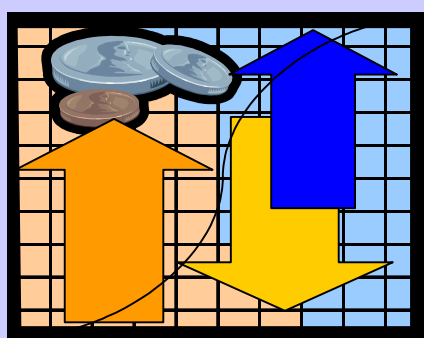




World Health Organization
Geneva

EIP/FER/DP.F.04.2



Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire:

Problématiques conceptuelles-clé Durant la periode de transition

DISCUSSION PAPER
NUMBER 2 - 2004

Department "Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation" (FER)
Cluster "Evidence and Information for Policy" (EIP)

World Health Organization 2004

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced or translated, in part or in whole, but not for sale or for use in conjunction with commercial purposes.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors. Comments and suggestions from Jan van Lente, Jean Perrot, and William Savedoff are gratefully acknowledged.

**Atteindre la couverture universelle
par l'assurance maladie obligatoire :
problématiques conceptuelles-clé durant la
période de transition**

Guy Carrin and Chris James



*WORLD HEALTH ORGANIZATION
GENEVA
2004*

TABLE DES MATIÈRES

Section 1 : INTRODUCTION	3
Section 2 : LES DIFFÉRENTES OPTIONS POUR ARRIVER À UNE COUVERTURE UNIVERSELLE.....	3
Section 3 : VERS UNE COUVERTURE UNIVERSELLE VIA L' « ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE » : DES FACTEURS GÉNÉRAUX QUI AFFECTENT LA DURÉE DE LA PÉRIODE DE TRANSITION	5
3.1 Introduction.....	5
3.2 Les expériences en matière de période de transition : analyse de pays sélectionnés avec des systèmes AMO développés.....	6
3.3 Les facteurs de facilitation qui ont permis d'accélérer la période de transition vers une couverture universelle	13
3.3.1 Exposé Général	13
3.3.2. Application aux huit pays ayant un régime AMO développé.....	14
Section 4 : CARACTÉRISTIQUES D'UN RÉGIME DE SANTÉ PERFORMANT : PROBLÉMATIQUES CONCEPTUELLES CLÉ.....	18
4.1 Cadre/structure de l'analyse : une évaluation en deux étapes.....	18
4.1.1 Introduction.....	18
4.1.2 Les objectifs d'un régime d'assurance maladie et leur impact sur les objectifs finaux du système de santé.....	19
4.2 Le premier stade d'évaluation des résultats	21
4.2.1 L'assurance maladie obligatoire et les sous-fonctions du financement de la santé	21
4.2.2. Les résultats des problématiques conceptuelles clé : exposé général.....	22
4.2.3 Sept problématiques conceptuelles clé : une analyse en profondeur.....	23
Recouvrement des prestations.....	23
1. COUVERTURE DE LA POPULATION	23
2. MÉTHODES DE FINANCEMENT	25
Mise en commun du risque	30
3. NIVEAU DE FRAGMENTATION	30
PERFORMANCE DES INDICATEURS.....	31
4. COMPOSITION DE LA (DES) MISE(S) EN COMMUN DES RISQUES	35
Achat	37
5. FORFAIT DE PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ.....	37
6. MÉCANISMES DE PAIEMENT AUX FOURNISSEURS	39
7. EFFICACITÉ ADMINISTRATIVE.....	43
4.3 Le rôle du gouvernement dans la préparation du développement de l'assurance maladie obligatoire : derniers commentaires	44
Section 5 : CONCLUSION.....	45
ANNEXE	47
BIBLIOGRAPHIE	48
RÉFÉRENCES	53

Section 1 : INTRODUCTION

L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) est une des méthodes principales de financement de la santé. Vingt sept pays ont établi le principe de la couverture universelle par cette méthode¹. Plusieurs pays à faible ou moyen revenus sont actuellement intéressés par l'extension de la couverture de leur assurance maladie existante à des groupes spécifiques pour couvrir éventuellement la totalité de leur population. Pour les pays intéressés par ce genre d'extension, il est important de comprendre ce qui caractérise un régime AMO performant et combien de temps il faut prévoir pour passer d'une couverture incomplète à une couverture universelle.

La deuxième section présente le concept de la couverture universelle et les différentes voies y menant, afin que les décideurs politiques gardent en perspective les options autres que l'AMO pour le financement de leur système de santé. La section trois analyse la transition vers la couverture universelle sur la base de l'expérience de certains pays sélectionnés ayant développés ou mûris des régimes AMO. Cette section discute en particulier des facteurs critiques qui peuvent accélérer la période de transition. La section quatre donne ensuite un cadre simple pour l'analyse des résultats du régime AMO, sur la base des composantes de la couverture universelle et des objectifs fondamentaux d'un système de santé. Des indicateurs de performance sont présentés pouvant être utilisés dans le suivi et l'évaluation des progrès réalisés lors de la mise en œuvre de l'AMO. Finalement, nous soulignons le rôle stratégique du gouvernement dans la mise en œuvre de l'AMO et présentons nos remarques conclusives dans la section cinq.

Section 2 : LES DIFFÉRENTES OPTIONS POUR ARRIVER À UNE COUVERTURE UNIVERSELLE

Une question qui reste d'importance cruciale pour la majorité des pays du monde est celle de savoir comment le financement de leur système de santé peut apporter une protection suffisante à toute la population contre le risque financier des coûts de santé. Ce dernier objectif est essentiel pour atteindre le but de la *couverture universelle*, qui est d'assurer à tous l'accès à des soins de santé adéquats à un prix raisonnable. La couverture universelle comprend deux volets : la couverture médicale (soins médicaux *adéquats*) et la couverture de la population (soins médicaux pour *tous*). Un concept capital d'une politique de financement visant la couverture universelle est la mise en commun du risque par la société, par laquelle tous les individus et les ménages partagent le financement de la totalité des coûts de santé. Plus le degré de la mise en commun du risque est grand dans un système de santé, moins la population devra supporter les conséquences financières de son propre risque de santé et plus elle aura de chance d'accéder aux soins dont elle a besoin.

Il existe essentiellement deux principales options pour arriver à la couverture universelle. L'une d'elle est un système de financement de la santé pour lequel les impôts sont la source principale de financement des services de santé. Ces derniers sont habituellement rendus par un réseau de contractants publics et privés, souvent nommé Service National de la Santé. Deuxièmement, il y a l'AMO, qui, en principe, implique une adhésion obligatoire de toute la population. Salariés, travailleurs

indépendants, entreprises et gouvernement paient une contribution à une caisse d'assurance maladie obligatoire. La base de contribution des salariés et entreprises est normalement le salaire. La contribution des travailleurs indépendants est soit forfaitaire, soit basée sur un revenu prévisionnel. Le gouvernement peut apporter une aide à ceux qui, autrement, ne pourraient payer, tels que les sans emploi ou les salariés à bas salaires du secteur informel. L'AMO a son propre réseau de prestataires, travaille avec des prestataires accrédités publics et privés ou alors combine les deux. Dans l'AMO, des fonctions (par exemple, les adhésions, la collecte des cotisations, les contrats et les remboursements des prestataires) peuvent être exécutées par des institutions para-gouvernementales ou non gouvernementales, souvent connues sous le nom de Caisse Maladie.

Quoiqu'il en soit, on remarque que certains pays utilisent une combinaison des deux principales options. C'est pourquoi il existe des systèmes mixtes de financement de la santé pour lesquels une partie de la population est couverte grâce au financement par l'impôt et d'autres groupes bien spécifiques de la population sont couverts seulement par l'assurance maladie. Cette assurance peut être fournie par un ou plusieurs systèmes para-gouvernementaux d'assurance maladie qui fonctionnent selon les principes de l'AMO. Comme alternative, on pourrait également envisager un système d'assureurs privés offrant un forfait de prestations spécifiques, à condition qu'ils soient soumis aux réglementations gouvernementales.

Il convient de noter qu'au sein même de chacune des options décrites ci-dessus, l'assurance maladie privée peut aussi jouer un rôle complémentaire². Celle-ci couvre normalement des services de santé supplémentaires qui ne sont pas couverts par les forfaits de prestations de base (de l'un des trois systèmes décrits ci-dessus), permet une réduction du temps d'attente ou couvre certains des coûts relatifs au ticket modérateur. Il est vrai, qu'en réalité, aucun système de financement de la santé n'est entièrement financé par les impôts, par l'AMO ou par le système mixte de financement décrit plus haut. Toutefois, ces options sont utiles pour définir la principale méthode motivant un système de financement de santé à s'orienter vers une couverture universelle.

Dans cet article technique, nous insistons sur le développement de l'AMO, surtout dans les pays à revenus faible et moyen, étant entendu que le choix est fait en faveur de cette voie en particulier. Il sera supposé que les questions de faisabilité de base ont été résolues par les pays qui souhaitent adopter ce choix. Ceci veut dire que le pays a analysé minutieusement les avantages et les inconvénients du financement par l'impôt, de l'AMO et de la combinaison des deux comme option pour parvenir à la couverture universelle.

En ce qui concerne l'AMO, un nombre de conditions doivent être remplies et certaines questions clé doivent être résolues avant qu'un pays ne s'embarque dans sa mise en place ou son extension. Ces questions sont tout d'abord relatives au marché du travail. Si les travailleurs indépendants et ceux du secteur informel sont majoritaires sur le marché du travail, dans quelle mesure peut-on enregistrer et percevoir leurs cotisations ? De plus, si les cotisations prélevées sur les salaires sont supposées constituer la majeure partie des contributions de l'AMO, vont-elles augmenter le coût du travail de façon telle qu'elles auront un impact négatif sur l'emploi ? Deuxièmement, y a-t-il un nombre suffisant de personnel administratif

compétent pour créer et gérer les institutions de l'AMO ? Troisièmement, y aura-t-il un cadre juridique qui déterminera, entre autres, les objectifs de l'AMO pour le pays, les droits et les devoirs des affiliés, les rôles et fonctions des organisations gérant l'AMO ? Quatrièmement, y a-t-il une infrastructure sanitaire en place capable de fournir les services de santé faisant partie du forfait de prestations offert par l'AMO ? Et finalement, y a-t-il un consensus entre les différentes parties prenantes de la société (surtout les affiliés et les patients, les prestataires de santé et les employeurs, le Parlement et le Gouvernement) permettant de respecter les règles de base d'un régime AMO ?³

Dans tous les cas, compte tenu des nombreuses tâches de préparation et de mise en œuvre de l'AMO, les pays qui optent pour cette méthode de financement auront sans doute besoin de passer par une période de transition. En se basant sur l'expérience de certains pays ayant des régimes AMO développés, la section suivante décrira des facteurs importants de facilitation qui peuvent accélérer la période de transition. Ces facteurs auront certainement un impact sur les indicateurs de performance présentés à la section 4.

Section 3 : VERS UNE COUVERTURE UNIVERSELLE VIA L' « ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE » : DES FACTEURS GÉNÉRAUX QUI AFFECTENT LA DURÉE DE LA PÉRIODE DE TRANSITION

3.1 Introduction

Il faut reconnaître que parvenir à la couverture universelle n'est pas un processus facile. Plusieurs pays bénéficiant actuellement d'un système de couverture universelle ont souvent mis des dizaines d'années à le mettre en œuvre. Si la décision se porte sur la voie de l'AMO, plusieurs facteurs peuvent venir ralentir la démarche vers la couverture universelle. Ces facteurs sont discutés à la section 3.3 ci-dessous.

Afin d'évaluer les expériences passées relatives à la transition vers la couverture universelle par l'AMO, des données relatives à l'évolution de la législation en matière d'assurance maladie dans 8 pays bénéficiant d'un régime AMO suffisamment documenté sont utilisées. Ces pays sont : l'Autriche, la Belgique, le Costa Rica, l'Allemagne, Israël, le Japon, la République de Corée (RdC) et le Luxembourg⁴. Nous examinerons les différentes formes d'organisation utilisées pendant la période de transition dans ces pays. Nous insisterons surtout sur le rôle des caisses maladie à enrôlement facultatif durant les phases initiales de la mise en œuvre de l'AMO.

La période de transition a été définie comme étant le nombre d'années écoulées entre le vote de la première loi sur l'assurance maladie et la dernière loi pour la mise en œuvre de la couverture universelle. Les périodes de transition ont été de : 79 ans (Autriche), 118 ans (Belgique), 20 ans (Costa Rica), 127 ans (Allemagne), 84 ans (Israël), 36 ans (Japon), 26 ans (RdC) et 72 ans (Luxembourg). Par conséquent, la période moyenne de transition a été de 70 années. Cependant, il faut noter que la loi finale au Costa Rica a introduit le principe de la couverture universelle par l'AMO plutôt que de fournir réellement une couverture maladie universelle. De même, au

Japon, la loi de 1958 sur l'assurance maladie obligatoire n'a été appliquée que trois ans plus tard. Donc, la période moyenne de transition est un peu sous-estimée.

Toutefois, ce n'est pas seulement la durée totale de la période de transition qui est importante. Il faut aussi prendre en compte l'évolution du pourcentage de la population qui sera couverte pendant cette période. De plus, il faut garder à l'esprit que l'extension de la couverture à certains groupes de la population est plus difficile qu'à d'autres groupes (par exemple, les travailleurs occasionnels et les travailleurs indépendants). En d'autres termes, l'extension de la couverture n'est pas nécessairement un simple accroissement linéaire. La période nécessaire pour passer par exemple de 25% à 50% de couverture pourrait prendre moins de temps que passer de 50% à 75%.

À partir de séries temporelles sur la couverture de la population, nous voyons qu'il a fallu 40 ans en Autriche (de 1890 à 1930) pour passer de 7% à 60%, mais 35-37 ans supplémentaires (de 1930 à 1965-67) ont été nécessaires pour couvrir les agriculteurs et les fonctionnaires, afin d'atteindre 96% de couverture. De même, en Allemagne, la couverture a augmenté de 10% à 50 % en 47 ans (de 1883 à 1930), mais 58 années supplémentaires ont été nécessaires pour augmenter la couverture à 88%, et inclure, entre autres, les travailleurs indépendants dans l'AMO. Au Costa Rica, il a fallu vingt ans pour atteindre un niveau de couverture de la population de 17% (en 1961), mais seulement 5 ans pour doubler cette couverture et arriver à 34% de couverture de la population (en 1966). Cette dernière augmentation fut la conséquence immédiate d'une loi votée en 1961 qui a introduit le principe de l'universalité. Plus de 10 ans ont été quand même nécessaires pour doubler à nouveau la couverture de la population; en 1978 elle s'élevait à 74%. En 1991, un niveau de 83,4% fut obtenu. Il a donc fallu 13 ans pour rajouter quelques 10% de la population. Toujours au Costa Rica, des efforts spéciaux ont été nécessaires afin d'étendre la couverture aux travailleurs indépendants et à la population pauvre à bas salaires, et encore plus de temps pour faire adhérer systématiquement ces groupes de la population.

3.2 Les expériences en matière de période de transition : analyse de pays sélectionnés avec des régimes AMO développés

Les 8 pays mentionnés ci-dessus ont suivi une approche graduelle. Certains ont mis plus de temps que d'autres pour développer leur régime. L'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Costa Rica, Israël et le Luxembourg ont connu des périodes de transition plutôt longues, soit supérieures à 40 ans. Seulement le Japon et la RdC ont connu des périodes de transition inférieures à 40 ans. Nous allons maintenant résumer les différentes phases que ces pays ont expérimentées durant leur transition vers la couverture universelle. Les phases décrites sont surtout celles comprises entre la première loi relative à l'assurance maladie et la dernière loi stipulant la mise en oeuvre de la couverture universelle (comme il fut expliqué antérieurement, ces lois marquent le début et la fin de la période de transition), bien que nous décrivons aussi les phases pertinentes précédant la première loi sur l'assurance maladie, dans les cas pour lesquels les informations étaient disponibles. À la section 3.3, nous discutons de quelques facteurs qui ont facilité la transition dans les pays sélectionnés.

Allemagne

Trois phases graduelles de développement⁵ ont caractérisé l'introduction, par Bismarck, de l'AMO dans tout le pays en tant que système complet d'assurance, en 1883. En effet, au 18^{ème} siècle et au début du 19^{ème} siècle, les lois prévoyaient les détails des règles d'organisation des caisses maladie volontaires. Ces règles comprenaient les dispositions relatives aux contributions, aux prestations, aux conditions d'accès et à la gestion de la caisse. Dans une deuxième étape, en 1843, les lois ont introduit la notion d'adhésion obligatoire. Les gouvernements locaux se sont vus octroyer le droit de reconnaître les caisses volontaires existantes et même d'introduire l'adhésion obligatoire à ces caisses. En 1849, il est aussi devenu possible de rendre l'adhésion obligatoire pour des groupes spécifiques de salariés. Dans un troisième temps, certaines lois ont été appliquées au niveau national. La première assurance maladie obligatoire est datée de 1854, quand la couverture d'assurance maladie est devenue obligatoire pour les mineurs. Ceci a constitué une étape importante dans la mesure que ce fut la première loi couvrant un groupe professionnel sur le territoire allemand en son entier, les mineurs étant obligés de devenir membre d'une des « caisses régionales d'assurance maladie de mineurs ».

Une autre phase clé a eu lieu en 1883, lorsque Bismarck a introduit l'AMO pour un nombre plus important de groupes professionnels. Initialement, la loi sur l'assurance maladie de 1883 couvrait les travailleurs ouvriers de certains secteurs industriels, des artisans et d'autres professionnels⁶ choisis. Cette loi aurait permis d'augmenter la couverture de l'assurance maladie de 5% à 10% de la population totale. Après 1883, l'approche graduelle vers la couverture universelle s'est poursuivie par l'intégration systématique de tous les groupes socioprofessionnels à l'assurance obligatoire. La couverture de la population est passée de 37% à 50 % entre 1910 et 1930. En 1950, l'assurance maladie couvrait 70% de la population. Une des dernières lois à avoir été votée a permis l'adhésion des artistes et journalistes au régime AMO en 1981⁷. En 2000, 88% de la population allemande avait adhéré⁸. La couverture de la population par l'AMO n'est pas de 100%, car au-delà d'un certain niveau de revenu, il est possible de se retirer du régime et de s'assurer de façon privée⁹.

Autriche

Une approche graduelle a été adoptée comme en Allemagne. Un premier régime d'« Assurance Maladie et Accidents Industriels » pour les travailleurs des entreprises a été établi en 1887-88. Il a été créé par les premières dispositions réglementaires obligeant les employeurs à payer pour les soins hospitaliers et de santé de leurs employés au début du 19^{ème} siècle. En 1859, un Code Industriel a été mis en place pour réglementer la création de caisses bénévoles et de caisses coopératives d'assurance maladie. Toutefois, ces dispositions et réglementations avaient été largement ignorées jusqu'à ce moment. Puis vint, en 1867, l'Acte Associatif qui a autorisé la création de caisses associatives. En conséquence, les caisses maladie et d'invalidité des associations de salariés ont été respectivement créées en 1868 et 1873.

Le système initial de 1887-1888 a été davantage élargi au début du 20^{ème} siècle, par l'adhésion systématique de toutes les catégories de travailleurs, salariés et ouvriers ainsi qu'agricoles. L'élargissement définitif de la couverture a été réalisé grâce aux

lois sur l'assurance maladie des fermiers et celle portant sur les fonctionnaires, votées respectivement en 1965 et 1967. En 1980, le niveau de couverture de la population avait atteint 96%. On note qu'il s'est écoulé 79 ans entre la première loi de 1888 et la dernière loi importante, celle couvrant les fonctionnaires en 1967.

Belgique

En 1851, une loi spéciale a officiellement reconnu les caisses maladie, souvent connues sous le nom de mutuelles de santé. Ces caisses étaient créées en fonction des différents groupes professionnels et étaient plutôt de petite taille. Plus tard, en 1894, une législation plus large a créé les bases juridiques de ces caisses pour environ un siècle : un domaine d'activités plus étendue leur a été reconnu et elles ont pu bénéficier à partir de ce moment de subventions gouvernementales. Par la suite, des caisses mutuelles d'assurance à caractère politique et idéologique commun se groupèrent en alliances nationales ou syndicats.

Jusqu'au début des années 1940, l'adhésion à ces mutuelles de santé était volontaire. Suivant la deuxième guerre mondiale, le 28 décembre 1944, un décret fut adopté pour rendre l'assurance maladie obligatoire pour tous les travailleurs salariés. Une Caisse Nationale d'Assurance Maladie-Invalidité (faisant partie de l'Office National de la Sécurité Sociale) recevait les cotisations et les distribuait aux mutuelles de santé qui étaient chargées de la gestion de l'assurance obligatoire. Les phases importantes suivantes furent les lois de 1964, 1965, 1967, 1968 et 1969 qui ont respectivement étendu l'assurance maladie obligatoire aux travailleurs indépendants (mais seulement pour les risques de santé majeurs), aux fonctionnaires et aux invalides physiques, handicapés mentaux et autres catégories non-assurées. Donc, on peut compter 118 années entre la loi de 1851 et la couverture universelle.

Luxembourg

En 1901, l'assurance maladie obligatoire a été établie pour les travailleurs des secteurs industriel et manufacturier. Cette loi a été inspirée d'une loi votée en 1883 en Allemagne. L'assurance maladie s'est développée et en 1903, 73 caisses maladie étaient actives. Plus tard, en 1925, une législation fut introduite pour réglementer le secteur de l'assurance maladie qui devenait de plus en plus complexe. Comme dans les autres pays européens, l'AMO s'est développée après la deuxième guerre mondiale. Le premier groupe couvert fut les retraités. Puis en 1952, l'assurance maladie est devenue obligatoire pour les fonctionnaires et les autres salariés du secteur public. En 1958, 1963 et 1964, furent votées respectivement les lois rendant l'assurance maladie obligatoire pour les professions indépendantes (hommes d'affaires, artisans, etc.), les agriculteurs et les professions libérales (médecins, architectes, avocats, etc.). Dès 1973, toute la population était couverte par l'AMO. Donc la période de transition a été de 72 ans à compter de la première loi de 1901.

*Israël*¹⁰

Une première caisse d'assurance maladie, le Kupat Holim Chalit (Caisse Maladie générale) a été fondée en 1911 par un petit groupe de travailleurs agricoles. Plus tard,

en 1920, cette caisse a été reprise par le Histradut (La Fédération Générale du Travail), et a constitué une de ses bases politiques. De même, trois autres caisses d'assurance maladie ont été créées. En 1948, 53% de la population était couverte, la majorité (80%) étant assurée par le Kupat Holim Chalit. Par la suite, l'assurance maladie s'est étendue de façon significative sans toutefois être obligatoire. En 1995, 96% de la population était assurée. Durant cette même année, la loi sur l'Assurance Maladie Nationale fut votée, confirmant le caractère obligatoire de l'assurance et l'obligation pour chaque résident d'adhérer à l'une des caisses existantes. La période écoulée depuis la création de la première caisse d'assurance maladie en 1911 est donc de 84 ans.

Costa Rica

Ce pays¹¹ a initié son régime AMO par la création de la Caisse de Sécurité Sociale du Costa Rica¹² (FSSC) en novembre 1941. Au début, les populations ciblées étaient celles urbaines ainsi que celles de certaines zones productrices de café, telle la « Valle Central », avec en principe une adhésion obligatoire pour ces groupes. Une des caractéristiques importantes du régime était qu'au début, seulement les salariés assurés pouvaient bénéficier de l'AMO. Toutefois, dès 1944, lors de l'extension à d'autres zones, tel qu'à la « Valle de Turrialba », il y avait déjà des pressions pour que toute la famille de l'affilié soit couverte. Ce n'est qu'en 1956 que la couverture familiale fut introduite de manière obligatoire, incluant la couverture pour le conjoint légal ou en union libre, les enfants en-dessous de 12 ans et les parents s'ils étaient considérés dépendants de l'affilié.

Un autre événement important a eu lieu en 1960, lorsque la réglementation a plus que doublé le revenu maximum imposable. Jusqu'à ce moment, l'AMO s'était concentré sur la protection des travailleurs à bas salaires. Toutefois, la réglementation de 1960 a permis, entre autres, une augmentation importante des cotisations et une extension des prestations de l'AMO. De plus, en 1961, une loi a été votée dans le but d'étendre l'AMO à toute la population. Ainsi, 20 ans se sont écoulés entre la création du FSSC en 1941 et la loi de 1961. La loi de 1961 impliquait que même les travailleurs indépendants et les indigents devaient être incorporés dans le régime. En fait, le Parlement du Costa Rica avait fixé une période de 10 ans pour atteindre une couverture nationale. Ce dernier objectif n'a toujours pas été atteint, mais il faut noter qu'au début des années 1990, 29 ans après la loi de 1961, 85% de la population était effectivement couverte par l'AMO.

Japon

L'AMO puise ses sources dans les premiers développements du système d'assurance maladie volontaire communautaire au début du 19^{ème} siècle. En 1835, le système d'assurance maladie communautaire¹³ (basé sur des cotisations payées en grains de riz et des prestations limitées aux soins de base) a été établi dans la préfecture de Fukuoka. Dans les décennies suivantes, ce type d'assurance maladie mutuelle devient de plus en plus important. Durant les années suivant 1930, le gouvernement encourage la reproduction du schéma de l'assurance maladie communautaire au niveau national. En 1934-45, 12 modèles d'assurance maladie communautaires étaient déjà créés dans trois préfectures. Néanmoins, en 1938, une loi plus large nommée «

Assurance Maladie Nationale des Citoyens », basée sur les principes du financement communautaire, mais avec des cotisations en numéraire, a été proclamée et mise en oeuvre. Cette loi a été conçue pour servir les besoins des pauvres dans les villages ruraux mal desservis, les fermiers et les travailleurs indépendants dans les communautés rurales ainsi que dans les petites entreprises. Le régime était également géré sur une base volontaire. Quoiqu'il en soit, cette loi a contribué de façon significative à la couverture assurantielle, en augmentant le taux de couverture de 2% à 51,2% de la population totale¹⁴.

En ce qui concerne les salariés, une loi importante a été votée en 1922, instaurant l'assurance obligatoire auprès de certains groupes de travailleurs. C'était la première loi votée relative à l'assurance maladie. L'assurance maladie pour les salariés ainsi que l'« Assurance Maladie Nationale des Citoyens » couvraient ensemble 60 % de la population dès 1945¹⁵. Durant la période suivant la deuxième guerre mondiale, ces deux types d'assurance se sont étendus à 90% de la population. La législation, rendant l'assurance obligatoire pour tous, a été finalement adoptée en 1958 et mise en œuvre en 1961. Ainsi, 36 années se sont écoulées depuis la première loi en 1922.

République de Corée

En 1963, la loi sur l'Assurance Maladie a été votée, lançant la dynamique vers une couverture maladie universelle. Toutefois, l'assurance maladie est restée facultative jusqu'en 1977. Plusieurs sociétés d'assurance maladie facultatives se sont organisées en tant que projets pilotes, couvrant au plus 0,2% de la population.

À partir de 1977, l'assurance obligatoire a été progressivement établie pour les différents groupes de la population dans le pays. Cette même année, l'assurance maladie des salariés est devenue obligatoire (pour les compagnies employant plus de 500 salariés) et leurs dépendants. Par la suite, la couverture a été systématiquement étendue. En 1979, la couverture est devenue obligatoire pour les salariés (et leurs dépendants) dans les compagnies employant 300 salariés et plus. Les fonctionnaires et les professeurs des écoles privées se virent soumis à l'assurance obligatoire, cette même année aussi. Puis en 1981, la couverture a été étendue aux salariés des entreprises employant au moins 100 salariés et en 1983, aux salariés des entreprises employant au moins 16 salariés. Une étape finale a suivi en 1981, avec des programmes de démonstration pour les travailleurs indépendants dans les régions rurales et urbaines. Finalement, en 1988, l'assurance maladie est devenue obligatoire sur tout le territoire pour les travailleurs indépendants dans les régions rurales et en 1989, dans les régions urbaines. Donc, la période de transition a duré 26 années, à partir du vote de la première loi de 1963 sur l'assurance maladie.

Résumé

Dans tous les pays étudiés, le mouvement vers une couverture totale par l'AMO dans chacun des pays a été réalisée de façon progressive, avec une extension systématique de la couverture durant la période de transition. Les arrangements organisationnels introduits afin d'arriver à cette extension ont toutefois été différents dans chacun des pays. Ces arrangements sont variés et vont de l'augmentation régulière des adhésions

aux différentes caisses maladie, initialement gérées sur une base volontaire, jusqu'à l'augmentation du nombre d'adhésions due à une action gouvernementale relative à l'organisation de l'assurance maladie. Il faut aussi noter que la rapidité de la transition a varié d'un pays à l'autre.

Le tableau 1, à la page suivante, résume les principales étapes de l'extension de la couverture de l'AMO dans ces pays, basé sur les changements législatifs, après quoi l'analyse se penchera sur les facteurs qui ont facilité cette transition.

Tableau 1: Résumé de la période de transition de quelques régimes nationaux d'assurance maladie obligatoire (AMO)

	Processus de transition	Étapes importantes de l'extension de la couverture de l'assurance maladie obligatoire (AMO) – Ligne du temps législative
Allemagne	1854-1988 (127 années)	1*. Caisses d'assistance volontaire (début-moitié 19 ^{ème} siècle) établis 2*. Adhésion obligatoire à une caisse d'assurance maladie (1843); pour des groupes d'employés (1849). 3. Première loi votée au niveau national, rendant l'assurance maladie obligatoire pour tous les mineurs (1854). 4. L'AMO devient un système à la grandeur du pays (1883), avec une adhésion systématique des différents groupes socioprofessionnels (jusqu'à 1988).
Autriche	1888-1967 (79 années)	1*. La fourniture des soins par les employeurs est régulée (début-moitié 19 ^{ème} siècle). 2*. Création d'association d'entraide autorisée (1867). 3. Systèmes d'assurance maladie et accidents industriels (1887-8), avec une adhésion systématique de différents groupes socioéconomiques (jusqu'à 1967).
Belgique	1851-1969 (118 années)	1. Les mutuelles de santé de différents groupes professionnels sont officiellement reconnues (1851). 2. Caisses subventionnés par le gouvernement (1894), avec une des alliances nationales ou de syndicats entre les caisses. 3. L'assurance maladie est rendue obligatoire pour tous les travailleurs salariés (1944), avec une extension aux groupes non-couverts (1964-9).
Luxembourg	1901-1973 (72 années)	1. Assurance maladie obligatoire pour les ouvriers des secteurs manufacturier et industriel (1901). 2. Extension de la couverture aux retraités (après la 2 ^{ème} guerre mondiale), fonctionnaires/ autres secteurs publics (1952), d'autres groupes socioprofessionnels (1958-64).
Israël	1911-1995 (84 années)	1. Caisses d'assurance maladie – Kupat Holim Chalit – pour certains travailleurs agricoles (1911). 2. Trois autres caisses d'assurance maladie établies durant cette période.
Costa Rica	1941-1961 (20 ¹ années)	1. Caisse de sécurité sociale – CSSF – principalement pour la population urbaine et certaines zones productrices de café (1941). 2. Couverture obligatoire des familles des assurés (1956). 3. Augmentation des contributions et des bénéficiaires (1960). 4. Extension au reste de la population acceptée (1961), avec une adhésion systématique des non-membres sur une période de 10 ans. 5. Adhésion réelle de 83.4% en 1991.
Japon	1922-1958 (36 ¹ années)	1*. Systèmes d'assurance maladie communautaire volontaire (AMCs) développés (début du 19 ^{ème} siècle). 2. Assurance obligatoire – Assurance maladie pour les employés – pour certains groupes de travailleurs sélectionnés (1922). 3. AMCs répliquées au niveau national (1930s), principalement pour les pauvres des zones rurales, les fermiers, les travailleurs indépendants et dans de petites entreprises, culminant en Loi d'Assurance Maladie Nationale des Citoyens (1938). 4. Expansion simultanée des deux systèmes d'assurance maladie (1944-1958).
ROK	1963-1989 (26 années)	1. Première loi d'assurance maladie votée (1963), avec quelques projets d'assurance maladie volontaires en cours (1963-77). 2. Obligatoire pour les travailleurs et les personnes à leur charge dans les entreprises de plus de 500 employés (1977); entreprises de plus de 100 employés (1981); entreprises de plus de 16 employés (1983). 3. Extension à la population restante, tels les travailleurs indépendants (jusqu'à 1989).

* Les étapes accompagnés d'un astérisque ont précédé la première loi établissant l'assurance maladie.

¹ Il faut noter que dans le cas du Costa Rica, la couverture universelle n'a pas été atteinte suite à la loi de 1961. Au Japon, la couverture universelle par une assurance maladie obligatoire a été atteinte en 1961.

3.3 Les facteurs de facilitation qui ont permis d'accélérer la période de transition vers une couverture universelle

3.3.1 Exposé Général¹⁶

Un certain nombre de facteurs peuvent en principe accélérer le processus vers une couverture universelle à travers l'AMO. Premièrement, *le niveau de revenu* disponible dans chaque pays : un revenu par habitant plus élevé peut augmenter la capacité des entreprises et des citoyens d'assumer les cotisations payées d'avance au régime AMO. De plus, les recettes fiscales ont tendance à augmenter en fonction de l'augmentation des revenus, facilitant par là-même les subventions gouvernementales à l'AMO. La capacité de payer les cotisations en avance sera plus grande dans une situation de forte croissance économique¹⁷.

Deuxièmement, la *structure de l'économie* a aussi son importance. Ce qui est le plus approprié d'observer dans ce cas est la taille relative des secteurs formel et informel. Plusieurs pays en voie de développement ont d'importants secteurs agricoles, manufacturiers et de service, avec une partie importante de l'emploi étant informel. Ces pays ont de fortes chances de faire face à des difficultés administratives dans l'établissement de l'impôt sur le revenu et le prélèvement des cotisations, car beaucoup de travailleurs ne reçoivent pas un salaire déclaré. Ceci peut mettre en cause l'application de la protection maladie au secteur informel de la population, surtout lorsque le système AMO repose de façon significative sur les contributions des ménages.

Troisièmement, les coûts administratifs pourraient être encore plus influencés par la *répartition de la population*¹⁸ que l'on souhaite couvrir. La population des zones urbaines, dans lesquelles il est vraisemblable de trouver un minimum d'infrastructures et de moyens de communication de qualité, ainsi qu'une densité élevée de la population, a plus de chance d'être servie par le régime AMO que la population disparate des zones rurales.

Un quatrième facteur est la *capacité de gestion* d'un pays. La mise en place d'un régime AMO requiert une main-d'œuvre suffisamment qualifiée ayant des capacités comptables, bancaires et informatiques. L'éducation secondaire et tertiaire devrait en principe répondre à cette demande en terme de formation. D'autres secteurs proches, tels que les services financiers, d'autres services d'assurance et même les systèmes communautaires d'assurance maladie existant, peuvent offrir du personnel adéquatement formé. De plus, leur propre personnel peut être appelé à être impliqué dans la formation et le renforcement des capacités du personnel du régime AMO.

Le cinquième facteur est le niveau de *solidarité* parmi les membres de la société. On considère ici une société ayant un niveau de solidarité élevé comme étant une société dans laquelle les individus ont une propension plus grande à soutenir les autres individus. Un système de protection financière totale requiert une quantité significative d'interfinancement, aussi bien des riches aux pauvres que des personnes à faibles risques

à celles à hauts risques. Chaque pays doit définir le niveau approprié de solidarité qui permet l'interfinancement. Les décideurs politiques peuvent, parfois, imposer la solidarité, mais un degré suffisamment élevé de solidarité dans la société est nécessaire afin que l'interfinancement de l'AMO puisse être mis en œuvre de façon durable.

Enfin, les cinq facteurs de facilitation décrits ci-dessus peuvent être plus ou moins présents, mais il faudra un appui du gouvernement pour lancer et orienter le procédé qui mènera à un système d'assurance maladie obligatoire pour tous. Un élément important de l'appui du gouvernement est d'accorder aux diverses parties prenantes de la société, et à la population dans son ensemble, le pouvoir de s'exprimer dans le cadre de la mise en place des politiques sociales. Un débat politique ouvert et une disponibilité des informations financières amèneront une plus grande confiance de la population dans le gouvernement et dans les autres organisations impliquées dans la mise en œuvre de l'AMO. Il est alors garanti que les affiliés de l'AMO, les prestataires et la population (à travers les associations professionnelles et communautaires, par exemple) agiront de concert avec les décideurs dans l'élaboration de l'AMO.

Nous nous référerons à l'importance relative de ces facteurs pour les huit pays analysés.

3.3.2. Application aux huit pays ayant un régime AMO développé

Niveau de revenu

Il est intéressant de noter que l'assurance maladie dans les huit pays a démarré lorsqu'ils étaient des pays à bas et moyen revenus. En Allemagne, le Produit Intérieur Brut (PIB) par personne était de 2237 US\$ lors du vote de la loi Bismark en 1883. Le PIB autrichien était de 2420 US\$ par habitant au moment du vote de la mise en place du système d'assurance maladie et d'accidents industriels pour les travailleurs en 1887-88. En Belgique, lors de la reconnaissance officielle des mutuelles de santé en 1851, le PIB par personne était de 1808 US\$. Même au Japon et en RdC, pour lesquels la période de transition a été considérablement plus courte, le PIB par habitant était à un niveau similaire. Au Japon, le PIB par habitant était de 2140 US\$ au moment où la loi sur l'assurance maladie pour les salariés a été votée en 1922. En RdC, alors que le niveau du revenu par habitant était assez faible au moment du vote de la première loi sur l'assurance maladie, soit 209US\$, lorsque la période « obligatoire » a été initiée en 1977, le Produit National Brut (PNB) par habitant était de 1012 US\$.

De plus, la croissance économique dans chacun de ces pays était soit élevée ou au moins stable, pendant la période de transition. En Belgique et en Allemagne, le PIB par habitant avait plus que quintuplé en 1970, alors que celui en Autriche avait quadruplé. Ces pays avaient développé une capacité économique substantielle depuis le milieu du 19^{ème} siècle, facilitant ainsi l'établissement du financement de l'AMO. Au Costa Rica, la croissance économique des années cinquante était assez élevée et avait atteint des taux de croissance du PIB s'élevant jusqu'à 7%. Il a été conclu que ce phénomène a permis le renforcement

du développement initial de l'AMO dans ce pays¹⁹. Au Japon, la croissance économique a été stable bien que non spectaculaire, à un taux d'environ 2,9% entre 1920 et 1940. Entre 1940 et 1961, le PIB a continué de croître quoique à un taux moyen modeste de 1,75% par année. Toujours est-il qu'en 1961, le PIB par habitant avait atteint 5150 US\$, soit plus du double du niveau de 40 ans plus tôt. Le taux annuel de croissance de la Rdc était bien plus élevé, à 13,3%. En 1989, lorsque la couverture universelle a été atteinte, le PIB par habitant avait plus que quadruplé en 12 ans, atteignant 4994US\$.

Structure de l'économie

Il est évident que parmi les pays d'Europe de l'Ouest et d'Asie analysés, le secteur formel de l'économie a crû durant leur période de transition. Ceci leur a permis d'augmenter le nombre d'adhésions des travailleurs d'une façon systématique, y compris les travailleurs des mines et du secteur industriel, et même les travailleurs du secteur agricole. En Allemagne, par exemple, les travailleurs des secteurs agricole et forestier étaient déjà couverts à partir de 1911. En Rdc, il a été reconnu que la croissance économique élevée a rapidement modifié la *structure* de l'économie, et que la croissance du secteur formel a joué un rôle instrumental dans le développement de l'AMO²⁰.

Répartition de la population

Le renforcement du secteur formel dans les pays étudiés est considéré comme étant corrélé à la croissance de l'urbanisation et de la densité de la population. Des économies sur les coûts administratifs peuvent être réalisées grâce à cette évolution, particulièrement par une plus grande efficacité dans l'identification et l'enregistrement des cotisants à l'AMO et dans le recouvrement des cotisations. On peut noter par exemple qu'en Rdc, la population urbaine représentait 36,6% de la population totale en 1966 (3 ans après l'introduction de l'assurance maladie facultative). Ce pourcentage a grimpé à 48,4% en 1975 (deux ans avant que l'AMO ne devienne obligatoire). En 1980, la population urbaine s'élevait déjà à 57,3% de la population totale²¹. Nous pensons que cette évolution a aussi contribué à la vitesse notable de transition vers la couverture universelle en Rdc.

Capacité d'administration

D'après l'expérience allemande, on soutient que les caisses facultatives de secours qui ont précédé les lois initiales sur l'assurance maladie obligatoire « ont servi de stade d'apprentissage au niveau de la caisse, pour le développement des capacités de gestion de l'assurance et en sciences actuarielles ainsi que pour la régulation de l'assurance au niveau gouvernemental »²². Une interprétation similaire pourrait aussi être valable pour les autres pays dans lesquels les caisses volontaires fonctionnaient avant les premières lois officielles. En Rdc, la disponibilité de cadres intermédiaires bien formés a contribué au développement de l'AMO²³.

Solidarité

Concernant l'effet de la *solidarité*, le cinquième facteur, un argument similaire à celui du quatrième facteur relatif à la capacité de gestion peut être apporté. Les premiers systèmes facultatifs en Allemagne peuvent être interprétés comme des « modèles d'apprentissage de la solidarité » qui ont facilité l'établissement ou la participation à de grands systèmes, ou qui ont collaboré au respect des dispositions obligatoires. Il faut également dire que la solidarité a été soutenue par l'établissement d'un important mouvement de *confiance* parmi les affiliés dans la gestion des systèmes volontaires. Dans certains cas, les affiliations politiques et idéologiques ont aussi aidé à la création de systèmes plus étendus. Par exemple, en Belgique, les mutuelles d'assurance de même base idéologique et politique ne sont apparues qu'au début du 20^{ème} siècle.

Administration générale

Nous soutenons que la capacité des gouvernements de rendre l'assurance maladie obligatoire est cruciale pour parvenir à un régime AMO mature. Il est donc nécessaire d'avoir une forte capacité d'*administration générale* de la part des gouvernements. Ceux-ci ont sans doute érigé l'*administration générale* en modèle, quoique de façons différentes et à des époques distinctes. En Allemagne, Bismarck a fait le premier pas vers la couverture universelle en 1883, avec la loi sur l'Assurance Maladie, et s'est inspiré de l'expertise acquise à partir des systèmes volontaires des décennies précédentes. En Belgique, le gouvernement a également stimulé l'objectif de la couverture sociale universelle en reconnaissant officiellement les mutuelles d'assurance santé en 1851. En 1894, le champ d'activités des mutuelles de santé a été légalement élargi, en leur accordant le droit de demander des subventions publiques. Ce genre d'actions positives de la part du gouvernement n'était toutefois pas seulement motivé par un intérêt pour le bien-être populaire. Les intérêts politiques y étaient souvent pour quelque chose. Par exemple, il est reconnu que Bismarck utilisa cette loi pour contrecarrer le poids politique des travailleurs et des syndicats afin de renforcer l'état allemand²⁴. De même, en Autriche²⁵ et au Japon²⁶, la montée des mouvements des travailleurs au début du 20^{ème} siècle a donné un coup de pouce à l'extension de l'AMO.

Toujours est-il que, en général et surtout au lendemain de la deuxième guerre mondiale, les gouvernements avaient planifié d'importantes améliorations de l'assurance maladie avec à l'esprit l'intérêt public. En Belgique, en Allemagne et en Autriche, l'administration générale était bâtie en grande partie sur un *consensus*, donnant voix aux partenaires concernés et trouvant un équilibre entre leurs différents intérêts.

L'histoire de l'AMO en *Belgique* a été caractérisée dès le début par un consensus entre les salariés et les employeurs. En 1943, par exemple, un accord sur la Solidarité Sociale a été signé entre les employeurs et les syndicats d'ouvriers. Cet accord a été le précurseur du décret du 28 décembre 1944 qui a créé la Sécurité sociale pour les travailleurs. Cet accord a aussi reconnu l'importance des caisses d'assurance maladie dans le système. Les organisations d'employeurs, les syndicats d'ouvriers et les caisses d'assurance maladie continuent d'être d'importantes parties dans la gestion de cet accord. Ils sont maintenant

rejoints par les associations des travailleurs indépendants et représentés au conseil de gestion de l'agence AMO belge .

Dans le cas de l'Allemagne, il faut noter que les caisses d'assurance obligatoires et les organismes prestataires ont historiquement joué un rôle instrumental dans le développement de l'AMO. Ces sont des institutions autonomes et indépendantes bien que supervisées par le gouvernement. Durant les dernières décennies, ces institutions avec leur base régionale, ont été progressivement attirées dans un processus plus centralisé de prise de décision, au travers de comités fédéraux et de négociations. Le gouvernement fédéral allemand, à son tour, a renforcé son pouvoir dans le domaine de la santé. Par exemple, le Ministère de la santé a eu un impact important sur l'établissement, en 1993, du système de péréquation des risques²⁷.

L'Autriche a vécu la même expérience que l'Allemagne avec les caisses d'assurance maladie, celles-ci étant des entités autonomes qui négocient les contrats, les forfaits de prestations santé et les paiements des prestataires avec les organismes prestataires professionnels. Toutefois, le gouvernement fédéral s'est réservé la responsabilité législative et la mise en œuvre²⁸.

Au Japon, la protection sociale a explicitement fait partie des politiques gouvernementales. En effet, la Constitution japonaise post-guerre mondiale stipule que l'État « entreprendra de promouvoir et d'étendre la protection et la sécurité sociale ainsi que la santé publique »²⁹. Ainsi, cette constitution apporte les bases de la création d'une sécurité sociale dans le Japon d'après-guerre. Néanmoins, ceci ne veut pas dire que le gouvernement intervient unilatéralement dans le domaine de la santé. La politique de la santé est plutôt caractérisée par une attitude pragmatique du gouvernement. On peut se référer à « l'art de l'équilibre en matière de politiques de la santé », l'équilibre étant atteint entre les groupes d'intérêts bien établis³⁰, surtout le Ministère japonais de la santé et de la protection sociale (avec des intérêts dans la gestion de la santé) et l'association médicale japonaise (dont les intérêts vont vers l'autonomie professionnelle)³¹.

En *Israël*, l'administration générale s'est révélée, entre autres, par la mise en place d'une importante réforme de la santé en 1995. Alors que 96% de la population était couverte dès 1990³², et ce bien que l'adhésion était obligatoire, depuis les années 80, il était apparu un mécontentement public croissant envers le système aussi bien de la part de la population que des prestataires (plaintes à propos des files d'attente trop longues et des paiements sous la table récurrents). De plus, la plus grande caisse d'assurance maladie a dû faire face à d'importants problèmes financiers à cause de petites caisses engagées dans des opérations d'écroulement de la clientèle. En juin 1988, le gouvernement a donc demandé à la Cour Suprême de nommer une Commission d'Enquête étatique de cinq membres, afin d'étudier le système de santé. Une des plus importantes recommandations de cette commission, dont le rapport a été soumis en août 1990, était d'introduire une loi sur l'Assurance Maladie Nationale, qui couvrirait tous les citoyens et déterminerait le cadre juridique nécessaire au financement et à la fourniture des soins de santé. Un Institut National de Santé recouvrerait les cotisations et les distribuerait sous forme de capitations individuelles aux différentes caisses d'assurance maladie. Cette loi a ensuite été votée en

1995 et a permis d'atteindre des objectifs importants. Un des premiers objectifs était d'octroyer à l'État la responsabilité de fournir les services de santé à tous les résidents; le deuxième était de clarifier le droit de la population d'être soignée ; troisièmement, d'instaurer une obligation d'accepter tous les assurés quelque soit le risque lié à leur maladie afin d'éviter l'écrémage de la clientèle³³. Il a également fallu que les hauts dirigeants³⁴ du Histaduryt et de la Fédération Israélienne Générale du Travail démontrent de fortes compétences professionnelles pour appuyer la loi sur la couverture universelle qui entraînait la séparation de la caisse maladie Kupat Holim Chalit de la Fédération du Travail et par laquelle les travailleurs syndicalisés pouvaient adhérer à une autre caisse d'assurance maladie.

À travers l'analyse des expériences de ces huit pays ayant des régimes AMO développés, cette section a mis en lumière les facteurs importants de facilitation qui peuvent accélérer la période de transition. La section quatre analyse les caractéristiques d'un régime performant. Ceci est essentiel pour s'assurer que la transition vers une couverture universelle est une démarche complète, dans le sens qu'elle garantit l'accès aux soins de santé de base pour tous à un prix raisonnable.

Section 4 : CARACTÉRISTIQUES D'UN RÉGIME DE SANTÉ PERFORMANT : PROBLÉMATIQUES CONCEPTUELLES CLÉ

4.1 Cadre/structure de l'analyse : une évaluation en deux étapes

4.1.1 Introduction

La mise en oeuvre d'un régime AMO exige une préparation substantielle et mérite une attention importante et soutenue. Pour un aperçu des différentes tâches à accomplir nous référons à des recommandations antérieures faites sur l'AMO : « L'Assurance maladie obligatoire : guide de planification »³⁵ et « Planification et mise en œuvre de l'Assurance Maladie dans les pays en développement : Etudes et recommandations »³⁶.

La conception d'un régime AMO est une des tâches majeures et constitue le point de mire de cet article. Nous nous attacherons particulièrement à l'analyse des problématiques conceptuelles clé en utilisant une cadre simple de contrôle des résultats de régimes AMO déjà mis en œuvre³⁷. Comme la mise en œuvre peut durer plusieurs années, la cadre d'analyse des résultats avec l'ensemble d'indicateurs présentés ci-dessous aidera à l'évaluation des progrès effectués.

La performance d'un régime AMO – et en fait de tout autre système de financement de la santé - peut être évaluée en deux étapes. Dans une première étape, on peut évaluer la performance de l'AMO en terme de « financement de la santé » pur : recouvrement des ressources financières, allocations de ces ressources et garantie d'un forfait de prestations

spécifiques. D'une façon plus large, ces éléments sont associés à ce que l'on nomme le plus souvent « la couverture universelle »

Néanmoins, alors que la couverture universelle est au centre des objectifs visés par les politiques de financement de la santé, ses composantes ont besoin d'être examinées de plus près. Par exemple, un régime AMO qui couvre 80% de la population mais qui a un impact positif limité sur l'état de santé global de la population ne semble pas être un régime bien performant. Ceci pourrait peut-être se produire si le forfait de prestations ne contient pas d'interventions rentables ou si l'accès est limité à cause d'un ticket modérateur trop onéreux. Donc, un tel régime couvre une grande partie de la population mais n'a pas une couverture élevée des soins de santé.

Dans une deuxième étape, la performance du régime AMO en terme de financement de la santé est liée à son impact sur ce qui est appelé les objectifs finaux du système de santé, c'est-à-dire la « santé » : égalité en matière de santé, réactivité, égalité dans la réactivité, et équité dans le financement. La section suivante apporte plus de précisions sur ce cadre d'évaluation en deux étapes.

4.1.2 Les objectifs d'un régime d'assurance maladie et leurs impacts sur les objectifs finaux du système de santé.

L'OMS a récemment défini les objectifs des régimes de financement de la santé de la façon suivante : « Le but du financement de la santé est de rendre des fonds disponibles et établir des incitations financières pour les prestataires, afin d'assurer que tous les individus ont accès à un système de santé publique efficace et à des soins de santé individuels »³⁸. Un système de financement de la santé performant, et par le fait même un AMO performant, devrait avoir les objectifs suivants :

- (i) Générer des ressources suffisantes et pérennes pour la santé
- (ii) Utiliser ces ressources de façon optimale (en modifiant les incitatifs et en utilisant de façon appropriée ces ressources)
- (iii) S'assurer d'une accessibilité financière pour tous.

La première étape de l'évaluation est reliée à la réalisation de ces trois objectifs, avec des problématiques conceptuelles clé qui permettent l'analyse de la performance. Nous reviendrons sur celles-ci en détail dans la section 4.2.2.

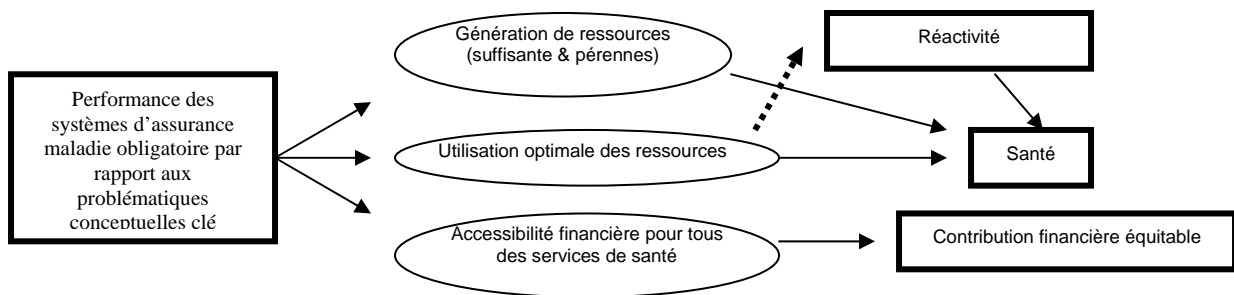
Dans une deuxième étape, la performance d'un régime AMO doit être évaluée en fonction de l'objectif final d'un système de santé. Premièrement, *la santé* est l'objectif premier ou directeur d'un système de santé et l'état de santé global de la population ainsi que la distribution de l'état de santé à travers la population sont importants. Toutefois, les résultats qui ne sont pas liés à la santé sont aussi importants. *La réactivité aux attentes (non-médicales) de la population*, et *l'équité dans les contributions financières* sont aussi reconnues comme d'importants objectifs finaux du système de santé³⁹. Ces trois objectifs sont utilisés comme base de la structure d'analyse adoptée⁴⁰.

Un régime de santé réactif assure que les individus sont traités avec suffisamment de respect et que le régime est suffisamment orienté vers le client⁴¹, sans distinction entre les différentes catégories de la population. Les contributions financières sont considérées comme équitables lorsque les dépenses de santé sont réparties en fonction de la capacité de payer plutôt qu'en fonction des risques de maladie, et devraient assurer que tous sont financièrement protégés contre ce risque. Ces objectifs finaux de réactivité et d'équité concernant les contributions financières ont un impact sur l'objectif primordial de la santé, de la même façon qu'ils sont eux-mêmes importants.

Donc, lors de la deuxième étape de l'évaluation, les régimes AMO devraient idéalement être évalués en fonction de ces objectifs finaux. En effet, les méthodes ont été conçues de façon à ce que les résultats de l'AMO soit quantifiés au niveau national par rapport à la réalisation de chacun des objectifs⁴². Plus directement, l'AMO bien conçue devrait être un moyen efficace de réaliser l'objectif d'équité des contributions financières, puisque que l'AMO partage les risques et acquiert des fonds en fonction de la capacité de payer. Mais l'AMO, comme tout autre régime de financement de la santé, a un effet sur la distribution et l'état de santé général de la population, en fournissant des ressources pour la santé et en décidant de la façon qu'elles seront utilisées. Finalement, un bon régime AMO peut avoir un effet positif sur l'objectif de réactivité, en modifiant les incitatifs des prestataires de santé.

Dans le diagramme suivant, nous décrivons d'abord dans le rectangle de gauche, la performance d'un régime AMO. Le degré de succès de l'AMO par rapport à un certain nombre de problématiques conceptuelles clé sera analysé en section 4.2, où nous proposerons une série d'indicateurs de performance. Ceux-ci indiqueront dans quelle mesure ces objectifs standards de financement sont atteints (première étape de l'évaluation). Nous illustrerons les liens entre ces objectifs et les objectifs finaux du système de santé (deuxième stade de l'évaluation).

Diagramme 1: Assurance maladie obligatoire – objectifs du financement et buts ultimes du système de santé



Les flèches indiquent comment le succès de l'AMO affecte les objectifs finaux du régime de santé (les flèches en pointillé montre une relation plus faible), illustrant le lien entre la première et la deuxième étape de l'évaluation. En conséquence, nous développerons seulement la première étape de l'évaluation de la performance. Celle-ci est étroitement liée aux aspects financiers et administratifs de la mise en œuvre de l'AMO et a toutes les

chances d'être immédiatement utile à ceux qui ont en charge l'administration du développement d'un tel régime.

Ceci ne veut pas dire que la deuxième étape de l'évaluation est moins importante. Néanmoins, vue sa complexité analytique, il est nécessaire d'effectuer une enquête séparée et complémentaire. Par exemple, la santé et l'équité de la santé dépendent de facteurs au-delà du financement de la santé, tels le degré du développement économique et un nombre de caractéristiques socioéconomiques et épidémiologiques. De la même façon, la réactivité pourrait aussi dépendre de facteurs qui vont au-delà du régime de financement de la santé. Ainsi, il est nécessaire d'établir avec prudence des méthodes réalisables afin que l'effet « net » de l'AMO sur les objectifs finaux du système de santé soit identifié. Cet effet ne sera toutefois pas analysé dans cet article.

4.2 Le premier stade d'évaluation des résultats

4.2.1 L'assurance maladie obligatoire et les sous-fonctions du financement de la santé

Tout d'abord notons que les multiples aspects d'un système de santé peuvent être classés en quatre grandes fonctions inter-reliées, à savoir : fourniture des services de santé, création de ressources (à travers les investissements et la formation) afin de fournir ces services, financement de la santé, ainsi que l'administration générale et la supervision du système de santé⁴³.

Il est important de garder ceci à l'esprit lorsque l'on se penche sur l'évaluation des régimes AMO, surtout en ce qui concerne l'aspect de l'administration générale et du rôle du gouvernement sur ce dernier. Nous reviendrons brièvement sur ce point dans la section 4.3.. Néanmoins, le centre d'intérêt ici est la fonction de financement de la santé de l'AMO. Notre analyse en distinguera trois sous-fonctions inter-reliées: recouvrement des cotisations, mise en commun des risques et l'achat. Les indicateurs de performance proposés seront classifiés selon ces sous-fonctions.

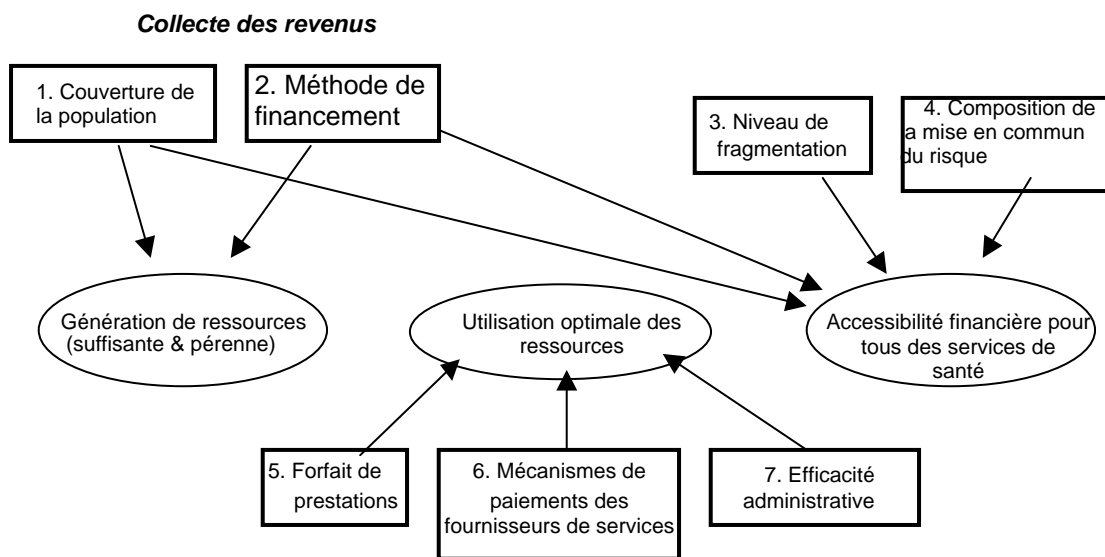
Le *recouvrement des cotisations* peut être défini comme étant le procédé par lequel le système de santé reçoit l'argent des ménages, des entreprises, du gouvernement et d'autres organisations y compris les bailleurs de fonds⁴⁴. La mise en commun des risques est l'accumulation et la gestion de ces revenus afin d'étaler les risques de paiement des soins de santé sur les membres du groupe; ainsi les individus ne supportent plus de risque sur une base individuelle⁴⁵. L'achat est le procédé par lequel les contributions sont utilisées pour payer les prestataires afin de livrer un ensemble d'interventions de santé spécifiques ou non spécifiques. L'achat peut être soit passif soit stratégique, l'achat passif étant réalisé selon des budgets prédéterminés ou par le paiement des factures lorsqu'elles se présentent. L'achat stratégique est préférable car il implique une recherche continue des meilleurs services de santé, comment les acheter et de qui⁴⁶.

Dans la section suivante, les problématiques conceptuelles clé liées à chacune de ces sous-fonctions du financement de la santé seront définies.

4.2.2. Les résultats des problématiques conceptuelles clé : exposé général

Sept problématiques conceptuelles clé sont étudiées dans cette section, afin d'évaluer l'AMO en terme des sous-fonctions du financement de la santé : recouvrement des cotisations, mise en commun des risques et achat. Le diagramme suivant présente ces problématiques conceptuelles clé (dans les rectangles) et leur relation avec les trois objectifs définis à la section 4.1.2 :

Diagramme 2: Problématiques conceptuelles clé des sous-fonctions du financement de la santé



Afin d'évaluer la performance de chacune de ces sept problématiques conceptuelles clé, nous définissons, dans la mesure du possible, des indicateurs de performance facilement mesurables. De plus, nous discutons d'autres aspects de performance qui sont importants dans la relation avec chacune de ces problématiques conceptuelles. Un résumé de cette évaluation de performance se trouve dans le tableau 2.

Tableau 2: Résumé de la performance de sept problématiques conceptuelles clés

<i>Collecte des revenus</i>		
1. COUVERTURE DE LA POPULATION		
- niveau général / macroéconomique	Pourcentage de la population couverte par l'AMO	Quelle portée pour les subventions gouvernementales directes ?
- par groupe spécifique de population	Couverture par groupe socioéconomique*	
2. MÉTHODE DE FINANCEMENT		
<i>a) Mesures des cotisations payées d'avance</i>		
- général	Ratio des contributions payées d'avance sur les coûts totaux des soins de santé	Différentes sources de fonds: - Impôts sur les salaires versus un assortiment de sources de revenus Est-ce que les contributions sont nominales ou relatives ?
- par groupe spécifique de population	Ratio des cotisations payées d'avance par groupe socioéconomique*	
<i>b) Protection contre des dépenses d'urgence</i>		
- général	Pourcentage des ménages ayant des dépenses d'urgence	
- par groupe spécifique de population	Dépenses d'urgence par groupe socioéconomique*	
<i>Mise en commun des risques</i>		
3. NIVEAU DE FRAGMENTATION	Plusieurs risques partagés ? Si oui, y a-t-il des mesures d'égalisation des risques en place ?	Fonds simple versus multiple: - Fonds simple: niveau de décentralisation - Fonds multiple: caractéristiques des membres des différents fonds, avec des contributions et des bénéficiaires variés ? Concurrence entre les fonds ?
4. COMPOSITION DES RISQUES PARTAGÉS	Est-ce que l'adhésion est obligatoire ?	Quelle est l'unité de souscription ?
<i>Achat</i>		
5. FORFAIT DE PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ	Y a-t-il des mécanismes de contrôle – mécanisme de demande de révision pour les patients, informations sur les droits des prestataires ?, comité de revue et examen des revendications – en place ?	Nature du contrat entre le fournisseur et le régime AMO. Comment introduire des critères d'efficacité et d'équité dans les forfaits de prestations de soins de santé ?
6. MÉCANISMES DE PAIEMENT DES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ	...voir les questions de conception supplémentaires...	Est-ce que les incitatifs aux fournisseurs encouragent la rétention des coûts et la fourniture de soins de santé de qualité ?
7. EFFICACITÉ ADMINISTRATIVE	Pourcentage des dépenses en coûts administratifs	Budget plafond; exclusion des interventions peu coûteuses du forfait des prestations.

*ceci est décrit dans la section 4.2.3 ci-dessous.

4.2.3 Sept problématiques conceptuelles clé : une analyse en profondeur

Recouvrement des prestations

1. COUVERTURE DE LA POPULATION

Pour un pays qui a choisi la voie de l'AMO afin d'arriver à la couverture universelle des soins de santé, une des problématiques conceptuelles est le niveau de population couvert par le régime AMO. Ceci est important afin de permettre une plus grande accessibilité financière à ceux couverts par l'AMO ainsi que pour générer plus de revenus pour la santé.

INDICATEURS DE PERFORMANCE

- *Pourcentage de la population couverte par l'AMO*

Un indicateur de performance immédiat pour la problématique conceptuelle est le pourcentage de population couverte par ce régime. Les pourcentages élevés obtenus au cours des années sont associés à une meilleure performance, *toutes choses étant égales par ailleurs*.

Il faut quand même être prudent lors de l'interprétation de ce ratio. Les facteurs liés à la structure économique vont aussi influencer sur le taux de couverture de la population. Par exemple, il est typiquement plus facile administrativement de recouvrer les cotisations des salaires des secteurs industriels, des mines et des services que des salariés indépendants ou des agriculteurs. Ainsi, les économies disposant de grands secteurs industriels, miniers ou de services ont plus de chance d'avoir un pourcentage plus élevé de population couverte par l'AMO dès le début. Un exemple qui illustre cette situation est celui d'un pays ayant 60% de sa population couverte par l'AMO, alors qu'un autre n'a que 15 % de couverture, les deux couvrant la totalité de leurs salariés. Cette différence est largement dues aux différences dans les structures sous-jacentes des économies des deux pays.

Afin de mieux comprendre l'évolution de ce ratio, nous proposons donc d'ajouter les indicateurs relatifs aux différentes catégories de la population.

- *Couverture en fonction des groupes ciblés*

Il s'ensuit des discussions précédentes qu'au lieu de regarder simplement le pourcentage de population couverte, il convient d'analyser la couverture par groupe de population,

pour mieux comprendre les résultats d'un régime AMO. Afin de mesurer ceci, nous utilisons la classification suivante, basée sur des catégories type d'adhérents à l'AMO :

- 1- Fonctionnaires (y compris les enseignants, la police et le personnel militaire)
- 2- Salariés des entreprises publiques et privées
- 3- Professionnels indépendants
- 4- Travailleurs immigrés et occasionnels, travailleurs agricoles et autres travailleurs indépendants
- 5- Fonctionnaires retraités et autres retraités
- 6- Certains groupes de la population non active (étudiants, handicapés, chômeurs)

Notons qu'à chaque fois, les personnes dépendantes sont incluses dans les différentes catégories. De plus, des groupes supplémentaires pourraient être prises en compte si ils sont importants dans le contexte spécifique du pays. À des fins administratives et pour faciliter les adhésions, on pourrait identifier d'abord les employées des entreprises ayant un certain minimum d'employés. En RdC, par exemple, la couverture AMO a commencé en 1977 avec les salariés des grandes entreprises comptant plus de 500 salariés. À partir de 1977, la couverture a progressivement été étendue aux salariés de plus petites entreprises^{xlvi}. On pourrait aussi suivre la couverture des différentes catégories de la population citées ci-dessus par région ou par province.

D'AUTRES ASPECTS DE PERFORMANCE

Alors que l'obtention d'une couverture maximum de la population par l'AMO est un des objectifs majeurs recherchés par les pays qui ont choisi la voie vers la couverture universelle, il est aussi important de comprendre que ce procédé peut prendre un certain temps. Les indicateurs de performance de la couverture par groupe cible reflètent une raison importante pourquoi une couverture élevée ou universelle sera difficile à atteindre, en démontrant que certaines catégories de la population sont plus faciles à couvrir administrativement que d'autres. En effet, certaines extensions sont plus faciles à effectuer. Par exemple, une extension de la couverture qui est relativement facile à réaliser est celle de la couverture des personnes dépendantes qui ne sont pas couvertes. Il faut noter qu'au moment de l'introduction de l'AMO en Colombie en 1993, seulement 20,6% de la population était affiliée à la sécurité sociale. Quatre ans plus tard, 53% de la population avait adhéré. Mais une partie significative de l'augmentation de la couverture peut être expliquée par l'adhésion des membres de la famille des travailleurs du secteur formel qui étaient déjà assurés^{xlvi}.

Ce n'est pas seulement la structure économique d'un pays qui explique les taux de couverture des différentes catégories ciblées. Les décideurs politiques doivent aussi fixer l'ampleur des financements croisés dont bénéficient ces groupes spécifiques. L'éligibilité aux prestations AMO est généralement basée sur les cotisations au régime. Toutefois, le pourcentage couvert peut excéder le pourcentage de cotisants *si* le gouvernement crée des arrangements financiers permettant de payer les cotisations de certaines catégories de la population, comme les plus pauvres, qui autrement n'auraient pas pu se permettre

l'adhésion au régime d'assurance. Ceci implique un certain financement croisé puisque ces paiements seront financés à travers les revenus des contributions fiscales et/ou les transferts de la part des ceux qui auront payé leurs cotisations en totalité. L'ampleur des financements croisés dépend du niveau de solidarité parmi les membres de la société, un point qui a été discuté dans la section 3.

2. MÉTHODES DE FINANCEMENT

Les méthodes de financement de l'AMO sont importantes pour assurer une protection financière contre les coûts de la santé et par là même une meilleure accessibilité financière pour tous aux services de la santé. Mais il est aussi important que les mécanismes de paiement utilisés pour les soins de santé puissent générer des revenus suffisants et pérennes afin que le régime AMO fonctionne convenablement.

INDICATEURS DE PERFORMANCE

a) Montant des cotisations payées d'avance

- *Ratio des cotisations payées d'avance par rapport au coût total des prestations AMO*

Les soins de santé peuvent être payés soit directement par les usagers, soit d'avance. Les cotisations payées d'avance sont préférables car elles améliorent l'accessibilité financière aux soins de santé. En effet, les déboursements directs restreignent l'accès à ceux qui peuvent se le permettre, et excluent les plus pauvres^{xlix}. Les cotisations payées d'avance offrent une meilleure protection contre certaines conséquences financières imprévues des soins de santé. Ce genre de protection est tout à fait souhaitable lorsque la population est peu disposée à prendre des risques. De plus, le gouvernement pourrait introduire cette protection universelle par souci d'équité sociale.

Dans les pays à régime AMO, le niveau des cotisations payées d'avance affecte l'accessibilité du forfait de prestations du régime. Ce dernier peut être très largement défini, mais le ticket modérateur peut être tellement cher que l'accès à un bon nombre de soins de santé est compromis. Les cotisations payées d'avance sont aussi préférables car elles constituent une condition préalable à la mise en commun des risques parmi la population, et bien sûr dans les régimes AMO, elles peuvent être combinés avec la mise en commun des risques. La mesure de la performance en terme de mise en commun des risques sera étudiée plus loin dans cette section.

Un ratio plus élevé de cotisations payées d'avance par rapport aux coûts assumés par l'assuré ainsi que l'utilisation des services de santé offerts dans le cadre du forfait de prestations indique un régime AMO plus performant. Toutefois, il y a deux obstacles majeurs. Premièrement, il existe un souci par rapport à l'adéquation du forfait de prestations. Par exemple, le ratio des cotisations payées d'avance peut être très élevé mais

le forfait de prestations très restreint. Clairement, ceci n'est pas idéal, car plusieurs ménages peuvent encore avoir à payer d'importantes facture de soins de santé ou peuvent être simplement dans l'impossibilité d'accéder à certains soins de santé due à leur incapacité à payer. C'est pourquoi un ratio élevé de cotisations payées d'avance par rapport aux coûts du forfait de prestations de l'AMO est l'indication d'une bonne performance seulement si, au même moment, les prestations offertes sont complètes. En effet, dans ce cas, le ratio des cotisations payées d'avance par rapport aux coûts totaux des soins de santé de l'ensemble du secteur de la santé sera aussi élevé. Un forfait de prestations de soins de santé complet est généralement composé de soins externes (soins de santé primaires, certains services de spécialistes, médicaments essentiels) et de soins hospitaliers (dont les médicaments essentiels et les services auxiliaires comme les tests de laboratoire)^l.

Deuxièmement, le souci du *hasard moral* devrait être aussi pris en compte. Un niveau important de cotisations payées d'avance combiné à une mise en commun du risque peut entraîner pour certains un droit à plus de soins de santé qu'ils n'en ont payés. À l'extrême, ceci peut conduire à des soins de santé « gratuits » au moment de la consommation. La théorie du *hasard moral* implique que les individus peuvent avoir une demande excédentaire de soins de santé lorsqu'ils sont confrontés à un prix subventionné au moment où ils ont besoin de soins de santé^{li}. Certains soutiennent que le *hasard moral* n'est pas très présent dans le secteur de la santé, car on devrait s'attendre à ce que les gens préfèrent être en bonne santé que demander à être soignés. Toutefois, le *hasard moral* reste important, puisqu'une fois qu'ils sont malades, les gens pourraient vouloir obtenir le plus de soins possibles^{lii}. Également, lorsqu'il n'existe pas de barrières financières à la demande de soins de santé aux divers niveaux du système de santé, les ménages pourraient être tenter d'éviter les échelons inférieurs et demanderaient à être soignés dans des installations plus spécialisées. De plus, il peut y avoir un mauvaise utilisation du système, par exemple, lorsque les produits pharmaceutiques prescrits aux affiliés sont vendus à des fins mercantiles. Les solutions pour faire face aux comportements découlant du *hasard moral* sont basées sur le maintien d'un certain niveau de ticket modérateur. On pourrait aussi assigner à certains prestataires une tâche de gardien, par laquelle l'accès aux échelons supérieurs du système de santé ne sera donné qu'en fonction des besoins. Imposer des cotisations payées d'avance élevées à ceux qui ne respectent pas le système d'aiguillage vers les services appropriés pourrait aussi renforcer ce dispositif. Pour ces raisons, une maximisation complète (100%) du ratio de cotisations payées d'avance n'est pas nécessairement la meilleure politique. Notons, par exemple, que dans la plupart des régimes AMO européens, les ticket modérateurs à hauteur de 30 % sont assez communs; des ticket modérateurs plus élevés ont même été observés dans le cas de certaines catégories de produits pharmaceutiques^{liii}.

Néanmoins, dans cette analyse, un ratio supérieur de cotisations payées d'avance est associé à un régime plus performant, car il permet d'assurer une meilleure accessibilité financière pour tous. Par contre, il n'est pas possible d'identifier un ratio précis vers lequel s'orienter. En effet, la nécessité de prendre en compte le *hasard moral* peut différer d'un pays à l'autre, amenant des niveaux variables de tickets modérateurs et donc des ratios. De plus, le ratio peut dépendre du niveau de revenu de chaque pays. Par exemple,

les pays à revenus élevés dotés de régime AMO peuvent décider d'introduire des niveaux plus élevés de ticket modérateur pour certaines prestations de santé, jugeant que l'accessibilité financière est assurée pour la population.

L'expérience internationale peut être utile dans la formulation d'une recommandation. Toutefois, des données comparables sur les cotisations payées d'avance spécifiquement relatives au forfait de prestations de santé dans les pays dotés d'un régime AMO ne sont pas disponibles. Les données des pays dotés d'un régime AMO relatives à la participation du gouvernement aux dépenses générales de la santé sont disponibles. On pourrait utiliser cette proportion comme une donnée indirecte du ratio des cotisations payées d'avance. La moyenne de ces derniers ratios dans 27 pays est de 71,1%, dont 16 pays ayant un ratio variant entre 70% et 91.9%^{liv}. En terme de protection financière contre les coûts des soins de santé, il est plus raisonnable d'utiliser la dernière proportion comme référence dans les pays en développement

-Ratio des cotisations payées d'avance par groupes ciblés

L'analyse de l'étendue des cotisations payées d'avance par groupes ciblés est importante car elle indique la manière par laquelle le régime AMO parvient à introduire une protection financière universelle. Les différences des ratios de cotisations payées d'avance entre les groupes ciblées peuvent être causées par les différents niveaux d'assurance contractées par ces groupes, par la fragmentation du système de mise en commun des risques entraînant différents niveaux de protection financière et par l'existence de mécanismes de cotisations payées d'avance alternatifs (comme les régimes d'assurance communautaire) qui sont utilisés par certains groupes.

Il y a un souci sérieux de voir les employés et les autres travailleurs pouvant adhérer facilement, bénéficier d'un ratio plus élevé que d'autres de cotisations payées d'avance par rapport aux coûts totaux des soins santé. Le défi pour les régimes AMO est de développer un plan par lequel les autres groupes ciblés adhèrent systématiquement au régime selon des conditions similaires à celles des affiliés initiaux. Ceci conduira éventuellement à des ratios similaires pour tous les groupes, avec une accessibilité financière comparable aux prestations de santé.

b) Protection contre des dépenses d'urgence

-Pourcentage de ménages avec des dépenses d'urgence

Alors que les cotisations payées d'avance sont préférables aux paiements directs faits par les usagers en terme d'amélioration de l'accessibilité financière aux prestations de soins de santé, ceci ne garantit pas que les cotisations demandées soient accessibles financièrement pour tous. C'est pourquoi la problématique conceptuelle de la protection contre les dépenses d'urgence est incluse, les régimes AMO plus performants minimisant le pourcentage des ménages ayant à effectuer ce genre de dépenses. Par exemple, si les cotisations payées d'avance sont trop élevées pour un certain nombre de ménages et/ou si les tickets modérateurs pour certaines prestations de soins santé sont trop élevés (surtout

pour les ménages les plus pauvres), ou simplement si certaines prestations sont exclues du forfait de prestations de soins de santé du régime AMO, alors les cotisations demandées pour les soins de santé pourraient ne pas être accessibles financièrement pour tous.

Les cotisations payées d'avance restent importantes comme mesure d'accessibilité financière. Toutefois, cet indicateur de performance particulier, minimisant le pourcentage des ménages ayant à effectuer des dépenses d'urgence, donne une mesure plus fondamentale du degré de succès atteint par un régime AMO dans la poursuite de l'accessibilité financière pour tous des soins de santé. Les dépenses d'urgence sont définies comme étant 40% ou plus du revenu d'un ménage, après les dépenses de subsistance (nourriture)^{lv}.

- *Dépenses d'urgence par groupe ciblé*

Comme pour le critère des cotisations payées d'avance, l'analyse par groupe ciblé est utile puisqu'elle montre dans quelle mesure le régime AMO est équitable. Les dépenses d'urgence sont propices à constituer un problème plus important parmi les groupes ciblés plus vulnérables, mais un régime AMO performant pourrait limiter ces dépenses même auprès de ces groupes.

D'AUTRES ASPECTS DE PERFORMANCE

Les indicateurs de performance spécifiés mesurent l'accessibilité financière des cotisations pour les soins de santé, à travers l'analyse des cotisations payées d'avance et des dépenses d'urgence. Toutefois, les sources de financement sont aussi importantes pour la mesure de l'équité d'un régime AMO. Dans ce contexte, le concept d'équité est plus large que celui de l'accessibilité financière, et se réfère à la manière par laquelle les cotisations au régime AMO sont distribuées aux ménages à revenus différents. De plus, et comme il a été souligné au départ, il est important que les mécanismes de paiement des soins de santé utilisés génèrent des revenus suffisants et pérennes afin que le régime AMO fonctionne comme désiré.

La source primaire du financement d'un régime AMO sont les *cotisations*. Dans le cas des salariés, elles sont habituellement liées au salaire et souvent payées en partie par l'employeur. Dans le cas des travailleurs indépendants, elles peuvent être soit forfaitaires soit liées au revenu^{lvi}. Les cotisations liées au revenu sont préférables pour des raisons d'équité, car ceux ayant des revenus plus élevés paieront des cotisations proportionnellement plus élevées : les cotisations sont donc davantage basées sur la capacité de payer que dans le cas du concept forfaitaire. Les cotisations forfaitaires, surtout dans un pays où il est très difficile d'évaluer les revenus, peuvent éviter des pertes de temps et faciliter la gestion. Nous observons donc une substitution entre l'équité et l'efficacité, avec des cotisations devenant plus équitables mais au détriment de coûts administratifs plus élevés dans un modèle basé sur les revenus. Une solution intermédiaire est d'avoir une série de tarifs forfaitaires comme alternative à des modèles

basés uniquement sur les revenus ou sur une contribution forfaitaire unique. Ceci prend en compte la capacité de payer des individus sans trop augmenter les coûts administratifs et les pertes de temps.

Il pourrait aussi exister une limite que la société met sur le degré d'équité. Quand, dans un régime AMO, toutes les cotisations sont mises en commun et que le forfait de prestation de soins de santé est universel, les différences de cotisations entre les groupes peuvent devenir si grandes qu'elles ne sont plus acceptables pour plusieurs personnes. Alors, l'acceptabilité et/ou la pérennité d'un régime AMO pourraient être compromises, car une partie significative de la population pourrait être réticente à accepter cette importante redistribution implicite. Une des manières de reconnaître les limites de la solidarité financière dans un régime est de déterminer que le salaire, sur lequel sont basées les cotisations, soit plafonné. De cette façon, l'on réduira les différences entre les niveaux de cotisations des différents groupes de salariés.

Les cotisations (basées sur les salaires) représentent une source de financement relativement pérenne, puisqu'elles constituent un montant fixe du revenu des salariés. Par conséquent, ce type de cotisations est moins sujet aux discussions budgétaires annuelles que si les fonds provenaient des contributions fiscales. Les montants générés fluctueront en fonction de l'état de l'économie, avec moins de revenus en temps de récession lorsque les salaires sont licenciés.

Toutefois, financer un régime AMO seulement par des cotisations pourrait ne pas toujours assurer des ressources suffisantes et stables. Ceci est surtout le cas si les décideurs politiques désirent couvrir une plus grande partie de la population plutôt qu'uniquement ceux qui ont cotisé par le prélèvement sur leur salaires. En effet, les chômeurs, les retraités, les étudiants et les pauvres ont aussi besoin d'une couverture maladie. C'est pourquoi dans plusieurs régimes AMO, les cotisations sont complétées de plusieurs façons. La principale source complémentaire de fonds provient habituellement des *subventions gouvernementales à travers la taxation générale*. Celles-ci, comme souligné antérieurement, peuvent assurer l'accessibilité financière des soins de santé à un plus grand nombre de personnes et contribuer à améliorer l'équité dans la détermination des cotisations. Certains pourraient critiquer ces subventions gouvernementales car elles réduisent l'indépendance du financement du régime AMO par rapport au budget gouvernemental^{lvii}. De plus, la création de subventions gouvernementales ne se fait pas toujours sans frictions. En RdC, par exemple, le financement de l'assurance des différents groupes de population est devenu un problème politique dès le début de 1989^{lviii}, lorsque l'adhésion devint obligatoire pour les travailleurs indépendants urbains. La question était de savoir dans quelle mesure les subventions gouvernementales dirigées aux travailleurs indépendants étaient faisables politiquement (la subvention visait à limiter le fardeau financier direct). Des frictions sont apparues dans la mesure où les salariés n'apprécient pas la subvention aux travailleurs indépendants. On leur avait appris combien les prélèvements sur leur salaires étaient importants, ceux-ci leur accordant le droit de bénéficier de services de santé du régime AMO. C'est pourquoi les salariés se sont demandés pourquoi les travailleurs indépendants étaient exemptés de payer ces cotisations. À terme, un compromis politique fut atteint, et les subventions

gouvernementales furent appliquées de façon limitée : en 1995, elles couvraient 35 % du financement du régime d'assurance maladie des travailleurs indépendants urbains^{lix}.

D'autres sources importantes de financement sont les *impôts spéciaux* et les *aides extérieures*. Des taxes sur la consommation de produits (comme le tabac ou l'alcool) et d'activités nocifs peuvent aider à altérer les comportements des consommateurs et couvrir certains coûts de santé occasionnés par ces produits ou activités. L'aide extérieure peut s'avérer utile pour le financement de certaines tâches spécifiques isolées, comme par exemple la mise en place d'un changement d'organisation du régime AMO, ou le co-financement temporaire de la couverture de ceux qui ne peuvent pas payer. Toutefois, ce n'est, par sa nature, pas une solution de long terme.

Les tickets modérateurs peuvent aussi influencer les incitations des consommateurs (voir la discussion à propos du risque subjectif ci-dessus) et jouent donc un rôle important pour limiter les coûts. Toutefois, en général, les tickets modérateurs ne sont pas considérés comme générateurs de ressources pour le régime AMO. Au lieu de cela, ce sont typiquement les prestataires des soins de santé qui reçoivent les revenus générés par les tickets modérateurs. Ceux-ci ont quand même un impact sur le niveau des dépenses du AMO, car si les dépenses des assurées sont moindres, toutes autres étant égales par ailleurs, plus élevé sera le niveau des tickets modérateurs.

Ainsi, bien que les cotisations constituent la source principale de financement des régimes AMO, pour des raisons d'équité et de génération suffisante de ressources, elles sont habituellement complétées par les autres sources de financement décrites ci-dessus.

Mise en commun du risque

3. NIVEAU DE FRAGMENTATION

Dans les systèmes de couverture universelle tels que ceux financés par l'impôt ou ceux de type AMO, les cotisations payées d'avance sont combinées à une répartition des risques entre les affiliés^{lx}. Ceci offre une plus grande protection contre les coûts élevés des dépenses de santé et améliore du même coup l'accessibilité financière. Bien que les régimes AMO – par définition – mettent en commun le risque, l'étendue réelle de celle-ci peut varier grandement entre les différents pays, étant donné qu'une mise en commun complète du risque n'est pas toujours en vigueur. Ceci dépend non seulement de l'étendue des cotisations payées par les usagers (voir questions clé 2a), mais aussi du niveau de fragmentation de la mise en commun du risque. La fragmentation se produit lorsqu'il y a trop de petits systèmes de mise en commun du risque^{lxi}. Elle peut amener dans certains segments de la population, particulièrement dans les groupes à faible revenu, une protection contre les dépenses de santé moins élevée que dans d'autres. Les systèmes

de mise en commun auxquels sont associés ces personnes recevront un montant moins élevé de cotisations, amenant des forfaits de prestations de santé moins généreux et des restrictions dans l'accès. Une minimisation du niveau de fragmentation peut donc permettre une meilleure accessibilité financière aux services de santé pour l'ensemble de la population.

Toutefois, il est important de noter que la fragmentation ne correspond pas simplement à l'existence de plusieurs systèmes de mise en commun du risque. Si un mécanisme appelé compensation des risques, qui permet une rectification des ressources disponibles mises en commun selon les divers risques des affiliés, est en vigueur, la fragmentation peut être évitée. Dans la plupart des cas, les régimes AMO établissent ce genre de compensation.

PERFORMANCE DES INDICATEURS

- Mise en commun multiple des risques ? Si oui, existe-t-il des mécanismes de compensation des risques ?

Les régimes AMO peuvent soit être composés d'une mise en commun multiple des risques / caisse multiple, ou d'une mise en commun unique des risques / caisse unique. Dans la cas d'une caisse unique de mise en commun des risques, toutes les opérations financières y transigent, tandis que pour les systèmes à caisse multiple, chaque mise en commun du risque a son propre fonds de réserves financières. Néanmoins, une caisse unique peut avoir des bureaux dans plusieurs régions ou provinces, mais même dans cette situation, les gestionnaires sont responsables de l'ensemble des transactions financières du système. C'est le cas de l'Assurance Maladie Nationale à Taiwan en Chine : le Bureau de l'Assurance Maladie Nationale (AMN) gère le système en entier et est responsable des opérations financières des six bureaux régionaux. Les principales responsabilités de ces derniers sont le traitement des adhésions et l'analyse des plaintes^{lxii}. Bien qu'il existe plusieurs raisons pour lesquelles les systèmes à caisse multiple peuvent être préférées (ceci est discuté dans les aspects de performance ci-dessous), en ce qui à trait à la problématique conceptuelle clé de la minimisation de la fragmentation, une caisse unique demeure la meilleure option. La caisse unique maximise la mise en commun des risques, en combinant les risques des affiliés dans un fonds commun, tout en fournissant un forfait de prestations de santé identique à tous les affiliés.

Il n'est pas inutile de rappeler qu'un régime à caisse multiple, ou système de mise en commun multiple des risques, n'est pas un synonyme de fragmentation. Bien sûr, l'objectif des décideurs politiques d'offrir un forfait de prestations de santé identique à tous les affiliés peut permettre la jonction nécessaire entre les systèmes de mise en commun. Ce phénomène est connu sous le nom de compensation des risques, par lequel des subventions sont données aux personnes à haut risque, à travers un « fonds de solidarité ». Ceci est nécessaire afin d'assurer que les caisses acceptent toutes les catégories de membres, dont ceux à haut risque. Ainsi, les fonds de solidarité reçoivent les ressources financières suffisantes afin de couvrir les personnes à haut risque. De plus, l'incitatif à systématiquement rechercher des personnes à faible risque devrait être réduit.

Les caisses, ayant un niveau disproportionné d'affiliés à faible risque, accumuleront plus facilement des surplus financiers. Toutefois, ces derniers devront être répartis avec les autres caisses par le mécanisme de compensation des risques.

Afin de mesurer la performance des régimes AMO en fonction de cette problématique clé, il faut tout d'abord identifier si le système de mise en commun des risques est unique ou multiple. Ensuite, si le système est une caisse multiple, il faut déterminer si des mécanismes de compensation des risques sont en place. Il est important de spécifier encore une fois que bien que la fragmentation de la mise en commun des risques n'est pas souhaitable, il existe des arguments d'efficacité qui vont à l'encontre d'une caisse unique. Une vérification par des indicateurs de performance permet de constater si des mécanismes de compensation sont en place.

Deux formes de mécanismes de compensation des risques peuvent être distinguées : les dispositifs de régulation des risques ou le partage ex-post des risques^{lxiii}. Les dispositifs de régulation des risques sont des caractéristiques utilisées entre autres pour estimer les déterminants des dépenses de santé. Ceux utilisés dans les régimes AMO matures sont :

âge, sexe, invalidité, revenu, statut d'emploi, région (profil épidémiologique et selon la prédominance rurale et urbaine), dépenses antérieures, utilisation antérieure (utiliser les informations provenant des diagnostics)

Les caisses d'assurance ayant un nombre élevé disproportionné d'affiliés avec une de ces caractéristiques, provoquant ainsi une proportion espérée plus grande d'affiliés à haut risque, peuvent recevoir des subventions du fonds de solidarité, cet argent provenant des régimes ayant des affiliés à risque faible (espéré). Ceci aide à compenser l'impact des profils de risque différents, mais demeure imparfait puisque les dispositifs de régulation des risques sont seulement des estimations des dépenses de santé individuelles. Les informations sur certaines caractéristiques sont plus facilement accessibles que d'autres, tels l'âge, le sexe et le statut d'emploi du bassin de population de la zone couverte par la caisse, ainsi que les caractéristiques de la région. Un régime AMO devrait utiliser des données sur les dispositifs de régulation des risques qui ne sont pas onéreuses à obtenir, mais qui restent de bons indicateurs prévisionnels des futures dépenses de santé individuelles. Par exemple, cinq sous-groupes d'âge couplés à des indicateurs de sexe, du type de région (rurale ou urbaine) et de l'incidence de la malaria (faible, moyen ou élevé), résultent en 36 options sur lesquelles les subventions aux caisses à haut risque peuvent se baser.

Le régime d'assurance maladie universelle de la Colombie est un bon exemple de mécanisme de compensation des risques entre systèmes de mise en commun du risque^{lxiv}. Les personnes assurées contribuent à la hauteur de 12% de leur salaire (le *Regimen Contributivo*), à moins que leur salaire soit insuffisant, dans ce cas, le régime renonce à la contribution (le *Regimen Subsidiado*). Tous les assurés peuvent s'affilier à la caisse d'assurance maladie qu'ils désirent (*Entidad Promotora de Salud – EPS*). Les charges prélevées sur les salaires sont payées directement aux caisses. Au même moment, le

gouvernement décide du niveau de revenus d'assurance maladie auxquels chaque caisse a droit. Ce revenu équivaut à un montant identique pour toutes les personnes (*Unidad de Pago por capitación – UPC*), et est ajusté selon l'âge et le sexe, lesquels sont multipliés par le nombre d'affiliés de la caisse. Les montants sont répartis entre les caisses de façon que les revenus totaux d'une caisse couvrent les coûts des services de santé utilisés par les affiliés. Le mécanisme de compensation des risques s'effectue donc de cette manière : (i) les caisses d'assurance maladie, percevant des revenus de charges salariales qui excèdent les revenus qui leur sont dus, doivent remettre ce montant « excédentaire » au fonds de solidarité (*Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA*), (ii) la FOSYGA distribue ensuite les montants nets qu'elle reçoit entre les caisses d'assurance maladie dont les charges perçues sont moins élevées que leurs revenus.

Le partage des risques ex-post implique le remboursement rétroactif de certains coûts des caisses d'assurance maladie par le fonds de solidarité. Par exemple, ceci peut être conçu pour couvrir des personnes dont les coûts se révèlent exceptionnellement élevés. Il est intéressant de noter que la limite extrême du remboursement complet est un régime de caisse unique.

D'AUTRES ASPECTS DE PERFORMANCE

La responsabilité financière des régimes à caisse unique ou multiple a un effet important sur l'efficacité. Les succursales d'un régime à caisse unique n'ont aucun incitatif à contenir leurs coûts lorsqu'elles n'ont aucune responsabilité financière et que leurs dépenses sont financées à partir des fonds centraux. Par contre, dans un régime à caisse multiple, il peut exister un incitatif d'efficacité pour chaque caisse, lorsqu'elles conservent les revenus perçus des divers contributeurs auxquels sont soustraits les contributions au fonds de solidarité. Toutefois, le partage des risques ex-post réduit cet incitatif, alors que les coûts des caisses sont remboursées par le fonds de solidarité.

Dans un régime à caisse unique, l'efficacité peut être améliorée en donnant des incitatifs financiers aux succursales pour rendre la gestion du travail le plus efficace possible et/ou en donnant des contrats à des fournisseurs efficaces. Dans de nombreux régimes à caisse multiple, les arguments sur l'efficacité peuvent être importants pour expliquer pourquoi les dispositifs de régulation des risques peuvent être préférés aux remboursements ex-post, même si, tel que noté précédemment, ils sont imparfaits dans les cas des profils de risque différents.

Que ce soit dans des régimes à caisse unique ou multiple ayant une certaine délégation financière, il est important qu'il y ait des règles empêchant les comportements qui vont à l'encontre de la couverture des personnes à haut risque (écrémage de la clientèle). De tels comportements lors de la sélection des affiliés sont indésirables, étant donné qu'ils augmentent la fragmentation par l'exclusion des personnes à haut risque. Un régime AMO pourrait introduire le principe d'une adhésion ouverte à tous, par lequel la caisse d'assurance doit accepter toutes les applications faites dans la zone géographique^{lxv}, tout en mettant en place des règles strictes concernant les primes à payer et la mise en place du ticket modérateur, afin de limiter les comportements biaisés lors du choix des affiliés.

Une raison plus pragmatique dans le choix d'un régime à caisse unique ou multiple est l'existence d'infrastructures institutionnelles reliées à l'assurance maladie. Par exemple, en Belgique, le régime AMO à caisse multiple s'est développé grâce aux mutuelles de santé existantes et aux racines sociales et politiques profondes de la société. De même, en RdC, le régime à caisse multiple était en vigueur jusqu'à tout récemment. En 1997, 373 caisses d'assurance maladie étaient encore en opération. En 1998, la loi sur l'Assurance Maladie Nationale des Sociétés a fixé l'objectif d'établir un caisse unique à l'intérieur d'une période de cinq ans.

L'assurance complémentaire doit aussi être considérée. Celle-ci couvre des services supplémentaires qui ne sont pas compris dans le forfait de prestations de santé de l'AMO et qui ne sont pas considérés essentiels, tels les chambres privés dans les hôpitaux. Il peut aussi s'agir de certains médicaments ou traitements réputés moins essentiels ou étant simplement trop onéreux. Les temps d'attente peuvent ainsi être réduits tout comme le coût de certains tickets modérateurs. Si les services supplémentaires sont offerts par les caisses AMO elles-mêmes, il se peut que les personnes à haut risque soient exclues des régimes, la conception de ces derniers étant faite de manière à rejoindre les préférences des personnes à faible risque. Dû à ce phénomène, il peut être préférable de laisser la fourniture de services supplémentaires à des sociétés d'assurance maladie privées. Ceci est le cas en Allemagne.

Finalement, il peut exister une limite aux mécanismes de compensation des risques entre divers groupes de population, à tout de moins temporairement. Par exemple, ce sera le cas des pays dans lesquels uniquement le secteur formel de la population, en opposition au secteur informel, serait capable de soutenir le financement d'un système équitable et complet de prestations de soins de santé. Fournir immédiatement un forfait identique à toute la population nécessiterait d'importants transferts de ressources du secteur formel à celui informel ainsi que des subventions supplémentaires du gouvernement. Il pourrait donc être très difficile, du moins à court terme pour des raisons financières, d'offrir un forfait de prestations de soins de santé identiques pour tous. Dans de telles circonstances, il pourrait être préférable à court terme de mettre en place un régime à caisse multiple, tout en conservant l'objectif de long terme d'un forfait semblable pour toute la population. Afin d'atteindre l'objectif, les caisses d'un régime multiple devront être reliées entre elles dès le début, afin que soit institutionnalisés les mécanismes de compensation des risques. Au sein du régime colombien, auquel nous avons fait référence précédemment, l'assurance des personnes étant incapables de payer les cotisations (celles qui n'appartiennent pas au *Regimen Subsidiado*) est financée en partie par les fonds spéciaux transférés du *Regimen Contributivo* qui paie les charges prélevées sur les salaires. Un pour cent de ces dernières est transféré au FOSYGA qui assure le financement des populations vulnérables.

4. COMPOSITION DE LA (DES) MISE(S) EN COMMUN DES RISQUES

Tel que discuté dans la section précédente concernant le niveau de fragmentation, l'existence d'une mise en commun des risques permet une meilleure accessibilité financière à la population. Tout comme il est essentiel de minimiser la fragmentation, il est nécessaire que la composition de chaque mise en commun du risque soit représentative de la population visée afin d'atteindre l'objectif de couverture. Ceci est pour s'assurer que certains groupes ne soient pas exclus et que, plus fondamentalement, la mise en commun des risques soit pérenne.

INDICATEURS DE PERFORMANCE

- Est-ce que l'adhésion est obligatoire ?

Un des principes de base de l'AMO est que les contributions ne sont pas fonction du risque, mais de la capacité de payer des personnes. Ceci reflète le désir d'une accessibilité aux soins de santé égale pour tous et un certain degré d'équité dans la participation financière des usagers. Toutefois, une implication importante d'un tel régime est que le problème de la *sélection adverse* – le mauvais risque (élevé) poussant le bon risque (faible) à l'extérieur du marché d'assurance - a de fortes chances de se produire si l'adhésion est volontaire. Il est aussi bon de noter que même si l'assurance est fonction du risque, comme c'est le cas de l'assurance privée pure, des problèmes de sélection adverse ont de fortes probabilités de se produire si les caisses d'assurance sont incapables de distinguer le niveau de risque des personnes.

La sélection adverse se produit dans les régimes AMO volontaires lorsque les risques sont mis en commun (soit une caisse d'un régime à caisse multiple, soit un régime de caisse unique) et qu'un forfait identique de prestations de soins de santé est offert à tous les affiliés. Ceci implique alors une subvention des individus à faible risque vers ceux à risque élevé, de même qu'une des personnes contribuant beaucoup vers celles contribuant peu, sous-entendant que les personnes fortunées contribuent davantage si les charges sont basées sur les revenus.

Si l'adhésion est volontaire, les personnes à faible risque ainsi que celles fortunées n'auront pas intérêt à se joindre à un tel régime dû au mécanisme de redistribution – il est possible qu'ils considéreront qu'elles reçoivent moins que ce qu'elles contribuent^{lxvi}. Par exemple, le régime d'assurance maladie de la communauté Bwamanda en R.D. Congo était caractérisé par une sous-représentation de la population la plus riche parmi les affiliés^{lxvii}. Des personnes très pauvres étant à faible risque pourraient être intéressées à se joindre au régime, étant donné qu'elles considéreront les cotisations comme étant très abordables. Même des personnes très riches qui sont très malades (risque élevé) pourraient être tentées de s'y joindre.

Ceci mène à un régime de mise en commun des risques composé principalement de personnes à risque élevé. De plus, les nouveaux membres pourraient être que des personnes qui adhèrent lorsqu'elles deviennent malades. Sans aucune modification au

forfait de prestations de soins de santé offerts, la caisse d'AMO risque d'avoir de fortes contraintes financières : les personnes à risque élevé demanderont le forfait de prestations et ne contribueront pas suffisamment par rapport à leur profil de risque. Le résultat immédiat de ce phénomène sera soit que le forfait offert doit être moins généreux, soit que les contributions doivent être majorées, les deux options résultant probablement en une augmentation des gens voulant quitter le régime.

En regard de ceci, un régime de mise en commun des risques de type AMO ne pourrait pas être pérenne si l'adhésion est volontaire. L'adhésion obligatoire permet d'empêcher l'exode potentiel du régime de certains affiliés et devrait donc être préférée *si* les décideurs politiques tiennent à maintenir le principe universelle de l'AMO, avec des contributions « moyennées » qui reflètent l'ensemble du risque maladie de la société ou de la communauté.

Alternativement, il existe les régimes d'assurance privée basée sur le risque, dans lesquelles les assureurs différencient les primes pour attirer des risques différents. Toutefois, il est probable que les compagnies d'assurance privée seront touchées par les problèmes de sélection adverse. Ceci peut amener les gens les plus en santé à se retirer du régime d'assurance lorsque les primes deviennent trop élevées. Le phénomène peut se révéler si problématique qu'il peut rendre la vente d'assurance maladie non profitable. De plus, l'écémage de la clientèle risque de se produire, les assureurs concevant des contrats afin d'attirer les personnes à faible risque (mais avec des couvertures incomplètes), et de laisser les personnes à risque élevée sans accès à une assurance^{lxviii}. Dans de telles situations, l'objectif d'équité dans l'accès aux soins de santé sera difficile, sinon impossible, à atteindre.

D'AUTRES ASPECTS DE PERFORMANCE

L'*unité* d'adhésion ou d'enregistrement à l'AMO est généralement soit l'individu, soit l'ensemble d'un ménage. L'adhésion d'un ménage complet est avantageux étant donné que la couverture est élargie et que la sélection adverse est réduite. Toutefois, un problème important à considérer est la fraude potentielle de la part de personnes qui ne contribuent pas au régime, mais qui se réclament membre d'un ménage alors qu'elles ne le sont pas. Afin d'éviter ceci, les ménages et ses ayants droits doivent être définis clairement. Alternativement, certaines assurances peuvent désirer enregistrer chaque membre de la famille individuellement et leur procurer chacun une carte d'assurance maladie. Il devrait être noté que les différentes options d'adhésion peuvent impliquer divers niveaux de coûts administratifs, les coûts les plus élevées découlant de l'enregistrement de la clientèle. Cette dernière manière de faire pourrait être un investissement valable si les cas frauduleux peuvent être réduits de façon importante.

Dans plusieurs pays en développement, la mobilité des salariés et travailleurs indépendants est très importante. Ces personnes migrantes ne devraient pas être exclues du régime. Il doit par contre être décidé à quel endroit elles devront s'enregistrer et à quel endroit elles devront payer leurs cotisations. Les salariés et travailleurs indépendants qui se déplacent de leur ville d'origine à une autre ville pourraient en principe

s'enregistrer à l'un ou l'autre des endroits. Toutefois, il devrait être entendu que peu importe l'endroit d'enregistrement, les ayants droits du ménage devraient être couverts. Ceci est particulièrement important dans le cas des familles des travailleurs indépendants qui doivent contribuer une somme uniforme pour chaque membre du ménage. Cette préoccupation est de moindre importance pour les salariés dont les contributions (et celles de leurs employeurs) garantissent une couverture à l'ensemble du ménage.

Achat

5. FORFAIT DE PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ

Les cotisations mises en commun d'un régime AMO sont utilisées afin d'acheter un ensemble d'interventions médicales dans le but de fournir à tous les membres assurés un panier de prestations de soins de santé (qui sont définies dans un contrat liant l'AMO et les fournisseurs de soins de santé de tous les niveaux du système). Ce forfait devrait être le plus complet possible en tenant compte des contraintes budgétaires d'un régime AMO. De plus, les spécifications de ce dernier devraient être baser sur les préférences de la société en ce qui a trait à l'efficacité et à l'équité, de telle sorte que les ressources soient utilisées de la meilleure manière possible. Plus fondamentalement encore, il est essentiel que les patients reçoivent toutes les interventions médicales nécessaires qui sont comprises dans leur forfait. En d'autres mots, il ne devrait pas exister de « sous-fourniture » des soins de santé, tout comme il ne devrait pas exister de « sur-fourniture », puisque ce n'est ni dans l'intérêt des patients, ni du régime AMO. Le contrôle de la « sur » et « sous » fourniture représente donc une tâche importante dans la gestion de l'AMO.

INDICATEURS DE PERFORMANCE

- *Est-ce que les mécanismes de contrôle – mécanismes de demandes de révisions, informations complètes sur les droits des prestataires, comités d'appréciation des actes médicaux, revue des réclamations – sont en place ?*

Les mécanismes de contrôle devraient être mis en place pour s'assurer que le forfait de prestations de soins de santé est reçu par tous les affiliés qui y ont droit. En l'absence d'informations accessibles suffisantes sur les droits des prestataires, les affiliés du régime pourraient inconsciemment ne pas avoir accès à l'ensemble des services auxquels ils ont droit. Ceci devrait être jumeler à des mécanismes de demandes de révisions, de telle sorte que les patients peuvent se plaindre, lorsqu'ils ont l'impression de ne pas avoir reçu les soins adéquats.

Toutefois, des informations complètes sur les droits des prestataires et des mécanismes de demandes de révisions n'égalent pas la connaissance pour le patient du traitement qu'il devrait recevoir lorsqu'il tombe malade. Bien sûr, même en ayant une connaissance

complète de ses droits et une accessibilité totale aux mécanismes de révisions, le patient doit s'en remettre au fournisseur de soins de santé pour évaluer quel genre de traitement il devrait recevoir, étant donné qu'il reconnaît que le fournisseur est mieux informé pour faire une telle évaluation : il existe une *asymétrie d'informations*. Ce phénomène est connu sous le vocable « problème de l'agent », au cours duquel le fournisseur de soins de santé (« l'agent ») prend la décision pour le compte du patient (« le principal »)^{lxix}.

Le problème de l'agent peut amener le fournisseur à ne pas offrir aux patients les interventions médicales comprises dans le forfait de prestations de soins de santé même lorsqu'elles sont nécessaires^{lxx}. Ce phénomène se produira plus fréquemment si, par exemple, le fournisseur possède un budget serré et que les interventions nécessaires sont coûteuses. Un comité d'appréciation des actes médicaux peut réviser si les fournisseurs ont offert les soins adéquats, souvent à travers des analyses de cas référés par les mécanismes de demandes de révisions.

Une sur-production est aussi possible, particulièrement lorsque le fournisseur est payé par une caisse d'assurance basée sur la rémunération à l'acte. Le sixième critère traité met l'accent sur comment des mécanismes de paiements différents peuvent affecter la performance des régimes AMO, particulièrement par rapport à la sur et sous-production. Le phénomène de l'asymétrie d'informations est encore présent ici entre les caisses d'assurance (le principal) et le fournisseur de soins de santé (l'agent). La présence d'un comité d'appréciation des actes médicaux, par lequel les réclamations d'assurance sont révisées de manière indépendante par du personnel de santé approprié à l'intérieur de la caisse d'assurance, permet de s'assurer que les réclamations faites par les fournisseurs sont justifiées.

Appliqués ensembles, ces mécanismes de contrôle – des mécanismes de demandes de révision, des informations complètes sur les droits des prestataires, des comités d'appréciation des actes médicaux et des revues des réclamations – sont une indication d'un forfait de prestations de soins de santé bien mis en œuvre et donc de bonne performance.

D'AUTRES ASPECTS DE PERFORMANCE

Bien que les mécanismes de contrôle soient très importants, le contrat entre le fournisseur de soins de santé et la caisse d'assurance doit être bien conçu. Toutefois, ce n'est pas simplement ce qui est stipulé dans le contrat, particulièrement le fait que la décision finale sur les traitements médicaux qu'un patient doit recevoir revient aux fournisseurs, mais bien le potentiel de *contestabilité* du contrat qui importe. La nécessité de renouveler les contrats mettrait de la pression sur les fournisseurs d'offrir des soins de qualité^{lxxi}.

La prise de décision concernant le contenu du forfait de prestations de soins de santé devrait mener à un forfait le plus complet possible étant données les contraintes budgétaires existantes du régime AMO. De plus, les décideurs politiques doivent décider quelle est l'importance relative des critères d'efficacité et d'équité. Les bénéficiaires aux parties prenantes du régime AMO seront grands si le choix du critère utilisé est claire.

Dans un document technique récent sur le financement de la santé, les critères suivants d'efficacité et d'équité ont été considérés^{lxxii} : (1) la rentabilité, (2) impact positif significatif sur la santé / conditions graves de santé de l'individu, (3) Égalité de santé durant la vie, (4) Réduction de la pauvreté, (5) Équité horizontale, « traitement égal à besoin égal », (6) Responsabilité collective versus individuelle. La Commission Macroéconomie et Santé récemment publiée a utilisé les critères de rentabilité et de réduction de la pauvreté en ce qui concerne les interventions qui touchent les plus grandes menaces à la santé des populations. Ils ont été utilisés afin de proposer une brochette essentielle d'interventions (incluant les soins externes) visant les pays à faible revenu. Cette brochette correspond à une moyenne de 30\$-35\$ par personne par année en 2007 et à 35\$-45\$ par année en 2015.

Il est particulièrement important que les substitutions possibles entre l'équité et l'efficacité soient connues et comprises. Par exemple, si une intervention vise les conditions graves de santé, mais n'est pas très rentable, le choix des décideurs politiques de la mettre en œuvre ou non dépendra du poids qu'ils accordent aux critères. Un autre exemple est lorsque des traitements très coûteux font partie du forfait de prestations, parce qu'ils sont bénéfiques à la population vulnérable et contribuent à la réduction de la pauvreté.

Le poids relatif donné à chacun des critères devrait refléter les préférences de la société. En d'autres mots, certains peuvent préférer moins d'efficacité en échange d'une plus grande équité. Les décideurs politiques peuvent aussi refléter les préférences de la société en mettant en œuvre des tickets modérateurs selon les niveaux de priorité des interventions^{lxxiii}, ou en excluant certaines interventions.

6. MÉCANISMES DE PAIEMENT AUX FOURNISSEURS^{lxxiv}

Comment les fournisseurs de soins de santé (qu'ils soient individuels ou institutionnels) sont payés peut significativement affecter les coûts et la qualité des soins, et peut donc, dans ce cas, contribuer à l'atteinte de l'utilisation optimale des ressources.

INDICATEURS DE PERFORMANCE

Il est impossible d'établir catégoriquement quel mécanisme de paiement des fournisseurs de soins de santé est meilleur ou pire que les autres, puisque chacun a ses forces et faiblesses. Nous ne pouvons donc pas spécifier d'indicateurs de performance. Nous présentons au lieu les bonnes manières d'assurer que chaque mécanisme de paiement aura le meilleur impact sur la maîtrise des dépenses et la qualité des soins. Ceci est discuté ci-dessous.

D'AUTRES ASPECTS DE PERFORMANCE

Pour chaque méthode de paiement, nous faisons une brève description et établissons des remèdes de conception afin d'assurer une meilleure performance en terme de rentabilité

et de qualité des soins. Pour une discussion plus complète, dont des résultats empiriques sur l'effet des différents modes de paiements aux fournisseurs, le lecteur est référé à d'autres articles^{lxxv}.

Rémunération à l'acte

Description :

- La rémunération à l'acte pour les soins ambulatoires et aux malades hospitalisés est un mécanisme de paiement pour lequel les fournisseurs de soins de santé sont payés pour chaque acte fourni à un patient. Sa principale force perçue est en terme de qualité : en encourageant les fournisseurs à offrir des soins de santé. Toutefois, cet incitatif est sa principale source de critique : la rémunération à l'acte est souvent critiquée puisqu'elle encouragerait une sur-production de soins de santé (demande induite de l'offreur), étant donné que les fournisseurs sont payés pour chaque acte effectué^{lxxvi}. Pour la même raison, il existe une tendance à réduire le temps passé par activité et/ou à déléguer à des personnes moins qualifiées, de telle sorte que le fournisseur maximise son revenu. De plus, les coûts administratifs seront vraisemblablement élevés, étant donné les coûts de facturation, les frais de remboursement et les frais de contrôle et d'ajustement des horaires.

Remèdes de conception :

- La sur-production peut être contrecarrée par une combinaison de la rémunération à l'acte à des budgets et/ou en ajustant la rémunération après qu'un certain niveau de soins de santé fournis soit dépassé^{lxxvii}. Des tickets modérateurs aux patients (voir critère 2) peuvent aussi agir en contrepoids à la demande induite de l'offreur. La concurrence entre les fournisseurs peut atténuer les aspects négatifs décrits ci-dessus, étant donné que la mauvaise qualité des soins amènera les patients à choisir d'autres fournisseurs, bien que la capacité des patients à déterminer ce qu'est un bon et un mauvais service de santé est limitée^{lxxviii}. Des mesures de contrôle, tels des comités d'appréciation des actes médicaux, peuvent aussi limiter la délégation inappropriée et le temps insuffisant passé avec les patients.

Rémunération à la journée (per diem)

Description :

- La rémunération à la journée pour des soins hospitaliers est simple et peu coûteuse à administrer. Toutefois, si elle n'est pas réglementée, tout comme la rémunération à l'acte, elle a une faible capacité de rentabilité pour diverses raisons : il existe un incitatif à augmenter la durée du séjour des patients et/ou à accroître le nombre d'admissions. L'effet sur la qualité peut être négatif en l'absence de concurrence ou de contrôle, puisque les hôpitaux ont intérêt à réduire leurs facteurs de production afin de diminuer les coûts.

Remèdes de conception :

- Afin de créer un incitatif à réduire la durée du séjour moyen à l'hôpital, la rémunération à la journée peut être progressivement diminuée comme la durée du séjour augmente^{lxxix}. La concurrence entre les fournisseurs et des mécanismes de contrôle sont à nouveau les principales méthodes afin d'assurer des soins de santé de qualité.

Rémunération au cas

Description :

- La rémunération au cas peut être utilisée pour les soins ambulatoires et aux malades hospitalisés, et est facile à administrer. Un exemple connu est la méthode de paiement « Diagnosis Related Group (DRG) », pour laquelle l'hôpital est payé une somme uniforme pour les traitements du patient selon le groupe dans lequel il a été diagnostiqué. Ceci est bon pour le contrôle des coûts puisque les fournisseurs sont poussés à être plus efficaces, mais cet effet est annulé par l'incitatif à augmenter les admissions. De plus, les fournisseurs sont incités à faire des diagnostics plus graves – et donc plus coûteux – et/ou à transférer les cas plus complexes à d'autres fournisseurs, ceci limitant la capacité de la rémunération au cas de contrôler les coûts.

Remèdes de conception :

- Les groupes diagnostiques doivent être clairement définis. Les mécanismes de contrôle sont particulièrement importants afin d'assurer que les patients soient correctement diagnostiqués et que les cas compliqués ne soient pas transférés sans raison, bien que des mesures de contrôle soient coûteuses.

Rémunération à la capitation

Description :

- La rémunération à la capitation est présente où les fournisseurs reçoivent des paiements selon la taille de la population desservie et peut être utilisée pour les soins ambulatoires et aux malades hospitalisés. L'administration est facile, bien que moindre lorsque les paiements sont ajustés de manière à refléter la morbidité espérée de la population (mesurée, par exemple, par l'âge et les structures socioéconomiques). De manière cruciale, puisque les fournisseurs ne sont pas payés selon la quantité et la composition des soins de santé offerts aux personnes comme c'était le cas pour les trois méthodes de paiement précédentes, il n'existe pas d'incitatif à fournir excessivement des soins de santé. Toutefois, ce contrôle amélioré des coûts peut donner naissance au problème opposé, soit une sous-production de soins de santé. De plus, des transferts de cas à des niveaux de soins plus élevés limitent la capacité de la méthode à contrôler les coûts.

Remèdes de conception :

- Les mécanismes de contrôle sont ici aussi importants, particulièrement par rapport à la sous-production, comme par le contrôle de l'utilisation et du taux d'occupation. Quant aux transferts, le contrôle est moins essentiel si la capitation est payée non seulement pour un niveau de soins, mais bien dans le cadre d'un système de référence intégré, bien qu'il peut être difficile de mettre en place ce dernier s'il y a une combinaison de paiements à plusieurs institutions. Afin d'éviter la sous-production, une bonne méthode est d'appliquer la capitation à des groupes de fournisseurs individuels, réduisant l'incitatif d'un fournisseur unique de réduire la production. La concurrence entre les fournisseurs peut aussi aider à réduire ce problème, puisque les revenus des fournisseurs sont dépendants du nombre et du type de personnes desservies.

Budget

Description :

- Les budgets peuvent être conçus pour les fournisseurs et, s'ils sont strictement fixés, peuvent aider à contrôler les coûts. Tout comme avec la capitation, ceci se produit parce qu'il n'y a pas de lien entre la quantité et la composition des soins de santé offerts aux patients et les montants reçus par les fournisseurs. Toutefois, la capacité de contrôler les coûts totaux est limitée si le budget est insuffisant et pousse d'autres à fournir les soins nécessaires. De plus, lorsque les budgets ne sont pas stricts, et comme ils sont souvent basés sur les coûts historiques, il n'existe pas d'incitatif à minimiser les coûts pour les fournisseurs, et il peut même exister un incitatif à les excéder. Les transferts de cas sont aussi probables, ainsi qu'une sous-production et des listes d'attente.

Remèdes de conception :

- Les budgets doivent être vus comme étant stricts et non basés sur les allocations historiques, mais plutôt sur la taille de la population et la morbidité espérée. Le contrôle est encore ici nécessaire afin d'éviter la sous-production et des transferts inappropriés de cas. Tout comme avec la capitation, un budget unique pour le système intégral de référence est possible, mais pourrait être difficile à appliquer pour les mêmes raisons.

Salaires

Description :

- Les salaires sont une méthode de rémunération simple administrativement, mais peuvent bien sûr que couvrir les coûts du personnel (et non les autres coûts des fournisseurs, tels les médicaments et l'équipement médical). Tout comme avec les budgets et la capitation, la sur-production est peu probable, mais la sous-production l'est, puisque les salaires peuvent amener une faible motivation personnelle. Ceci peut même mener les fournisseurs à prendre du travail dans le secteur privé.

Remèdes de conception :

- Il faut s'assurer que les salaires aient certains aspects de performance, afin de s'assurer d'une meilleure qualité des soins. De plus, il doit exister des mécanismes de contrôle comme pour la capitation et les budgets.

Un régime AMO qui s'exécute adéquatement doit s'assurer que les fournisseurs font face à des incitatifs appropriés afin que les ressources soient utilisées de manière optimale. Tout comme cette section l'a démontrée, chaque méthode a ses forces et faiblesses. Il est peut-être plus claire d'observer le phénomène en terme de la possibilité de la sur et sous-production. Le tableau ci-dessous résume la dernière section.

Tableau 3: Résumé des méthodes de paiements des fournisseurs et du niveau de production espéré

Méthode de paiement	Sur-production ou sous-production ?	Principal remède de conception (activités de contrôle)
Rémunération à l'acte	Sur-production	Combiner avec budgets Ajuster les frais lorsqu'un certain niveau est dépassé
Rémunération à la journée (per diem)	Sur-production	Réduire les paiements quotidiens plus la durée d'hospitalisation s'allonge
Rémunération au cas (DRGs)	Sur-production	S'assurer que les diagnostics de groupes sont clairement définis
Rémunération à la capitation	Sous-production	Intégrer les systèmes d'orientation
Budget	Sous-production	Budgets stricts n'étant <i>pas</i> basés sur les allocations historiques Intégrer les systèmes d'orientation
Salaires	Sous-production	S'assurer que les salaires sont déterminés selon les performances

Étant données les forces et faiblesses, un mélange des méthodes de rémunération serait probablement préférée. Par exemple, à un salaire de base pourrait être ajouté une indemnité sous forme de capitation et une rémunération à l'acte pour certaines interventions dont une production élevée est jugée hautement désirable (telle que l'immunisation).

7. EFFICACITÉ ADMINISTRATIVE

Les coûts administratifs sont le résultat de la planification, de la gestion, de la régulation et du recouvrement des fonds et du traitement des réclamations portant sur les dispositifs d'administration^{lxxx}. Certaines dépenses d'investissements peuvent aussi faire partie des coûts administratifs. De plus, une certaine quantité de fonds devrait être conservée comme réserves, afin de se protéger contre des coûts inattendus et des fluctuations dans les dépenses. Ces attributions financières ne devraient pas être excessivement élevées, de telle manière que le plus d'argent soit dirigé vers des soins de santé accessibles à un nombre élevé de personnes. Toutefois, appairer de meilleures performances à des coûts administratifs moins élevés est trop simpliste, puisque certains aspects décrits à la section 5a, comme des informations complètes sur les droits des prestataires, des revues des réclamations, des mécanismes de demandes de révision et des comités d'appréciation des actes médicaux, sont importants afin d'assurer une utilisation optimale des ressources, mais vont nécessairement accroître les coûts administratifs.

INDICATEURS DE PERFORMANCE

- *Pourcentage des dépenses sur les coûts administratifs ?*

Nous utilisons ici la même approche adoptée dans la mesure de l'indicateur de « l'étendue des cotisations payées d'avance » et nous suggérons un pourcentage maximum basé sur l'expérience des régimes AMO matures. La part moyenne des coûts administratifs dans les dépenses de santé était de 4,2% pour une sélection de régimes AMO matures^{lxxxii}, la fourchette allant de 2% (Japon) à 6,6% (Suisse), quoique certains de ces coûts pourraient avoir été quelque peu sous-estimés^{lxxxiii}. Toutefois, ces régimes ont connu une tendance négative à travers le temps, dus aux coûts moyens décroissants dans le traitement des réclamations (économies d'échelle) et aux avancements technologiques. Par exemple, en République de Corée, les coûts administratifs dans les dépenses de santé étaient de 11,9% en 1990, mais ont chuté à 6,4% en 1999. En effet, une analyse préliminaire portant sur 20 pays de l'OCDE durant cette période montre que la part des coûts administratifs a été réduite de 0,1% par année.

Ainsi, un pourcentage maximum de 6-7% est recommandé seulement lorsque le pays a atteint les dernières étapes de développement d'un régime AMO. Avant cela, les performances peuvent être contrôlées, une baisse des coûts administratifs étant attendue plus le régime se développe. Une réduction minimum de 0,1% par année (basée sur l'expérience de pays de l'OCDE sélectionnés) pourrait être visée.

D'AUTRES ASPECTS DE PERFORMANCE

Imposer des limites budgétaires sur les ressources administratives est une façon simple de contrôler les coûts administratifs. Par exemple, en Belgique, un budget typique consiste en une portion fixe, qui est allouée inconditionnellement, et une composante variable qui est fonction de la performance de la caisse.

De plus, l'exclusion de certaines interventions fréquentes peu coûteuses du forfait de prestations de soins de santé peut aider à réduire les coûts administratifs, en évitant les coûts de transaction dus aux remboursements. Si de telles interventions satisfont les critères d'efficacité et d'équité, elles devraient être exclues uniquement si elles sont facilement accessibles financièrement et peuvent être payées par les paiements des usagers provenant des ménages les plus pauvres.

4.3 Le rôle du gouvernement dans la préparation du développement de l'assurance maladie obligatoire : derniers commentaires

Cette troisième section du document a passé en revue les facteurs importants qui facilitent la transition vers une couverture universelle, ces enseignements étant issus du développement de régimes AMO dans quelques pays sélectionnés. L'administration générale a été identifiée comme un facteur essentiel de facilitation dans ces pays.

Certaines des fonctions qui aideraient à la mise en place d'un régime AMO sont soulignées.

La première fonction de l'administration générale est de définir une stratégie AMO claire et cohérente, qui doit viser les principales caractéristiques de conception du régime. Celles-ci sont : (1) un calendrier pour la couverture systématique de la population et/ou de groupes spécifiques de population, (2) la définition des cotisants et des bénéficiaires, (3) les sources de financement des cotisations effectuées au régime AMO, (4) l'attribution des revenus et la méthode de paiement des fournisseurs de soins de santé et (5) le cadre organisationnel et administratif.

La stratégie doit ensuite être accompagnée d'un projet loi sur le régime AMO. Ce dernier doit contenir les principes généraux de la couverture universelle par l'AMO, les caractéristiques de conception de base et la réglementation fournissant des détails sur les caractéristiques de conception. Le calendrier menant à l'établissement du régime AMO devrait être précisé, spécifiant quand la loi AMO sera votée et le moment de la mise en œuvre.

La mise en œuvre en tant que telle demandera une administration générale continue de la part du gouvernement. Il y a aura des tâches concernant le lancement du régime et il faudra s'assurer, entre autres, que les capacités administratives soient en place, que les soins de santé inclus dans le forfait soient fournis et que le développement du régime puisse être contrôlé et évalué. Cette quatrième section a fourni un groupe parcimonieux d'indicateurs de performance qui ont été présentés afin de faciliter le contrôle et l'évaluation.

Section 5 : CONCLUSION

Les commentaires précédents sur le rôle du gouvernement dans la mise en œuvre d'un régime AMO soulignent le rôle d'administrateur général du gouvernement dans le lancement et le suivi de la transition vers un régime AMO à couverture universelle. Un certain nombre de facteurs ont été jugés cruciaux pour faciliter la transition : le niveau des revenus, la structure de l'économie, la distribution de la population, la capacité des pays à administrer le régime AMO et le niveau de solidarité de la société. Il est aussi essentiel que les décideurs politiques prennent ces facteurs en compte et essaient de les utiliser comme leviers politiques. L'amélioration des capacités administratives et la stimulation de la solidarité dans la société sont des facteurs qui peuvent être davantage affectés par une administration générale directe du gouvernement.

Ainsi, il est clair que le développement d'un régime AMO dans un pays en particulier dépend en grande partie des conditions socioéconomiques et du contexte politique. Il est donc des plus importants que les politiques AMO conçues et mises en place soient bien préparées et réalistes. En particulier, les politiques appropriées de sept caractéristiques de conception – la couverture de la population, les méthodes de financement, le niveau de

fragmentation, la composition de la mise en commun du risque, le forfait de prestations de soins de santé, les mécanismes de paiement des fournisseurs et l'efficacité administrative – contribuent à assurer que l'objectif ultime de couverture universelle est atteint. Le contrôle des indicateurs de performance des caractéristiques de conception est un des instruments fournis par cet article. Toutefois, l'atteinte de la couverture universelle pourrait prendre beaucoup de temps. Durant la période de transition, un ensemble d'indicateurs de performance devraient aussi être utilisés afin d'identifier les secteurs nécessitant des ajustements et des améliorations.

La couverture universelle, qui est un accès sécurisé à des soins de santé adéquats pour tous à un prix accessible, est l'objectif ultime d'un régime AMO. Cet article a décrit ce qui peut être fait afin d'atteindre ce but, en analysant le processus de transition et en détaillant ce qui caractérise un régime AMO performant. Un tel AMO peut alors non seulement contribuer à une plus grande justice dans le financement et à une meilleure réactivité, mais aussi au but ultime d'un meilleur état de santé pour toute la population.

ANNEXE

Tableau 1 Ratio des cotisations payées d'avance dans les régimes AMO, 2000

Ratio des cotisations payées d'avance (%)	Pays		
40-49.9	Chili (42.6%)	République de Corée (44.1%)	Monaco (48.1%)
50-59.9	Yougoslavie (51%)	Grèce (55.5%)	Suisse (55.6%)
60-69.9	Costa Rica (68.4%)	Roumanie (63.8%) Autriche (69.7%)	Pays-Bas (67.5%) Pologne (69.7%)
70-79.9	Belgique (71.2%) Hongrie (75.7%) Estonie (76.7%) Slovénie (78.9%)	Lituanie (72.4%) Israël (75.9%) Japon (76.7%)	Allemagne (75.1%) France (76%) Bulgarie (77.6%)
80-89.9	Macédoine (84.5%) Saint Marin (85.7%)	Croatie (84.6%) Slovaquie (89.6%)	
90+	République Tchèque (91.4%)	Luxembourg (91.9%)	

Source: WHO (2002, Annexe Tableau 5).

BIBLIOGRAPHIE

Abel-Smith B. (1992). Health insurance in developing countries: lessons from experience. *Health Policy and Planning*, vol.7,nr.3,pp.215-226.

Bärnighausen T. and Sauerborn R. (2002). One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries ? *Social Science and Medicine*, vol.54, pp.1559-1587.

Bennett S., Creese A. and Monasch R. (1998). *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. (Geneva: World Health Organization, WHO/ARA/CC/98.1

Carrin G. (2002). Social health insurance in developing countries: a continuing challenge. *International Social Security Review*, vol.55,nr.2,pp.57-69.

Carrin G. and James C. (2003). *Determinants of achieving universal coverage of health care: an empirical analysis*, in Audibert M., Mathonnat J. and De Roodenbeke E. (eds.), *Financement de la Santé dans les Pays d’Afrique et d’Asie à Faible Revenu* (Paris:Karthala).

Carrin G. & Hanvoravongchai P. (2003). Health care cost containment policies in high-income countries: how successful are monetary incentives? *Human Resources for Health*, vol.1,nr.6. (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/6>)

Carrin G. & Hanvoravongchai P. (2002). Monetary incentives in cost-containment policies of high-income countries: how successful are they? Health Financing Technical Paper (WHO/HFS).

Carrin G., Zeramdini R., Musgrove Ph., Pouillier J-P., Valentine N. and Ke Xu (2001). *The impact of the degree of risk-sharing in health financing on health system attainment*. Health, Nutrition and Population Discussion paper (Washington DC: The World Bank).

Chernichovsky D. (1991). *Economic dimensions of the crisis in the Israeli health-care system: key principles and proposals for reform*. Research Report. (Jerusalem: JDC-Brookdale Institute of Gerontology).

Chiang Tung-liang (1997). Taiwan’s 1995 health care reform. *Health Policy*, vol.39, pp.225-239.

Chinitz D. (1995). Israel’s health policy breakthrough: the politics of reform and the reform of politics. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol.20,nr.4, pp.909-932.

Commission on Macroeconomics and Health (2002). Improving Health Outcomes of the Poor. *Report of Working Group 5 of the Commission on Macroeconomics and Health (Geneva: WHO)*.

Cutler D.M. (2002). Equality, efficiency and market fundamentals: the dynamics of international medical-care reform. *Journal of Economic Literature*, vol.XL,nr.3,pp.881-906.

Cutler D.M. and Zeckhauser (2000). The Anatomy of Health Insurance, Chapter 11 in Culyer and Newhouse, eds. *Handbook of Health Economics*, Vol. 1A, Amsterdam: Elsevier Science, pgs. 563-643.

Ensor T. (1999). Developing health insurance in transitional Asia. *Social Science and Medicine*, vol.48, nr.7, pp.871-879.

European Observatory of Health Systems – L’Observatoire européen des systèmes de soins de santé (2000). *Germany* (Copenhagen: WHO).

European Observatory of Health Systems - L’Observatoire européen des systèmes de soins de santé (2002). Country profiles (<http://www.euro.who.int/observatory/CtryInfo/CtryInfo>)

Gonzalez Rossetti A. (2002). *Social health insurance in Latin America*. Background paper for the DFID Health Insurance Workshop April 9-10, 2002, London (London: DFID Health Systems Resource Centre).

Guisán Seijas, M.Carmen et al. (2002). Economic growth and cycles in European Union, USA and Japan 1900-1999. *Review on Economic Cycles*, vol.3,nr.1 (January).

Hrbac B., Ljubic B. and Bagaric I. (2000). Basic package of entitlements and solidarity in the Federation of Bosnia and Herzegovina. *Croatian Medical Journal*, 41 (3):287-293.

Hofmarcher M.M. & Rack H. (2001). *Health care systems in transition:Austria*. (Copenhagen: European Observatory of Health systems).

Ikegami N. and J.C.Campbell (1998). *The art of balance in health policy : maintaining Japan's low-cost, egalitarian system*. (New York Cambridge University Press).

James C., Carrin G., Savedoff W. and Hanvoravongchai P. (2003). *Using criteria to prioritize health interventions: implications for low-income countries*. Health Financing Technical Brief (WHO/HFS).

Jack W. (2002). Public intervention in health insurance markets: theory and four examples from Latin America. *The World Bank Research Observer*, vol.17.nr.1,pp.67-88.

Kwon Soonman (2003). Healthcare financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: Social solidarity or efficiency. *International Social Security Review*, vol. 56, nr.1, pp.75-94.

Londoño J.L. (2000). *Managing competition in the tropics* (IDB Workshop on Comparative Study on Health) (draft).

McGuire A., Henderson J. and Mooney G. (1988). *The Economics of Health Care*. London: Routledge.

Maddison A. (1994). *L'Economie Mondiale 1820-1992*. (Paris: OCDE, Centre de Développement).

Ministry of Health and Welfare – Ministère de la Santé et du Bien-Être (2003a). *The Social Security System in the Prewar Days*. <http://www1.mhlw.go.jp/english/>

Ministry of Health and Welfare - (2003b). *Emergency Relief and Rebuilding of the Foundation in the Postwar Days: 1945-1954*. <http://www1.mhlw.go.jp/english/>

Miranda G. (1994). *La Seguridad social y el Desarrollo en Costa Rica*. (San José, Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social EDNASSS).

Moens F. and Carrin G. (1992). *Prepayment for Hospital Care in the Bwamanda Health Zone*. Chapter 9 of Carrin G. with Vereecke M.(eds). *Strategies for Health Care in Developing Countries* (London: MacMillan Press Ltd).

Ke Xu, Klavus J., Kawabata K., Evans D.B., Hanvoravongchai P., Ortiz J-P., Zeramdini R. and C.J.L. Murray (2003). *Household health system contributions and capacity to pay: definitional, empirical and technical challenges*. Chapter 39 in C.J.L.Murray and D.B.Evans (eds.) *Health Systems Performance Assessment. Debates, methods and empiricism* (Geneva: WHO), pp. 533-542.

Moon Ok Ryun (1998). The Korean Health Insurance Programme. Chapter 8 in Sanguan Nitayarumphong and Mills A. *Achieving Universal Coverage of Health Care* (Nontaburi, Thailand: Ministry of Public Health), pp.219-240.

Mossialos E. and Le Grand J. (1999). *Cost containment in the EU: an overview*. Chapter 1 of Mossialos E. and Le Grand J. (eds). *Health Care and Cost Containment in the European Union* (Aldershot:Ashgate).

National Bureau of Statistics (1980). *Social Indicators in Korea* (Seoul: Economic Planning Board).

Normand C. and Weber C. (1994). *Social Health Insurance. A Guidebook for Planning* (Geneva: WHO and ILO)

OECD (2001). *OECD Health Data 2001 Comparative Analysis of 30 Countries*. CD ROM .

Ogawa S., Hasegawa T., Carrin G. & Kawabata K. (2003). Scaling up community health insurance: Japan's experience with the 19th century Jyorei scheme. *Health Policy and Planning*, forthcoming.

Perrot J. (2002). *Analysis of allocation of financial resources within health systems- Conceptual paper*. Health Financing Technical paper (Geneva: WHO/HFS)

Richardson J., Wildman J. and Robertson I.K. A critique of the World Health Organisation's evaluation of health system performance. *Health Economics*, Vol.12: pgs.355-366.

Ron A. (1993). *Planning and Implementing Health Insurance in Developing Countries: Guidelines and Studies*. Macroeconomic, Health and Development Series, nr.7 (Geneva: WHO/ICO).

Ron A. (2003). *Social health insurance. Applicability to Sub-Saharan Africa*. Unpublished paper.

Savedoff W.D. (2000). Reaching the poor through demand subsidies: The Colombian Health Reform. Discussion paper (Washington D.C.: Inter-American Development Bank) (<http://www.iadb.org/sds/document.cfm/4>)

Savedoff W.D. and Carrin G. (2003) *Developing a WHO Health Financing Policy*. Chapter 19 of Murray CJL, Evans DB. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Geneva, World Health Organization.

Savedoff W.D., Carrin G., Kawabata K. and Mechbal A. (2003) *Monitoring the Health Financing Function*. Chapter 18 of Murray CJL, Evans DB. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Geneva, World Health Organization.

Sekhri N. and Savedoff W.D. (2003). Private health insurance ... Technical paper, Department of Health Financing, Expenditure and Resource Allocation (Geneva:WHO).

Schokkaert E. and Van de Voorde C. (2002). Belgium: risk adjustment and financial responsibility in a centralised system. *Health Policy*, vol. 65 (1), pgs. 5-19.

Van de Ven W.P.M.M., Beck K., Buchner F., Chernichovsky D., Gardiol L., Holly A., Lamers L.M., Schokkaert E., Shmueli A., Spycher S., Van de Voorde C., van Vliet R.C.J.A., Wasem J., Zmora I. (2002). Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. *Health Policy*, vol. 65 (1), pgs.75-98.

Van Ginneken W. ed. (1999). *Social Security for the excluded majority: case studies of developing countries*. (Geneva : International Labour Office).

Witter S., Ensor T., Jowett M. and Thompson R. (2000). *Health Economics for Developing Countries: a practical guide*. London and Oxford: MacMillan Education Ltd.

World Health Organization (2000). *World Health Report. Health Systems: Improving Performance* (Geneva: WHO).

World Health Organization (2002). *World Health Report. Reducing Risks, Promoting Healthy Life* (Geneva: WHO).

Zweiffel P. and Breyer F. (1997). *Health Economics*. New York: Oxford University Press.

Zweiffel P. and Manning W.G. (2000). Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care. Chapter 8 in Culyer and Newhouse, eds. *Handbook of Health Economics*, Vol. 1A, Amsterdam: Elsevier Science, pgs. 409-459.

RÉFÉRENCES

- ¹ Basé sur Carrin et al. (2001).
- ² Voir Sekhri et Savedoff (2003).
- ³ Des discussions plus étendues sur le sujet peuvent être trouvées dans d'autres publications de l'OMS et de l'OIT : Normand et Weber (1994, chapitres 2 & 3).
- ⁴ Les informations sont pour la plupart tirées des profils de pays de l'Observatoire Européen sur les systèmes de soins santé (2002). Les autres sources sont : Cutler (2002), Miranda (1994), Moon (1998) et Bärnighausen et Sauerborn (2002).
- ⁵ Bärnighausen et Sauerborn (2002, p.1562).
- ⁶ Nous faisons référence aux personnes employées par des avocats, des notaires, des huissiers, des coopératives industrielles et caisses d'assurance.
- ⁷ Pour une description générale des années durant lesquelles les lois ont été votées pour couvrir systématiquement les différents groupes de professionnels et leurs ayant-droits, voir Bärnighausen et Sauerborn (2002, Tableau 1, pp »1566-67).
- ⁸ L'Observatoire Européen sur les systèmes de soins de santé (2000, p.39).
- ⁹ Excluant la population assurée de façon privée (9% de la population), 2% de la population est couverte par des soins gratuits offerts par le gouvernement (dont les policiers et les soldats), alors que 0,1% de la population n'est pas assurée.
- ¹⁰ Informations sur www.israel-mfa.gov.il/mfa/
- ¹¹ Les informations concernant le Costa Rica sont tirées de Miranda (1994, ch.8).
- ¹² Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).
- ¹³ Nommé « Jyorei » en japonais.
- ¹⁴ Ogawa et al. (2003).
- ¹⁵ Ministère de la Santé et du Bien-Être (2003a).
- ¹⁶ Cette section est basée sur Carrin et James (2003).
- ¹⁷ Ensor (1999, p.875).
- ¹⁸ Ensor (1999, p.875).
- ¹⁹ Miranda (1994, p.119).
- ²⁰ Moon (1998, p.228).
- ²¹ National Bureau of Statistics (1980).
- ²² Bärnighausen et Sauerborn (2002, p.1560).
- ²³ Moon (1998, p.228).
- ²⁴ Bärnighausen et Sauerborn (2002, p.1563).
- ²⁵ Hofmarcher et Rack (2001, p.7).
- ²⁶ Ministère de la Santé et du Bien-Être (2003a).
- ²⁷ Bärnighausen et Sauerborn (2002, p.1577).
- ²⁸ Hofmarcher et Rack (2001, p.16-17).
- ²⁹ Ministère de la Santé et du Bien-Être (2003b).
- ³⁰ Ikegami et Campbell (1998, p.213-214).
- ³¹ Ikegami et Campbell (1998, p.24).
- ³² Chernichovsky (1991, p.1).
- ³³ Chernichovsky (1991, p.24).
- ³⁴ Chinitz (1995, p.921).
- ³⁵ Normand et Weber (1994).
- ³⁶ Ron (1993).
- ³⁷ Voir aussi Ron (1993), dans lequel l'auteur discute des problématiques conceptuelles de l'assurance maladie obligatoire dans le contexte de l'Afrique subsaharienne
- ³⁸ Rapport sur la santé dans le monde 2000 (WHR), pg. 95.
- ³⁹ Les objectifs d'un financement équitable et de la réactivité sont communs à tous les systèmes sociaux, mais sont vus comme étant particulièrement importants dans le cas d'un système de santé. Un financement équitable est un objectif important puisque les coûts des soins de santé peuvent être catastrophiquement élevés, avec des besoins en soins de santé qui ne sont souvent pas prévisibles. La réactivité aux

anticipations de la population est importante puisque la maladie ainsi que les soins médicaux ont un effet particulièrement marquant sur la dignité et l'autonomie des gens (WHR 2000, pages 23-25).

⁴⁰ L'inclusion de la réactivité et de l'objectif de contributions financières équitables comme buts finaux de tous systèmes de santé a provoqué certaines critiques. Voir, par exemple, Richardson et al. (2003). Toutefois, dans cet article, nous prenons ces buts comme donnés.

⁴¹ Le Rapport sur la santé dans le monde 2000 distingue sept aspects de réactivité : le respect de la dignité des personnes, leur désir de confidentialité, et l'autonomie de faire des choix concernant sa propre santé ; et l'orientation client en terme de l'attention portée, des installations de qualité adéquate, l'accès à des réseaux sociaux de support, et le choix du fournisseur de santé (WHR 2000, p. 32).

⁴² C'était un des points majeurs discutés dans le WHR 2000

⁴³ WHR 2000, chapitre 2.

⁴⁴ WHR 2000, p.95.

⁴⁵ WHR 2000, p.96.

⁴⁶ WHR 2000, p.97.

^{xlvii} Soonman Kwon (2003).

^{xlviii} Gonzalez Rossetti (2002, p.8).

^{xlix} WHR 2000, p.97.

¹ Voir Normand et Weber (1994), p.47 pour des détails sur les différentes sortes de prestations des soins de santé

^{li} De plus, cet effet de hasard moral pourrait être accentué par les fournisseurs qui encouragent une utilisation excessive dans certaines situations (voir la problématique conceptuelle 6).

^{lii} Dans la littérature, ces différents types de hasard moral sont appelés respectivement hasard moral *ex ante* et *ex post*. L'évidence empirique supporte le fait que le hasard moral *ex post* a plus de chance d'être significatif. Voir Zweiffel et Manning (2000), p. 409-459, pour plus de détails.

^{liii} Mossialos et Le Grand (1999, chapitre 1).

^{liv} Voir Tableau 1 de l'Annexe

^{lv} Les dépenses de subsistance sont calculées comme les dépenses alimentaires des ménages pour lesquels la portion allouée à la nourriture par rapport aux dépenses totales du ménage est à la médiane de tous les ménages. Ceci est la définition standard utilisé par l'OMS. Voir Ke Xu et al. (2003).

^{lvi} Voir Tableau 1 de l'Annexe

^{lvii} Normand et Weber (1994), p.87.

^{lviii} Abel Smith (1992, p.219).

^{lix} Moon (1998, p.232).

^{lx} Les Comptes d'Épargne Médicale sont l'exception, ceux-ci impliquant des cotisations payées d'avance mais excluant une mise en commun inter-personnel des risques. Pour une discussion sur leur utilisation potentielle comme instrument de financement de la santé, voir Hanvoravongchai (2002).

^{lxi} WHO (2000, p.101).

^{lxii} Chiang (1997).

^{lxiii} Ces deux sujets sont amplement discutés dans W.P.M.M van de Ven et al. (2002). Les dispositifs de régulation des risques cités peuvent être trouvés dans un ou plusieurs de ces pays européens (Allemagne, Belgique, Israël, Pays-Bas et Suisse).

^{lxiv} Voir Londoño (2000) et Savedoff (2000).

^{lxv} W.P.M.M van de Ven et al. (2000), p. 5.

^{lxvi} Dépendant de leur aversion au risque

^{lxvii} Moens et Carrin (1992, p.168).

^{lxviii} Voir Zweiffel (1999) pour plus de détails, particulièrement les chapitres 5, 6 et 12.3.

^{lxix} Voir, par exemple, McGuire et al. (1988) pour une explication plus détaillée.

^{lxx} L'inverse est vrai et est un point d'intérêt important dans le contrôle des coûts. Voir, par exemple, Carrin et Hanvoravongchai (2003).

^{lxxi} Voir, par exemple, Perrot (2003), pour une discussion plus détaillée sur les différents arrangements contractuels.

^{lxxii} Pour une discussion détaillée de ces critères, voir HFTB

^{lxxiii} Ce fut le cas, par exemple, en Bosnie-Herzégovine, où les priorités des différents groupes de population ou les types d'intervention provoquaient des variations dans les taux de cotisations payées d'avance entre 10-95%. Voir Hrabac, Ljubic et Bagaric (2000).

^{lxxiv} Ce critère et le suivant sont grandement inspirés de Carrin et Hanvoravongchai (2003).

^{lxxv} Comme Carrin (2000), Normand et Weber (1994), chapitre 8 et Witter et al. (2000), chapitre 12.

^{lxxvi} Les données empiriques vont généralement dans ce sens. Voir Carrin (2000) pour plus de détails.

^{lxxvii} De telles méthodes ont été utilisées, par exemple, au Japon, en Allemagne, en Belgique et au Canada. Voir Carrin (2002) pour plus de détails.

^{lxxviii} Puisque généralement les patients ont moins de connaissances médicales que les fournisseurs, ils pourraient plutôt utiliser de simples caractéristiques médicales observables, comme la qualité de la salle d'attente. Voir Witter et al. (2000), p. 220.

^{lxxix} C'est le cas au Japon, où les frais de base d'hospitalisation ont été progressivement réduits, avec le tarif quotidien après 90 jours étant moins de la moitié de celui des 14 premiers. Voir Ikegami et Campbell (1999), p.62.

^{lxxx} OECD (2001).

^{lxxxi} Carrin et Hanvoravongchai (2003), p.8. Les tableaux sont de 1999.

^{lxxxii} Par exemple, en France, seulement les coûts centralisés sont inclus dans les coûts administratifs, sans tenir compte des institutions de sécurité sociale. Carrin et Hanvoravongchai (2002), p. 33.