awareness and Education:</u> Grilli and colleagues (2002) conducted a high quality systematic review showing mass media as an important communications strategy to help disseminate health messages and promote desirable health behaviours both to healthcare practitioners as well as the general public. Higher income groups have more access to more communications vehicles such as TV, radio and internet and are more likely to benefit from this exposure than the lower income groups. This could contribute to more inequity. However, this strategy is well accepted socially but has a considerable financial cost for sustained campaigns.		
	There are no cited harms for these strategies, cost is minimal and social acceptability is high.	There is some evidence to support use of subsidies for the poorest sections of the population, merging of schemes and management support for the success of CBHIs.	There is insufficient evidence regarding the moral hazard (unnecessarily high utilization of insurance).

TABLEAU RECAPITULATIF DES OPTIONS STRATEGIQUES

OPTIONS STRATEGIQUES	<u>Option 1</u> <i>Créer et pérenniser un environnement favorable à la promotion et au développement des MS</i>	<u>Option 2</u> <i>Subventionner les primes par le Gouvernement, les Partenaires et les Municipalités pour en réduire le prix d'achat</i>	<u>Option 3</u> <i>Instituer une collecte flexible des primes ; établir un dispositif attractif de mutualisation du risque et des procédures d'achat qui inspirent confiance à tous les acteurs</i>
BENEFICES	<i>Restauration de la confiance dans les MS Clarification des rôles et responsabilités des acteurs Réduction de la pauvreté Réduction des paiements directs et dé mercantilisation de la santé Protection des ménages contre les dépenses de santé catastrophiques</i>	<i>Meilleure accessibilité financière pour indigents. Municipalités comme acteurs Renforcement des capacités managériales des MS. Réduction de l'automédication, des dépenses dans le secteur informel et des erreurs médicales y survenant</i>	<i>Primes abordables pour les exploitants agricoles et acteurs du secteur informel. Paquet de soins contextualisé plus attrayant pour les assurés. La transparence dans l'achat des soins améliore la qualité de ces derniers, motive davantage les soignants et la gouvernance dans la gestion des formations sanitaires</i>
INCONVENIENTS ET RISQUES	<i>Le caractère volontaire des MS comporte un risqué intrinsèque de fragmentation du partage du risqué. Le faible taux d'enrôlement, la sélection adverse et l'aléa moral constituent des menaces pour la viabilité financière des MS.</i>	<i>Certains abus de la part des plus riches sont possibles pour profiter des subventions. La mauvaise gestion des subventions pourrait conduire à une allocation inefficace des ressources.</i>	<i>Les plus indigents pourraient tout de même être incapables de payer leurs primes. Les prestataires du secteur privé pourraient s'opposer aux mesures de maîtrise des dépenses notamment à travers les listes de médicaments essentiels.</i>
ACCEPTABILITE	<i>Une stratégie nationale est déjà adoptée et ne demande qu'à passer à échelle.</i>	<i>Le grand public et les promoteurs des MS devraient accueillir favorablement ces mesures.</i>	<i>Les comités de gestion des districts et formations sanitaires ainsi que la majorité des soignants devraient accueillir positivement ces mesures.</i>

MISE EN OEUVRE : Barrières aux options stratégiques et solutions potentielles

OPTIONS STRATEGIQUES	<u>Option 1</u> Créer et pérenniser un environnement favorable à la promotion et au développement des MS	<u>Option 2</u> Subventionner les primes par le Gouvernement, les Partenaires et les Municipalités pour en réduire le prix d'achat	<u>Option 3</u> Instituer une collecte flexible des primes ; établir un dispositif attractif de mutualisation du risque et des procédures d'achat qui inspirent confiance aux usagers et aux prestataires des soins
Barrières à la mise en œuvre (usagers, soignants, organisations et système de santé)	• Méfiance • Résistance au changement • Échec du pilotage et à faire respecter lois et règlements • Bureaucratie	• Contraintes financiers et budgétaires • Résistance de certains acteurs privés • Conflits d'intérêts • Corruption	• Staff insuffisant en matière de gestion d'assurances • Fragmentation du partage du risque • Aléa moral • Faible niveau de souscription en raison du caractère volontaire
Stratégies de mise en œuvre	<u>Recours aux médias pour IEC à l'intention des parties intéressées au sujet des avantages et bénéfices des MS, des effets pervers des paiements directs dans les formations sanitaires. Les médias audio visuels, la presse écrite et la presse cybernétique pourraient être utilisés.</u> <u>Développement et Renforcement des capacités des parties intéressées:</u> municipalités, équipes managériales des MS, des formations sanitaires		
	• Mobilisation des ressources pour la formation des responsables des services de santé	• Le Gouvernement pourrait réviser l'allocation des ressources en faveur des subventions et de la formation des acteurs • Les subventions devraient être prioritairement réservées pour les plus indigents	• La gestion des MS pourrait être contractualisée aux établissements de micro finances ou aux fédérations de MS au niveau du district de santé.
Bases factuelles relatives aux bénéfices, coûts et acceptabilité des interventions	<u>Evidence que les médias sont un outil efficace d'IEC pour la santé</u> Grilli et coll (2002) ont conduit une revue systématique établissant un bon niveau de preuve sur l'importance des médias dans la dissémination des messages en faveur de la santé et dans la promotion du changement de comportement des soignants et du grand public. De cette étude, les groupes de population les plus riches bénéficient davantage des messages à travers la TV, la radio et Internet par rapport aux groupes moins nantis. Malgré cette possible iniquité, cette stratégie est généralement bien acceptée socialement et exige un investissement financier conséquent pour des campagnes prolongées.		
	Les campagnes de sensibilisation ne présentent pas de risques même si elles sont coûteuses, leur acceptabilité demeure grande.	La subvention des primes en faveur des plus pauvres est une stratégie efficace de réduction des inégalités d'accès aux soins et services de santé.	Presque pas de bases factuelles sur l'importance potentielle de l'aléa moral et de la sélection adverse.