WHO/ARA/CC/97.4
Original: Anglais
Distr: Générale

QUESTION D'ACTUALITE

Cahier ARA No. 14

L'ASSURANCE MALADIE DANS LE SECTEUR FORMEL EN AFRIQUE: "Oui, mais..."

par

Joseph Kutzin
Division de l'Analyse, de la Recherche et de l'Evaluation
Organisation mondiale de la Santé

Division de l'Analyse, de la Recherche et de l'Evaluation
Organisation mondiale de la Santé

Au sein du Programme de Développement des Systèmes de Santé, la Division de l'Analyse, de la Recherche et de l'Evaluation (ARA) s'occupe des aspects analytiques et normatifs du développement et de la réforme des systèmes de santé, pour appuyer la coopération technique et le renforcement de la capacité dans les pays. Elle identifie les problèmes prioritaires pour la politique sanitaire et le développement des systèmes de santé, appuie l'action entreprise pour s'attaquer à ces problèmes et élabore, diffuse et aide à appliquer les méthodes et outils nécessaires à l'analyse des options politiques et au bon fonctionnement des systèmes de santé.

La série "Question d'actualité" vise à donner un plus large écho aux problèmes actuels rencontrés dans la réalisation de la Santé pour tous tels qu'ils transparaissent dans les travaux de la Division ARA. Ces documents de travail ne sont pas des prises de position officielles de l'OMS mais plutôt des résumés d'expériences récentes se fondant sur les travaux de la Division ARA dans les pays. Les questions sélectionnées sont celles que l'on considère comme présentant un intérêt immédiat pour les pays ou pour lesquelles il y a une forte demande d'information. Vos commentaires et suggestions sont les bienvenus et doivent être adressés au:

Directeur de la
Division de l'Analyse, de la Recherche et de l'Evaluation
Organisation mondiale de la Santé
1211 Genève 27
Suisse

WHO/ARA/CC/97.4
Original: Anglais
Distr: Générale

QUESTION D'ACTUALITE

Cahier ARA No. 14

L'ASSURANCE MALADIE DANS LE SECTEUR FORMEL EN AFRIQUE: "Oui, mais..."

par

Joseph Kutzin
Division de l'Analyse, de la Recherche et de l'Evaluation
Organisation mondiale de la Santé

Organisation mondiale de la Santé

TABLE DES MATIERES

Introduction 1

Objectifs des politiques de santé et d'assurance maladie 2
Objectifs des politiques de santé 2
Problèmes communs aux systèmes de santé en Afrique 3
Objectifs de l'assurance-maladie 4

Extension de la couverture : questions qu'un gouvernement devrait poser 5
Faisabilité : possibilités d'extension de la couverture 7
Opportunité: Les Etats doivent-ils promouvoir une assurance élargie ? 10
Comment retenir un personnel de santé déjà insuffisant au service des patients du secteur public ? 13
Que peuvent faire les gouvernements pour renforcer l'efficience dans les régimes d'assurance ? 14

Conclusions 17

Références 19

Glossaire de termes d'assurance maladie 22

Ce document avait été initialement préparé pour être présenté à un séminaire organisé sur le financement durable des soins de santé, organisé à l'intention des hauts responsables de la politique de santé à Johannesburg (Afrique du Sud) du 24 au 28 juin 1996. Le séminaire était coparrainé par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, le Centre de Politique sanitaire de l'Université de Witwatersrand et l'Institut de Développement économique de la Banque mondiale. Il paraîtra, dans sa version originale, dans une publication de l'Institut de Développement économique résumant les débats du Séminaire et reproduisant différents documents qui y ont été présentés.

Nous remercions Malika Zouba pour la traduction de ce texte et Miloud Kaddar d'avoir bien voulu le réviser.

Introduction

L'assurance maladie peut être conçue de diverses manières avec des implications différentes pour l'organisation et la fourniture des soins de santé. Au minimum, l'assurance est un moyen de payer des soins de santé et d'assurer l'accès à des services de santé au moyen d'un mécanisme de partage du risque d'encourir des frais médicaux. Cette définition implique:

- l'existence d'un coût financier pour l'utilisation des services de santé,
- la possibilité et la volonté d'utiliser des soins de santé couverts par l'assurance en cas de maladie. Etre *effectivement assuré*, suppose donc à la fois protection financière et accès à des services de qualité.

Beaucoup de pays et de communautés ont mis en place des formes d'assurance santé qui se distinguent par de nombreux critères dont l'un des plus importants est la proportion de la population effectivement assurée.

Dans de nombreux pays, l'Etat décrète et met en oeuvre une couverture pour toute la population. Cette couverture est financée soit par les recettes fiscales générales (Canada, Finlande, Grande Bretagne, Suède), soit par des cotisations obligatoires (des employeurs, des employés et quelquefois de l'Etat) à un fonds d'assurance maladie (Belgique, France, Allemagne, Corée du Sud).

Dans d'autres pays, où l'assurance effective n'est pas universelle, on a recours à des *régimes* mixtes. Dans certains cas, l'Etat rend obligatoire la couverture pour une catégorie précise de la population, alors que dans d'autres cas, la souscription à l'assurance est volontaire (Chine, Indonésie, Kenya, Thaïlande, Etats-Unis).

Un régime d'assurance-maladie est défini ici comme un contrat par lequel des cotisations sont versées par des individus, ou des groupes d'individus, ou en leur nom, à un organisme d'*achat* de soins (c'est-à-dire un *fonds*). Ce fonds est responsable de l'achat, au nom des membres qui y sont affiliés, de soins offerts par des prestataires.[1] Dans les pays ne possédant pas d'assurance universelle, les travailleurs du secteur formel de l'économie, plus que le reste de la population, peuvent bénéficier de régimes d'assurance, car il y est plus facile de prélever des cotisations et de créer des "fonds communs de partage des risques".

Le présent article se limitera aux régimes d'assurance maladie et n'abordera pas la question plus large de la protection sociale. Aussi, l'analyse de l'assurance sera-t-elle centrée sur les travailleurs (et leurs ayants droit) du secteur formel de l'économie. Nous procèderons à la fois à une analyse de ce qui est possible en théorie et à un examen des pratiques effectives afin d'identifier les conditions permettant de rendre faisable et souhaitable l'extension de l'assurance maladie au secteur formel ou informel.

---

[1] Dans certains cas, le fonds et le prestataire forment une seule entité (exemple d'un schéma de pré-paiement géré par un hôpital).

Il est important de considérer la distinction entre le faisable et le souhaitable. Une politique de santé a pour objectif l'amélioration de l'état de santé, l'équité, l'efficience, l'acceptabilité (pour les prestataires et les usagers) et la viabilité. Augmenter le nombre de bénéficiaires des régimes d'assurance maladie peut être un *moyen* pour progresser dans la réalisation de ces objectifs, mais ce n'est pas une *fin en soi.*

Dans notre évaluation, nous allons examiner la validité des stratégies visant à étendre la couverture d'assurance maladie aux travailleurs du secteur formel dans les pays africains. Certaines conditions relèvent des autorités du secteur de la santé. Ces conditions sont principalement liées aux politiques d'assurance sociale, à la législation et à l'organisation du système de santé. D'autres conditions concernent les questions plus larges de politique économique, de pouvoir des différents groupes sociaux, de niveau de développement économique, institutionnel et de gestion. Les pays peuvent se trouver à des étapes différentes selon que l'on considère l'une ou l'autre de ces conditions. L'opportunité d'une extension de la couverture de l'assurance maladie dans le secteur formel peut donc être différente selon les pays.

Objectifs des politiques de santé et d'assurance maladie

Objectifs des politiques de santé

Pour évaluer la validité de quelque instrument de politique de santé que ce soit, y compris l'assurance-maladie, il faut d'abord en définir explicitement les objectifs et identifier les principaux obstacles à leur réalisation. Bien que chaque pays ait sa propre politique de santé, les objectifs d'équité, d'efficacité, d'acceptabilité/qualité, de viabilité des services et d'amélioration des états de santé sont communs à tous. Dans cet article, seules l'équité et l'efficience seront examinées en détail. Les autres objectifs seront considérés, lorsque la pertinence de l'analyse le requiert, par rapport à ces deux grands objectifs.

L'équité dans le secteur de la santé doit être appréhendée sous ses différentes formes (Wagstaff et Van Doorslaer 1993).

L'équité dans le *financement* des soins suppose que le paiement des soins soit lié au niveau de revenu de l'individu, quels que soient ses besoins médicaux.

L'équité dans le *recours* aux soins signifie que l'accès à des services de qualité acceptable et leur utilisation soient basés sur le besoin médical, quelle que soit la capacité de paiement de l'individu.

Si on suppose que le soin améliore la santé, cette seconde dimension devrait être étroitement liée à une troisième qu'est l'équité dans *l'état de santé.*

Cette dernière suppose un modèle de santé et de maladie dans la société qui ne soit pas fondé sur la répartition du revenu et des richesses.

L'analyse des questions d'équité nécessite des comparaisons entre groupes de revenus, mais également la prise en compte d'autres aspects d'iniquités possibles (différences dans le recours aux services et dans la consommation de soins selon les besoins par sexe, âge, origine ethnique, etc.).

L'efficience est également pluridimensionnelle. *Une affectation efficiente* dans le secteur de la santé signifie la répartition des ressources sectorielles la plus optimale possible. Elle est également un bon critère d'évaluation de la place qu'occupe le secteur de la santé dans l'économie nationale. Ainsi, des politiques peuvent affecter l'efficience de l'affectation en modifiant la répartition des ressources au sein du secteur de la santé ou entre celui ci et le reste de l'économie (les problèmes de viabilité financière se posant ici). *L'efficience technique* est un critère plus strict. Il fait référence à la gestion et à l'utilisation des ressources qui ont déjà été affectées au secteur. Les analyses de l'efficience technique tentent de savoir si les services sont produits au meilleur coût possible et dans quelle mesure des méthodes de gestion médiocres ou inadéquates sont sources de gaspillage. *L'efficience administrative* est une troisième dimension liée à l'efficience technique. Elle concerne les coûts de gestion (ou coûts administratifs) du système de santé (OMS 1993). La capacité de gérer de manière efficiente le système de santé est également un élément important de la viabilité des institutions.

Problèmes communs aux systèmes de santé en Afrique

Les pays d'Afrique (comme ceux de la plupart des autres régions du monde) sont confrontés à des problèmes de financement qui ne permettent pas, loin s'en faut, à leurs systèmes de santé, de réaliser les objectifs d'amélioration des états de santé, d'équité, d'efficience, d'acceptabilité et de viabilité des services.

Le principal problème qui se pose à la plupart des pays, est la pénurie de ressources budgétaires publiques face à une demande et à des besoins de soins de santé croissants.

Dans un contexte macro-économique caractérisé, depuis le début des années 1980 jusqu'à ces dernières années, par une croissance lente ou nulle du revenu national ou des budgets publics (et souvent une baisse en termes de revenu réel par habitant), les Etats cherchent à limiter leurs responsabilités financières dans le secteur de la santé (BIT 1993).

La détérioration de la qualité des soins de santé fournis par le secteur public est une des manifestations de cette pénurie budgétaire (Shaw et Ainsworth 1995). Une part croissante du fardeau du financement des services de santé est ainsi transférée aux individus et aux ménages. Dans certains pays, des réformes ont explicitement introduit ou renforcé le paiement direct par les usagers dans les structures publiques de santé. De plus, la baisse de la qualité des soins a poussé les ménages à augmenter leurs dépenses de santé afin d'obtenir des soins de meilleure qualité en ayant recours à des prestataires privés ou en payant quelques fournitures et autres frais "informels" dans les structures publiques de santé. Du fait des restrictions budgétaires et des mesures de paiement direct, la population a dû supporter des frais plus élevés pour accéder, en temps voulu, à des soins de santé de qualité.

Si le paiement des frais constitue un grand obstacle à l'accès aux soins pour les personnes à faible revenu (Gertler et Van Der Gaag 1990), le recours croissant aux prestataires privés et le paiement de frais formels et informels dans le secteur public ont, sans aucun doute, aggravé encore les problèmes d'iniquité.

En plus d'une pénurie absolue des ressources consacrées au secteur de la santé, les tendances des dépenses montrent, dans la plupart des pays, une affectation inéquitable et inefficiente des moyens et des services.

L'exemple le plus frappant en est la concentration des ressources de l'Etat dans les grands hôpitaux urbains. En moyenne, les habitants en zone urbaine ont des revenus supérieurs à ceux des personnes vivant en milieu rural. De plus, cette discrimination en faveur des zones urbaines dans les dépenses de l'Etat signifie que les coûts d'accès à des soins de bonne qualité sont plus élevés pour les habitants des zones les plus reculées (et généralement les plus pauvres). Ainsi, des observations faites dans plusieurs pays (Kenya, Tanzanie, cf Griffin et Shaw, 95), (Indonésie, Ministère de la Santé, 1995) indiquent que les personnes non-démunies consomment plus de soins hospitaliers financés par les deniers publics que les personnes démunies. Cela signifie qu'elles reçoivent une part disproportionnée des subventions de l'Etat.

Ce modèle d'affectation des ressources de l'Etat peut également être critiqué d'un autre point de vue, dans la mesure où les interventions cliniques les plus efficientes que les systèmes de santé peuvent fournir sont celles proposées avec le plus d'adéquation par un centre de santé ou d'autres structures non hospitalières.[2] Les systèmes de santé sont également minés par le gaspillage à grande échelle et d'autres formes d'inefficience technique. Ces problèmes menacent tous les progrès accomplis dans le cadre de réformes visant à améliorer l'efficience et l'équité réelles par une ré-affectation des ressources (Banque Mondiale 1994).

Objectifs de l'assurance-maladie

Etendre ou transformer le rôle de l'assurance dans les systèmes de santé, est un moyen efficace pour les décideurs lorsqu'ils veulent résoudre les problèmes cités. Le besoin de mobiliser des fonds supplémentaires, hors ceux de l'Etat, est le principal motif des politiques visant la la mise au point ou l'extension de régimes d'assurance maladie. Mais l'assurance peut également être un moyen d'étendre l'accès aux soins (en réduisant les barrières financières au moment de la maladie) et de changer le *modèle* de dépense pour améliorer l'efficience de l'affectation des ressources et de leur utilisation. En effet, dans beaucoup de pays industrialisés et de pays à revenu intermédiaire, les réformes des systèmes d'assurance maladie ont été motivées, non pas par la mobilisation de ressources supplémentaires, mais surtout par la maîtrise de la croissance rapide des dépenses de santé. Pour ralentir le taux de croissance des dépenses, on a modifié les mesures incitatives au sein des systèmes de financement de la santé (généralement par des modifications

---

[2] Si la population peut et veut payer des soins de base hors hôpital sur la base du paiement par l'usager. Cependant, un modèle d'affectation de ressources de santé par l'Etat ne ciblant que les prestations à coûts élevés peut être efficient d'un point de vue sectoriel (Hammer et Berman 1995). Les fonds de l'Etat fourniraient alors une assurance pour les prestations à un coût élevé, les événements à faible probabilité, tandis que les sources privées financent d'autres soins de santé individuels. Cependant, en pratique, aucun gouvernement de pays en voie de développement n'a pu affecter ses subventions aux hôpitaux de façon aussi précise.

des méthodes de paiement des prestataires de soins). L'autre objectif a été d'améliorer l'efficience technique et la satisfaction des consommateurs par l'introduction de mécanismes de concurrence structurée dans le secteur de la santé.

Du point de vue des décideurs, les objectifs de l'assurance maladie sont liés à la recherche de l'équité et de l'efficience. Cependant, il y a probablement d'autres groupes organisés dans la société qui peuvent avoir des objectifs différents.

Trois groupes importants apparaissent: les prestataires de soins (associations médicales,..), les travailleurs du secteur formel, (c'est-à-dire les fonctionnaires et les travailleurs du secteur privé formel, soit déjà assurés ou concernés par la création d'un système d'assurance) et les employeurs.

Pour les prestataires de soins, l'assurance maladie doit permettre d'augmenter leurs revenus et de faciliter l'accès aux nouvelles technologies et ainsi améliorer la qualité des soins.

Pour les travailleurs assurés, l'objectif majeur est de consolider et d'augmenter *leurs* bénéfices, c'est-à-dire avoir un choix plus grand et des temps d'attente plus courts, tout en réduisant au minimum le montant de leur cotisation. Les employeurs peuvent être intéressés de voir leur travailleurs en bonne santé mais, ils espèrent également maintenir leur cotisation à un niveau aussi faible que possible de façon à réduire les coûts globaux de production. A cet égard, ils peuvent être des alliés stratégiques des autorités publiques. Comprendre les intérêts des acteurs clés est essentiel si l'Etat veut concrétiser ses objectifs.

Extension de la couverture : questions qu'un gouvernement devrait poser

Une extension de la couverture d'assurance maladie aux populations du secteur formel est-elle réalisable ? Si oui, cette extension sera-t-elle compatible avec les objectifs de la politique de santé ? Pour aider les décideurs à répondre à ces questions, quelques considérations préliminaires et certaines observations faites in situ seront certainement utiles.

La situation actuelle de l'assurance maladie varie considérablement d'un pays africain à l'autre. Les estimations de couverture de la population par l'assurance obligatoire ou par des régimes d'assurance maladie privés varient entre zéro ou presque, dans la plupart des pays, et 25% : 20% environ en Namibie et en Afrique du sud et 25% au Gabon et au Kenya (Monasch 1997).

Certains pays disposent de régimes d'assurance sociale gérés (ou organisés) par l'Etat ; d'autres dépendent plus de l'assurance privée (également appelée "régimes d'aide médicale"). D'autres pays encore utilisent un régime mixte. Ces variantes dans le contexte du "marché" de l'assurance-maladie montrent la nécessité d'avoir une approche pragmatique plutôt que de privilégier des recommandations générales sur le rôle des systèmes d'assurance. Bien que les informations ci-dessous traitent des questions de création ou d'extension des régimes d'assurance, l'essentiel du débat, particulièrement autour des questions d'équité et d'efficience, a trait à la politique de l'Etat quant au système d'assurance maladie existant dans les pays.

Comme indiqué plus haut, une extension de l'assurance maladie peut augmenter les budgets du secteur de la santé, réduire les barrières financières de l'accès aux soins pour les assurés et améliorer l'efficience de l'affectation et de l'utilisation des ressources. Lorsque la couverture de l'assurance effective est universelle et le partage des coûts (les co-paiements) limité ou inexistant, les barrières financières à l'accès sont réduites pour l'ensemble de la population. Cependant, la couverture universelle sur la base de régimes uniques ou multiples n'est pas réalisable (et n'existe pas) dans les pays où un pourcentage relativement important de la population travaille à son compte (agriculteurs) ou dans le secteur informel. Cela en raison des difficultés à prélever les cotisations (ou primes d'assurance) ou à subventionner leurs primes d'assurance.

Néanmoins, certains auteurs (Griffin et Shaw 1995), notamment - estiment que le gouvernement devrait "encourager" l'extension de la couverture de l'assurance au petit secteur formel car cela pourrait, finalement, bénéficier aux non assurés qui sont souvent les plus démunis. Ces deux auteurs soutiennent que les personnes nouvellement assurées auront tendance à recourir plus aux prestataires privés que publics. Cela libèrerait plutôt des ressources étatiques qui seraient réaffectées à la fourniture de soins efficients à la majorité démunie et non-assurée.

D'autres auteurs ont exprimé quelques réserves quant à l'extension des régimes d'assurance au secteur formel, car elle pourrait exacerber les inégalités entre personnes assurées et non-assurées. Les réserves portent sur le fait que l'extension de la couverture d'assurance-maladie implique toujours un certain niveau de subvention de l'Etat aux personnes relativement aisées. De plus, il n'est pas sûr que le budget de l'Etat libéré soit affecté aux personnes démunies ou à une plus grande offre de soins efficients, particulièrement lorsque la taille du secteur formel est modeste. Ainsi, ces régimes améliorent l'accès aux soins pour ceux qui ont déjà un bon niveau d'accès mais n'ont aucun effet positif sur ce plan pour le reste de la population. En réalité, ils seraient mêmes nuisibles. (Kutzin 1995; Bennett et Ngalande-Banda 1994).

Quelle est la validité de ces arguments ? Les responsables du secteur de la santé dans chaque pays se doivent d'évaluer ces sujets eux-mêmes. Ils devraient, en particulier, aborder les questions suivantes :

Questions de faisabilité

1. Quels sont les mécanismes permettant d'étendre le régime de couverture aux personnes travaillant dans le secteur formel de l'économie ?
2. Quelles sont les stratégies à mettre en oeuvre sur le moyen et le long termes pour étendre l'assurance aux segments les plus démunis de la population ?

Questions d'opportunité

3. Comment élargir l'assurance-maladie sans subventionner son achat et éviter que le gouvernement ne concentre encore plus de ressources sur un segment relativement aisé de la population ? Comment, par ailleurs, limiter les subventions accordées à la population assurée lors de l'utilisation des services publics de santé?

4. Comment éviter que les personnels de santé (médecins, infirmières) ne se détournent de la prise en charge des patients du secteur public au profit de celle des patients du secteur privé, situation qui peut être induite par l'extension de l'assurance maladie ?
5. Comment combiner les mesures incitatives et législatives pour organiser la prestation des services et limiter les coûts dans le(s) régime(s) d'assurance ?

Sur la base de l'expérience connue des pays, chacune de ces questions sera abordée dans le cours de l'analyse. Nous essaierons de définir les conditions propres à assurer l'extension de la couverture-santé à la population, au moyen de régimes d'assurance efficaces.

Faisabilité : possibilités d'extension de la couverture

Extension de la couverture au secteur formel. Il y a deux façons d'étendre la couverture du régime d'assurance des travailleurs du secteur formel de l'économie. La première consisterait, pour le gouvernement, à rendre cette couverture obligatoire, par la création d'un régime d'assurance sociale financée par une taxe payée par les employeurs et les employés, ou par l'obligation faite aux employeurs de fournir cette assurance (ou de fournir directement ou de rembourser les soins) à leurs employés. La deuxième façon consiste, pour le gouvernement, à proposer des mesures incitatives aux employeurs et aux individus pour les encourager à souscrire volontairement une assurance.

Plusieurs pays d'Afrique ont mis en place des systèmes d'assurance sociale financés par les cotisations obligatoires des employeurs et des employés pour couvrir les soins de santé des employés dans le secteur formel de l'économie (ex: Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Kenya, Sénégal). Lorsque ces régimes couvrent les fonctionnaires, l'Etat y cotise en tant qu'employeur. Dans certains pays, on demande aux employeurs privés de couvrir les frais de soins de santé de leurs employés, soit en remboursant les dépenses de santé (Zaïre), soit en créant des structures médicales appartenant à une ou plusieurs firmes. (Madagascar) (BIT 1993; Griffin et Shaw 1995; Shepard 1995).

Pour qu'un système d'assurance-maladie soit rélisable et viable, plusieurs conditions administratives doivent être réunies.

Premièrement : l'existence de mécanismes de recouvrement des cotisations dont le montant devrait être défini comme un pourcentage du revenu. Cela suppose une mesure commune et convenue du revenu. Aussi, cette condition implique-t-elle, presque toujours, un prélèvement sur le salaire à la charge des employeurs et des employés du secteur formel de l'économie. Le coût et la difficulté d'une telle opération, s'agissant des personnes travaillant dans le secteur informel et agricole, signifient que l'assurance-maladie fonctionne plus facilement lorsque la plus grande partie de la population travaille dans le secteur formel. De plus, sachant que les salaires sont soumis à plusieurs prélèvements (retraites, assurance chômage, caisse de compensation) dans la plupart des pays, l'obstacle majeur à la faisabilité est l'alourdissement du coût salarial total pour les employeurs. La faisabilité de l'assurance sociale est ainsi limitée par l'augmentation du chômage induite par la mise en place de ce prélèvement (Normand et Weber 1994).

Une deuxième série de conditions administratives à la faisabilité est liée à ce que l'on pourrait appeler "l'infrastructure nationale". Il s'agit en particulier de:

- la nécessité de l'existence d'un noyau d'administrateurs ayant un bon niveau d'instruction et pouvant recevoir une formation pour gérer ce système. La formation et les compétences à acquérir incluraient : la collecte de données, l'analyse statistique, la prise en charge des demandes de remboursement, la gestion financière, l'économie des mesures incitatives, le comportement du prestataire et la négociation. Au-delà de ce besoin en personnel qualifié et spécialisé, la population en général devrait savoir lire et compter afin que le régime soit compris.
- L'adoption d'une législation adéquate permettant d'officialiser ce régime et associée à la capacité de sa mise en œuvre. Les caractéristiques du système à préciser dans la loi incluront les questions d'adhésion et de couverture de la population, des moyens de financement du régime, de la nature des ou du fonds d'assurance sociale (c'est-à-dire l'organisation, l'instance de prise de décision, les responsabilités et la transparence), la relation existant entre le régime et les prestataires et la définition de l'ensemble des avantages auxquels auront droit les assurés.
- La capacité d'offrir les prestations prévues par la loi. A cet effet, l'Etat doit mettre au point un plan global de développement des services de santé en précisant les responsabilités en matière de couverture des populations assurées et non-assurées (Normand et Weber 1994; BIT 1993).

Quelquefois, les employeurs fournissent ou financent volontairement la protection médicale de leurs salariés. En Tanzanie, par exemple, une enquête sur de gros employeurs urbains a révélé que la plupart d'entre eux fournissaient à leurs employés un certain type de couverture médicale (Griffin et Shaw 1995). Certains gouvernements suscitent l'adhésion privée à l'assurance. Pour encourager la souscription à une assurance privée, les gouvernements du Zimbabwe et d'Afrique du Sud ont décidé qu'un certain pourcentage des cotisations patronales aux assurances médicales seraient non-imposables ou déductibles des impôts, (Bennett et Ngalande-Banda 1994; Pillay 1995).

Pour que les mesures incitatives soient efficaces, la volonté et la capacité du gouvernement ne suffisent pas. Lorsque la couverture est volontaire, les avantages de l'assurance doivent être largement supérieurs à son coût pour les individus et pour les employeurs. Sur le plan financier, les primes d'assurance devraient être inférieures au coût moyen des soins. Pour ce faire, plusieurs conditions empiriques et politiques doivent être réunies:

- Premièrement, les frais à la charge de l'usager sont déjà pratiqués. Ce n'est généralement pas un problème là où l'assurance couvre les prestataires privés. Mais, la mise en application du paiement des frais par l'usager dans les services publics est un préalable à l'utilisation d'un régime d'assurance comme source de financement des structures publiques.
- Deuxièmement, le groupe assuré doit être assez large pour que la couverture des événements morbides coûteux de maladie soit bien répartie et permette de maintenir les

primes d'assurance à un niveau bas. La taille du groupe dépend de celle du secteur formel et du nombre d'assurés présents sur le marché.

- Troisièmement, le(s) régime(s) devrai(en)t être conçu(s) de telle manière que les primes soient maintenues à un faible niveau. Les détails de la conception pour améliorer l'efficience interne des régimes d'assurance, seront abordées plus loin dans cet article. Mais, point important, les soins couverts par l'assurance (c'est-à-dire l'ensemble des prestations) devraient d'abord cibler les événements coûteux et de faible fréquence tels que les hospitalisations de référence. Le gouvernement peut influencer directement la conception des prestations dans le cas où l'assurance est organisée en un régime unique de l'Etat ; ou indirectement, par le biais de la législation et de mesures incitatives lorsque l'ensemble des prestations sont fournies par les assureurs privés.
- Quatrièmement, les promoteurs de ce régime ont besoin d'informations sur les dépenses de santé et d'utilisation des services (nature des risques) afin de fixer les primes à des taux assurant l'autofinancement.
- Cinquièmement, si l'assurance est une nouveauté, le gouvernement peut soutenir sa mise en application en convenant d'un fonds qui servirait de capital de départ et qui couvrirait les coûts initiaux de fonctionnement. Enfin, l'assurance doit être organisée et gérée de manière à maintenir les coûts administratifs à un niveau aussi faible que possible (Griffin et Shaw 1995).

Extension de la couverture d'assurance au-delà du secteur formel. L'équité est clairement liée au niveau de couverture atteint par les régimes d'assurance maladie. A mesure que les personnes à faible revenu sont intégrées au système d'assurance, une des difficultés majeures à l'accès aux soins est résolue. Ainsi, l'assurance peut être un puissant mécanisme de promotion de l'équité dans le bénéfice des soins *au sein* de la population couverte (Griffin et Shaw 1995). En se fondant sur l'expérience des pays industrialisés et en voie de développement ayant atteint une couverture universelle, on peut définir plusieurs conditions permettant d'élargir la couverture et de promouvoir l'équité. Certaines de ces conditions relèvent des décideurs du secteur de la santé. Mais, l'extension de la couverture en requiert également d'autres qui échappent au contrôle des autorités sanitaires (Kutzin 1995; OMS 1995). Certaines d'entre elles sont liées à la spécificité des décisions politiques ou à la capacité administrative du pays, d'autres aux réalités macro-économiques et d'autres enfin, sont liées aux questions plus larges de développement culturel et historique. Ces conditions sont détaillées ci-après:

- Une politique nationale rendant obligatoire la couverture universelle et proposant un plan de mise en œuvre. Le gouvernement doit disposer d'un système à même d'administrer les personnes du secteur informel de l'économie, en identifiant celles pour lesquelles il devra subventionner les primes d'assurance, et en ciblant l'affectation des ressources publiques.
- Une croissance des revenus et une augmentation du pourcentage de la population employée dans le secteur formel de l'économie.
- Un système bancaire national efficient et une organisation administrative de haut niveau pour faciliter la circulation des capitaux et des informations ; des connaissances et des compétences spécifiques liées au domaine de l'assurance et à sa gestion (ex : négociation, analyse de données, audit, comptabilité, etc.) sont également nécessaires. La population doit au moins savoir lire et compter.

- L'extension des régimes d'assurance entraînant la mise en commun de fonds de plus en plus importants. Un niveau élevé d'intégrité et de probité est nécessaire dans la gestion des affaires publiques et collectives.
- Les pays qui ont atteint une couverture universelle semblent également avoir une histoire et une culture favorables à la solidarité sociale. Comme pour l'intégrité, il est difficile de mesurer cette solidarité, mais elle est vitale pour la réussite de la généralisation de l'assurance.
- La patience et la volonté d'obtenir un régime d'assurance aussi large que possible sont essentielles, d'autant plus que l'on sait que les premiers bénéficiaires vont former une force puissante dans la consolidation et l'élargissement de *leurs* avantages, plutôt que dans l'extension de l'assurance aux autres groupes de population.

Cette liste de conditions est imposante. Les gouvernements devraient sérieusement mesurer les difficultés avant de s'engager dans la création d'un régime national de sécurité sociale.

Dans la plupart des pays qui ont atteint une couverture universelle (Allemagne, Japon, République Tchèque, Costa Rica), le passage d'une couverture partielle à une couverture totale de la population a nécessité 40 à 100 ans d'efforts. Le pays le plus rapide à opérer ce passage a été la Corée du Sud qui l'a accompli en 12 ans. Cela a été possible grâce à l'engagement de l'Etat, à un système politique local décentralisé fort et capable d'effectuer des enquêtes régulières sur les ressources pour identifier les personnes devant être assistées, et à un contexte de croissance annuelle du PIB de plus de 10% par habitant, pendant cette période (OMS 1995).

Concernant les pays africains, il serait peut-être plus judicieux de songer à soutenir la mise en place de régimes d'assurance pour les secteurs informels, ruraux et urbains de l'économie. Bien que cette question dépasse la portée de cet article, il est important de noter que les gouvernements pourraient jouer un rôle important vis à vis de ces régimes, même si les exemples bien documentés sur ce sujet soient limités et montrent une faible implication des autorités nationales.[3] Lorsque les régimes d'assurance et de pré-paiement existent dans le secteur informel, les Etats devraient obtenir le maximum d'informations sur ces régimes et les insérer dans le système de santé dans son ensemble. Cela pourrait, en fin de compte, déboucher sur une coordination des systèmes de prestations et de financement regroupant tous les régimes existant dans un pays. Ainsi serait élargie la taille des populations assurées. Cependant, se fondant sur une analyse de l'expérience existante, Creese et Bennett (1997) concluent qu'une généralisation des régimes d'assurance-maladie aux personnes se situant hors du secteur formel de l'économie n'est probablement pas possible dans les pays pauvres.

Opportunité: Les Etats doivent-ils promouvoir une assurance élargie ?

Couverture partielle et équité sectorielle. Si des décisions sont prises pour étendre, par le biais de régimes d'assurance maladie, la couverture à des personnes travaillant dans le secteur

---

[3] Voir Creese et Bennett (1997) pour une analyse globale, et pour un exposé de ce que l'on pourrait présenter comme étant le régime rural de pré-paiement le plus réussi, le régime de la zone sanitaire de Bwamanda au Zaïre, voir Moens et Carrin (1992) ou Shepard, Vian et Kleinau (1990).

formel, comment évoluera la répartition des subventions de l'Etat à la santé ? Sera-t-elle plus ou moins équitable ? Et qu'adviendra-t-il de l'accès aux soins pour les personnes assurées, mais aussi pour l'ensemble de la population ? Les réponses à ces questions dépendent de plusieurs conditions dont beaucoup sont liées à la politique choisie. Le segment de la population le plus démuni et non-assuré pourrait en tirer profit, si le groupe nouvellement assuré " autofinançait " le régime et s'il se tournait vers le secteur privé pour les soins. Cela permettrait à l'Etat d'affecter le budget de la santé à ceux qui continueraient à utiliser le système public de soins (Shaw et Griffin 1995). Autrement dit, les conditions techniques pour promouvoir l'équité par l'extension de l'assurance aux personnes travaillant dans le secteur formel de l'économie devraient être les suivantes:

- Les personnes nouvellement assurées doivent s'orienter vers les soins financés par le privé afin que les recettes publiques, ainsi libérées, soient supérieures aux subventions de l'Etat (dégrèvement fiscal) accordées à l'extension de l'assurance.
- Pour les personnes nouvellement assurées continuant à utiliser les structures sanitaires publiques, les tarifs doivent être fixés à des taux assez élevés pour recouvrer totalement les coûts ou, pour permettre, si possible, une sorte de subvention croisée des soins pour les non assurés. Les prestataires publics doivent calculer les coûts des soins et s'assurer que les taux appliqués aux bénéficiaires de l'assurance égalent au moins le coût unitaire.
- Les ressources de l'Etat, nouvellement libérées, doivent être maintenues dans le secteur de la santé et doivent être réaffectées aux services utilisés par les groupes démunis.

Les études disponibles indiquent que certains pays ont eu des difficultés à réunir ces conditions. L'extension de la couverture du secteur formel par le biais d'une assurance-maladie a donc généralement aggravé les iniquités. Pour les pays africains, la taille relativement modeste du secteur formel et sa relative richesse économique constituent un obstacle majeur à l'équité. La promotion de l'assurance détourne les ressources vers cette partie de la population et les gouvernements n'ont pas voulu, ou n'ont pas pu, mettre en place les autres conditions de réaffectation effective de ces ressources aux plus démunis. Ainsi, la promotion de l'équité lors de l'extension de l'assurance est conditionnée, non seulement par la manière dont le régime est financé, mais également par la politique générale de l'Etat en matière d'affectation des ressources au secteur de la santé. (Bennett et Ngalande-Banda 1994).

Au Burundi, par exemple, un régime d'assurance sociale obligatoire pour les fonctionnaires et les militaires, les employés des entreprises para-étatiques et des universités et leurs ayants droit a créé de grandes iniquités dans l'appropriation des subventions publiques par le secteur de la santé. "Les employeurs" (c'est-à-dire l'Etat ou les organismes qu'il subventionne) ont financé ce régime (la Mutuelle de la Fonction publique ou MPF) par le biais d'une taxe de 7,5% sur les salaires (dont 3% sont prélevés sur les salaires des employés). En 1991, les dépenses publiques de soins consommés (en grande partie dans le secteur privé) par ce groupe économiquement favorisé (6% environ de la population), ont atteint 30% environ des dépenses étatiques totales de santé (Banque Mondiale 1993). Même si, par ce régime d'assurance, tous les bénéficiaires se détournent des services publics de soins au profit des services privés (une hypothèse extrême), il est très peu probable que les ressources publiques libérées par un tel changement compensent le montant dépensé par l'Etat pour assurer ce groupe.

Le régime d'assurance obligatoire des fonctionnaires en Indonésie, donne une preuve

supplémentaire des iniquités induites par les régimes créés pour les personnes employées par l'Etat. Ce régime menace encore plus l'équité car le principal avantage qu'il procure est l'usage libre des hôpitaux publics alors que les taux de remboursement sont inférieurs au coût des services. Ainsi, dans ce régime, on subventionne à la fois la souscription à l'assurance (par la contribution de l'Etat "employeur") et l'usage des services (par des coûts assumés inférieurs aux prix pratiqués dans les hôpitaux publics). Une étude de la Banque Mondiale a montré que les bénéficiaires de ce régime fréquentaient les hôpitaux publics cinq fois plus que la moyenne nationale (Prescott 1991). Cette situation est fréquente dans beaucoup de pays africains où les taux de remboursement pour les "patients individuels" dans les hôpitaux publics ne couvrent pas pleinement les coûts totaux des soins reçus.

Les iniquités dans le financement et la consommation des soins sont tout à fait possibles dans les pays où des mesures fiscales incitatives sont utilisées pour promouvoir l'assurance. En Afrique du Sud, par exemple, les cotisations de l'employeur aux régimes d'aide médicale sont exonérées ou déductibles des impôts. Comme dans d'autres pays, ces avantages fiscaux représentent les subventions de l'Etat à une partie relativement aisée de la population. Les 19% de la population, ceux qui bénéficient de la couverture assurance-santé représentent environ 50% du total des dépenses de santé (Pillay 1995). Ainsi, ces régimes utilisent (indirectement) les deniers de l'Etat pour améliorer l'accès aux soins de la population qui jouit déjà d'un accès relativement satisfaisant (du moins pour ce qui est des soins primaires). Il n'est nullement prouvé que ces régimes aient libéré des ressources publiques pouvant être ré-affectées à la majorité non-assurée et la plus démunie de la population.

Ces illustrations montrent que les Etats devraient être prudents en matière d'extension de l'assurance aux segments relativement aisés de la population. Les régimes d'assurance maladie en Afrique (et dans beaucoup d'autres parties du monde où les secteurs formels sont relativement modestes) ont tendance à ne pas " s'auto-financer ". Au contraire, ils absorbent généralement une subvention publique substantielle. Pourquoi ? L'une des réponses à cette question est que les conditions techniques énoncées dans cet article n'ont pas été réunies. Mais cela soulève d'autres questions : pourquoi ces conditions techniques n'ont-elles pas été réunies ? Il n'y a pas d'études suffisantes sur les expériences des pays pour répondre à ces questions. Mais il n'est pas sûr que cette situation soit le résultat de défaillances de conception pouvant être corrigées par une solution technique. Par contre, ces questions mettent probablement en cause la capacité administrative et le pouvoir de groupes d'intérêt bien organisés. Pour qu'un régime d'assurance maladie libère des ressources à réaffecter, le coût du régime doit être réduit au minimum. Cela nécessite une forte capacité d'administration. Lorsque les assurés utilisent les hôpitaux publics, les pouvoirs publics doivent pouvoir calculer les coûts des hospitalisations (et de façon précise, par exemple, les coûts des chambres individuelles susceptibles d'être utilisées par la population non-assurée et non pas simplement le coût moyen d'une hospitalisation). Ils doivent mettre régulièrement à jour ces informations afin que les tarifs (c'est-à-dire les taux de remboursement) puissent être fixés et assurer une subvention croisée du secteur public. Du point de vue du rapport de force, la population assurée peut être très bien organisée (en raison de la taille relativement modeste, mais du rôle économique important, du secteur formel) et peut faire ainsi pression sur le gouvernement pour qu'il élargisse les prestations couvertes par l'assurance, et, éventuellement, pour qu'il subventionne directement ses cotisations. Les organisations professionnelles de prestataires, telles les associations médicales, peuvent également constituer une force puissante et faire pression sur

le gouvernement pour qu'il augmente le montant des remboursements que leur versent les assurances. Chacun de ces facteurs limite la possibilité de l'assurance à générer un surplus de ressources à redistribuer aux non-assurés. Si le gouvernement est véritablement déterminé à utiliser l'assurance dans le secteur formel pour accroître les ressources à mettre à la disposition des non-assurés, il aura besoin d'un certain savoir-faire politique pour accompagner ses objectifs techniques. Des campagnes de sensibilisation et des stratégies d'alliance avec d'autres groupes organisés (les employeurs, et éventuellement, les associations d'assureurs privés) seront nécessaires.

La leçon à tirer de l'expérience n'est pas que l'extension de l'assurance aggrave à coup sûr la question de l'équité mais plutôt que les méthodes choisies pour la promouvoir doivent faire partie d'une stratégie globale visant l'équité. Comme le notent, à juste titre, les promoteurs de l'extension de l'assurance au secteur formel en Afrique, les systèmes de santé existants se caractérisent déjà par des iniquités importantes (Griffin et Shaw 1995). Les gouvernements doivent analyser avec prudence les contextes et problèmes actuels et réfléchir aux options permettant d'améliorer l'équité dans le financement et l'accès aux soins, avant de décider si les mesures visant à étendre la couverture d'assurance dans le secteur formel (ou à réformer les politiques actuelles en matière d'assurance) constituent le meilleur choix. Dans le cadre de cette évaluation, ils doivent déterminer quelle probabilité ils ont de réunir les conditions techniques pour que l'extension de l'assurance améliore l'équité. La réunion de ces conditions exigera des capacités de gestion et une confidentialité de l'aspect politique de la mise en œuvre de cette démarche.

Comment retenir un personnel de santé déjà insuffisant au service des patients du secteur public?

Même si le gouvernement met en place une politique d'extension de l'assurance pour augmenter les recettes disponibles en faveur de la population non-assurée et démunie, l'expansion du secteur privé, induite par la croissance de l'assurance, pourrait entraîner la fuite d'un personnel qualifié et déjà insuffisant du secteur public vers le privé. Cela pourrait remettre en cause la possibilité d'améliorer l'équité dans la consommation des soins, car moins de prestataires qualifiés resteront dans le service public. Ainsi, il est important de savoir quel impact pourrait avoir une assurance élargie, sur la répartition du personnel qualifié dans le secteur de la santé et si des politiques pour arrêter cette "fuite des cerveaux" du secteur public vers le privé pourraient être définies et appliquées.

Les observations sur la répartition du personnel dans les secteurs public et privé (et son lien avec la couverture de l'assurance) montrent que cette répartition peut être encore plus inéquitable (en termes de différences entre urbain/rural) que celle des autres ressources (OMS 1995).

En Afrique du Sud, par exemple, la croissance relative du secteur privé, au cours de la décennie écoulée, a eu pour effet de multiplier par quatre le nombre d'habitants par médecin dans le secteur privé par rapport au secteur public (Pillay 1995). L'extension de la couverture d'assurance peut accroître la prestation privée, y compris le développement ou l'expansion des hôpitaux privés à but lucratif et la pratique médicale privée individuelle ou de groupe. Les structures privées sont susceptibles d'être plus attrayantes pour les professionnels parce qu'elles

offrent la possibilité de faire de plus grands bénéfices (financés par l'assurance) et de meilleures conditions de travail. Avec la tendance des employés du secteur formel à se concentrer dans les zones urbaines, une extension de la couverture de l'assurance pour ce groupe pourrait exacerber les différences " rural/urbain " dans la disponibilité de prestataires de soins qualifiés. La croissance du secteur privé entraînerait probablement un mouvement du personnel du secteur public vers le secteur privé dans les zones urbaines et exercerait une attirance sur les prestataires publics d'autres régions du pays.

Il n'y a pas eu de travaux empiriques pour illustrer l'impact de l'extension de l'assurance maladie sur la répartition du personnel qualifié. Ainsi, est-il difficile de définir avec précision les conditions requises pour limiter les conséquences potentiellement néfastes de cette extension sur l'équité, de la disponibilité des prestataires. En termes techniques, il est nécessaire d'avoir suffisamment de prestataires qualifiés pour offrir des soins à la population assurée, sans détourner le personnel employé auparavant au service des non-assurés. Parallèlement, le revenu fourni par l'assurance aux prestataires ne devrait pas réduire la capacité des services publics de santé d'attirer du personnel (OMS 1995). De plus, en limitant les paquets de prestations aux soins hospitaliers, on devrait réduire le départ de médecins et d'infirmiers vers le secteur privé.

En pratique, les Etats africains ont essayé d'introduire des politiques de maintien du personnel qualifié dans le système public de soins. Ainsi, le Zimbabwe et le Lesotho par exemple, ont institué un système de contrat alors que les salaires du secteur public ont été augmentés au Nigeria et au Zimbabwe. Cependant, ces politiques ne semblent pas avoir été très efficaces. Une autre option utilisée au Malawi et au Zimbabwe permet aux médecins du secteur privé de pratiquer dans les hôpitaux publics et en échange, ils acceptent de traiter gratuitement les patients du secteur public (Bennett et Ngalande-Banda 1994). Le problème du maintien du personnel dans le secteur public n'est pas spécifiquement lié à l'extension de l'assurance maladie mais il est clair qu'elle l'aggrave.

Il n'y a pas de réponses précises quant à la meilleure manière de maintenir le personnel dans le secteur public, dans le contexte d'un secteur privé en expansion. De nombreuses options doivent être élaborées, en liaison avec des réformes internes, pour améliorer les salaires et les conditions de travail dans le secteur public. D'autres mesures sont à retenir, telles des accords ou des contrats avec des prestataires privés, pour offrir des services aux patients du secteur public. En tout état de cause, les décideurs doivent être conscients que les politiques d'extension des couvertures d'assurance dans le secteur formel peuvent détourner encore plus l'offre de services en raison de la fuite des prestataires qualifiés vers le secteur privé (c'est-à-dire des patients les plus démunis vers les plus riches) et concentrer encore plus les prestataires de services dans les zones urbaines.

Que peuvent faire les gouvernements pour renforcer l'efficience dans les régimes d'assurance?

Les questions abordées dans cet article concernaient principalement l'équité. Les gouvernements devraient également se soucier de l'efficience des régimes d'assurance dans le secteur formel. Il y a deux grandes raisons à cela:

- Premièrement, l'efficience, en elle-même, est un objectif et les Etats devraient essayer de

la promouvoir dans l'ensemble du secteur pour améliorer le bien être social.

- Deuxièmement, lorsque les régimes d'assurance couvrent une partie relativement réduite et privilégiée de la population, des régimes efficients sont décisifs pour que le gouvernement puisse promouvoir *l'équité* sectorielle d'ensemble. La raison en est que si les coûts du régime d'assurance sont maintenus sous contrôle, la pression pour que le gouvernement augmente les subventions à la population assurée (par le biais de la contribution de "l'employeur" à l'assurance sociale pour les fonctionnaires ou du dégrèvement fiscal pour la souscription volontaire à l'assurance) sera moindre. Cela, à son tour, rend le régime d'assurance plus à même de " libérer " des ressources que le gouvernement peut réaffecter aux non-assurés. Ainsi, l'efficience du sous-secteur de l'assurance est essentiel pour l'équité globale de l'affectation des ressources de santé.

Comme l'ont noté Shaw et Griffin (1995), les risques doivent être mis en commun sur une grande échelle pour que l'assurance soit efficiente et pour que, de la sorte, les montants des primes soient maintenus à des niveaux aussi bas que possible. Pour les systèmes d'assurance existants, cela peut être facilité par une politique de l'Etat encourageant la constitution de groupes importants. S'il y a un marché de l'assurance maladie très restreint ou inexistant dans un pays, un rôle significatif peut être constitué par le biais d'un régime unique géré par l'Etat ou d'un régime unique géré par un organisme d'Etat autonome ou une société à but non lucratif. Dans certains pays, la législation existante doit être changée pour permettre la constitution de plus grands pools de risques. Au Sénégal, par exemple, la législation requiert de chaque firme privée, employant plus de 100 personnes, de former son propre groupe d'assurance. Cela a eu pour résultat la création de plusieurs groupes d'assurance de petite taille. C'est pourquoi le système d'assurance sociale maladie sénégalais a souffert de difficultés financières (Vogel 1988). Lorsque la législation existe, elle devra être révisée pour faciliter la fusion des groupes et créer des pools de risques plus importants.

L'Etat dispose de plusieurs autres moyens d'influer sur l'efficience des accords d'assurance maladie. Il y a les mesures incitatives et la réglementation pour les assureurs et les prestataires privés ou bien le financement direct de l'assurance par l'Etat. Les instruments clés dont dispose le gouvernement sont la régulation ou la définition des paquets de prestations, les moyens d'accès aux soins et les méthodes de paiement des prestataires. Le gouvernement dispose d'autres moyens ayant une grande importance en termes d'effets sur l'efficience ou l'inefficience.

Le rôle de l'organisme assureur (c'est-à-dire l'achat et la propriété du fonds), dans les régimes d'assurance maladie, qu'ils soient de gestion publique ou privée, est le facteur qui semble avoir le plus d'effets sur l'efficience. Lorsqu'il agit simplement comme *intermédiaire financier* qui collecte les primes d'assurance et rembourse les frais, comme dans les régimes d'assurance publics en Chine et les régimes privés libres en Afrique du Sud, aux Etats-Unis et au Zimbabwe, le volume des services consommés tend à augmenter de façon considérable, entraînant un accroissement des coûts globaux. Dans les systèmes où l'assureur agit comme acheteur actif de prestations, recherchant économie et efficience, les augmentations de coûts ont été limitées (Kutzin 1995; Kutzin et Barnum 1992).

De nombreuses études de par le monde, (Chine, République Tchèque, Afrique du Sud, Corée du Sud, Etats-Unis), montrent que le paiement à l'acte des prestataires par les assureurs entraîne rapidement des coûts croissants et incite à produire des services en excès. Ce mécanisme de paiement tend à inciter les prestataires à "induire" la demande parce que les patients dépendent des prestataires pour l'information sur leur traitement et parce que le paiement à l'acte pousse à augmenter le volume des services en vue d'accroître le revenu des prestataires. Eviter le remboursement non régulé du paiement à l'acte est, parmi tous les conseils utiles, une recommandation forte. (Barnum, Kutzin et Saxenian 1995; OMS 1995). D'autres formes de paiement de prestataires telles que la capitation peuvent être retenues par les gouvernements, en matière de régimes d'assurance sociale. Lorsque l'assurance privée existe, les gouvernements devraient encourager les assureurs à utiliser d'autres moyens que le paiement à l'acte. Cela peut être réalisé par le biais de mesures fiscales limitant la déductibilité des primes pour les assurances utilisant le paiement à l'acte, tout en maintenant la déductibilité pour les assurances qui utilisent d'autres méthodes de paiement des prestataires.

Le risque d'inefficience découlant de systèmes de paiement à l'acte peut être, dans une certaine mesure, limité par les contrôles prospectifs et rétroactifs sur le volume des soins ; mais leur application effective requiert une capacité administrative importante et un système d'information. Le remboursement rétroactif au cas, tel que le paiement hospitalier pour les groupes homogènes de malades (DRG ou GHM), constitue, d'un point de vue technique une amélioration par rapport au paiement à l'acte parce qu'il finance les outputs plutôt que les intrants. Mais ces méthodes de paiement nécessitent des systèmes complexes et onéreux de contrôle des prestataires et des mises à jour des taux de paiement. Par conséquent, elles ne sont probablement pas praticables dans les pays pauvres (Kutzin 1995).

Disposer d'une fonction d'*aiguilleur* pour contrôler l'accès aux services de référence, qui peuvent être onéreux, est essentiel pour limiter les coûts. Cette fonction est un élément important des systèmes de santé dans beaucoup de pays industrialisés tels le Danemark, la Finlande, l'Irlande, la Nouvelle Zélande, le Portugal, la Suède et le Royaume-Uni, (pays qui possèdent des systèmes nationaux de santé effectifs ou des systèmes d'assurance sociale). Dans ces pays, la fonction d'aiguilleur est généralement tenue par un médecin généraliste. Dans beaucoup de pays, les aiguilleurs sont une caractéristique des régimes privés d'assurance. Ils existent, par exemple, dans les réseaux de soins coordonnés (HMOs) que l'on retrouve au Chili, aux Philippines, en Afrique du Sud, aux Etats-Unis et ailleurs. La fonction d'aiguilleur est renforcée dans les systèmes tels que les HMOs et l'accord de médecins généralistes gestionnaires de fonds au Royaume Uni, où ces médecins aiguilleurs supportent un certain risque financier lié à la nature de leurs décisions cliniques (Kutzin 1995).

Limiter les avantages couverts par ces régimes aux événements de santé peu fréquents mais coûteux est une autre façon de réduire les coûts d'assurance. Ces événements sont souvent qualifiés de "catastrophiques" et la couverture d'assurance "catastrophique" prémunit les individus contre ces coûts. Si le pool d'assurance est assez grand, la couverture "catastrophique" peut être de faible coût car les risques sont partagés entre le plus grand nombre de personnes. Cette approche peut être effective dans le financement des soins de référence (hospitaliers pour la plupart) de la population non-assurée (Griffin et Shaw 1995). Bien qu'il puisse sembler inadéquat de ne pas couvrir les soins de base, il est assez probable que les employés du secteur formel

puissent payer, et paieront, de leur poche leurs soins ambulatoires. Néanmoins, cette approche peut comporter quelques problèmes. A moins que des procédures administratives effectives telles le recours à l'aiguilleur, au deuxième examen obligatoire ou à l'approbation du fonds d'assurance des admissions soient mises en place, ce type d'assurance peut provoquer une sur-utilisation des hôpitaux et une plus grande concentration des ressources à ce niveau. La raison en est que les personnes assurées auront une forte tendance à demander à leurs prestataires de les traiter de manière à réduire les coûts à paiement direct. Sinon, il se peut qu'il soit politiquement très difficile de limiter les avantages à la couverture " catastrophique ". L'expérience de plusieurs pays, (la république Tchèque et la Thaïlande par exemple) laisse supposer que le secteur formel et les fonctionnaires lutteront pour augmenter leurs avantages dans ces programmes et que leurs demandes seront difficiles à refuser pour les gouvernements. En effet, l'augmentation des avantages acquis peut être plus probable que la croissance de la population bénéficiant d'une couverture sociale (OMS 1995).

Il est important de se rappeler les obstacles politiques cités auparavant comme freins à la création d'un surplus - à partir de la population assurée - qui pourrait être réaffecté aux services de santé utilisés par les non-assurés. Ces obstacles sont susceptibles de limiter la capacité du gouvernement à encourager l'efficience dans les régimes d'assurance. Par exemple, les médecins résisteront aux tentatives de sortie d'un système de paiement à l'acte, tandis que la population assurée est susceptible de résister à d'autres changements, tels l'introduction de médecin aiguilleur, qui vont limiter leurs choix de prestataires. Le gouvernement peut très bien partager avec les employeurs l'intérêt commun à garder les coûts des régimes d'assurance sous contrôle; cependant, il devrait collaborer activement avec eux pour promouvoir des réformes visant l'efficience.

Conclusions

Quelque soit l'attitude du gouvernement face à la question de l'extension des régimes d'assurance pour le secteur formel, beaucoup de pays auront à engager des réformes majeures dans les régimes actuels d'assurance maladie. Un grand nombre des mesures suggérées ici s'appliquent aux régimes existants et devront être considérées comme des domaines d'action possibles du gouvernement. Ainsi, les gouvernements peuvent-ils agir pour réduire les inefficiences existant dans les assurances, s'ils veulent améliorer à la fois l'efficience et l'équité dans l'ensemble du secteur de la santé.

En théorie, les acquis en termes d'équité et d'efficience peuvent résulter de la promotion de l'extension de la couverture d'assurance pour le petit secteur formel ; mais les conditions nécessaires pour les réaliser sont draconiennes et requièrent un important engagement de la part du gouvernement. En l'absence de ces conditions, la promotion de ce type d'assurance va aggraver les iniquités existantes, car une part plus grande des deniers de l'Etat sera absorbée par les groupes de population les plus riches, des ressources ne seront pas "libérées" de façon significative pour les plus démunis, et les iniquités dans la répartition des personnels de santé, et notamment des services de médecins, seront exacerbées.

De plus, l'extension des régimes d'assurance n'améliorera pas l'efficience de l'affectation; elle pourra même l'aggraver (par une plus grande concentration sur les soins urbains tertiaires) à moins que les prestations et l'accès aux structures de référence puissent être gérés de façon effective. Jusqu'ici, les observations faites révèlent un large fossé entre les effets désirés de l'extension de l'assurance et les effets réels observés dans les pays où elle a été mise en oeuvre. Les raisons en sont probablement liées à l'impact que des groupes d'intérêts puissants ont eu sur la conception de la politique du gouvernement.

Les choix de politique du gouvernement et les priorités définies devraient trouver leur source dans la réalité du développement institutionnel et économique et être orientés vers la quête d'objectifs de politique plus large d'équité et d'efficience *pour l'ensemble du secteur*.
Lorsqu'on examine un choix politique, telle que la démarche de création et d'extension des régimes d'assurance dans le contexte d'un secteur formel relativement modeste, les questions à se poser seraient les suivantes : "Quels sont les problèmes prioritaires auxquels est confronté le secteur ? L'extension des régimes d'assurance va-t-elle améliorer ou aggraver la situation ?"

Jusqu'ici les observations faites sur les régimes d'assurance pour le secteur formel suggèrent que, même si ces régimes peuvent être souhaitables en théorie et même s'ils sont avantageux pour les bénéficiaires, ils ont eu des effets négatifs sur l'équité et sur l'efficience de l'ensemble du secteur de la santé. Dans les pays qui jouissent déjà d'un sous-secteur d'assurance bien établi, la politique du gouvernement devrait cibler l'amélioration de l'efficience des régimes existants (afin que leur consommation de subventions étatiques soit réduite) plutôt que l'extension de la couverture à d'autres personnes dans le secteur formel. Dans les pays ayant une couverture très modeste, ou n'ayant pas de couverture du tout, la création ou l'extension de ces régimes n'est pas un objectif prioritaire pour le gouvernement, eu égard à la nécessité pressante d'améliorer le fonctionnement des services de santé de base pour la majorité de la population (pour que l'accès à des services de qualité soit "assuré" aux personnes qui n'en sont pas actuellement bénéficiaires). De plus, le succès de ces régimes augmente la demande en personnel de gestion, d'administration et d'analyse qualifié, personnel déjà insuffisant, comme pour le personnel médical qualifié, les régimes d'assurance peuvent détourner ces personnes du service de la majorité vers celui de la minorité privilégiée.

Références

Banque mondiale. 1993. *Burundi: Health Sector Reform Project.* Staff Appraisal Report 12411-BU. South-Central Africa and Indian Ocean Department, Human Resources Operations Division. Washington, DC.

Banque mondiale. 1994. *Better Health in Africa: Experience and Lessons Learned.* Development in Practice Series. Washington, DC.

Barnum, Howard, Joseph Kutzin, and Helen Saxenian. 1995. "Incentives and Provider Payment Methods." *International Journal of Health Planning and Management* 10(1):23-45. Also available with the same title as: Human Resources Development and Operations Policy Working Paper 51. Washington, DC: World Bank, Human Development Department.

Bennett, Sara and Ellias Ngalande-Banda. 1994. "Public and Private Roles in Health: A Review and Analysis of Experience in Sub-Saharan Africa." Current Concerns Series, SHS Paper Number 6. WHO/SHS/CC/94.1. Geneva: World Health Organization, Division of Analysis, Research, and Assessment.

BIT (Bureau International du Travail). 1993. "Health Care Under Social Security in Africa: Taking Stock of Experience and Potential." ILO Working Paper, Social Security Department. Geneva.

Creese, Andrew and Sara Bennett. 1997. "Rural Risk-Sharing Strategies." In Schieber, George J. Ed. *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997.* Discussion Paper No. 365. Washington, DC: World Bank.

Gertler, Paul and Jacques van der Gaag. 1990. *The Willingness to Pay for Medical Care.* Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.

Griffin, Charles C. and R. Paul Shaw. 1995. "Health Insurance in Sub-Saharan Africa: Aims, Findings, Policy Implications." In Shaw, R. Paul and Martha Ainsworth, Eds. *Financing Health Services through User Fees and Insurance: Case Studies from Sub-Saharan Africa.* World Bank Discussion Paper 294. Washington, DC: World Bank, Africa Technical Department.

Hammer, Jeffrey S. and Peter A. Berman. 1995. "Ends and Means in Public Health Policy in Developing Countries." In Berman, Peter A., Ed. *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable.* Boston, Massachusetts, USA: Harvard University Press.

Kutzin, Joseph and Howard Barnum. 1992. "Institutional Features of Health Insurance Programs and their Effects on Developing Country Health Systems." *International Journal of Health Planning and Management* 7(1):51-72. Also available as: "How Health Insurance Affects the Delivery of Health Care in Developing Countries." Policy Research Working Paper 852. Washington, DC: World Bank, Human Development Department.

Kutzin, Joseph. 1995. "Experience with Organizational and Financing Reform of the Health Sector." Current Concerns Series, SHS Paper Number 8. WHO/SHS/CC/94.3. Geneva: World Health Organization, Division of Analysis, Research, and Assessment.

Moens, Freddy and Guy Carrin. 1992. "Prepayment for Hospital Care in the Bwamanda Health Zone (Zaire)." In Carrin, Guy, Ed. *Strategies for Health Care Finance in Developing Countries*. London: MacMillan Press, Ltd.

MOH Indonesia (Ministry of Health of the Republic of Indonesia). 1995. "Health Care Financing Reform in Indonesia." Presentation by the MOH Bureau of Planning to the WHO Intercountry Consultation on Health Care Financing Reforms. Bangkok, Thailand: 2-6 October 1995.

Monasch, C. Roeland. 1997. "Health Insurance Coverage Data." Unpublished summary document. Geneva: World Health Organization, Division of Analysis, Research, and Assessment.

Normand, Charles and Axel Weber. 1994. *Social Health Insurance: A Guidebook for Planning*. WHO/SHS/NHP/94.3. Geneva: World Health Organization and International Labour Office.

OMS (Organisation mondiale de la Santé). 1993. "Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services: Report of a WHO Study Group." WHO Technical Report Series 829. Geneva.

OMS (Organisation mondiale de la Santé). 1995. "Interregional Consultation on Health Insurance Reform." Report of meeting held in Seoul, Republic of Korea, 3-7 April 1995. WHO/SHS/NHP/95.9. Geneva: Division of Analysis, Research, and Assessment.

Pillay, Sagie. 1995. "Country Report on South Africa." Presentation to the WHO Interregional Consultation on Health Insurance Reform. Seoul, Republic of Korea: 3-7 April.

Prescott, Nicholas, Ed. 1991. *Indonesia: Health Planning and Budgeting*. A World Bank Country Study. Washington, DC.

Shaw, R. Paul and Martha Ainsworth, Eds. 1995. *Financing Health Services through User Fees and Insurance: Case Studies from Sub-Saharan Africa*. World Bank Discussion Paper 294. Washington, DC: World Bank, Africa Technical Department.

Shaw, R. Paul and Charles C. Griffin. 1995. *Financing Health Care in Sub-Saharan Africa through User Fees and Insurance*. Washington, DC: World Bank.

Shepard, Donald S. 1995. "Social Security and Health Financing in Côte d'Ivoire." Report prepared for the World Bank. Washington, DC.

Shepard, Donald S., Taryn Vian, and Eckhard F. Kleinau. 1990. "Health Insurance in Zaire." Policy, Research, and External Affairs Working Paper 489. Washington, DC: World Bank.

Vogel, Ronald J. 1988. *Cost Recovery in the Health Care Sector: Selected Country Studies in West Africa.* World Bank Technical Paper 82. Washington, DC.

Wagstaff, Adam and Eddy Van Doorslaer. 1993. "Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Concepts and Definitions." In Van Doorslaer, Eddy, Adam Wagstaff, and Frans Rutten, Eds. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective.* Oxford: Oxford University Press.

ANNEXE I

Glossaire de termes d'assurance maladie

Acheteur: Organisme chargé de *l'achat* de services de santé auprès de prestataires. Cela inclut toujours le fonds d'assurance même mais certains régimes impliquent aussi d'autres *acheteurs*, y compris des entités qui sont également prestataires de services. Voir *Fonds* et *Tiers payant*.

Aiguilleur: Organisme ou individu chargé de déterminer l'accès aux services de référence. La fonction d'*aiguilleur* relève généralement de la responsabilité du prestataire de soins primaires lors du premier contact.

Assurance sociale (maladie): Système de financement de soins par les contributions à un fonds d'assurance fonctionnant dans le cadre de la législation. L'assurance sociale implique généralement des contributions obligatoires indexées sur le revenu devant être versées par les employeurs et par les employés.

Budgets: Affectation périodique de fonds à des services de santé. Le montant total affecté est déterminé à l'avance (de manière prospective).

Capitation: Paiement fixe versé aux prestataires par bénéficiaire du régime d'assurance. Les prestataires payés par capitation supportent le risque financier lié à la délivrance d'un paquet de services à la population bénéficiaire.

Co-assurance: Pourcentage des frais totaux d'une prestation qui doit être payé directement par les bénéficiaires.

Co-paiements: Montants fixes que les bénéficiaires paient de leur poche pour chaque service utilisé.

Coûts "catastrophiques": Ce sont les coûts découlant du traitement d'une maladie, ils peuvent être extrêmement élevés pour un revenu de ménage ou individuel. Les coûts catastrophiques sont généralement des soins hospitaliers de référence.

Demande induite par le fournisseur: Phénomène né du lien de dépendance qui existe entre les patients et les prestataires notamment pour l'information sur les besoins de soins. Même si elle n'est pas nécessairement néfaste (les prestataires ont la fonction importante d'informer les patients sur leur état et les choix de traitement possibles), la probabilité d'une sur-utilisation de services potentiellement néfaste et onéreuse existe lorsque les prestataires bénéficient financièrement du traitement qu'ils recommandent (ou/et qu'ils fournissent). La demande induite par le prestataire est la raison pour laquelle le paiement à l'acte est une cause de flambée des prix.

Estimation des risques: Base de calcul de la contribution de l'individu et du groupe (paiement des primes) à un régime d'assurance maladie. Dans un régime à *risque calculé*, le taux de contribution est déterminé par le coût prévisionnel d'un usage de service par un groupe ou un individu plutôt que par le niveau de revenu.

Fonds: Organisme responsable de l'accumulation et de la dépense des contributions (pré-payées) à l'assurance (voir acheteur). Les fonds sont généralement des tiers-payants (public ou privé) mais peuvent également être des prestataires. Dans ce dernier cas, certaines fonctions d'assureur et de prestataire sont rattachées à une seule institution.

Mécanisme de cotisation: Les moyens par lesquels les recettes sont mobilisées pour l'assurance. Les sources de financement incluent 1) les affectations de ressources provenant des recettes fiscales générales; 2) les cotisations obligatoires à un fonds d'assurance et 3) les cotisations volontaires à un fonds d'assurance.

Montants déductibles: Montants qui doivent être payés par les bénéficiaires avant que les avantages contenus dans l'assurance ne soient actifs.

Paiement de prestataires: Les mécanismes d'affectation des ressources à partir d'un ou plusieurs fonds d'assurance (ou service national de santé) aux structures (ex. hôpitaux) ou des individus (ex. médecins) prestataires de services. Les options comprennent: 1) budgets/salaires, 2) capitation, 3) remboursement par service, 4) remboursement au cas par cas et 5) différentes combinaisons de ces options.

Partage des frais: Tout paiement direct par les usagers des services de santé aux prestataires. Les modalités du *partage des frais* incluent *les co-paiements*, *la co-assurance* et *les montants déductibles*.

Pool de risque: Groupe de personnes couvertes par le même régime d'assurance.

Population couverte: Population bénéficiaire. Fait référence au pourcentage de personnes *couvertes* par l'assurance ou à des groupes de population définis (ex: employés et ayants-droit) *couverts*.

Paquet d'avantages: Les soins et les moyens d'y accéder couverts par le régime d'assurance.

Remboursement au cas: Paiement rétroactif d'un montant pré-déterminé administrativement par cas ou par épisode de maladie. Les soins individuels sont regroupés en catégories de *cas* distincts qui sont suffisamment homogènes du point de vue du coût en personnel; les prestataires sont remboursés selon un montant fixe par *cas* dans chaque catégorie.

Remboursement du paiement à l'acte: Le paiement rétroactif (c'est-à-dire après déclaration des soins couverts) par acte médical fourni. Les tarifs de remboursement peuvent être déterminés soit par les forces du marché soit par l'instauration de barèmes fixés administrativement ou négociés.

Risque moral: Impact qu'a sur la demande de soins d'un individu un paiement par l'usager inférieur au coût de prestation de services. L'assurance (y compris les services financés principalement par l'impôt) couvrant tout ou partie des coûts des soins, les individus ont tendance à utiliser plus de services que s'ils avaient à prendre en charge des soins à plein tarif.

Salaires: Les salaires sont des affectations de ressources déterminées à l'avance.

Sélection adverse: Phénomène pouvant intervenir lorsque des individus souscrivent volontairement à des régimes d'assurance maladie. Lorsqu'un régime couvre un nombre disproportionné d'individus à risque élevé et coûteux, la viabilité financière du régime est menacée.

Services couverts: Voir paquet d'avantages

Services non compris: Soins ou méthodes d'utilisation des soins qui ne sont pas couverts dans le paquet de prestations d'un régime d'assurance. Les individus doivent souvent payer les services non compris au prix fort.

Tiers payant: Organisme intermédiaire chargé de payer les prestataires pour services rendus aux patients bénéficiaires. Ces *fonds* ou *acheteurs* sont appelés *tiers payants* parce qu'ils ne sont ni patients ni prestataires des soins.