

# **La protection sociale de la santé**

**Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé**

Le Département de la sécurité sociale du Bureau international du Travail (BIT) est l'unité par l'intermédiaire de laquelle le BIT fournit une assistance et des conseils techniques à ses pays membres dans le domaine de la politique et de la gouvernance en matière de sécurité sociale, élabore des stratégies pour favoriser l'extension de la sécurité sociale à tous et l'inclusion sociale, assure la promotion des normes internationales de sécurité sociale et élabore et diffuse des outils de nature à permettre une gouvernance efficace des régimes de sécurité sociale.

En 2001, la Conférence internationale du travail (CIT) est parvenue à un consensus sur la nécessité de placer en tête des priorités les politiques et initiatives visant à étendre la sécurité sociale aux populations qui ne sont actuellement pas couvertes. C'est pourquoi la CIT a demandé au BIT de lancer une campagne d'envergure pour promouvoir l'extension de la couverture par la sécurité sociale. La série Documents de politique de sécurité sociale s'inscrit dans le cadre de cette campagne et a vocation à présenter les vues du Département de la sécurité sociale dans des domaines d'importance majeure, et ce faisant, à fournir aux membres du BIT des orientations sur lesquelles s'appuyer pour formuler leurs politiques de sécurité sociale.

Elle vient donc en complément des séries déjà publiées par le Département de la sécurité sociale, en l'occurrence Questions de sécurité sociale, documents de réflexion et Extension de la sécurité sociale, en mettant à disposition un ensemble complet de sources d'information.

Bureau international du Travail  
Département de la sécurité sociale  
4, route des Morillons  
CH-1211 Genève 22 – Suisse

Tél. : (+ 41 22) 799 75 65

Fax : (+ 41 22) 799 79 62

[SECSOC@ilo.org](mailto:SECSOC@ilo.org)

<http://www.ilo.org/secsoc>

# **DOCUMENTS DE POLITIQUE DE SÉCURITÉ SOCIALE**

## **Document 1**

### **La protection sociale de la santé**

**Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé**

**Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous**

**Département de la sécurité sociale  
Bureau international du Travail**

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être envoyée à l'adresse suivante: Publications du BIT (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par courriel: [pubdroit@ilo.org](mailto:pubdroit@ilo.org). Ces demandes seront toujours les bienvenues.

Bibliothèques, institutions et autres utilisateurs enregistrés auprès d'un organisme de gestion des droits de reproduction ne peuvent faire des copies qu'en accord avec les conditions et droits qui leurs ont été octroyés. Visitez le site [www.ifrro.org](http://www.ifrro.org) afin de trouver l'organisme responsable de la gestion des droits de reproduction dans votre pays.

---

#### ILO Cataloguing in Publication Data

La protection sociale de la santé / Bureau international du Travail, Département de la sécurité sociale. - Genève: BIT, 2009  
xii, 122 p. (La protection sociale de la santé ; Document 1)

ISBN: 9789222211616;9789222211623 (web pdf)

International Labour Office; Social Security Dept

assurance-maladie / soins médicaux / accès aux soins / champ d'application / financement de la sécurité sociale / rôle de l'OIT

02.07.1

Egalement disponible en anglais: *Social health protection : An ILO strategy towards universal access to health care* (ISBN 978-92-2-121161-7), Genève, 2008, et en espagnol: *Protección social de la salud : una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica* (ISBN 978-92-2-321161-5), Genève, 2009.

---

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications et les produits électroniques du Bureau international du Travail peuvent être obtenus dans les principales librairies ou auprès des bureaux locaux du BIT. On peut aussi se les procurer directement, de même qu'un catalogue ou une liste des nouvelles publications, à l'adresse suivante: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par courriel: [pubvente@ilo.org](mailto:pubvente@ilo.org).

Visitez notre site Web: [www.ilo.org/publns](http://www.ilo.org/publns).

---

## Table des matières

	<i>Page</i>
Acronymes courants.....	ix
Avant-propos .....	xi
1. Introduction.....	1
2. Qu'est-ce que la protection sociale de la santé ? .....	5
3. Les financements de la protection sociale de la santé : la situation actuelle.....	9
4. Couverture par la protection sociale de la santé et accès aux services de santé.....	19
a. Couverture et accès : concepts et définitions de l'OIT .....	19
Concept de couverture.....	19
Définition de l'accès .....	19
Dimensions de l'accessibilité .....	20
Notion de qualité .....	20
b. Tendances et données relatives à la couverture formelle par la protection sociale de la santé .....	21
c. L'économie formelle et informelle et le besoin de protection sociale de la santé ...	24
d. Tentative d'estimation de l'ampleur du déficit d'accès aux services de santé .....	28
e. Déficients d'accès et indicateurs associés.....	32
f. Quelques observations sur les évolutions récentes de la protection sociale de la santé .....	34
5. Rationaliser l'utilisation de mécanismes de financement pluralistes : une stratégie de l'OIT pour parvenir à une couverture universelle par la protection sociale de la santé	39
a. Concept général de la stratégie de l'OIT pour la rationalisation de l'utilisation de mécanismes de financement pluralistes .....	39
b. Principaux éléments de la stratégie de l'OIT pour la rationalisation de l'utilisation de mécanismes de financement pluralistes.....	40
i. L'évaluation du déficit de couverture et du déficit d'accès .....	41
ii. L'élaboration d'un plan national de couverture.....	41
iii. Le renforcement des capacités nationales de mise en œuvre .....	56
6. Conclusion.....	59
Annexe I .....	61
Expériences nationales : aperçu général .....	61
a. Afrique.....	61
b. Asie .....	69
c. Europe .....	79
d. Amérique latine.....	83
Annexe II.....	90
Annexe III .....	105
Trousse à outils du BIT.....	105
Références .....	108

## Liste des tableaux

	<i>Page</i>
Tableau 2.1. Sources de financement de la protection sociale de la santé .....	8
Tableau 3.1. Sources de financement de la protection sociale de la santé par niveau de revenu...	13
Tableau 3.2. Mécanismes financiers utilisés par les ménages pour faire face à leurs dépenses de santé en Afrique du Sud, au Kenya et au Sénégal, en pourcentage, 2005.....	14
Tableau 4.1. Évolution historique de la couverture formelle par la protection sociale de la santé	23
Tableau 4.2. Couverture formelle par la protection sociale de la santé dans quelques pays d'Afrique et d'Asie.....	25
Tableau 4.3. Pourcentage de la population bénéficiant d'une couverture formelle dans quelques pays d'Amérique latine et pour certaines années comprises entre 1995 et 2004 .....	26
Tableau 4.4. Estimation du déficit d'accès dans quelques pays.....	32
Tableau 5.1. Couverture par la protection sociale de la santé et modèle de carte de l'accès .....	43
Tableau 5.2. Portée des mécanismes de financement de la santé.....	47
Tableau 5.3. Bilan : avantages et inconvénients des principaux mécanismes de financement de la protection sociale de la santé .....	48

## Liste des figures

	<i>Page</i>
Figure 2.1. Flux financiers.....	6
Figure 3.1. Niveau de revenu des pays et pourcentage des décès survenant entre 0 et 4 ans et à plus de 60 ans, 2006 .....	9
Figure 3.2. Causes des décès dans les pays à faible revenu, à revenu moyen et à revenu élevé, 2001 .....	10
Figure 3.3. Financement des dépenses mondiales de santé, 2004 .....	10
Figure 3.4. Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé dans quelques pays, 2006.....	11
Figure 3.5. Dépenses de santé par habitant, en \$EU, par niveau de revenu, 2004 .....	12
Figure 3.6. Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB et dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses de santé par niveau de revenu, 2004.....	12
Figure 3.7. Sources de protection de la santé par région, 2001 .....	13
Figure 3.8. Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB dans quelques pays à faible revenu, 2006 .....	14
Figure 3.9. Spirale de la mauvaise santé et de la pauvreté.....	15
Figure 3.10. Dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses totales de santé dans quelques pays de l'OCDE, 1990, 2000, 2005 .....	16
Figure 3.11. Dépenses totales de santé par habitant, \$EU PPA, dans quelques pays de l'OCDE, 1960-2005.....	17
Figure 4.1. Parvenir à une couverture universelle par l'assurance maladie publique.....	23
Figure 4.2. Paiements directs dans quelques pays à faible revenu, 2006 .....	26
Figure 4.3. Répartition régionale de la population pauvre n'ayant pas accès aux services de santé dans les pays en développement.....	29
Figure 4.4. Densité de professionnels de santé dans quelques pays .....	31
Figure 4.5. Régression entre le déficit d'accès et l'indice de pauvreté humaine (IPH).....	33
Figure 4.6. Régression entre le déficit d'accès et l'indice de développement humain (IDH) .....	34
Figure A.1. Comparaison de quelques pays d'Afrique.....	61
Figure A.2. Sources de financement du régime national d'assurance maladie du Ghana .....	65
Figure A.3. Comparaison de quelques pays d'Asie.....	70
Figure A.4. Comparaison de quelques pays d'Amérique latine .....	83

---

## Liste des encadrés

	<i>Page</i>
Encadré 5.1 Un budget de la santé pour la Thaïlande .....	44
Encadré 5.2 Liste de contrôle : principales politiques de financement des soins de santé .....	50
Encadré 5.3 Liste de contrôle : politiques d'établissement de liens rationnels entre les différents mécanismes de financement de la santé .....	51
Encadré 5.4 Liste de contrôle : principales stratégies de définition de paniers de prestations adaptés aux besoins et d'une protection contre les dépenses catastrophiques .....	52
Encadré 5.5 Convention 102 / Article 10 .....	53
Encadré 5.6 Liste de contrôle : principales politiques d'amélioration de l'efficacité institutionnelle et organisationnelle .....	56

## Liste des tableaux des annexes

	<i>Page</i>
Tableau 1. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé au Bénin .....	62
Tableau 2. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé au Burkina Faso .....	63
Tableau 3. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en Égypte .....	64
Tableau 4. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé au Ghana .....	66
Tableau 5. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé au Kenya .....	67
Tableau 6. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé au Sénégal .....	68
Tableau 7. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en Tunisie .....	69
Tableau 8. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en Chine .....	72
Tableau 9. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en République de Corée ..	73
Tableau 10. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en Inde .....	74
Tableau 11. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en Indonésie .....	75
Tableau 12. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé aux Philippines .....	76
Tableau 13. Les mécanismes de protection sociale de la santé en Thaïlande .....	77
Tableau 14. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en Thaïlande .....	79
Tableau 15. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en Albanie .....	81
Tableau 16. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé au Bélarus .....	82
Tableau 17. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en Géorgie .....	83
Tableau 18. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé au Chili .....	84
Tableau 19. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en Colombie .....	86
Tableau 20. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé au Costa Rica .....	87
Tableau 21. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en Équateur .....	88
Tableau 22. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé au Pérou .....	89
Tableau A2.1. Estimation du déficit d'accès à la protection sociale de la santé .....	90
Tableau A2.2. Couverture formelle par la protection sociale de la santé .....	97



---

## Acronymes courants

BIT	Bureau international du Travail
BAD	Banque asiatique de développement
PIB	Produit intérieur brut
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit/ agence allemande de coopération technique
IDH	Indice de développement humain
IPH	Indice de pauvreté humaine
IHPP	International Health Policy Programme/ Programme international de politique de la santé
CNS	Comptes nationaux de la santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
MDS	Ministère de la Santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PD	Paiements directs
DSRP	Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté
AMP	Assurance maladie publique
STEP	Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté
DTS	Dépenses totales de santé
NU	Nations Unies
OMS	Organisation mondiale de la santé



---

## Avant-propos

Le présent rapport est le premier d'une série de documents sur la protection sociale de la santé que le Département de la sécurité sociale du BIT a prévu de publier. Il représente une contribution déterminante à la réalisation de la mission que la Conférence internationale du travail a confiée au Département, à savoir lancer une vaste campagne en faveur de l'extension de la sécurité sociale à tous.

Nous espérons qu'il donnera une nouvelle impulsion au débat plus large sur les solutions qui pourraient être envisagées pour offrir une protection à la majorité de la population mondiale, débat qui engage non seulement les organisations membres du BIT, mais aussi les chercheurs, praticiens, décideurs et autres parties prenantes impliqués dans la protection sociale de la santé. Nous espérons également qu'il contribuera de manière décisive à garantir que les droits de l'homme que sont le droit à la santé et le droit à la sécurité sociale, qui, l'un et l'autre, sont consacrés par la Déclaration universelle des droits de l'Homme des Nations Unies, puissent devenir réalité le plus rapidement possible. À plus long terme, notre approche tiendra à l'évidence compte des conclusions de ce débat. Néanmoins, nous sommes convaincus que l'approche fondamentale sur laquelle s'appuie notre réflexion, à savoir une approche basée sur des droits, prônant un accès universel à la protection sociale de la santé et aux soins, est suffisamment souple et ouverte pour permettre l'obtention d'un large consensus sur les deux principaux objectifs de la sécurité sociale : réduire la pauvreté et garantir à chaque être humain la possibilité de mener une vie à l'abri de toute insécurité matérielle risquant de le rendre vulnérable.

Ce document de politique générale et la stratégie qu'il présente ont été élaborés en concertation étroite avec les membres de l'OIT [notamment avec certains membres du Conseil d'administration]. Nous tenons à remercier les représentants des gouvernements, des organisations d'employeurs et des organisations syndicales, qui ont également apporté un soutien précieux à cette initiative destinée à servir de base à la définition de notre future stratégie. Le présent rapport tient compte des nombreux commentaires et retours reçus suite à la diffusion de la version provisoire, ainsi que de (certains) documents de prise de position. Il porte donc l'empreinte du tripartisme et du dialogue social, principes qui sont au cœur de la structure et de la mission de l'OIT. Nous adressons des remerciements particuliers aux membres des pays suivants pour leur précieuse contribution : Australie, Autriche, Finlande, France, Hongrie, Italie, Jamaïque, Jordanie, République de Corée, Lettonie, Liban, Lituanie, Mexique, Maroc, Myanmar, Nouvelle-Zélande, Pérou, Portugal, Suisse, Thaïlande, Tunisie et République de Trinité et Tobago.

La version provisoire de ce rapport a été rédigée par Xenia Scheil-Adlung et les données statistiques et certaines données nationales ont été fournies par Jens Holst. Charles Crevier a analysé les données statistiques et s'est chargé de la partie sur la mesure des déficits d'accès. Jennifer Frances de la Rosa et Veronika Wodsak ont apporté leur concours technique à la réalisation du rapport.

Nous avons également bénéficié d'intéressants commentaires de collègues de l'OIT et de diverses organisations internationales ainsi que d'experts. Nous remercions plus particulièrement les collègues du Département de la sécurité sociale suivants, pour avoir contribué à la réalisation de ce rapport par la rédaction de parties substantielles, par leurs observations écrites ou orales ou encore par leurs activités de recherche et de coopération technique : Pauline Barrett-Reid, Alejandro Bonilla-Garcia, Florence Bonnet, Anne Drouin, Krzysztof Hagemeyer, Frank Hempel, Aidi Hu, Christian Jacquier, Ursula Kulke, Florian Léger, Philippe Marcadent, Tharcisse Nkanagu, Karuna Pal, Vinicius Pinheiro, Emmanuelle Saint-Pierre Guilbault, Valérie Schmitt-Diabate, Wolfgang Scholz, Carmen Solorio, Philippe Vanhuynegem, John Woodall. Nous remercions également nos collègues des bureaux de terrain de l'OIT : Christina Behrendt, Fabio Bertranou, Christine Bockstal, Fabio Durán, Ginette Forgues, Kenichi Hirose, Markus Ruck, Marc Socquet, Sergio

---

Velasco et Hiroshi Yamabana. La version finale a été finalisée par Frances Papazafiroopoulos, avec le concours administratif d'Irene Brown, María José Escriche, Vicky Giroud Castiella et Diane Vergnaud. Nous les remercions de leur précieux concours.

Nous remercions également tous ceux qui ont transmis des commentaires sur la version provisoire, diffusée pour consultation, de *Protection sociale de la santé : Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé*. Leur contribution a joué un rôle déterminant dans la définition de la future stratégie de l'OIT pour garantir une couverture universelle en matière de protection sociale de la santé. Bien que la grande majorité de ces commentaires aient été pris en compte lors de la rédaction de la version définitive de la Stratégie de l'OIT pour la protection sociale de la santé, certains lecteurs auront peut-être le sentiment que leur point de vue ne transparait pas réellement dans la stratégie présentée. Il n'en reste pas moins que toutes les idées exprimées nous ont aidés à formuler nos propositions stratégiques sur la protection sociale de la santé. Les messages qui sont au cœur de cette stratégie ont fait l'objet de débats au sein et à l'extérieur des enceintes de l'OIT, dans le cadre d'une concertation avec les membres de l'OIT, diverses organisations internationales, des institutions bilatérales et des universitaires.

Michael Cichon,  
Directeur

Xenia Scheil-Adlung,  
Coordonnatrice des politiques de santé

---

## 1. Introduction

L'accessibilité économique des soins de santé est la principale question qui se pose dans la plupart des pays. Dans les pays à revenu élevé, la hausse des coûts, les contraintes financières qui pèsent sur les budgets publics et les considérations d'ordre économique eu égard à la compétitivité internationale sont autant de facteurs qui conduisent à ériger la réforme de la protection sociale de la santé au rang de priorité politique. Dans beaucoup de pays à revenu élevé, moyen et faible, la nécessité d'offrir des soins de santé économiquement accessibles est impérieuse étant donné le grand nombre de personnes ne disposant pas de moyens financiers suffisants pour accéder aux services de santé : dans le monde entier, des millions de personnes tombent chaque année en dessous du seuil de pauvreté parce qu'elles sont contraintes de payer des soins de santé.

Refuser l'accès à des soins de santé médicalement nécessaires a un impact social et économique très important ; outre les effets de ce refus sur la santé et la pauvreté, le lien étroit qui existe entre la santé, le marché du travail et la création de revenus pénalise la croissance et le développement économiques. Les travailleurs en bonne santé ont en effet une productivité plus élevée, et l'offre de main-d'œuvre s'accroît lorsque les taux de morbidité et de mortalité sont plus faibles.

La protection sociale universelle de la santé garantit que tous ceux qui en ont besoin ont un accès effectif à des soins appropriés ; elle constitue donc un mécanisme de toute première importance pour la réalisation de ces objectifs. Elle est conçue pour alléger les conséquences des problèmes de santé, y compris le décès, l'invalidité et la perte de revenus. La couverture par la protection sociale de la santé réduit également les coûts indirects de la maladie et de l'invalidité, tels que les années de revenu perdues à cause d'une invalidité de courte ou longue durée, des soins à apporter à des membres de la famille, d'une plus faible productivité ou de l'insuffisance du niveau d'instruction et de développement social des enfants imputable à la maladie. Elle joue par conséquent un rôle important dans la lutte contre la pauvreté.

Pendant de nombreuses années, l'introduction et l'extension de la protection sociale de la santé dans les pays en développement étaient souvent perçues comme prématurées, ces pays étant considérés comme n'ayant pas la maturité économique suffisante pour supporter la charge financière qu'implique la sécurité sociale. Les tenants de cette thèse insistaient sur la nécessité de se concentrer d'abord sur la croissance macroéconomique et d'attendre, pour se préoccuper de la redistribution par des transferts sociaux en espèces ou en nature, que l'économie ait atteint un niveau de prospérité relativement élevé. La protection sociale de la santé n'était analysée qu'en termes de coûts de consommation.

Aujourd'hui, elle est de plus en plus considérée comme contribuant à la constitution d'un capital humain dont le rendement économique est important puisqu'il permet des gains de productivité et une croissance macroéconomique plus élevée.

*Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la collaboration internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays.*

[Article 22, Déclaration universelle des droits de l'Homme, 1948]

Le débat actuel<sup>1</sup> est également axé sur les liens entre mauvaise santé et pauvreté : ces liens jouent un rôle important dans les cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté (CSLP) et ils ont été pris en compte dans les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) consistant à réduire de moitié la pauvreté extrême et à améliorer la santé d'ici à 2015. La

réalisation de la protection sociale universelle de la santé pourrait bien être l'une des étapes les plus importantes de la réalisation des OMD dans les délais fixés.

L'OIT concourt à la réalisation des OMD à travers son **Agenda du travail décent** et dans le cadre du débat sur la promotion d'une mondialisation juste. Son approche repose sur les quatre piliers suivants :

1. Emploi – l'emploi et le revenu constituent la principale voie à emprunter pour sortir de la pauvreté.
2. Droits – condition indispensable pour que la population accède à l'autonomie qui lui permettra de sortir de la pauvreté.
3. Protection sociale – protection des revenus et soutien financier en cas de maladie.
4. Dialogue – participation des organisations d'employeurs et de salariés à la définition et à la mise en œuvre de politiques publiques de réduction de la pauvreté adaptées et viables.

L'approche retenue par l'OIT en ce qui concerne la protection sociale de la santé est fondée sur les droits de l'homme à la santé et à la sécurité sociale et sur l'importance de cette protection pour le droit au travail et à l'emploi. Depuis sa création en 1919, l'Organisation n'a cessé de mettre l'accent sur le rôle de la protection sociale de la santé dans la réduction de la pauvreté, la création de revenus et l'accroissement des richesses.

Le fait que la Convention de l'OIT (No.102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), adoptée en 1952, place la santé au tout premier rang des risques à couvrir, témoigne de l'intérêt de la question de la protection sociale de la santé pour l'OIT.

L'importance du renforcement des liens entre les droits, l'emploi et le développement a été soulignée dans le rapport de la Commission mondiale sur la dimension sociale de la mondialisation. (BIT, 2004a).

Compte tenu du déficit alarmant de la couverture par la protection sociale de la santé dans de nombreux pays et de la longue expérience de l'OIT dans ce domaine, une nouvelle stratégie a été mise au point pour contribuer à la réalisation de la couverture universelle au niveau mondial. Cette stratégie renforce l'accord sur la sécurité sociale conclu entre les représentants des gouvernements, des organisations syndicales et des organisations patronales lors de la Conférence internationale du Travail de 2001, accord qui vise à

<sup>1</sup> La protection sociale de la santé, qui a occupé une place de premier plan lors du Sommet du G8 de Heiligendamm (Allemagne), en 2007, constituera également un point important de l'ordre du jour de l'édition 2008 du Sommet, qui aura lieu au Japon, et occupe une place majeure dans plusieurs initiatives internationales mises en œuvre dans le domaine de la santé.

---

accorder la plus haute priorité aux “politiques et initiatives pouvant apporter la sécurité sociale à ceux qui ne sont pas couverts par les systèmes existants”. Elle s’inscrit dans le cadre de la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous.

La stratégie de l’OIT répond aux besoins des groupes de population non couverts dans de nombreux pays en développement et tient compte du développement de l’économie informelle et de la persistance de taux élevés de pauvreté et de chômage liés à la maladie. Elle reconnaît explicitement la contribution de toutes les formes existantes de protection sociale de la santé et vise à optimiser leurs effets afin d’atteindre son objectif ultime, qui est de parvenir à une couverture universelle.

Le présent document a pour but d’énoncer un certain nombre de notions fondamentales sur lesquelles repose la stratégie de l’OIT pour “la rationalisation de l’utilisation de mécanismes de financement pluralistes”. Il est basé sur les informations les plus récentes relatives à la couverture par la protection sociale de la santé. Après une brève présentation de l’approche de l’OIT en matière de protection sociale de la santé, il décrit les modes de financement de cette protection et de couverture utilisés dans le monde. Compte tenu de l’insuffisance des statistiques sur la couverture par la protection sociale de la santé, ce document propose un nouvel indicateur qui a pour but de fournir pour la première fois une évaluation du déficit mondial d’accès aux services de santé. La stratégie de l’OIT tient compte des insuffisances très importantes révélées par l’indicateur de déficit d’accès du BIT, et propose de nouvelles politiques pragmatiques pour pallier ces lacunes en utilisant une approche rationnelle et cohérente.



---

## 2. Qu'est-ce que la protection sociale de la santé ?

Se basant sur les valeurs fondamentales que sont l'égalité, la solidarité et la justice sociale, l'OIT définit la *protection sociale de la santé* comme un ensemble de mesures publiques ou organisées par les pouvoirs publics et de mesures privées à caractère obligatoire contre la misère sociale et les pertes économiques provoquées par une réduction de la productivité, un arrêt ou une réduction des gains ou la nécessité de payer un traitement indispensable face à un état de santé détérioré.

L'égalité, la solidarité et la justice sociale s'entendent ici comme des caractéristiques fondamentales de l'accès universel à la protection sociale de la santé, fondées sur le partage des charges, la mise en commun des risques, l'autonomisation et la participation. C'est aux gouvernements et autres institutions nationales qu'il revient de mettre en pratique ces valeurs.

Parvenir à mettre en place une couverture universelle par la protection sociale de la santé – définie comme garantissant un accès effectif à des soins de santé économiquement accessibles et de qualité et une protection financière en cas de maladie – est l'un des principaux objectifs de l'OIT. Dans ce contexte, la notion de couverture renvoie à la protection sociale de la santé, compte tenu de :

- la taille de la population couverte ;
- l'accessibilité financière et géographique des services couverts ;
- le degré de couverture du coût d'un panier de prestations ;
- la qualité des services couverts et leur niveau d'adaptation aux besoins.

*La protection sociale de la santé recouvre un ensemble de mesures publiques ou organisées par les pouvoirs publics et de mesures privées à caractère obligatoire contre la misère sociale et les pertes économiques provoquées par une réduction de la productivité, un arrêt ou une réduction des gains ou la nécessité de payer un traitement indispensable face à un état de santé détérioré.*

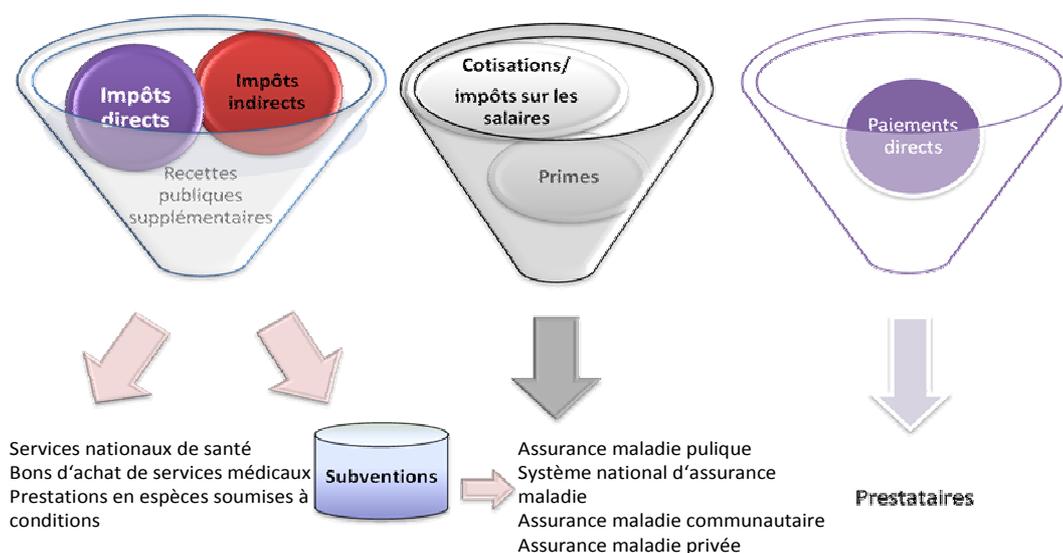
La protection sociale de la santé comprend différentes options financières et organisationnelles ayant pour but de fournir des prestations suffisantes pour protéger les intéressés contre le risque de maladie et les charges financières et autres problèmes graves qui en résultent.

Il existe divers mécanismes de financement des soins de santé. Ces mécanismes vont du financement par l'impôt de systèmes nationaux de santé, de bons d'achat de services médicaux ou de prestations en espèces soumises à conditions à des systèmes d'assurance maladie obligatoire financés par des cotisations, en passant par des régimes d'assurance maladie privés et à but non lucratif, obligatoires ou réglementés (avec un rôle clairement défini dans le système national pluraliste de financement de la protection de la santé, composé de plusieurs sous-systèmes différents), et des régimes d'assurance maladie à but non lucratif sous forme de mutuelles ou d'assurances communautaires. Chacun de ces mécanismes de financement implique normalement la mise en commun des risques entre les personnes couvertes, et un grand nombre d'entre eux incluent explicitement des systèmes de subventionnement croisé des pauvres par les riches. Ces systèmes de subventionnement croisé existent sous une forme ou une autre dans tous les systèmes de protection sociale de la santé, faute de quoi l'objectif de l'accès universel ne pourrait ni être recherché ni être atteint.

Globalement, les principales sources de financement utilisables sont les suivantes :

- **Impôts** : la protection sociale de la santé peut être financée par le budget public général, par exemple par des impôts et taxes directs ou indirects imposés à différents niveaux, notamment, outre les impôts généraux et les impôts affectés, par des impôts et taxes nationaux ou locaux. Les impôts directs sont prélevés auprès des individus, des ménages et des entreprises et regroupent l'impôt sur la propriété, l'impôt sur le revenu des personnes physiques et l'impôt sur les sociétés. Les impôts ou taxes indirects, au contraire, frappent les biens et services (droits d'accises sur la consommation de tabac, par exemple). Ils sont donc assis sur la consommation et non sur le revenu total. Les recettes fiscales générales peuvent provenir de différentes sources et ont, par conséquent, une assiette large ; néanmoins, les ressources allouées à la santé sont définies dans le cadre de négociations annuelles relatives aux dépenses publiques. Il existe des impôts affectés à la santé, qui sont plus ou moins exposés à des influences politiques. Les impôts sont souvent utilisés pour différentes formes de financement de la protection sociale de la santé. Ainsi, en plus de financer des systèmes nationaux de santé, des bons d'achat de services médicaux et des prestations en espèces soumises à conditions, ils peuvent servir à subventionner des régimes de protection de la santé mixtes, par exemple des systèmes nationaux d'assurance maladie ; dans ce cas, les recettes fiscales sont utilisées pour subventionner les pauvres. En outre, comme le montre la figure 2.1, les recettes publiques peuvent être utilisées pour subventionner des systèmes d'assurance maladie obligatoires, des régimes d'assurance maladie privés ou communautaires. Ces subventions peuvent couvrir les coûts pour les pauvres, les déficits, certains services spécifiques, les coûts de démarrage ou d'investissement.

Figure 2.1. Flux financiers



- **Cotisations ou impôts sur les salaires** : les cotisations sont recouvrées pour financer les régimes d'assurance maladie publics. Elles sont généralement obligatoires et ne dépendent pas du risque couvert mais sont assises sur le revenu d'activité, c'est-à-dire sur la masse salariale. Elles sont partagées entre les employeurs et les salariés. Ce système concerne généralement les marchés du travail formels, ce qui signifie qu'il couvre les travailleurs de l'économie formelle et leur famille. Un examen des pratiques internationales montre que les cotisations salariales peuvent ne pas excéder 1% du revenu mensuel pris en compte, comme en Égypte (Association internationale de la sécurité sociale, 2007, p.78) ou 2,5%, comme en Jamaïque (Association

---

internationale de la sécurité sociale, 2005, p.135). Quant à la part versée par les employeurs, elle est de 4% du revenu mensuel entrant dans l'assiette des cotisations en Égypte et de 8,5% du revenu brut en Jamaïque<sup>2</sup>. Dans beaucoup de pays, les cotisations sont fonction de la capacité de paiement et l'accès aux soins de santé dépend des besoins. Elles peuvent être recouvrées par une caisse nationale d'assurance maladie unique – ou par une ou plusieurs caisses, souvent indépendantes du gouvernement mais soumises à des réglementations.

- **Primes** : les primes sont recouvrées par des systèmes d'assurance privés, notamment des régimes d'assurance maladie communautaires ou privés. Les régimes communautaires reposent en général sur une adhésion volontaire et sont gérés par des organisations de travailleurs de l'économie informelle, des organisations communautaires et non gouvernementales, des coopératives, des syndicats et des organisations confessionnelles. Les primes sont souvent forfaitaires et les services limités. En ce qui concerne les compagnies d'assurance maladie privées, l'adhésion est habituellement volontaire et les primes sont calculées en fonction du risque. Les individus appartenant à des groupes à haut risque paient des primes plus élevées, et ceux qui appartiennent à des groupes à faible risque des primes plus faibles. Les prestations et les services varient selon la compagnie d'assurance et l'assuré.
- **Paiements directs (PD)** : les paiements directs constituent une autre source de financement souvent utilisée. Toutefois, l'OIT ne les considère pas comme un moyen de financer la protection sociale de la santé. Il s'agit de paiements, totaux ou partiels, effectués directement sur le lieu de fourniture des soins, en fonction des services utilisés. Ils peuvent prendre la forme de règlements directs, d'un partage formel des coûts et de paiements informels. Il y a règlement direct lorsque le consommateur règle directement l'intégralité des frais non couverts par une forme d'assurance quelconque. En revanche, il y a partage formel des coûts (services payants) lorsque des dépenses de santé font partie des dépenses prises en charge, mais que cette prise en charge n'est que partielle, par exemple dans le cadre d'un mécanisme incitatif.

D'autres sources de financement que celles citées, telles que dons, subventions, prêts, caisses d'employeurs et comptes d'épargne, occupent une place importante. Ces sources ne sont toutefois pas examinées dans le présent rapport.

Chacun de ces mécanismes de financement se caractérise par des modalités spécifiques de recouvrement des fonds, de mise en commun des risques et d'achat des soins de santé. Le *recouvrement des fonds* fait intervenir un payeur (citoyen, assuré, par exemple), un type ou une forme de paiement (impôt, cotisation, prime) et une institution chargée de recouvrer les sommes payées – le gouvernement (central, régional ou local), une institution de sécurité sociale, une compagnie d'assurance privée ou un fournisseur de soins (tableau 2.1). La *mise en commun des risques* suppose un partage des risques financiers et l'accumulation de fonds pour financer des soins de santé. L'*achat de services de santé* consiste à transférer des fonds aux fournisseurs de soins pour – et pour le compte de – la population couverte.

Pratiquement tous les pays ont instauré des systèmes basés sur des mécanismes de financement multiples, associant au moins deux de ces options de financement – et l'OIT reconnaît explicitement et de façon pragmatique la nature pluraliste des systèmes nationaux de protection de la santé. L'Organisation conseille d'opter pour des combinaisons stratégiques de systèmes nationaux de financement permettant :

<sup>2</sup> Informations fournies à l'OIT par la Fédération des employeurs de Jamaïque, octobre 2007.

- (a) un accès universel et équitable ;
- (b) une protection financière en cas de maladie ; et
- (c) une fourniture générale efficiente et efficace des services de santé.

**Tableau 2.1. Sources de financement de la protection sociale de la santé**

Impôts et taxes directs, indirects et autres recettes fiscales	Cotisations/impôts sur le salaire	Primes	Paiements directs
<i>Recouvrés auprès de</i>			
■ Personnes physiques	■ Employeurs	■ Personnes physiques	■ Personnes physiques
■ Ménages	■ Salariés	■ Ménages	■ Ménages
■ Entreprises			
<i>Recouvrés par</i>			
Autorités publiques	Institutions de sécurité sociale ou organismes publics	Compagnies d'assurance privées	Fournisseurs de soins

Dans ce contexte, il est important de s'assurer que les systèmes nationaux de financement de la santé n'ont pas pour effet d'évincer d'autres prestations de sécurité sociale.

L'organisation et le financement de la protection de la santé ne suffisent pas, en eux-mêmes, à garantir une protection universelle ; des facteurs économiques et sociaux jouent également un rôle clé et il importe de déployer des efforts pour lutter contre la pauvreté, transformer l'économie informelle en économie formelle et créer des lieux de travail décents. La protection sociale de la santé ne peut donc pas être mise en œuvre de façon isolée ; elle est et devrait toujours être considérée comme un élément constitutif de la politique globale de protection sociale d'un pays.

De surcroît, parvenir à une couverture universelle suppose d'adopter des dispositions réglementaires et des dispositifs spécifiques visant à promouvoir l'efficacité de l'organisation, y compris en matière d'achat et de rémunération des fournisseurs de soins, de répartition des ressources et services entre les différentes catégories de soins et zones géographiques, de qualité et de participation des partenaires sociaux et de la société civile. La nature concrète de ces dispositifs connexes a un impact important sur l'adéquation et la disponibilité des soins, l'accès aux services de santé et, *in fine*, sur le coût total du système de protection sociale de la santé. Pour atteindre cet objectif, il est indispensable d'engager un dialogue social et national.

Le *dialogue social* peut jouer un rôle majeur dans l'élaboration et la réforme des services de santé, en offrant aux partenaires sociaux la possibilité d'exprimer leurs propres intérêts et préoccupations. Il leur permet de progresser ensemble lorsque leurs intérêts sont les mêmes et peut les aider à parvenir à des compromis lorsque leurs points de vue divergent. Dans le domaine de l'amélioration des services de santé, le dialogue social repose sur certaines valeurs et certains principes auxquels tous les partenaires sociaux souscrivent (BIT, 2005d, p.6).

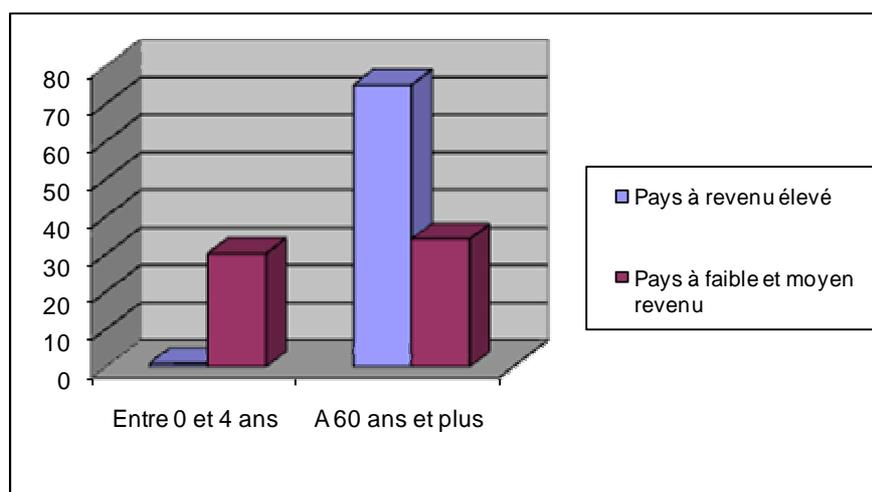
Pour prendre la mesure de l'importance de la protection sociale de la santé, il faut examiner sa situation actuelle à l'échelle mondiale, régionale et nationale. Le chapitre qui suit présente les développements récents et les lacunes qui subsistent dans le domaine de la protection sociale de la santé.

### 3. Les financements de la protection sociale de la santé : la situation actuelle

On avance souvent qu'une croissance économique forte et durable entraîne une hausse de la demande de main-d'œuvre. Selon le même raisonnement, l'amélioration des capacités de gains est susceptible de conduire à une hausse de la productivité du travail et de la croissance. En outre, le développement économique a le potentiel de réduire la pauvreté et de favoriser la productivité économique (BAD, 2004) – et la santé est une des conditions indispensables à la productivité du travail. On estime qu'un allongement de l'espérance de vie moyenne de 10% se traduit par une accélération de la croissance économique annuelle de 0,3 à 0,4% (OMS, 2002). Bien que l'investissement dans la santé à travers la protection sociale de la santé soit vital, il s'agit également d'une démarche particulièrement complexe. Les difficultés auxquelles se heurte le financement de la protection sociale de la santé sont multidimensionnelles et peuvent être liées aux tendances socio-économiques, démographiques et sanitaires observées dans les différents pays et dans le monde entier.

En ce qui concerne les indicateurs de santé, l'importante différence entre les taux de mortalité infantile observés dans les pays à revenu élevé et ceux mesurés dans les pays à faible revenu témoigne du lien étroit entre pauvreté, accès à des services de santé abordables et décès (figure 3.1). Dans les pays à faible revenu, 30,2% de l'ensemble des décès interviennent entre 0 et 4 ans, contre 0,9% dans les pays à revenu élevé. En revanche, le pourcentage des décès à 60 ans et plus est supérieur à 75% dans les pays à revenu élevé tandis qu'il se situe à environ 34% dans les pays à faible revenu. (Deaton, 2006).

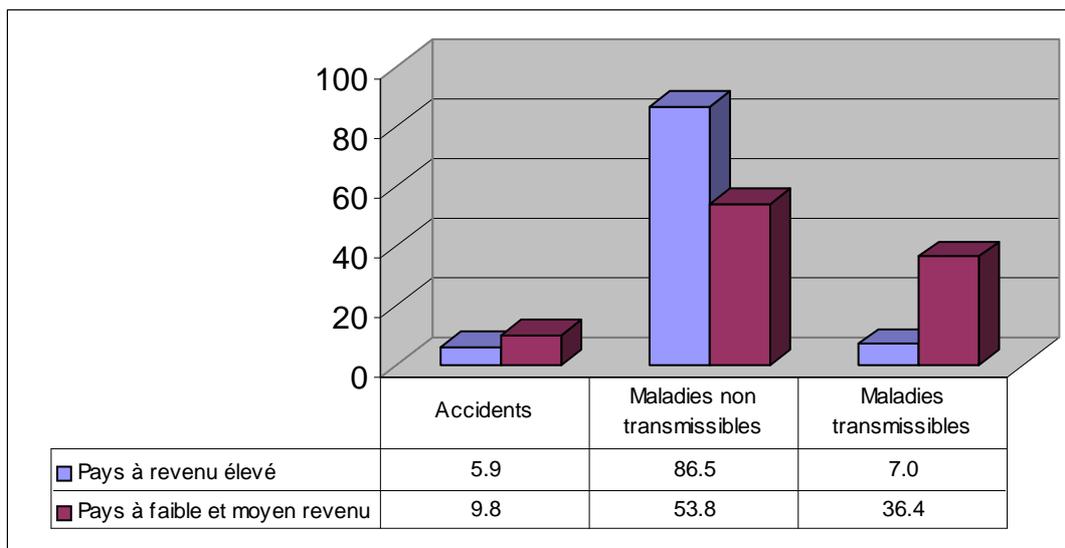
Figure 3.1. Niveau de revenu des pays et pourcentage des décès survenant entre 0 et 4 ans et à plus de 60 ans, 2006



Source : Deaton (2006).

Les décès imputables à des maladies transmissibles, à des problèmes pendant la grossesse et à la nutrition ont davantage tendance à survenir dans les pays à faible revenu et à revenu moyen (36,4%) que dans les pays à revenu élevé (7%), tandis que les maladies non transmissibles sont responsables de la majorité des décès (86,5%) dans les pays à revenu élevé (figure 3.2).

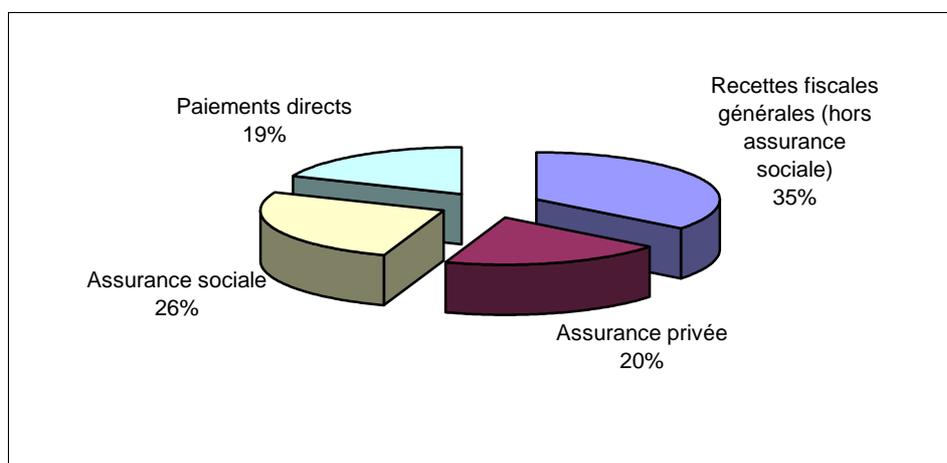
**Figure 3.2. Causes des décès dans les pays à faible revenu, à revenu moyen et à revenu élevé, 2001**



Source : Banque mondiale (2006b).

Le financement des coûts des soins de santé est partagé entre les gouvernements, qui contribuent pour 35% aux dépenses mondiales de santé, l'assurance sociale (26%), l'assurance privée (20%) et les paiements directs et autres dépenses privées, qui couvrent 19% des dépenses mondiales de santé (figure 3.3).

**Figure 3.3. Financement des dépenses mondiales de santé, 2004**

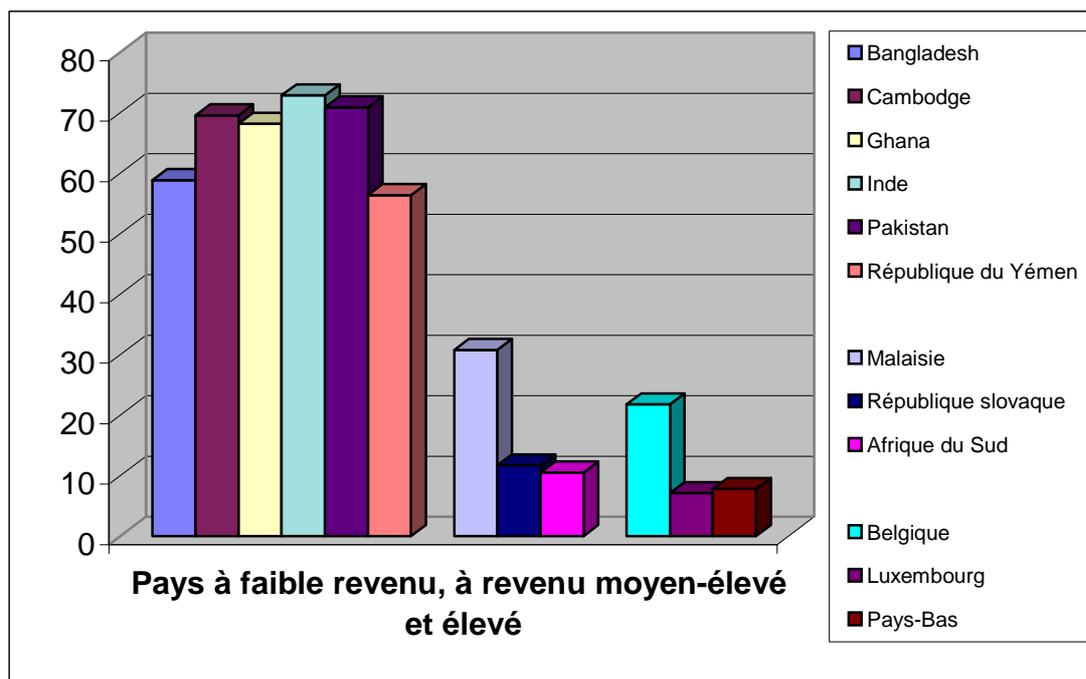


Note : dépenses mondiales de santé en 2004 : 4 100 milliards \$EU.

Source : OMS, Comptes nationaux de la santé (2007).

L'examen des dépenses mondiales de santé, présentées sur la figure 3.3, révèle que les paiements directs sur le lieu de fourniture des soins représentent une part importante. Une part élevée de paiements directs témoigne d'un manque d'équité et de l'existence de lacunes de la couverture par la protection sociale de la santé. Les paiements directs sont la façon la plus inefficace de financer les dépenses de soins de santé. Ils représentent une charge importante, surtout pour les pauvres, et sont associés à un risque élevé d'appauvrissement des ménages du fait de coûts disproportionnés par rapport à leurs moyens (OMS 2000, pp.35-113).

**Figure 3.4. Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé dans quelques pays, 2006**

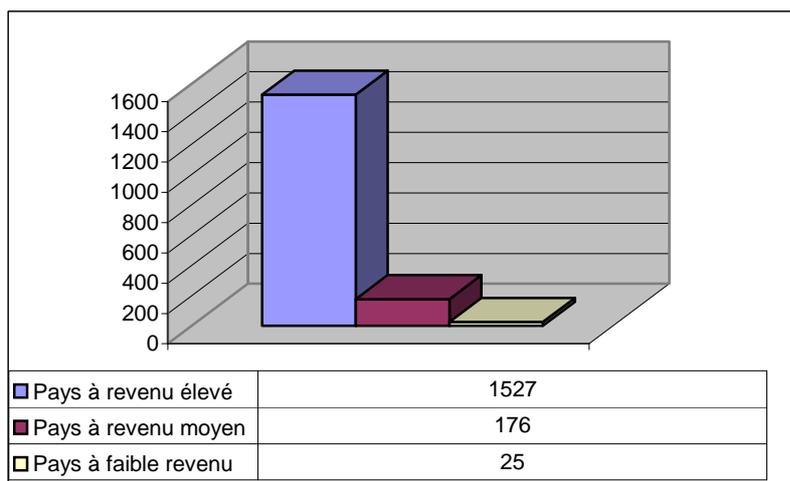


Source : Annexe II, tableau A2.1.

La figure 3.4 présente la part des paiements directs dans les pays à faible revenu, à revenu moyen élevé et à revenu élevé et permet de faire des comparaisons entre ces pays. Les résidents de pays à faible revenu, comme le Cambodge, l'Inde et le Pakistan, doivent assumer 50% de leurs dépenses de santé, comparativement aux pays à revenu moyen-élevé et élevé. Une telle situation est susceptible d'entraîner d'autres inégalités, d'accroître la pauvreté et les dépenses de santé catastrophiques et d'avoir des retombées sur la création de revenu en obligeant à vendre des actifs et à emprunter. Elle témoigne également du fait que l'augmentation des dépenses publiques semble aller de pair avec l'augmentation du niveau de revenu d'un pays. Des exemples de paiements directs sont présentés pour d'autres pays dans l'annexe II, tableau A2.2.

Les dépenses de santé par habitant diffèrent également de manière significative entre les pays à faible revenu, à revenu moyen et à revenu élevé. Comme le montre la figure 3.5, elles s'établissent à 1 527 \$EU dans les pays à revenu élevé, 176 \$EU dans les pays à revenu moyen et 25 \$EU dans les pays à faible revenu. Ces dépenses sont financées par des sources diverses, publiques, privées et autres.

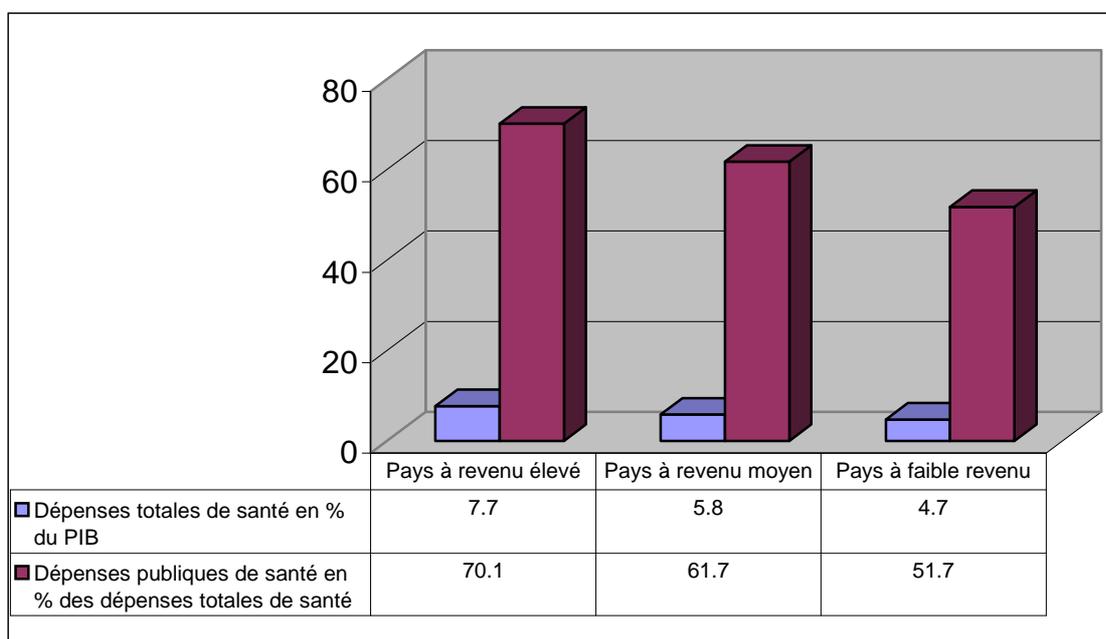
**Figure 3.5. Dépenses de santé par habitant, en \$EU, par niveau de revenu, 2004**



Source : Banque mondiale (2006b).

La part des dépenses totales de santé en pourcentage du PIB est de 7,7% dans les pays à revenu élevé, 5,8% dans les pays à revenu moyen et 4,7% dans les pays à faible revenu. Les dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses de santé sont de 70,1% dans les pays à revenu élevé, 61,7% dans les pays à revenu moyen et 51,7% dans les pays à faible revenu (figure 3.6).

**Figure 3.6. Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB et dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses de santé par niveau de revenu, 2004**



Source : Banque mondiale (2006b).

À l'échelle mondiale, le fait que la part des dépenses publiques augmente avec le niveau de revenu reflète l'accroissement de la part de la mise en commun des risques financée au moyen des impôts et, par exemple, des cotisations sociales obligatoires. En général, la part des dépenses publiques est liée au développement social et économique général des pays, par exemple sur le plan des marchés du travail, des marchés financiers, de l'application de la législation, de l'infrastructure, de la capacité à recouvrer des impôts etc.

**Tableau 3.1. Sources de financement de la protection sociale de la santé par niveau de revenu**

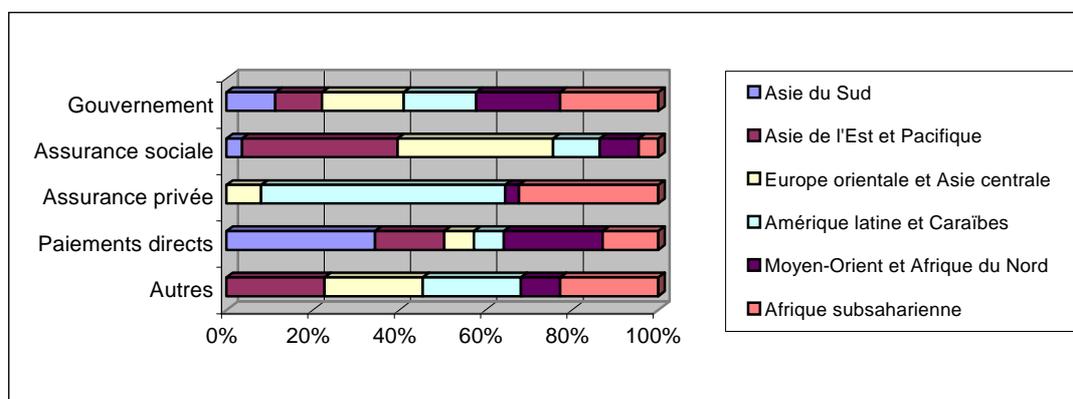
Pays	Recettes fiscales affectées au financement de la protection sociale de la santé en pourcentage du PIB	Cotisations de sécurité sociale affectées à la santé, en pourcentage du PIB
Faible revenu	14.5	0.7
Revenu moyen-bas	16.3	1.4
Revenu moyen-élevé	21.9	4.3
Revenu élevé	26.5	7.2

Source : FMI (2004) ; Banque mondiale (2004).

Comme le montre le tableau 3.1, les recettes fiscales consacrées à la protection sociale de la santé varient de 14,5% du PIB, dans les pays à faible revenu, à 26,5%, dans les pays à revenu élevé. Les cotisations à l'assurance sociale obligatoire représentent un financement beaucoup moins élevé, variant de 0,7% du PIB, dans les pays à faible revenu, à 7,2% dans les pays à revenu élevé. Au total, la part des recettes fiscales est plus élevée que celle des cotisations et l'une et l'autre sont corrélées positivement au revenu.

À l'échelle régionale, la part des différentes formes de protection sociale de la santé dans les dépenses totales de santé varie de façon importante d'une région à l'autre (figure 3.7). En 2001, les dépenses de santé financées par l'impôt étaient relativement élevées en Afrique, dans les pays de la Méditerranée orientale et en Europe – représentant 40% – ; l'assurance maladie publique occupait une place particulièrement importante dans les pays de l'OCDE et dans les pays européens en transition, ainsi que dans les pays du Pacifique occidental et de la Méditerranée orientale, alors que dans la région des Amériques c'était l'assurance maladie privée qui jouait le rôle principal.

**Figure 3.7. Sources de protection de la santé par région, 2001**



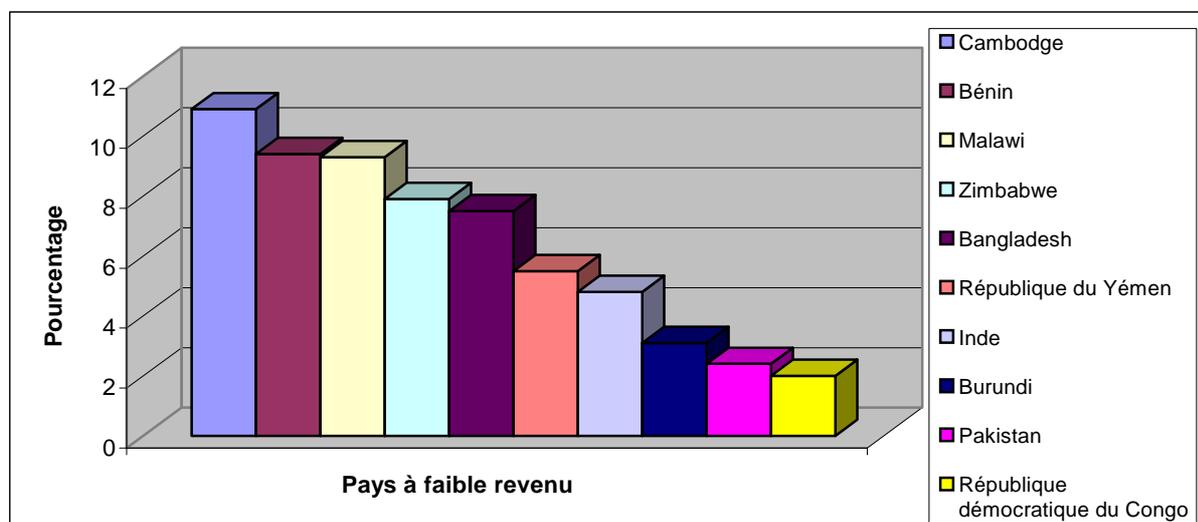
Source : OMS, Comptes nationaux de la santé (2003).

L'expérience propre à chacun des groupes de pays (pays à faible revenu, à revenu moyen et à revenu élevé) donne une image plus fidèle des tendances du financement de la protection sociale de la santé.

Les problèmes que rencontrent aujourd'hui les **pays à faible revenu** tiennent souvent au fait que les principaux objectifs de leurs politiques de santé, tels que ceux formulés dans les OMD, ne peuvent pas être atteints avec les fonds limités dont ils disposent. Certains pays à faible revenu, comme le Burundi, le Pakistan et la République démocratique du Congo, ne consacrent pas plus de 2% du PIB à la santé (figure 3.8). Cette insuffisance ou cette faiblesse du financement a des conséquences énormes sur ces pays pauvres, du fait que la population n'a pas accès aux services de santé et a donc davantage de risques de

décéder de maladies qui seraient curables dans des pays plus riches – par exemple de maladies respiratoires, qui sont à l’origine de 2,9% de l’ensemble des décès dans les pays à faible revenu, alors qu’elles font relativement peu de victimes dans les pays à revenu élevé (Deaton, 2006).

**Figure 3.8. Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB dans quelques pays à faible revenu, 2006**



Source : Annexe II, tableau A2.2.

Les liens entre mauvaise santé et pauvreté ont été clairement démontrés dans les études quantitatives réalisées par l’OIT, l’OMS et l’OCDE. Dans des pays comme le Kenya, le Sénégal et l’Afrique du Sud, l’appauvrissement imputable aux paiements de santé touche entre 1,5 et 5,4% des ménages – ce qui signifie qu’au cours de la seule année 2005, plus de 100 000 ménages kenyans et sénégalais et plus de 290 000 ménages sud-africains sont tombés en dessous du seuil de pauvreté parce qu’ils ont dû assumer des dépenses de santé. Le tableau 3.2 illustre le poids des dépenses de santé catastrophiques pour les non-assurés. Dans ces trois pays, les paiements directs des soins de santé ont également eu pour effet d’accroître le niveau de pauvreté de personnes déjà pauvres (jusqu’à 10% des ménages au Sénégal, par exemple) (Scheil-Adlung et al., 2006).

**Tableau 3.2. Mécanismes financiers utilisés par les ménages pour faire face à leurs dépenses de santé en Afrique du Sud, au Kenya et au Sénégal, en pourcentage, 2005**

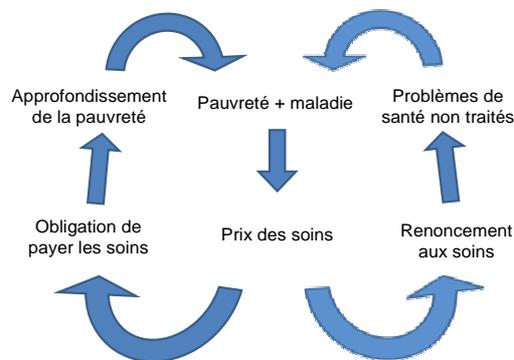
	Afrique du Sud		Kenya		Sénégal	
	Non-assuré (%)	Assuré (%)	Non-assuré (%)	Assuré (%)	Non-assuré (%)	Assuré (%)
Vente d’actifs	5,9	10,6	1	0,2	15,4	4,4
Emprunt à la famille ou aux amis	10,5	7	4,1	4,3	27,9	12,3
Emprunt à l’extérieur	11,5	3			3,2	6,1

Source : Scheil-Adlung et al (2006).

Pour les personnes en situation d’extrême pauvreté, la santé est un bien économique d’importance vitale (OCDE, 2003 ; OMS, 2003). Pour une personne socialement vulnérable et sa famille, la perte de santé et de productivité pose des problèmes majeurs. Lorsqu’un individu pauvre ou un membre de sa famille tombe malade, tous les membres de la famille peuvent être mis à contribution pour faire face aux besoins médicaux du

malade, quitte à manquer l'école ou des chances de gagner un revenu ou encore à vendre des actifs de valeur, nécessaires la subsistance de la famille.

Figure 3.9. Spirale de la mauvaise santé et de la pauvreté



Source : d'après BIT (2005c).

Ces problèmes de santé et événements liés à la santé peuvent être très importants et accentuer la pauvreté de la population pauvre parce qu'ils ont pour corollaires une perte de revenu et des frais médicaux élevés. Cette situation peut aboutir à un cercle vicieux de la pauvreté et de la maladie, qui, si rien n'est fait pour l'enrayer, peut se prolonger d'une génération sur l'autre (figure 3.9). La protection sociale de la santé est indispensable pour pallier les risques auxquels les personnes vulnérables sont exposées sur le plan de la santé et sur le plan financier.

Dans les **pays à revenu élevé**, la part des dépenses publiques dans la protection sociale de la santé et les revenus augmentent, ce qui montre que la mise en commun des risques se fait de plus en plus par l'intermédiaire des impôts ou d'autres formes de protection sociale de la santé. Cette évolution est liée au développement économique et social général de ces pays : marchés du travail, marchés financiers, législation, infrastructure institutionnelle et capacité à recouvrer des impôts.

Dans presque tous les pays de l'OCDE, les dépenses publiques de santé sont de loin la source la plus importante de financement de la protection sociale de la santé fournie aux citoyens (figure 3.10). En Europe, les dépenses gouvernementales et celles de la sécurité sociale comptent en moyenne pour environ 70% du total des dépenses de soins de santé et la part de la population couverte par les mécanismes publics de protection sociale approche 100% sauf dans les pays où l'assurance maladie privée est obligatoire pour certains groupes de la population (OCDE 2006).<sup>3</sup> L'Allemagne et le Royaume-Uni sont des exemples de pays dotés de mécanismes de protection de la santé différents, mais qui, dans les deux cas, garantissent une couverture universelle ou quasi-universelle.

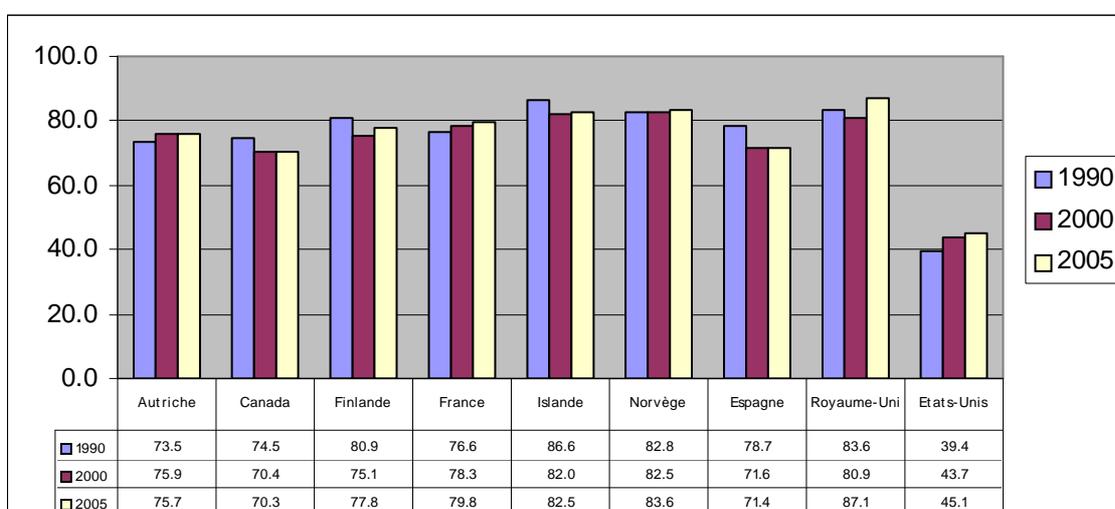
L'Allemagne a instauré des régimes d'assurance maladie publics qui couvrent la population en cas de maladie, maternité et dépendance nécessitant des soins de longue durée. D'après des données de 2006, tous les salariés dont le revenu annuel n'excède pas €47 250 bénéficient d'une protection, qui couvre aussi le conjoint ou concubin et les enfants de l'assuré jusqu'à 18 ans, dès lors qu'ils ne sont pas assurés par une caisse d'assurance maladie ou dépendance, ne sont pas pensionnés, étudiants, handicapés

<sup>3</sup> Cette remarque se rapporte aux Pays-Bas, où l'assurance maladie est obligatoire. La population peut choisir entre divers prestataires d'assurance et les cotisations, forfaitaires, sont indépendantes de la capacité de paiement.

remplissant certaines conditions, apprentis et bénéficiaires d'indemnités de chômage. Le taux de cotisation appliqué aux salariés et aux employeurs varie selon la caisse. Le taux moyen appliqué aux salariés est égal à 7,55% du salaire à concurrence d'un plafond et celui appliqué aux employeurs à 6,65% (AISS, 2006).

Le Royaume-Uni, au contraire, est doté d'un système national de santé (NHS) qui fournit des prestations de santé à toute personne résidant dans le pays, quelle que soit sa nationalité et sans qu'elle ait à verser d'impôts ou de cotisations. Il existe également une prestation d'incapacité temporaire, des indemnités de maladie légal, une allocation de maternité, des indemnités de maternité, de paternité et d'adoption légales. Avec ce système financé par l'impôt, le gouvernement couvre 92% des indemnités de maternité et de paternité légales, une partie des indemnités de maladie légal et la majorité des prestations de santé fournies dans le cadre du NHS (AISS, 2006).

**Figure 3.10. Dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses totales de santé dans quelques pays de l'OCDE, 1990, 2000, 2005**



Données datant d'octobre 2007.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé, 2007 (données de 2005 sur le Royaume-Uni, différence de méthodologie).

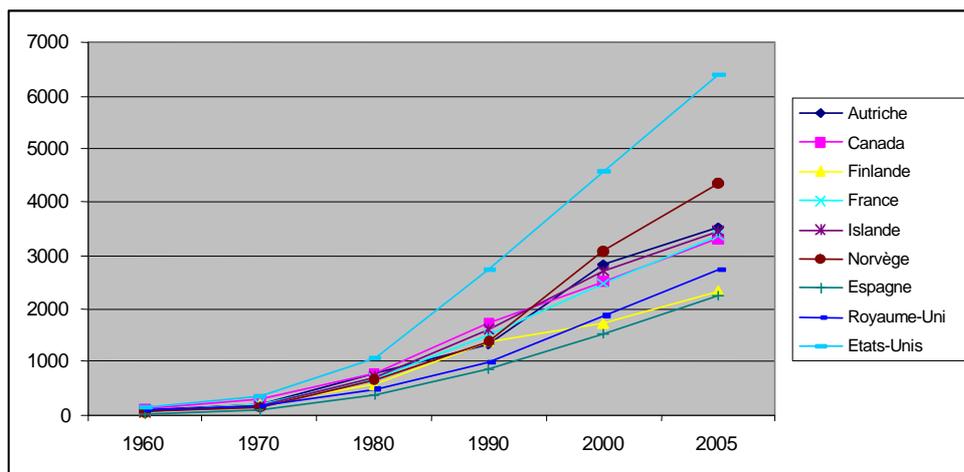
Dans beaucoup de pays d'Europe occidentale, les droits universels se concrétisent par un accès aux soins de santé par l'intermédiaire des mécanismes de protection sociale précités ; toutefois, ces pays ne parviennent pas tous à offrir un accès universel et il subsiste des inégalités auxquelles il faut remédier. Au nombre de ces inégalités figurent l'absence de couverture par l'assurance, l'insuffisance de la couverture pour certains types de soins, la hausse du coût individuel des soins, l'exclusion de certaines catégories de la population et des disparités géographiques au niveau du nombre de fournisseurs de soins. L'existence de longues périodes d'attente pour recevoir des soins, le manque d'information et la complexité des procédures administratives constituent des limites supplémentaires. Bien que de plus en plus d'efforts soient déployés pour étendre la couverture aux groupes qui en sont exclus, certaines lacunes demeurent, par exemple pour les personnes qui n'ont pas le statut de résident permanent ou la nationalité requise (Commission européenne, 2007, pp. 84-85).

Parmi les autres problèmes auxquels est confrontée la population des pays à revenu élevé figurent le vieillissement démographique, la pénurie de professionnels de santé (infirmières par exemple), l'évolution des tendances des maladies – par exemple l'augmentation de la

prévalence des maladies liées au mode de vie, comme l'obésité<sup>4</sup> – et des caractéristiques de l'invalidité. L'invalidité due à des maladies chroniques est en partie imputable au vieillissement et oblige souvent à dispenser des soins de longue durée onéreux et nécessitant un personnel important. Les données relatives à l'Allemagne montrent qu'en 2002, environ 2,5% de la population totale dépendait de soins de longue durée, et l'on s'attend à ce que ce chiffre passe à 3,4% d'ici à 2020 (Federal Statistical Office, 2003). Si la plupart des pays à revenu élevé fournissent, sous une forme ou une autre, des services de soins de santé de longue durée professionnels, ceux-ci ne couvrent souvent qu'un petit pourcentage des soins infirmiers nécessaires. Compte tenu du coût des soins de longue durée, de nombreuses personnes âgées dépendantes ne sont pas en mesure d'avoir accès à des services dont on considère qu'elles ont pourtant besoin.

La figure 3.11 met en évidence la hausse des dépenses de santé par habitant dans les pays de l'OCDE entre 1960 et 2005. Les dépenses de santé moyennes par habitant, pour les personnes de 65 ans et plus, sont, selon les estimations, environ trois fois plus élevées que pour les personnes plus jeunes (OCDE, 2005a). On prévoit qu'en raison du vieillissement démographique, les dépenses totales de santé dans les pays de l'OCDE risquent d'augmenter d'environ 3% du PIB au cours de la période 2000-2050 (OCDE, 2004). Les dépenses totales en soins de santé de longue durée se situent entre 0,2 et 3% du PIB dans les pays de l'OCDE (OCDE, 2005c). Les recettes publiques constituent la principale source de financement de ces dépenses. Les soins infirmiers en institution représente 82,8% des dépenses totales de soins de longue durée au Canada et 54,7% en Allemagne.

**Figure 3.11. Dépenses totales de santé par habitant, \$EU PPA, dans quelques pays de l'OCDE, 1960-2005**



Données d'octobre 2007.

Source : Données sur la santé OCDE 2007 (données de 2005 sur le Royaume-Uni, différence de méthodologie).

L'évolution prévue des dépenses de santé pour les classes d'âge les plus élevées et des dépenses de soins de longue durée représente un formidable défi pour les systèmes de santé des pays industrialisés. Il faut inventer de nouvelles façons d'investir dans la prévention de la dépendance de soins chroniques de longue durée et dans le financement des soins pour ne pas voir réapparaître la pauvreté des personnes âgées dans les pays industrialisés ou éviter qu'elles ne dépendent d'œuvres caritatives.

<sup>4</sup> Comme c'est le cas en Finlande, d'après le document contenant les commentaires sur la stratégie de l'OIT transmis par le ministère finlandais du Travail.

---

L'accès à des soins de santé adaptés et abordables demeure un problème majeur pour de nombreux pays pauvres ; toutefois, ce problème se pose aussi de plus en plus dans les pays à revenu élevé, où les tendances démographiques, la hausse des coûts, les contraintes budgétaires et les considérations liées à la compétitivité internationale font de la réforme de la protection sociale de la santé une priorité politique.

Au cours de la décennie écoulée, la plupart des pays ont de plus en plus cherché à diversifier les sources de financement des systèmes de protection de la santé. Cette tendance a coïncidé avec l'idée, largement admise, selon laquelle il faut parvenir à un accès universel aux soins de santé le plus rapidement possible. Les mécanismes de financement qui existent pour atteindre cet objectif sont considérés comme complémentaires, et ce pour tous les stades de développement.

Pour résumer, il ressort des constatations précitées que les caractéristiques nationales du financement de la santé ont un impact, non seulement sur l'état de santé de la population, mais aussi sur son niveau de revenu et sur sa sécurité économique. Le financement de la protection sociale de la santé dans de nombreux **pays à faible revenu et à revenu moyen** peut être décrit comme suit :

- le financement par l'impôt est nettement supérieur au financement par les cotisations et il existe une corrélation positive entre chacun ces deux modes de financement et le revenu ;
- il existe une étroite relation entre le niveau de revenu du pays, l'accès aux services de santé et la mortalité ;
- la part du financement public par rapport aux dépenses totales de santé est faible ;
- une protection financière limitée conduit à des niveaux élevés de paiements directs et par conséquent à une pauvreté liée à la santé ;
- la solidarité au niveau du financement, qui se reflète dans la mise en commun des risques, est limitée ;
- la part des dépenses de protection sociale de la santé par rapport au PIB et aux dépenses totales de santé est faible ; et
- la part du financement privé de la santé est importante, ce qui transfère sur les ménages la charge du financement des dépenses de santé.

L'expérience de nombreux **pays industrialisés** prouve que la protection sociale de la santé peut mobiliser suffisamment de fonds pour parvenir à l'accès universel aux soins tout en protégeant l'individu contre le risque d'avoir à assumer des dépenses de santé élevées en cas de maladie.

---

## 4. Couverture par la protection sociale de la santé et accès aux services de santé

### a. Couverture et accès : concepts et définitions de l'OIT

L'objectif ultime de l'OIT dans le domaine de la protection sociale de la santé est le suivant :

*Assurer une couverture universelle par la protection sociale de la santé, définie comme un accès effectif à des soins de santé économiquement abordables et de qualité suffisante, et à une protection financière en cas de maladie.*<sup>5</sup>

Les concepts et la définition des termes liés à la protection sociale de la santé dont l'OIT recommande l'usage sont présentés dans ce chapitre et seront utilisés pour décrire l'approche de l'OIT.

#### *Concept de couverture*

La définition de la *couverture* renvoie à l'extension de la protection sociale de la santé eu égard à la taille de la population qui, en cas de besoin, peut avoir accès à des services de santé financés par un mécanisme de mise en commun des risques, de telle manière que la somme à déboursier pour les soins de santé sous forme de paiements directs ne constitue pas un obstacle à l'accès ou n'ait pas pour effet la fourniture d'un service de qualité médiocre. La *couverture par la protection sociale de la santé* est un mode de couverture dans lequel le tiers qui assume le coût des soins est un système de protection sociale.

Pour être efficace, la *couverture universelle* doit garantir l'accès aux soins à tous les résidents d'un pays, quel que soit le sous-système de financement dont ils relèvent. Cela ne devrait pas pour autant exclure que, lors de la mise en œuvre ou de l'extension de la protection sociale de la santé, les politiques nationales de santé soient axées – du moins temporairement – sur des groupes prioritaires tels que les femmes et les pauvres.

#### *Définition de l'accès*

Pour l'OIT, la couverture implique un *accès effectif* aux services de santé, correspondant médicalement à la structure de la morbidité et aux besoins de la population couverte. Par

<sup>5</sup> Cet objectif a été défini pour la première fois dans la Recommandation (No.69) de l'OIT sur les soins médicaux, 1944, qui, dans son paragraphe 8 dispose que "le service de soins médicaux devrait englober tous les membres de la communauté, qu'ils exercent ou non une occupation lucrative". L'universalité du droit aux soins de santé est également un objectif reconnu par la Déclaration concernant les buts et objectifs de l'Organisation internationale du Travail (Déclaration de Philadelphie), 1944, qui dispose que "la Conférence reconnaît l'obligation solennelle pour l'Organisation internationale du Travail de seconder la mise en œuvre, parmi les différentes nations du monde, de programmes propres à réaliser : ... (f) l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection ainsi que de soins médicaux complets ; ..." De plus, la Déclaration universelle des droits de l'Homme, 1948, dispose dans son article 25.1 que "Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté".

---

rapport à la couverture juridique, qui renvoie à des droits ou une admissibilité formelle, la couverture effective se rapporte à la disponibilité physique, financière et géographique des services.

Les paniers de prestations (c'est-à-dire les ensembles de services de santé mis à la disposition des populations couvertes) doivent être conçus de telle sorte qu'ils permettent de préserver, rétablir ou améliorer la santé et la capacité de travail, et de satisfaire les besoins personnels en soins de santé. Au nombre des principaux critères à respecter lors de la mise au point de ces paniers de prestations figurent la structure et le volume de la charge de la maladie, l'efficacité des interventions, la demande et la capacité à payer.

L'accès effectif comprend donc à la fois l'accès aux services de santé et l'accès à la protection financière. La protection financière est essentielle pour éviter un appauvrissement dû à la santé. Elle inclut les mesures prises pour éviter que les paiements directs ne réduisent l'accessibilité économique des services et – dans l'idéal – une indemnisation pour compenser la perte de productivité imputable à la maladie.

### *Dimensions de l'accessibilité*

*L'accessibilité* des services se définit comme l'absence d'obstacles financiers à l'accès aux services de santé pour les individus, groupes d'individus et sociétés dans leur ensemble.

L'accessibilité a pour vocation première d'éviter la pauvreté liée à la santé. Elle est définie en relation avec la part maximum que peut représenter le coût des soins de santé nécessaires par rapport au revenu total du ménage après déduction des dépenses de subsistance ; par exemple, le coût des soins de santé peut être considéré comme économiquement accessible s'il est inférieur à 40% du revenu du ménage après déduction des dépenses de subsistance.<sup>6</sup> S'inscrivant dans le droit fil de l'OMS, l'OIT considère qu'en deçà de ce pourcentage, les dépenses de santé ne sont pas catastrophiques pour les ménages. La notion de couverture universelle est donc associée à celle d'équité du financement, ce qui signifie que la contribution demandée aux ménages devrait être en rapport avec leur capacité de paiement (Evans, 2007, p.9).

*L'accessibilité budgétaire* correspond à l'espace budgétaire qui peut être dégagé pour financer un niveau de dépenses garantissant un accès universel à des services de qualité suffisante sans mettre en péril la performance économique du pays ni porter atteinte à d'autres services nationaux essentiels (par exemple les transferts sociaux en espèces ou l'éducation, la sécurité intérieure, etc.). Les niveaux de dépenses nécessaires dépendent de l'état de santé de la population, des infrastructures existantes, du prix des services et de l'efficacité de leur fourniture ainsi que de la capacité du pays à mobiliser des ressources. L'OIT ne recommande par conséquent aucun pourcentage de référence mondial pour les dépenses publiques de santé.

### *Notion de qualité*

La notion de *qualité* des soins est multidimensionnelle. Elle englobe la qualité des *interventions médicales*, par exemple le respect des directives ou protocoles médicaux édictés par l'OMS ou par d'autres institutions. La *qualité des services* a également des dimensions éthiques telles que la dignité, la confidentialité, le respect de l'appartenance à un sexe ou à une culture, et des questions telles que le choix du fournisseur des soins et les délais d'attente.

<sup>6</sup> Cette définition renvoie à celle que l'OMS donne des "dépenses de santé catastrophiques".

---

b. Tendances et données relatives à la couverture formelle par la protection sociale de la santé

L'histoire de la protection sociale de la santé se caractérise par une augmentation progressive de la mise en commun des risques : il y a environ deux cents ans, les dépenses privées – les paiements directs – constituaient le seul mécanisme de financement existant. Par la suite, de petits systèmes de mise en commun des risques ont été mis sur pied, mais pour qu'un véritable concept de protection sociale de la santé se fasse jour, il a fallu attendre la mise en pratique de la notion d'assurance maladie publique par Bismarck et celle de la notion de service national de santé par Beveridge.

Aujourd'hui, les pays pionniers en matière de protection sociale de la santé tels que l'Allemagne, le Luxembourg, la Belgique, la France et le Royaume-Uni sont des pays à revenu élevé où la population bénéficie d'une couverture formelle universelle et d'un accès effectif aux services de santé. Les principaux systèmes de financement restent les cotisations pour l'assurance maladie publique et l'impôt pour le service national de santé. Dans ces pays, seule une petite partie des dépenses de santé relève de compagnies d'assurance privées, à but lucratif, et les paiements directs s'élèvent à environ 10% du total des dépenses de santé (annexe II, tableau A2.2).

D'après les tendances observées concernant la couverture formelle par la *protection sociale de la santé*, il semble exister un lien (Banque mondiale, 2006b) entre la hausse du niveau de revenu d'un pays et le recours à des mécanismes de financement de la santé basés sur la mise en commun des risques et le prépaiement. Il est cependant important de noter aussi que les niveaux des dépenses de santé et ceux de la couverture formelle par la protection sociale de la santé varient énormément entre des pays qui ont pourtant un même niveau de revenu national. On peut en déduire que les pays qui souhaitent introduire un mécanisme quelconque de financement de la protection sociale de la santé disposent encore pour ce faire d'une marge de manœuvre considérable.

Bien qu'il existe peut-être un lien entre la hausse du revenu national et le recours à des mécanismes de mise en commun des risques, il semble qu'il y ait un certain nombre de pays où cette corrélation n'apparaît pas. Les données présentées à l'annexe II, tableau A2.1 semblent indiquer que l'extension de la couverture par la protection sociale de la santé n'est pas nécessairement directement liée au niveau de revenu d'un pays :

- Le Burundi et la République unie de Tanzanie, qui affichent un PIB par habitant de 100 \$EU dans un cas et 290 \$EU dans l'autre, couvrent formellement respectivement 13% et 14,5% environ de leur population. La République démocratique du Congo, malgré un PIB par habitant similaire, ne couvre qu'environ 0,2% de la population.
- Au Ghana, où le PIB par habitant s'établit à environ 320 \$EU, 18,7% de la population est formellement couverte par un système de protection de la santé, contre 0,4% au Togo (qui a un PIB par habitant de 310 \$EU) et 0,2% au Burkina Faso (où le PIB par habitant est de 300 \$EU).
- Le Kenya, qui a un PIB par habitant légèrement plus élevé (390 \$EU) offre une protection sociale formelle à un quart de sa population et Haïti, dont le PIB par habitant ne dépasse pas 380 \$EU ne couvre pas moins de 60% de la population. Des écarts de taux de couverture très importants sont également observés entre des pays qui affichent un PIB par habitant plus élevé, comme la Bolivie (890 \$EU, taux de couverture : 66%) et la Guinée-Bissau (920 \$EU, taux de couverture : 1,6%).

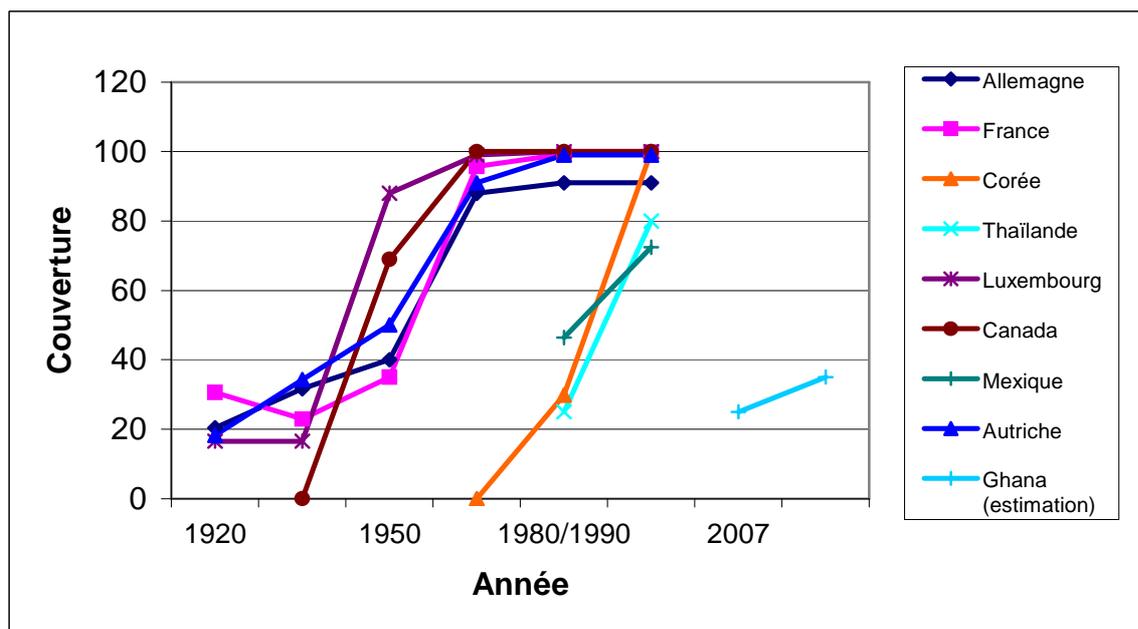
La situation spécifique d'un pays, notamment l'existence d'une volonté politique forte de fixer des priorités, peut donc avoir un impact sur le niveau de protection sociale de la santé qu'il offre à sa population. La protection sociale de la santé est envisageable pour les pays

---

à faible revenu et l'extension du taux de couverture est, dans une certaine mesure, indépendante du niveau de revenu. Toutefois, une comparaison de pays sur la base de leur niveau de revenu révèle une différence dans la composition et la nature des paniers de prestations – par exemple dans le cas de l'Allemagne et de la République de Corée.

L'évolution passée des taux nationaux de couverture conforte également ce point de vue. De nombreux pays ont eu besoin de plusieurs dizaines d'années pour parvenir à des niveaux de couverture élevés alors que d'autres, malgré un PIB par habitant tout aussi faible, sont parvenus à une couverture totale en l'espace de quelques décennies, voire de quelques années (figure 4.1).

Figure 4.1. Parvenir à une couverture universelle par l'assurance maladie publique



Sources : BIT, Assurance maladie obligatoire, Genève, 1927 (pour les années 1920 à 1925) ; Statistiques de l'OCDE sur la santé, 2005 (pour les années 1970 à 2000).

Le tableau 4.1 compare l'Autriche, le Canada, la France, l'Allemagne, le Royaume-Uni, le Japon, la République de Corée, le Luxembourg et la Norvège. Dans les années 1920, des pays tels que l'Autriche et l'Allemagne couvraient formellement quelque 30% de leurs populations totales respectives alors que d'autres (par exemple la France et la Norvège) avaient un taux de couverture formelle d'environ 20%, et le Japon de seulement 3,3%. En 1970, la situation avait considérablement changé : tous les pays – à l'exception de la République de Corée – avaient atteint un taux de couverture compris entre 90 et 100%. Le PIB par habitant allait de 1 997 \$EU en Autriche à 3 985 \$EU au Canada. En 1980, la République de Corée couvrait environ 30% de sa population totale, avec un PIB par habitant de 1 632 \$EU; en 1989, elle avait atteint un taux de couverture formelle de 100%, avec un PIB par habitant de 5 429 \$EU. Ce taux de couverture avait donc été atteint avec un PIB par habitant égal à moins d'un quart de celui des autres pays choisis à titre de comparaison.

Tableau 4.1. Évolution historique de la couverture formelle par la protection sociale de la santé

Pays	Année	Nombre total d'assurés en pourcentage de la population totale	PIB par habitant/ taux de change avec le \$EU
Autriche	1920	18,3	
	1923	32,7	
	1924	34	
	1925	34,3	
	1970	91	1 997
	1980	99	10 530
	2000	99	23 167
Canada	-	-	
	1970	100	3 985
	1980	100	10 843
	2000	100	22 708

Pays	Année	Nombre total d'assurés en pourcentage de la population totale	PIB par habitant/ taux de change avec le \$EU
France / Alsace-Lorraine	1921	22,9	
France	1970	95,7	2 884
	1980	99,3	12 742
	2000	99,8	21 884
Allemagne	1920	31,7	
	1925	32	
	1970	88	3 044
	1980	91	13 145
	2000	-	22 814
Grande-Bretagne/Royaume-Uni	1921	35,2	
	1922	35	
	1925	35	
	1970	100	2 205
	1980	100	9 524
	2000	100	23 954
Japon	1927	3,3	
	1970	100	1 971
	1980	100	9 164
	2000	100	37 544
République de Corée	1970	-	272
	1980	29,8	1 632
	2000	100	5,429
Luxembourg			3 728
	1922	16,6	14 433
	1970	100	43 083
	1980	100	
Norvège	2000	-	
	1920	21,3	
	1925	21,6	
	1970	100	3 285
	1980	100	15 519
	2000	100	36 028

Sources : BIT, Assurance maladie obligatoire, Genève, 1927 (pour les années 1920 à 1925) ; Statistiques de l'OCDE sur la santé, 2005 (pour les années 1970 à 2000).

### c. L'économie formelle et informelle et le besoin de protection sociale de la santé

Dans les tableaux 4.2 et 4.3, la *couverture* est mesurée en termes de population couverte *formellement* par la protection sociale de la santé, par exemple en vertu de la législation, indépendamment de l'accès effectif aux services de santé, de la qualité des services et autres dimensions de la couverture précédemment décrites dans cette partie. Les données figurant dans le tableau 4.3 présentent les taux de couverture formelle pour les divers régimes de protection en vigueur dans les différents pays.

**Tableau 4.2. Couverture formelle par la protection sociale de la santé dans quelques pays d'Afrique et d'Asie**

Pays	Régimes d'assurance	Couverture formelle estimée en pourcentage de la population totale
Chine	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travailleurs citadins</li> <li>- Assurance de base</li> <li>- Système de santé coopératif en milieu rural (nouveau)</li> </ul>	10
Inde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurance maladie des salariés (EISIS)</li> <li>- Régime de protection de la santé du gouvernement central (CGHS)</li> <li>- Assurance maladie communautaire</li> </ul>	20
Indonésie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurance maladie des salariés du secteur public (ASKES)</li> <li>- Assurance maladie des salariés du secteur privé (JAMSOSTEK)</li> <li>- Assurance maladie communautaire</li> </ul>	20
Kenya	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caisse nationale d'assurance maladie (NHIF)</li> </ul>	7
République démocratique populaire Lao	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Régime des fonctionnaires (CCS)</li> <li>- Régime de sécurité sociale des salariés du secteur privé (SSO)</li> <li>- Assurance maladie communautaire</li> </ul>	5
Mongolie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Régime national</li> </ul>	78
Philippines	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Phil Health</li> <li>- Assurance maladie communautaire</li> </ul>	55
Sénégal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Institutions de prévoyance maladie (IMP)</li> <li>- Mutuelles de santé (MOH)</li> </ul>	11.4

Source : OMS (2005) ; Scheil-Adlung et al. (2006).

La *couverture* formelle par l'assurance maladie publique, y compris par les régimes communautaires dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie, varie entre le taux exceptionnel de 78% de la population totale en Mongolie et ceux de 5% de la population totale en République démocratique populaire Lao et 7% au Kenya (tableau 4.2).

Dans les pays à faible et moyen revenu, la couverture formelle par la protection sociale de la santé demeure souvent problématique. En Amérique latine, par exemple, beaucoup de pays sont loin de la couverture universelle, des décennies après avoir instauré le premier régime d'assurance public. La couverture formelle, régimes publics et privés confondus, ne

concerne que 60% de la population en moyenne en Bolivie, à El Salvador et au Honduras (tableau 4.3).

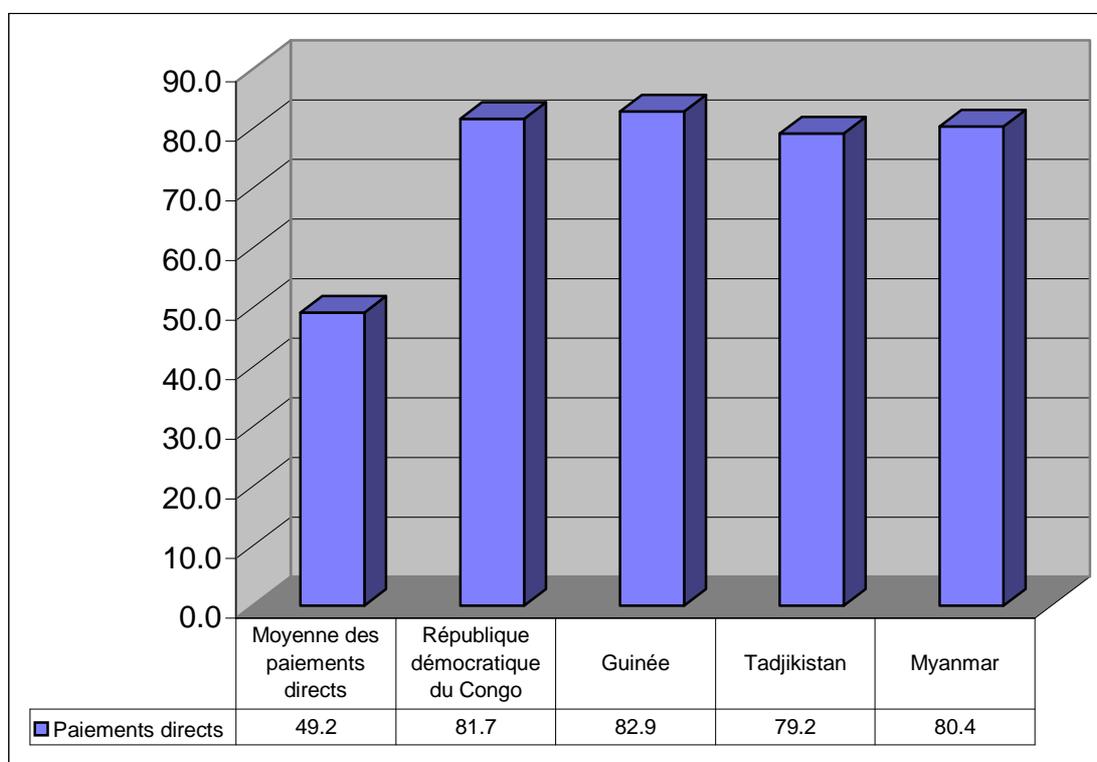
**Tableau 4.3. Pourcentage de la population bénéficiant d'une couverture formelle dans quelques pays d'Amérique latine et pour certaines années comprises entre 1995 et 2004**

Pays	Régime public	Assurance sociale	Assurance privée	Autre	Total (%)
Argentine	37,4	57,6	4,6	1,4	100
Bolivie	30	25,8	10,5	00	66,3
Colombie	46,7	53,3			100
Équateur	28	18	20	7	73
El Salvador	40	15,8	1,5		57,3
Haïti	21		38		60
Honduras	52	11,7	1,5		65,2
Nicaragua	60	7,9		0,5	68,4

Source : Mesa-Lago (2007),

Au contraire, dans beaucoup de pays à faible revenu, les paiements directs constituent le principal mécanisme de financement des soins de santé – ils représentent jusqu'à 80% des dépenses totales de santé dans des pays comme le Myanmar, la République démocratique du Congo, la Guinée et le Tadjikistan. Ces chiffres sont supérieurs à la moyenne des paiements directs (49,2%) de 45 pays à faible revenu. Les autres dépenses sont généralement financées par l'impôt et, dans une moindre mesure, par des régimes d'assurance maladie publics et communautaires (figure 4.2).

**Figure 4.2. Paiements directs dans quelques pays à faible revenu, 2006**



Source : Annexe II, tableau A2.1.

---

Dans les pays à revenu moyen, tels que le Liban et le Guatemala, l'assurance privée à but lucratif réduit la part des paiements directs. Mais ceux-ci restent souvent le principal mécanisme de financement, avant le budget de l'État et l'assurance maladie publique. Dans au moins 22 pays (dont la Chine et l'Inde, voir annexe II, tableau A2.2), les paiements directs représentent 50% ou plus du total des dépenses de santé.

Les soins de santé sont indispensables à tous les travailleurs et leurs familles, qu'ils travaillent dans l'économie formelle ou dans l'économie informelle. Toutefois, dans les pays à faible et moyen revenu, les travailleurs et leurs familles sont nombreux à ne pas avoir de couverture maladie adaptée. Tel est, en particulier, le cas des travailleurs de l'économie informelle (Unni et al., 2002). *L'économie informelle* renvoie à des activités économiques non couvertes par la réglementation et la législation publiques, notamment par la réglementation relative à la protection du travail et à la sécurité sociale (BIT, 2004c, p.1).

Le rapport du BIT intitulé Travail décent et économie informelle (BIT, 2002d) souligne qu'il est extrêmement difficile de déterminer la taille, la composition et l'évolution de l'économie informelle. Elle recouvre *l'emploi informel dans ou en dehors des entreprises informelles et formelles*. Les travailleurs exerçant dans des entreprises informelles (par exemple de petites entreprises non immatriculées ou non constituées en société) regroupent des salariés, des employeurs, des travailleurs exerçant à leur compte et des membres de la famille non rémunérés. On trouve également diverses catégories de travailleurs informels travaillant pour des entreprises formelles, des ménages ou n'ayant pas d'employeur fixe. Il s'agit notamment des travailleurs occasionnels/à la journée, des travailleurs domestiques, des ouvriers indépendants du secteur industriel (notamment des travailleurs à domicile) et des travailleurs non déclarés (BIT, 2002c). Les entreprises informelles utilisent souvent très peu de capital, de compétences et de technologies pour fonctionner, n'ont qu'un accès limité aux marchés et offrent un revenu instable et faible ainsi que de mauvaises conditions de travail (BIT, 2004, p.1).

Il est possible que la mondialisation contribue à la croissance de l'économie informelle. La concurrence incite les employeurs à réduire les coûts en externalisant leurs activités au profit d'entreprises informelles ou de travailleurs à domicile ou à engager des travailleurs temporaires dépourvus de protection sociale. Il est rare que les politiques nationales de l'emploi visent les travailleurs temporaires et saisonniers (BIT, 2005, p.20). Ces travailleurs ne bénéficient pas de la sécurité de l'emploi ni de prestations liées à l'emploi. Pourtant, ils sont plus fréquemment exposés à des conditions de travail dangereuses et malsaines et ne sont pas suffisamment informés pour faire évoluer leur situation (BIT, 2002, p. 21).

La population des pays en développement qui travaille dans le secteur informel est souvent une population qui exerce surtout un travail manuel/physique, effectue un nombre élevé d'heures de travail, vit dans des conditions difficiles ou insalubres, ne bénéficie pas d'avantages, a un pouvoir de négociation limité et des difficultés à se faire entendre ainsi que des ressources et des actifs insuffisants (Sinha, 2002). Certains migrants, en particulier les migrants illégaux, travaillent également dans l'économie informelle et sont confrontés aux mêmes difficultés – en particulier en termes d'accès limité aux soins et services de santé. En général, les informations concernant leur santé sont rares, du fait de leur situation socio-économique et de leur statut juridique.

La plupart des travailleurs de l'économie informelle sont vulnérables. Des dépenses de santé élevées et des maladies graves les obligent souvent à vendre leurs actifs et/ou à emprunter, si bien qu'ils sont lourdement endettés et exposés au cercle vicieux de la pauvreté et de la maladie. La protection sociale de la santé est un outil essentiel pour protéger les travailleurs de l'économie informelle des risques qui pèsent sur leur santé et leur situation financière. Bien qu'offrir une couverture à ces travailleurs et à leur famille

---

représente un défi de taille, certaines initiatives ont été prises pour y parvenir à travers la mise en place d'une couverture universelle et/ou l'extension de l'assurance maladie publique.

Le régime d'assurance santé coopératif destiné aux agriculteurs "Yeshasvini" (Karnataka), régime communautaire instauré en Inde, est un exemple d'organisation couvrant l'économie informelle. Chaque membre doit acquitter une prime annuelle de 3 \$EU, complétée par une subvention de 2,5 \$EU par personne versée par le gouvernement. Environ 2 millions de personnes sont couvertes par ce régime. Le panier de prestations inclut les actes de chirurgie et les soins ambulatoires à visée diagnostique. Les prestations sont plafonnées à 2 300 \$EU par individu et par acte – ou 4 600 \$EU par an. Récemment, les urgences médicales (morsures de chien, intoxications accidentelles, accidents de la circulation, etc.), les accouchements normaux et les soins pédiatriques prodigués pendant les 5 jours suivant la naissance ont été inclus dans le panier de soins (BIT, 2007, p.2).

Le Consortium BIT-GTZ-OMS a récemment apporté son soutien à une conférence internationale consacrée à l'étude des mesures mises en place par les pays pour étendre la protection financière de l'assurance maladie publique aux travailleurs de l'économie informelle.<sup>7</sup> Le Consortium, fondé en 2004, vise à remédier à l'insuffisance de la couverture par la protection sociale de la santé, qui est à l'origine de problèmes d'accès aux soins et de dépenses médicales catastrophiques. Il cherche à étendre la couverture dans les pays en développement en faisant appel à diverses solutions de financement de la santé, telles que le financement par l'impôt, l'assurance maladie nationale ou publique ou les régimes de micro-assurance communautaires ou en associant diverses solutions (dans le cas de l'assurance maladie nationale, par exemple).

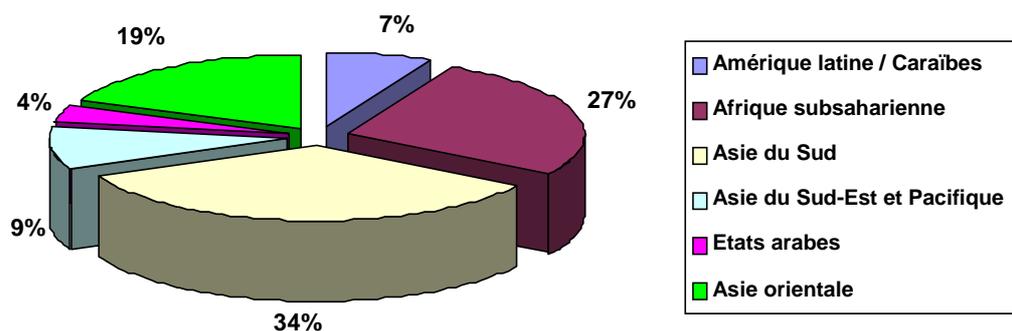
#### d. Tentative d'estimation de l'ampleur du déficit d'accès aux services de santé

Selon les données disponibles, 1,3 milliard de personnes dans le monde ne sont pas en mesure d'avoir accès, en cas de besoin, à des soins de santé efficaces et économiquement abordables, et 170 millions de personnes sont contraintes de dépenser plus de 40% du revenu de leur ménage en traitements médicaux (OMS, 2004b, p.2).

Selon l'édition 1997 du *Rapport mondial sur le développement humain* du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD, 1997) la plupart des pauvres qui n'ont pas accès aux services de santé vivent dans des pays en développement : 34% en Asie du Sud, 27% en Afrique subsaharienne et 19% en Asie du Sud-est et dans le Pacifique (figure 4.3).

<sup>7</sup> Voir <http://www.socialhealthprotection.org/conference2006.php>

**Figure 4.3. Répartition régionale de la population pauvre n'ayant pas accès aux services de santé dans les pays en développement**



Source : PNUD (1997).

Les données permettant de mesurer le déficit d'accès à l'échelle mondiale sont limitées. À ce jour, les données comparables sur l'accès aux services de santé sont rares et trop incomplètes pour permettre de réaliser des comparaisons internationales. Malgré les efforts déployés par de nombreuses institutions nationales et internationales pour élaborer et diffuser des données sur l'accès aux services de santé, en particulier pour les pauvres, des lacunes subsistent. Les données disponibles aux niveaux national et international sont souvent très spécifiques et non comparables, et elles ne permettent pas de procéder à des évaluations de la couverture et de l'accès effectifs. Or, du fait qu'il existe un lien étroit entre l'accès aux services de santé et le déficit de couverture par la protection sociale de la santé, il est indispensable de disposer de telles données pour définir et promouvoir des stratégies visant à l'instauration d'une couverture universelle.

Du fait de ces limites, de nombreuses questions conceptuelles et méthodologiques entrent en ligne de compte dans l'obtention de données sur la couverture et l'accès. Dans l'idéal, l'approche la plus utile pour mesurer la couverture par la protection sociale de la santé consisterait à associer différents indicateurs significatifs de la situation d'un pays, parmi lesquels :

- le nombre de personnes formellement/légalement couvertes par la protection sociale de la santé ;
- les dépenses que doivent assumer les personnes légalement couvertes pour obtenir les soins dont elles ont besoin, par exemple les paiements directs ;
- le montant des dépenses de santé publiques et privées non financées par les paiements directs des ménages ;
- les dépenses publiques totales en prestations de santé, en pourcentage du PIB ; et
- l'accès physique aux services de santé.

Malheureusement, les données nationales sont parcellaires et des travaux de recherche supplémentaires restent nécessaires pour les associer de manière significative. Parmi les indicateurs susmentionnés, l'accès physique aux services de santé, en particulier, est relativement difficile à mesurer alors qu'il constitue la base factuelle de toutes les définitions de la couverture. La couverture légale, par exemple, n'a pas de signification si les infrastructures matérielles nécessaires à la fourniture des soins de santé et le personnel de santé indispensables ne sont pas disponibles. L'accès aux services de santé ne varie pas seulement selon le pays et la région du monde, mais aussi à l'intérieur d'un même pays. Les tentatives de description et de quantification de l'accès aux soins de santé se réfèrent

---

souvent à l'accès aux lits d'hôpitaux ; or, cet indicateur a tendance à surpondérer les soins hospitaliers s'il est utilisé comme co-indicateur de la couverture par la protection sociale de la santé.

Les indicateurs relatifs aux résultats des politiques de santé dans le domaine de la santé maternelle et infantile pourraient constituer une première approche de la mesure de l'accès effectif aux services de santé. Tant que l'on ne dispose pas de données plus fiables, les indicateurs ci-après pourraient permettre une estimation de l'accès aux soins de santé, même s'ils présentent certaines incohérences :

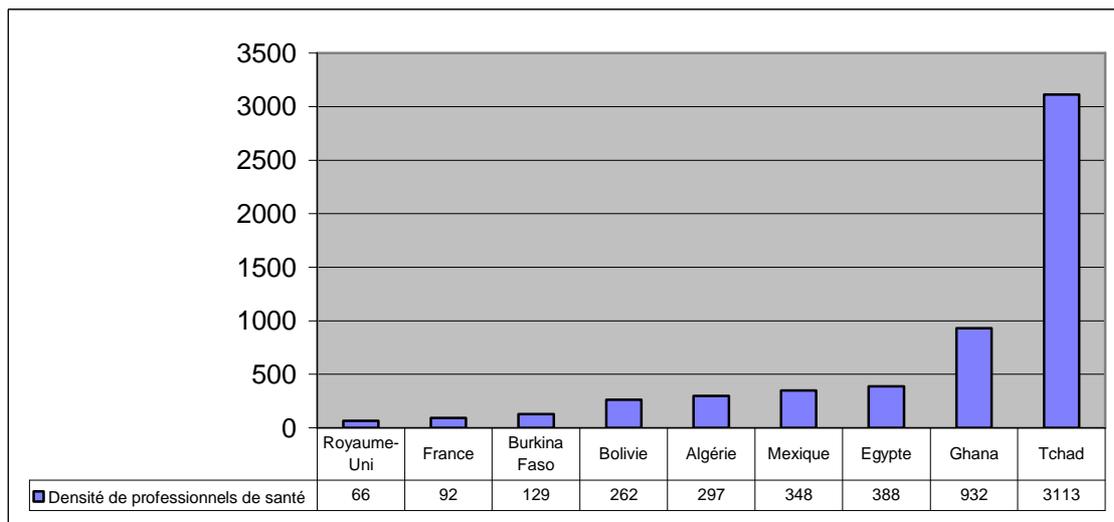
- le nombre de naissances ayant lieu avec l'assistance de personnel soignant qualifié, selon la définition de l'OMS : pourcentage de naissances vivantes ayant lieu avec l'assistance de personnel soignant qualifié au cours d'une période donnée ; et
- la densité de professionnels de santé, c'est-à-dire le nombre d'habitants par professionnel de santé (médecins, infirmières et sages-femmes).

Le déficit d'accès reposant sur l'assistance d'un professionnel qualifié lors de la naissance a été obtenu en calculant la différence entre 100 et le pourcentage de naissances vivantes ayant lieu avec l'assistance de personnel soignant qualifié à un moment donné – ce qui correspond au pourcentage de naissances vivantes qui n'ont pas eu lieu en présence de personnel soignant qualifié. Le déficit d'accès reposant sur la densité de professionnels de santé (en d'autres termes le déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé ou indicateur SRA) est, quant à lui, mesuré comme la différence relative entre les densités nationales et la densité de référence retenue, à savoir celle de la Thaïlande.<sup>8</sup> La Thaïlande a été retenue comme référence normative parce qu'elle obtient de bons résultats en matière de santé avec une densité d'un professionnel pour 313 habitants (données 2004). Toutefois, il s'agit là d'une estimation minimale prudente. Si par exemple, les professionnels de santé sont répartis de façon très inégale dans un pays, le déficit effectif peut être bien plus élevé que l'estimation basée sur les moyennes nationales. Mais si cet indicateur relativement "optimiste" signale l'existence d'un problème national ou régional, on peut alors présumer sans trop risquer de se tromper, que le problème réel est bien plus grave encore que les moyennes nationales ne le laissent supposer.

La figure 4.4 présente la densité de professionnels de santé dans quelques pays. Les pays à revenu élevé (par exemple le Royaume-Uni, qui compte un professionnel de santé pour 66 habitants) ont un ratio professionnels de santé par habitant plus élevé que les pays à revenu faible et moyen (le Tchad, par exemple, compte un professionnel de santé pour 3 113 habitants). Ces ratios traduisent d'énormes inégalités mondiales dans l'accès aux soins. La situation est aggravée par la migration des professionnels de santé des pays à revenu faible et moyen vers les pays à revenu plus élevé.

<sup>8</sup> La formule de calcul exacte de l'indicateur SRA pour un pays X avec une population (POP) de x habitants et x professionnels (PROF) est :  $SRA_x = (POP_x - PROF_x * DENSt) / POP_x$ , où DENSt désigne la densité de professionnels dans le pays de référence t (en l'occurrence la Thaïlande).

**Figure 4.4. Densité de professionnels de santé dans quelques pays**



Source : Calculs du BIT (2007), effectués sur la base de données de l'OMS sur les professionnels de santé et de statistiques de la population des Nations Unies.

Les tableaux A2.1 et A2.2 de l'annexe II présentent les deux indicateurs du déficit d'accès, dans les différents pays, et d'autres informations telles que la taille de la population, le PIB, l'indice de pauvreté humaine (IPH), le coefficient de Gini, des informations sur la couverture formelle, le montant des paiements directs et des dépenses totales de santé. Il convient de souligner que les indicateurs proposés permettent seulement d'estimer l'ampleur du déficit d'accès national global.

*L'indicateur de déficit d'accès du BIT fondé sur les effectifs du personnel de santé et calculé en prenant la Thaïlande comme référence montre qu'un tiers de la population n'a pas accès aux soins de santé*

Dans le tableau A2.1, l'indicateur de déficit lié aux effectifs du personnel de santé a, pour la première fois, été calculé pour un grand nombre de pays, ce qui a permis d'effectuer une estimation mondiale. D'après ce calcul, le déficit lié aux effectifs

du personnel de santé est de 30 à 36% à l'échelle mondiale, en prenant la Thaïlande comme référence. Cela signifie que plus d'un tiers de la population mondiale ne bénéficie pas des soins de la qualité de ceux qui pourraient lui être dispensés par un réseau suffisant de professionnels de santé. Si un pays comme l'Irlande était utilisé comme référence, ce déficit augmenterait jusqu'à représenter plus des deux tiers de la population mondiale.

Même le calcul du déficit effectué en utilisant la Thaïlande comme référence révèle d'importants déficits d'accès nationaux. En Chine, il ressort de l'estimation du déficit lié aux effectifs du personnel de santé que 34% de la population n'a pas accès à des soins adaptés – et ce chiffre atteint 40% en Colombie. Ce déficit est comparable à celui calculé pour le Pérou, qui est de 42%. Le tableau 4.4 présente à la fois le déficit lié aux effectifs du personnel de santé et celui basé sur la présence de personnel soignant lors de la naissance, et montre que les déficits calculés sur la base de la présence de professionnels lors de la naissance tendent à être structurellement plus faibles que ceux calculés sur la base des effectifs du personnel de santé.

**Tableau 4.4. Estimation du déficit d'accès dans quelques pays**

	Estimation du déficit d'accès	
	Fondé sur les effectifs du personnel de santé (en % de la population)	Fondé sur l'assistance d'un professionnel à la naissance (en % des naissances vivantes)
Burkina Faso	85	43
Chine	34	17
Colombie	40	9
Ghana	66	53
Pérou	42	29
Philippines	29	40
Ouganda	78	61

Source : Annexe II, tableau A2.1.

**e. Déficients d'accès et indicateurs associés**

On suppose généralement que les déficits d'accès et les indicateurs de développement économique et social sont associés. Les résultats d'analyses de régression effectuées pour analyser la corrélation entre le *déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé* et l'indice de pauvreté humaine (IPH) 1 et 2, l'indicateur de développement humain (IDH), le PIB par habitant et le coefficient de Gini sont présentés ci-après.

La figure 4.5 montre la corrélation entre le *déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé* et l'IPH. L'IPH est un indice composite qui mesure le dénuement en termes de durée de vie en bonne santé, d'accès à la connaissance et à un niveau de vie décent. L'IPH-1, qui est l'indice de pauvreté humaine pour les pays en développement, repose sur la probabilité à la naissance de mourir avant 40 ans, le taux d'analphabétisme parmi les adultes et la moyenne non pondérée du pourcentage de la population n'ayant pas accès à l'eau potable et du pourcentage d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale par rapport à leur âge. L'IPH-2 concerne certains pays de l'OCDE et repose sur quatre composantes : la probabilité, à la naissance, de ne pas survivre après l'âge de 60 ans ; le niveau d'instruction ; le chômage de longue durée et la population dont le revenu individuel disponible est inférieur à la moitié du revenu disponible médian ajusté des ménages.<sup>9</sup>

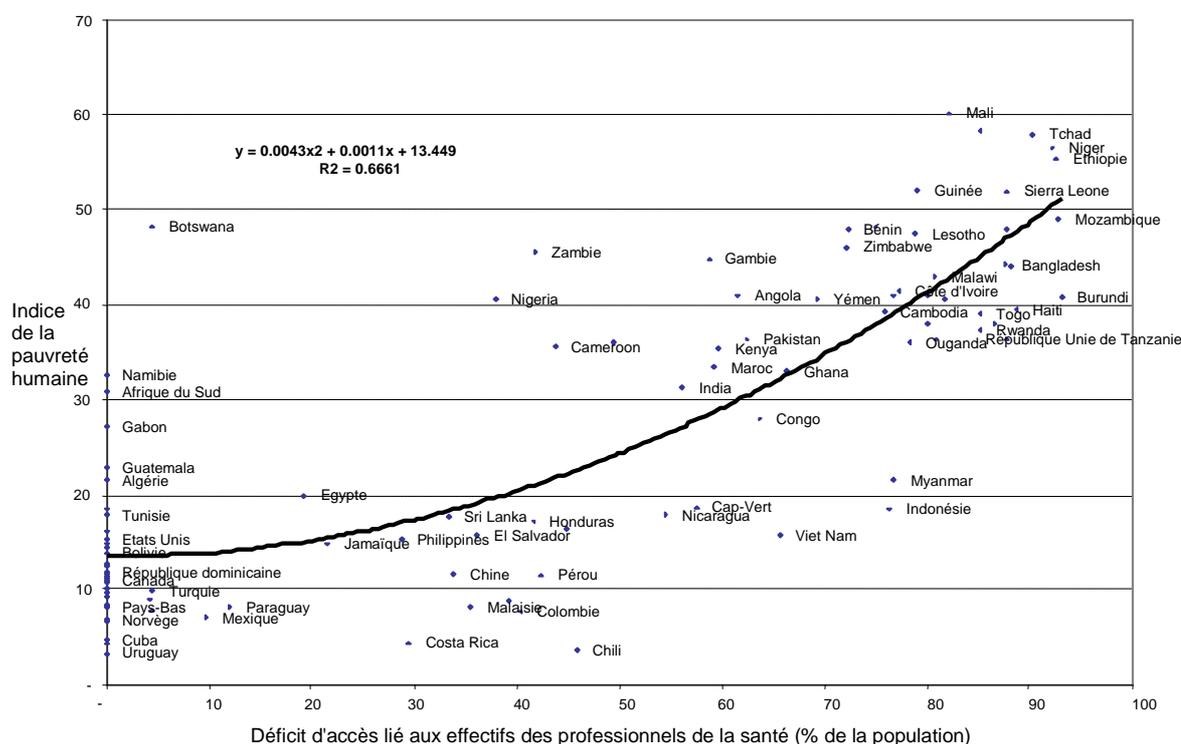
D'après la figure 4.5, il semble y avoir une corrélation entre l'IPH et les déficits d'accès nationaux basés sur les effectifs du personnel de santé. À noter que la plupart des pays développés ayant un IPH faible ont également un faible déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé. À l'inverse, les pays qui apparaissent dans la partie supérieure droite de la figure ont à la fois un IPH élevé et un déficit d'accès important ; il s'agit notamment du Tchad, de l'Éthiopie et du Bangladesh.

Certains pays, cependant, s'écartent de façon importante de la tendance générale. Au Botswana, par exemple, le déficit d'accès est relativement faible compte tenu du niveau de pauvreté du pays. À supposer que les données soient exactes, on peut en conclure que le Botswana, comme d'autres pays de la partie supérieure gauche de la figure, bénéficie d'un niveau d'accès lié aux effectifs du personnel de santé relativement plus élevé que ce que son niveau de pauvreté pourrait laisser penser. L'inverse est vrai pour les pays de la partie inférieure droite de la figure. L'existence d'une corrélation entre déficit d'accès et IPH ne

<sup>9</sup> La définition de l'IPH provient de [www.undp.org](http://www.undp.org)

prouve pas qu'un déficit d'accès national faible réduit la pauvreté, mais illustre le fait qu'en général, ces deux tendances vont de pair.

Figure 4.5. Régression entre le déficit d'accès et l'indice de pauvreté humaine (IPH)



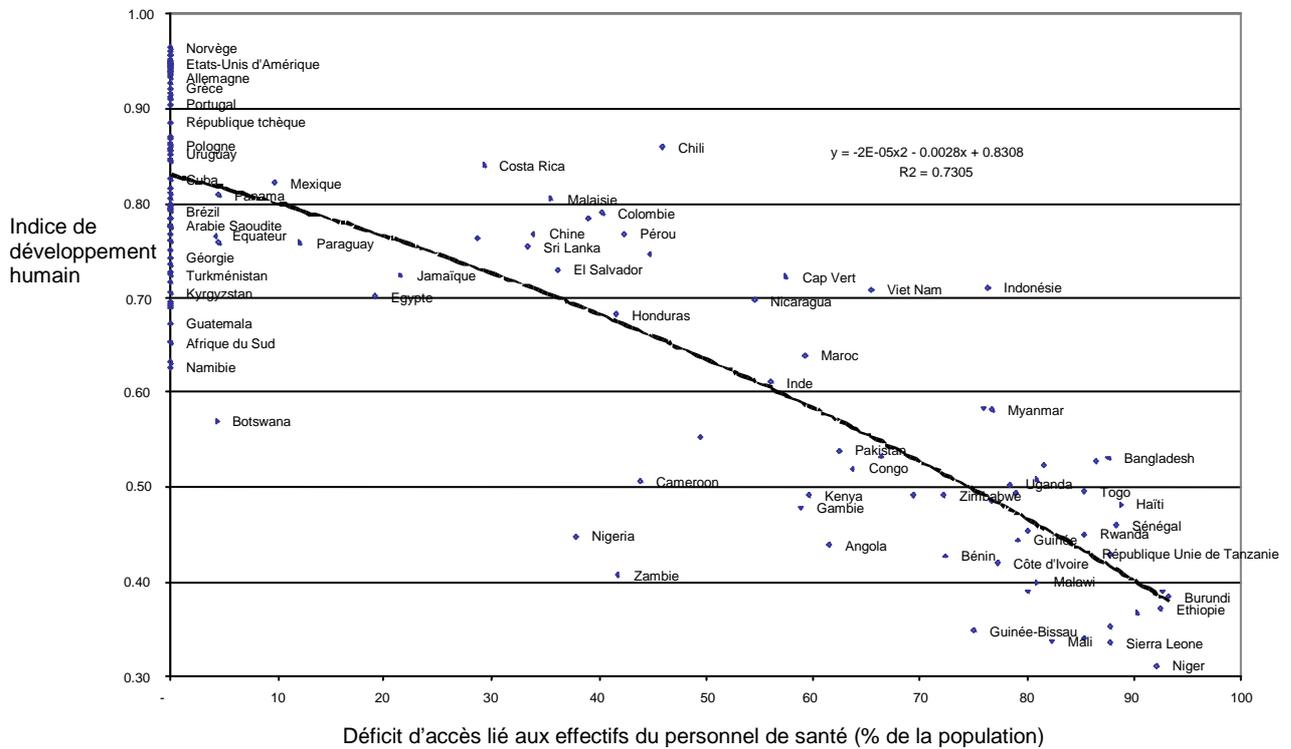
L'IDH est un indice composite, qui mesure le développement humain de tous les pays du monde sur la base de l'espérance de vie, du taux d'alphabétisation des adultes, du niveau d'éducation, du PIB par habitant et du coefficient de Gini (en tant qu'indicateurs du niveau de vie économique). Il donne une vision plus large du progrès humain, qui tient compte du revenu et du bien-être. Il recoupe de nombreuses composantes de l'IPH, ce qui explique que l'on observe des tendances comparables. Néanmoins, la corrélation qui ressort de la figure 4.6 est légèrement plus forte que celle constatée avec l'IPH, ce qui signifie que le niveau de développement est un meilleur indicateur de la réduction du déficit d'accès national lié aux effectifs du personnel de santé que le niveau de pauvreté.

La régression du PIB par habitant et du déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé révèle une forte corrélation entre un PIB par habitant élevé et un faible déficit d'accès. La corrélation entre le coefficient de Gini (qui est une mesure du degré d'inégalité de la distribution des revenus) et le déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé est plus faible, même si une inégalité plus forte demeure associée à des déficits d'accès nationaux plus importants. Cette association traduit très probablement l'association générale qui existe entre inégalité et niveau de revenu. L'interprétation évidente qui en découle est que les pays améliorent leur infrastructure de santé à mesure de leur croissance économique, mais que les pays qui ont des déficits d'accès généraux faibles ne se sont pas nécessairement des pays où la distribution des revenus est particulièrement équitable.

Cette dernière constatation démontre les limites du déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en tant qu'indicateur des effets redistributifs. Ce déficit d'accès révèle une éventuelle pénurie générale de personnel de santé au niveau national, mais ne démontre pas qu'en cas de pénurie de personnel, l'ensemble de la population est confrontée au même déficit d'accès ; en réalité, il est beaucoup plus vraisemblable que les personnes dont le revenu se situe dans les fourchettes inférieures soient confrontées à des déficits plus importants que celles dont le revenu se situe dans les fourchettes supérieures.

Les effets distributionnels des déficits d'accès ne peuvent être analysés que sur la base d'études par pays.

Figure 4.6. Régression entre le déficit d'accès et l'indice de développement humain (IDH)



f. Quelques observations sur les évolutions récentes de la protection sociale de la santé

En dépit d'insuffisances manifestes dans la disponibilité et la fiabilité des données, et des limites des méthodes employées, l'analyse de la couverture formelle par la protection sociale et l'estimation de déficits d'accès standardisés a permis de faire ressortir une série d'évolutions intéressantes, qui constituent une source de défi pour un certain nombre de pays. Les évolutions observées sont les suivantes :

*Couverture*

1. *Pluralisme des mécanismes de financement de la santé utilisés*

Bien que plus restreints et de moins bonne qualité suite à la mise en œuvre de politiques d'ajustement structurel, à des coupes sombres dans les dépenses publiques et à des privatisations, les services publics de santé jouent encore un rôle important en termes de fourniture de services de santé via des mécanismes de protection sociale. Ainsi, la couverture formelle continue de s'établir à 47,6% en Égypte et 25% au Kenya.

Presque tous les pays font appel, parallèlement aux services publics, à une diversité d'autres mécanismes de financement de la santé. En République arabe syrienne, par exemple, pratiquement toutes les entreprises publiques et la plupart des grandes entreprises privées offrent gratuitement à leur personnel des paniers de prestations de santé relativement complets. Les personnes à la charge des employés sont parfois couvertes par le régime lui-même, ou par des régimes financés par des cotisations et gérés par les syndicats (Schwefel, 2006b). Au Yémen, un certain nombre d'entreprises publiques, privées et mixtes offrent différents types de régimes de

---

prestations de santé, allant d'un système de remboursements forfaitaires assez peu élevés à des paniers de prestations complets, et les dépenses moyennes par personne varient entre 10 et 450 euros (Schwefel et al., 2005, p. 66 f.).

L'assurance maladie publique et nationale suscite également un intérêt croissant et est de plus en plus souvent introduite pour étendre la couverture et améliorer l'accès ; de même, des mesures sont prises pour essayer de résoudre les problèmes liés à l'espace budgétaire.

2. *L'effet de la couverture par la protection sociale de la santé sur les paiements directs est hétérogène*

Il n'y a qu'une différence relativement faible, en termes de part des paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées, entre la Tunisie (83%), qui a une couverture légale pratiquement universelle, le Nicaragua (95,7%), où presque 70% de la population bénéficie d'une protection de santé formelle, et le Niger (89,2%), où moins de 1% de la population est formellement couvert (annexe II, tableau A2.2). Les paiements directs ne représentent qu'environ 10% des dépenses en Slovaquie et en Afrique du Sud, alors qu'ils atteignent 26,8% en Ukraine et 45,1% en Tunisie, bien que tous ces pays aient réussi à mettre en place une couverture légale universelle. Les paiements directs pour les ménages ougandais (36,7%), qui ne sont pratiquement pas protégés, ne sont que légèrement plus lourds qu'au Turkménistan (32,6%), où plus de 80% de la population sont couverts (annexe II, tableau A2.2). Ces résultats font également clairement ressortir que l'importance des paniers de prestations, y compris la protection financière, et la qualité des services fournis ont un impact plus élevé sur les dépenses de santé privées que le nombre de personnes ou de ménages légalement couverts par un système de prépaiement des soins de santé, quel qu'il soit. En d'autres termes, il faudrait que la protection sociale de la santé fournisse un niveau raisonnable de protection financière pour éviter que la population n'ait à assumer des dépenses privées élevées et ne soit acculée à la pauvreté.

3. *Le rôle des régimes communautaires*

Actuellement, les pays à faible revenu tendent à accroître le rôle des mutuelles d'assurance maladie et des caisses publiques d'assurance maladie lorsqu'ils cherchent à intégrer les mesures en faveur des pauvres aux politiques mises en œuvre dans le domaine de la protection sociale de la santé et recherchent des solutions pour remédier au coût trop élevé des services payants. Les régimes facultatifs et communautaires sont en outre de plus en plus appréciés dans de nombreux pays à faible revenu. Leur réussite et leur pérennité dépendent fortement de l'attrait des paniers de prestations offerts et de la protection financière correspondante, ainsi que de la qualité des services. Le fait qu'ils couvrent les travailleurs de l'économie informelle et leur famille contribue peut-être également à leur succès. Les problèmes les plus importants eu égard à la pérennité de ces régimes – la capacité à payer et la sélection adverse par exemple – sont actuellement traités par l'établissement de liens financiers et administratifs, à différents niveaux, entre des régimes dont les propriétaires sont différents.

Des exemples tirés de l'expérience de différents pays montrent que les régimes de ce type peuvent fonctionner avec succès ; l'un de ces exemples est celui du régime Yeshasvini, en Inde, qui couvre environ 2 millions de travailleurs et leurs familles. Il ressort des données nationales sur l'Inde que 8% des travailleurs de l'économie informelle (travailleurs non organisés) sont couverts par un dispositif de sécurité sociale, qu'il s'agisse d'un régime public ou d'un régime privé à but non lucratif. Sur les 370 millions de travailleurs de l'économie informelle dénombrés en Inde, 30 millions environ bénéficient d'une protection sociale couvrant la santé (Kannan, 2006). Dans ce contexte, les régimes communautaires peuvent donc contribuer de

---

manière décisive à l'accélération des avancées en matière de couverture des travailleurs de l'économie informelle.

4. *Dans la plupart des pays en développement, les régimes d'assurance mis en place par les employeurs ne sont pas très répandus, même s'ils sont courants dans le monde arabe*

Les systèmes de santé des entreprises fournissent habituellement des soins directement dispensés dans des installations de santé appartenant à l'employeur ou implantées dans l'entreprise ou dispensent des soins dans le cadre de contrats avec des fournisseurs et établissements extérieurs. Ces régimes d'assurance professionnels sont très exclusifs puisqu'ils ne couvrent que les travailleurs stables – et, dans certains cas, leurs familles. Ce concept est souvent étroitement lié à la législation du travail en vigueur concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles.

En Afrique, on peut citer l'exemple des soins médicaux fournis par l'employeur en Zambie et au Nigeria, ainsi que dans les forêts de caoutchoutiers au Libéria et en République démocratique du Congo (Develtere et Fonteneau, 2001, p. 29). Les régimes de prestations de santé des entreprises sont souvent révélateurs d'une relation paternaliste entre l'employeur et les salariés, dans la mesure où ils reposent en partie sur des décisions individuelles et non sur des droits acquis. L'autre caractéristique de ces régimes, plus importante encore, est que dans bien des cas, ils sont de taille trop restreinte pour couvrir efficacement les maladies catastrophiques. On trouve des systèmes d'assurance maladie liés aux syndicats dans des pays tels que le Zimbabwe, l'Afrique du Sud, Maurice, le Burkina Faso, le Guatemala et l'Argentine. Certains de ces systèmes encouragent la double affiliation et assurent automatiquement tous les membres du syndicat au moyen d'un régime d'assurance, tandis que d'autres administrent des mutuelles relativement autonomes par rapport aux syndicats et ouvertes aussi bien aux syndiqués qu'aux non syndiqués (Develtere et Fonteneau, 2002, p.30).

5. *Limites des données*

Souvent, les informations dont on dispose ne sont valables que jusqu'à certaines dates ou ne sont que des moyennes concernant l'utilisation des services ou autres indicateurs. Une analyse plus approfondie montre que beaucoup de données relatives au taux de couverture des régimes de protection sociale de la santé sont basées sur des travaux de recherche qui n'ont qu'une valeur limitée pour l'estimation du nombre total des bénéficiaires. Ces limites prouvent que les statistiques sur la couverture de la population par les régimes de prestations de santé doivent être interprétées avec prudence, en tenant compte de la méthodologie utilisée pour les obtenir.

6. *Accès*

Il est possible de calculer des estimations nationales et mondiales du déficit d'accès. D'après les estimations du déficit d'accès mondial (lié aux effectifs du personnel de santé), environ un tiers de la population n'a pas accès aux soins de santé. Comme indiqué précédemment, le déficit lié aux effectifs du personnel de santé calculé aux niveaux mondial et national est un chiffre composite, qui regroupe différents déficits structurels nationaux et ne peut pas être désagrégé par type de soins ou par groupe de bénéficiaires. À l'échelle mondiale, il existe très peu de données comparatives sur la qualité de l'accès pour différents groupes de la population, en particulier pour les personnes à faibles ressources. Toutefois, on dispose de données issues d'un nombre suffisant d'études nationales pour postuler que les déficits d'accès concernent surtout les personnes à bas revenu.

---

Les tendances actuelles en matière de couverture, telles qu'elles viennent d'être décrites, et l'ampleur des déficits d'accès à la santé ouvrent la voie à la formulation d'une stratégie pragmatique d'extension de la protection sociale de la santé. Les approches existantes sont souvent sous-tendues par la nécessité d'étendre la couverture aux travailleurs de l'économie formelle et informelle et à leur famille en faisant appel à une diversité de moyens afin d'accroître l'espace budgétaire. Une telle stratégie pourrait reprendre, dans la mesure du possible, les approches nationales, régionales et communautaires existantes au lieu d'élaborer de nouveaux systèmes ou un nouveau système en se fondant sur une seule des diverses possibilités de financement qui existent.

Si l'on accepte la coexistence de différents sous-systèmes, il faut qu'ils soient coordonnés au niveau national pour créer des synergies et éviter les lacunes dans la couverture. Une telle coordination contribuerait à maximiser les ressources nationales globales et éviterait les tensions et les problèmes. Le BIT a défini une stratégie pour parvenir à un accès universel aux soins de santé qui fait l'objet du chapitre suivant.



---

## 5. Rationaliser l'utilisation de mécanismes de financement pluralistes : une stratégie de l'OIT pour parvenir à une couverture universelle par la protection sociale de la santé

### a. Concept général de la stratégie de l'OIT pour la rationalisation de l'utilisation de mécanismes de financement pluralistes

L'expérience mondiale et les données recueillies dans le monde entier prouvent qu'il n'existe ni modèle unique et parfait de fourniture d'une protection sociale de la santé ni une seule et même façon de parvenir à la couverture universelle. Les pays utilisent divers moyens de création de ressources, de mise en commun des risques, de fourniture et de financement des soins de santé. L'expérience montre également que la protection sociale évolue au fil des années, voire des décennies, et est influencée par les évolutions économiques et historiques, les valeurs sociales et culturelles, le contexte institutionnel ainsi que l'engagement et la volonté politiques qui prévalent au sein des pays. De plus, la plupart des systèmes de financement nationaux de la santé sont basés sur plusieurs options de financement qui couvrent des sous-groupes de population distincts ou des groupes qui se chevauchent, alors que d'autres sous-groupes sont laissés sans aucune couverture.

Dans ce contexte, il convient d'atteindre les objectifs suivants : 1) rationaliser le recours à des mécanismes de financement pluralistes afin de parvenir à un accès universel aux soins essentiels dans des conditions abordables ; 2) accroître l'espace budgétaire et financier disponible pour financer la couverture universelle. Le BIT propose de coordonner tous les mécanismes de financement existant dans un pays afin d'accroître le volume de ressources et de systèmes de mise en commun des risques mobilisables pour garantir une couverture universelle. Toutefois, cet accroissement ne doit pas être compensé par une augmentation égale des coûts de transaction et des coûts administratifs (Cichon, 2007).

L'élaboration d'une stratégie pragmatique visant à rationaliser l'utilisation des divers mécanismes de financement de la santé afin de promouvoir la couverture universelle et l'égalité d'accès doivent respecter trois étapes :

- commencer par dresser l'inventaire de l'ensemble des mécanismes de financement qui existent dans un pays donné ;
- évaluer, dans un second temps, les déficits d'accès et de couverture qui subsistent ; et
- établir un plan de couverture qui permettrait de combler les insuffisances de façon efficiente et efficace.

Dans ce contexte, l'État devrait jouer un rôle pivot et actif de facilitation et de promotion, et délimiter l'espace opérationnel de chaque sous-système. Cela suppose d'établir un cadre juridique global et d'adopter des mesures visant à garantir un financement suffisant et la fourniture de prestations complètes à l'ensemble de la population. Ce cadre légal devrait également réglementer l'assurance maladie privée facultative, y compris les régimes communautaires, et comporter le cas échéant un certain nombre de règles permettant de garantir une bonne gouvernance et une protection efficace. Un tel cadre implique l'adoption d'une approche *basée sur des droits* à la protection sociale de la santé, qui tienne compte, en particulier, des besoins et de la capacité à payer, réalisant ainsi l'objectif qui consiste à intégrer la partie non couverte de la population.

Lors de l'établissement du plan de couverture, *tous les types de mécanismes de financement* – notamment toutes les formes de régimes obligatoires et facultatifs, les régimes à but lucratif et non lucratif, les régimes publics et privés allant des services

---

nationaux de santé aux régimes communautaires – devraient être envisagés s'ils contribuent, dans le contexte national du moment, à l'objectif de la couverture universelle et de l'accès égal de l'ensemble de la population aux services essentiels.

Le plan de couverture devrait être accompagné d'un *budget général national de santé*, ou l'inclure, afin de pouvoir déterminer et projeter – sur la base d'un compte national de la santé – le montant total des ressources disponibles, par exemple des impôts, cotisations et primes, pour financer les soins de santé. Il faudrait aussi qu'il comporte une estimation des dépenses des divers sous-systèmes, de manière à ce que le processus conduisant à une couverture et un accès universels et économiquement abordables puisse être accéléré et repose sur un plan réaliste et durable.

L'annexe I décrit le système national de soins de santé en Thaïlande, à titre d'exemple d'utilisation rationnelle de mécanismes de financement pluralistes. Le système se compose de l'assurance maladie publique, d'un certain nombre de grands régimes professionnels, d'un régime financé par l'impôt et de régimes privés d'assurance maladie, et il associe ces différents mécanismes en établissant des droits légaux aux prestations.

Outre l'élaboration d'un cadre juridique permettant l'introduction d'un plan de couverture, les conditions à respecter pour garantir le bon fonctionnement d'un système de financement pluraliste sont les suivantes : un panier de prestations qui soit défini juridiquement et soit abordable, un système de tarification équitable, des systèmes efficaces de rémunération des fournisseurs de soins et un mécanisme de péréquation des risques entre les sous-systèmes. L'OIT préconise que les gouvernements stables et les partenaires sociaux jouent un rôle fort, en particulier à travers le dialogue social et une large participation – y compris d'autres partenaires, tels que la société civile, les assurés et autres parties prenantes à la protection sociale de la santé – aux processus d'élaboration des politiques et à la gouvernance des régimes.

L'approche la plus prometteuse pour parvenir à la couverture universelle à une échéance raisonnable est celle qui consiste à utiliser de manière coordonnée et rationnelle plusieurs systèmes de financement pour élargir progressivement la couverture effective par la protection sociale de la santé au moyen de services nationaux de santé, de l'assurance maladie publique, de l'assurance communautaire et de l'assurance maladie privée obligatoire. En plus d'être intégrée, cette approche respecte la couverture et les modalités de financement existantes et peut être adaptée au contexte économique et social particulier à chaque pays.

## **b. Principaux éléments de la stratégie de l'OIT pour la rationalisation de l'utilisation de mécanismes de financement pluralistes**

La mise en œuvre de la stratégie suggérée par l'OIT pour la rationalisation de l'utilisation de mécanismes de financement pluralistes au niveau national implique de suivre une série d'étapes. Ces étapes sont notamment :

- l'évaluation du déficit de couverture et du déficit d'accès ;
- l'élaboration d'un plan national de couverture ;
- le renforcement des capacités nationales de mise en œuvre.

---

*i. L'évaluation du déficit de couverture et du déficit d'accès*

L'OIT suggère d'évaluer les déficits d'accès au moyen d'enquêtes nationales de santé complètes et d'analyses régionales désagrégées de la couverture légale formelle par chaque sous-système de financement de la santé. Cette démarche suppose de tenir compte de tous les mécanismes de protection sociale de la santé qui existent dans le pays et d'apprécier quelle partie ou groupe de la population ils couvrent. Cela permettra d'évaluer les déficits de couverture et d'accès et de disposer ainsi d'une référence sur laquelle se reposer pour établir le plan national de couverture.

*ii. L'élaboration d'un plan national de couverture*

Le plan de couverture a pour but de fournir, à l'échelon national, un modèle cohérent reposant sur des mécanismes pluralistes de fourniture, de financement et de couverture et constitué de sous-systèmes, tels que les services nationaux financés par l'impôt et les régimes d'assurance maladie publics, les régimes d'assurance privés, etc. Ces sous-systèmes, qui visent à parvenir à une couverture universelle, fonctionneraient dans le cadre d'un champ de compétence clairement délimité et couvriraient des sous-groupes définis de la population. Les objectifs du plan de couverture sont donc les suivants :

- déterminer les sous-systèmes couvrant l'ensemble des sous-groupes de population ;
- concevoir des paniers de prestations adaptés aux besoins et la protection financière correspondante pour chaque sous-système ;
- déterminer les règles applicables aux mécanismes de financement de chaque sous-système ainsi que les liens financiers entre les sous-systèmes en question (de même, le cas échéant, que le système de péréquation du risque financier entre les différents sous-systèmes) ;
- optimiser l'efficacité institutionnelle et administrative de chaque sous-système et du système dans son ensemble ;
- fixer une date butoir pour la réalisation de la couverture universelle.

L'élaboration d'un plan national de couverture comporte les étapes suivantes :

- (a) élaboration d'une carte de la couverture
- (b) établissement d'un budget national de la santé
- (c) amélioration des mécanismes de financement de la santé
- (d) établissement de liens rationnels entre les sous-systèmes
- (e) définition de paniers de prestations adaptés
- (f) création d'efficacité institutionnelle et administrative.

**a. Élaboration d'une carte de la couverture**

Le plan de couverture a pour but d'éliminer le déficit de couverture et le déficit d'accès par un emploi rationnel des mécanismes de financement de la santé qui existent dans un pays donné. Il faudrait donc qu'il dresse en premier lieu une carte de la couverture et de l'accès, qui pourrait prendre la forme ci-après (tableau 5.1). Lorsque cela est pertinent et possible,

---

le plan pourrait être plus détaillé que proposé ci-dessous et couvrir des aspects comme le sexe ou le groupe ethnique, si les données correspondantes existent.

**Tableau 5.1. Couverture par la protection sociale de la santé et modèle de carte de l'accès**

Population	Proportion du groupe pouvant accéder aux soins de santé			Proportion du groupe dont les soins sont financés par							Total
	Services de santé fournis par l'État	Services de santé fournis par le secteur privé	Total	Les recettes publiques générales	La sécurité sociale	Des mécanismes communautaires	Des régimes financés par les employeurs	Des compagnies d'assurance privées	Des paiements directs	Soustraction des doubles comptabilisations	
<b>Salariés du secteur public</b>											
<b>Salariés du secteur privé</b>											
Travailleurs											
Personnes à charge											
<b>Non-salariés</b>											
<b>Hors secteur agricole</b>											
Travailleurs											
Personnes à charge											
<b>Non-salariés du secteur agricole</b>											
Travailleurs											
Personnes à charge											
<b>Chômeurs d'âge actif</b>											
<b>Enfants non couverts</b>											
<b>Personnes en âge de prendre leur retraite non couvertes par d'autres dispositions</b>											
<b>Total</b>											

Cette carte pourrait alors être utilisée, sur une base annuelle et dans le cadre d'un plan de couverture pluriannuel, pour réaliser les projections des progrès que l'on prévoit d'accomplir chaque année en matière de couverture.

## **b. Établissement d'un budget national de la santé**

Avant l'élaboration du plan de couverture, il faut que le gouvernement définisse les fonds disponibles pour la protection sociale de la santé. Cela nécessite *l'établissement d'un budget national de la santé* permettant d'évaluer la situation financière des régimes nationaux de soins de santé et le coût de leur expansion. Ce budget doit recenser en premier lieu l'ensemble des dépenses et recettes du secteur de la santé, telles qu'elles se présentent actuellement, sous forme d'un compte national de la santé. Ce compte peut être structuré comme celui présenté dans le tableau 5.1 pour une année de départ et une carte de la couverture données.

On trouvera un modèle générique de budget de la santé dans la boîte à outils de l'OIT, en annexe III au présent document. Nous décrivons dans l'encadré ci-après la méthode et les résultats d'un exercice abrégé de budgétisation de la santé réalisé par le BIT en collaboration avec le Programme international de politique de la santé thaïlandais en 2004.

## Encadré 5.1

### Un budget de la santé pour la Thaïlande

La structure de base du modèle est présentée sous forme de graphique sur la figure B.1 ci-dessous. La philosophie sous-jacente à ce modèle est conforme à la philosophie pragmatique de mobilisation des modèles réels de budgétisation sociale du BIT. Au lieu d'établir un budget social national complet englobant tous les régimes de transferts sociaux en Thaïlande, les parties d'un budget social sans relation avec la santé ont été exclues et l'analyse budgétaire a été limitée au secteur de la santé et à son impact sur le budget de l'État.

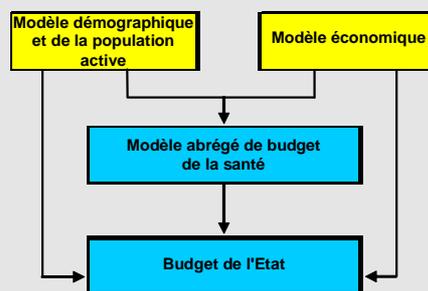
Le modèle permet d'obtenir des projections classiques et pragmatiques de type conséquentiel, c'est-à-dire qu'il dépend d'hypothèses démographiques et économiques exogènes dont il simule ensuite l'impact sur les dépenses et les recettes de la santé et sur le budget de l'État. Les années d'observation sont 2002 et 2003 et les années de projection 2004 à 2020.

Le modèle comprend quatre sous modèles déterministes fondés sur une série d'hypothèses exogènes :

- le premier de ces sous modèles est un modèle démographique qui projette la population et la population active en fonction de l'évolution future des taux de fécondité, de mortalité et d'activité ;
- le deuxième sous modèle est un modèle économique qui dérive des données sur l'emploi et les salaires d'hypothèses exogènes sur la croissance, la productivité du travail et la proportion de la masse salariale par rapport au PIB ;
- le troisième sous modèle est un modèle de budget de la santé qui projette les dépenses de santé des quatre principaux systèmes de financement – régime universel (UC), régime d'assurance maladie de la sécurité sociale (SSO), régime de prestations médicales des fonctionnaires (CSMBS) et les soins de santé financés par le secteur privé – et les recettes du secteur de la santé – cotisations au SSO et au régime d'indemnisation des accidents du travail (WCS), paiements directs et autres paiements privés, et fiscalité générale. Les deux principales variables de résultat sont les dépenses nationales générales de santé et les ressources qu'il est nécessaire de tirer des recettes générales ;
- le dernier sous modèle, qui est le modèle du gouvernement, établit un lien entre d'une part les dépenses publiques de santé et les recettes générales nécessaires et d'autre part les projections de budget de l'État. La principale variable de résultat est le déficit budgétaire annuel de l'État.

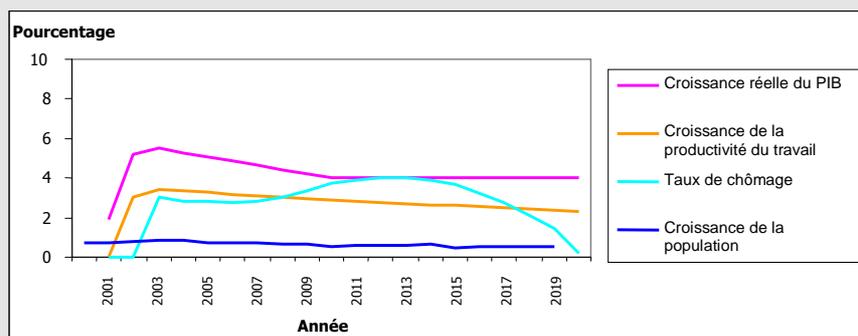
Ce modèle (abrégé) de budget de la santé permet ainsi de suivre les effets des changements dans le système de fourniture et de financement des soins de santé sur les dépenses nationales générales de santé et l'équilibre budgétaire gouvernemental, c'est-à-dire sur l'indicateur de la performance générale du système de santé et l'indicateur de la performance des finances publiques. Deux scénarios ont été élaborés : le premier (scénario du statu quo ou variante) reflète la situation juridique actuelle ; le deuxième (réforme ou scénario UC ou variante) utilise des hypothèses démographiques et économiques identiques à celles du premier scénario dont il ne diffère que par le sous modèle de budget de la santé qui simule l'introduction du fonds UC et l'application des deux principales mesures de réduction des coûts prévues par le NHSO (extension de la couverture du SSO et cotisations au CSMBS) après 2005.

**Figure B.1. Structure de la première version du modèle de budget national de la santé pour la Thaïlande**



Les principales hypothèses démographiques et économiques sont décrites figure B.2.

Figure B.2. Évolution supposée des principales variables économiques en Thaïlande, 2002-2020



Les projections du budget de l'État utilisent le taux de croissance du PIB nominal comme principal déterminant pour tous les postes de revenus et de recettes des comptes centraux du gouvernement qui ne sont pas déterminés par les salaires (comme l'impôt sur le revenu), et ne sont pas importés du sous modèle abrégé du budget de la santé. Les différentes hypothèses sont étayées dans le modèle lui-même.

Les principaux résultats des projections sont résumés par les figures B.3 et B.4 Les estimations du modèle montrent que les dépenses générales de soins de santé dans le pays – mesurées en pourcentage du PIB – augmenteront d'environ 0,3% du PIB au cours des cinq prochaines années, à partir d'un niveau initial de quelque 3,5% du PIB. Cela est essentiellement dû à deux facteurs : les forts taux de croissance réels du PIB pris pour hypothèse pour les dix prochaines années et le fait que l'évolution de la plus grande partie des dépenses de santé publique est contenue par un mécanisme de rémunération à la capitation qui a pour effet d'endiguer les coûts de l'ensemble du système de financement de la santé. On s'attend à ce que les dépenses nationales totales augmentent légèrement jusqu'en 2020 pour revenir à leur niveau initial, au fur et à mesure de la baisse des taux de croissance du PIB.

Pour le scénario du statu quo, la part des recettes générales dans le financement des dépenses totales de santé stagne tout au long de la période considérée à 1,98-2,17% du PIB. Cela ne poserait pas de problème majeur si l'on prévoyait que le solde budgétaire général reste positif tout au long de la période de projection. Mais le modèle suggère (prudemment) que le budget de l'État restera déficitaire tout au long de la période de projection, avec un niveau minimum de déficit de 1,19% du PIB en 2020. Le ministère des Finances part de l'hypothèse – plus optimiste – que le budget redeviendra excédentaire au fil des ans mais, dans ce modèle, il atteint le déficit minimum à la fin de la période considérée. Il se pourrait fort bien que ce modèle de budget de la santé soit trop pessimiste. De toute façon, l'on peut supposer sans grand risque de se tromper que la tendance au resserrement de la situation budgétaire recommencera à la fin de la décennie si toutes nos hypothèses – et sur ce point nous devons faire preuve de la plus grande prudence – s'avèrent exactes.

Le premier scénario simule les effets des augmentations des recettes et des réductions des coûts suggérées au gouvernement et de l'instauration d'un fonds spécial UC qui générerait un revenu à usage exclusif du régime universel, sur la base de taxes sur l'alcool et les cigarettes. Dans ce scénario, la part des recettes générales dans le financement des soins de santé diminuerait au cours des vingt prochaines années, pour atteindre 1,5% du PIB en 2020, et le déficit public général augmenterait d'environ 1,5% du PIB ; le solde budgétaire resterait légèrement négatif jusqu'à la fin de la période de projection, à 0,55% du PIB. Le deuxième scénario a été établi sur la base de l'hypothèse selon laquelle le SSO élargirait sa couverture aux conjoints et aux personnes à charge sans emploi (nombre de bénéficiaires estimé : 6 millions de personnes) en 2005. Si le SSO élargit sa couverture sans augmenter les cotisations et si le gouvernement ne met pas en place d'impôt supplémentaire, la subvention publique au budget des soins de santé passera de 2,17 à 1,99% du PIB d'ici à la fin de la période de projection. Le premier et le deuxième scénario ont été combinés en un troisième scénario. Le gouvernement réduit le budget réservé au financement des soins de santé en le faisant passer de 2,17% à 1,35% du PIB d'ici à la fin de la période de projection si le SSO élargit sa couverture aux conjoints et aux personnes à charge et si le gouvernement crée des impôts supplémentaires.

Figure B.3

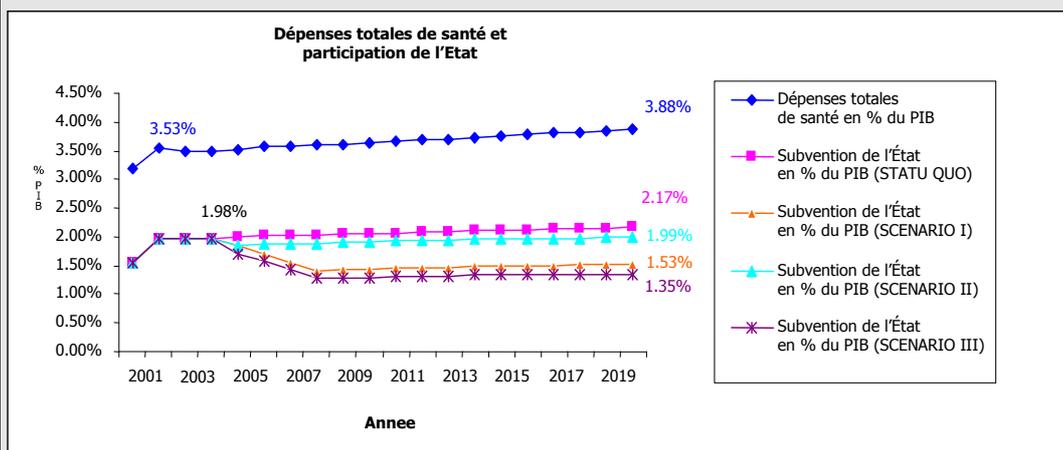
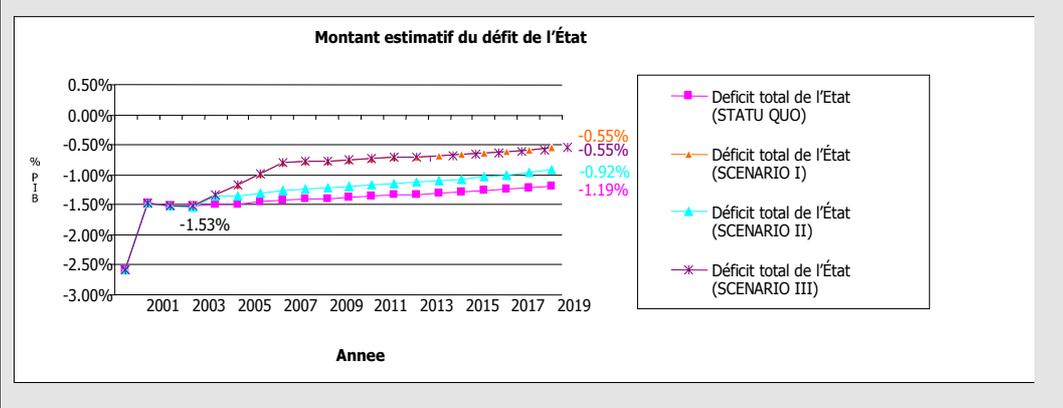


Figure B.4



### c. L'amélioration des mécanismes de financement de la santé

Il convient, en se fondant sur les résultats du budget national de la santé, de chercher des moyens d'améliorer les mécanismes de financement de la santé et d'établir des liens entre ces mécanismes. Il existe essentiellement cinq façons d'améliorer les mécanismes de financement de la santé pour élargir la couverture de la sécurité sociale :

- mettre en œuvre et élargir les régimes d'assurance sociale existants ;
- instituer des prestations ou services universels financés par les recettes générales de l'État ;
- créer ou développer des prestations ou services soumis à conditions de ressources (assistance sociale), financés par les recettes générales de l'État ;
- favoriser les régimes de micro-assurance ; et
- rendre obligatoire l'assurance maladie privée.

Le tableau 5.2 présente le champ d'application de chacun des mécanismes de financement de la santé. Il est essentiel que les pays tiennent compte de cet aspect lorsqu'ils formulent des politiques visant à améliorer les mécanismes de financement de la santé, à concevoir des paniers de prestations adaptés, à offrir une protection financière, et à renforcer l'efficacité institutionnelle et administrative.

En général, les impôts permettent une couverture importante et ont une portée large, ce qui pourrait être un gage de bons résultats en termes d'équité. Ils ont également le potentiel de

garantir l'efficacité et la pérennité. Comparativement au financement par l'impôt et au soutien public, les cotisations peuvent accroître l'espace budgétaire et garantir une meilleure gestion des finances – et permettre de dégager des fonds publics pour les pauvres. Quant aux primes qui financent les régimes communautaires, elles peuvent accroître l'espace budgétaire et permettre de toucher les pauvres, ceux qui ne peuvent pas cotiser – par exemple les non-salariés – et les publics subventionnés. Les primes qui financent les compagnies d'assurance privées ont apporté la preuve qu'elles pouvaient garantir une bonne gestion financière (tableau 5.2).

**Tableau 5.2. Portée des mécanismes de financement de la santé**



Les critères de choix des mécanismes pour tel ou tel sous-groupe de la population sont notamment le nombre, la structure et la performance des régimes existants, le contexte politique et culturel, la taille de l'assiette fiscale, la taille de l'économie informelle, la charge des maladies, les infrastructures disponibles, la capacité de recouvrement des impôts/cotisations/primes, la capacité de gestion, la possibilité d'application de la législation et la réglementation et ses impacts sur l'équité.

À l'échelle d'un pays, les avantages et les inconvénients de chacune des options mentionnées doivent être étudiés avec soin. La faisabilité et le degré de réussite des différents mécanismes doivent être appréciés sur la base :

- de la capacité du pays à mobiliser des fonds ;
- de sa capacité à cibler de manière efficace l'utilisation des fonds publics en direction des pauvres ;
- de sa capacité à réorienter les fonds et le pouvoir du côté de l'offre vers le côté de la demande pour améliorer l'efficacité et la qualité ; et
- de l'importance des obligations redditionnelles et de la qualité de la budgétisation.

Un bilan des avantages et inconvénients des différents mécanismes de financement est présenté dans le tableau 5.3.

**Tableau 5.3. Bilan : avantages et inconvénients des principaux mécanismes de financement de la protection sociale de la santé**

Mécanisme	Avantages	Inconvénients
Protection de la santé financée par l'impôt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en commun des risques pour l'ensemble de la population</li> <li>Potentiel d'efficacité administrative et de maîtrise des coûts</li> <li>Redistribution, au sein de la population couverte, entre risques élevés et risques faibles et entre hauts revenus et bas revenus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risque d'instabilité du financement et sous financement fréquent en raison de la concurrence avec les autres dépenses publiques</li> <li>Inefficacité due à l'absence de mécanismes incitatifs et de supervision publique efficace</li> </ul>
Assurance maladie publique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stabilité des recettes</li> <li>Bénéficie souvent d'un soutien fort de la population</li> <li>Accès à un large éventail de services</li> <li>Implication des partenaires sociaux</li> <li>Redistribution, au sein de la population couverte, entre risques élevés et risques faibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exclusion des pauvres, sauf s'ils sont subventionnés</li> <li>Les cotisations sociales sont susceptibles de peser sur la compétitivité et d'induire une hausse du chômage</li> <li>Complexité de la gouvernance et risque de non-respect des obligations redditionnelles</li> <li>Risque d'escalade des coûts, sauf si des mécanismes de contractualisation efficaces sont en place</li> </ul>
Régimes de micro-assurance et régimes communautaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permettent de toucher les travailleurs de l'économie informelle</li> <li>Permettent de toucher les segments de la population proches de la pauvreté</li> <li>Le contrôle étroit de la société limite les risques d'abus et de fraude et renforce la confiance dans le régime</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risque d'exclusion des pauvres, sauf s'ils sont subventionnés</li> <li>Risque de fragilité financière en l'absence de subventions nationales</li> <li>Couverture généralement limitée à un petit pourcentage de la population</li> <li>Forte incitation à la sélection adverse</li> <li>Parfois associés à un manque de professionnalisme en matière de gouvernance et d'administration</li> </ul>
Assurance maladie privée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Préférable aux paiements directs</li> <li>Améliore la protection financière et l'accès aux services de santé en faveur des personnes qui ont les moyens de payer</li> <li>Favorise la fourniture de soins de santé de meilleure qualité et un meilleur rapport coût/efficacité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coûts administratifs élevés</li> <li>Inefficace en termes de réduction des coûts pesant sur les systèmes de financement public de la santé</li> <li>Inéquitable si les primes ne sont pas subventionnées ou si le contenu et le prix de l'assurance ne sont pas réglementés</li> <li>Nécessite une infrastructure et des capacités administratives et financières</li> </ul>

En général, les *impôts* sont considérés comme une source de recettes efficiente et équitable pour le secteur de la santé. Ils sont susceptibles de permettre une mise en commun des risques au niveau national, pour l'ensemble de la population, ainsi qu'une redistribution d'une part entre risques élevés et risques faibles, d'autre part entre revenus élevés et revenus faibles. La fonction publique a un potentiel d'efficacité administrative et de maîtrise des coûts.

En revanche, la contribution des impôts au financement des soins de santé est en grande partie tributaire de la performance macroéconomique nationale et de la concurrence d'autres secteurs, de la qualité de la gouvernance, de la taille de l'assiette fiscale, et des ressources institutionnelles et humaines dont dispose le gouvernement pour recouvrer les impôts et superviser le système. Dans la pratique, les régimes gouvernementaux sont fréquemment sous financés en raison de la concurrence avec d'autres dépenses publiques, ce qui peut conduire à une pénurie de biens et de services, à des paiements illicites et à un manque d'efficacité de la gouvernance.

---

Le bon fonctionnement des *régimes publics d'assurance maladie* suppose des recettes stables, un soutien solide au sein de la population, la fourniture d'un large éventail de services, l'implication des partenaires sociaux et la redistribution au sein des groupes de risque et des groupes de revenu. Ce sont cependant des régimes administrativement complexes et qui peuvent présenter des problèmes de gouvernance et de respect de l'obligation redevable. De plus, d'un point de vue macroéconomique, les cotisations déduites des salaires risquent de réduire la compétitivité et de faire augmenter le chômage.

Si la couverture n'est pas universelle, l'assurance maladie publique risque en outre d'avoir un impact sur l'équité dans les pays où l'économie informelle occupe une place importante. Il convient de souligner que les soins de santé dispensés à la population active ne sont pas gratuits et que les entreprises et l'économie doivent payer leur part de cette charge financière. Dans le cas des régimes publics d'assurance maladie, le financement devrait s'appuyer sur un partage de l'apport financier entre les employeurs et les salariés. Pour certaines prestations particulières telles que les prestations de maternité, des règles spéciales peuvent s'appliquer, par exemple une couverture totale par des fonds publics, afin d'éviter que tel et tel groupe ne soit désavantagé.

Certains régimes tels que les *régimes d'assurance maladie communautaires ou privés* peuvent constituer des mécanismes efficaces pour recouvrer des cotisations non assises sur les salaires et réduire les coûts aux points de fourniture des services pour les personnes les plus pauvres. Ils sont cependant souvent confrontés à des problèmes de couverture et éprouvent de ce fait des difficultés à parvenir à une mise en commun suffisante des risques ; il leur est aussi souvent difficile d'organiser des affiliés originaires de différents groupes ethniques ainsi que de remplir leur mission avec les capacités de gestion et les ressources dont ils disposent.

On trouve également dans de nombreux pays des *régimes d'assurance maladie privés à but lucratif*, qu'il s'agisse de pays de l'OCDE ou de pays en développement tels que le Pérou et les Philippines (annexe II, tableau A2.2). S'ils ne sont pas subventionnés, ces régimes couvrent la partie la plus riche de la population sur la base de primes calculées en fonction des risques. Bien qu'ils offrent des services de meilleure qualité, ils sont souvent critiqués pour leur nature exclusive et le coût élevé de leur gestion.

Améliorer ces différentes approches et établir des liens entre elles pourraient permettre de pallier les inconvénients et d'optimiser les avantages de chacun des mécanismes de financement. Lors de l'élaboration d'un plan de couverture, il faudrait procéder à une évaluation permettant de déterminer quels sont les mécanismes les plus appropriés pour trouver, de façon équitable, des recettes suffisantes et durables afin de fournir à l'ensemble de la population des prestations adaptées ainsi qu'une protection financière. Cette évaluation étant spécifique à chaque pays, il n'existe pas de règle générale quant à la meilleure composition possible du portefeuille de sous-systèmes nationaux de financement de la santé qu'un pays devrait constituer. Il est toutefois conseillé de suivre un certain nombre de principes directeurs lors de la mise sur pied du système, au nombre desquels :

- la solidarité du financement, en fonction de la capacité à payer, et l'égalité d'accès à l'ensemble des services de santé. Cela implique la mise en commun des risques et le partage des cotisations à l'assurance maladie publique entre les salariés et les employeurs ; et
- l'intégration dans le système de l'ensemble des citoyens, sans aucune discrimination basée sur le sexe, l'ethnie, la religion, etc.

L'encadré 5.2 propose une liste de contrôle pour l'élaboration de la politique de financement de la santé.

### Encadré 5.2

#### Liste de contrôle : principales politiques de financement des soins de santé

- Mobilisation de ressources suffisantes pour atteindre les objectifs politiques.
- Mesures garantissant un engagement politique fort fondé sur le dialogue social et national.
- Amélioration de l'égalité et de la solidarité dans le financement par le partage des charges en fonction du niveau de revenus.
- Création de systèmes de péréquation des risques et de caisses de solidarité, selon que de besoin.
- Optimisation de la mise en commun des risques et réduction de la fragmentation.
- Instauration, dans les régimes d'assurance, de systèmes de subventions gouvernementales pour les pauvres et les travailleurs du secteur informel et leurs familles (subventions directes ou subvention des cotisations/primes).
- Réduction des paiements directs à leur minimum.
- Instauration de services payants en fonction de la capacité financière.
- Amélioration de la pérennité financière.
- Mesures garantissant un usage efficace et efficient des ressources.
- Utilisation d'une combinaison de mécanismes de financement de la santé afin de parvenir le plus vite possible à la couverture universelle et à un juste équilibre entre l'égalité, l'efficacité et la qualité des soins.

L'amélioration des mécanismes de financement de la santé et l'extension de la protection de la santé passent par l'augmentation des financements, en particulier des dépenses publiques de santé. Toutefois, dans de nombreux pays à revenu moyen ou élevé, le recouvrement des recettes sous forme de fonds publics et de cotisations se heurte souvent à des obstacles, les dépenses de santé étant perçues comme des coûts improductifs qui entravent le développement économique. Dans beaucoup de pays à faible revenu, l'espace budgétaire et les ressources nationales sont considérés comme trop limités pour garantir à la majorité de la population un accès aux services de santé. Garantir la viabilité financière suppose donc d'identifier d'autres sources de financement et modes de recouvrement. Certains pays ont décidé de recourir à des impôts sur la consommation, tels que les droits d'accises, comme source de financement supplémentaire. Il convient toutefois que les gouvernements veillent à ce que le produit de ces impôts affectés soient effectivement utilisés aux fins prévues et ne soit pas intégrés au budget général.

De plus, la mobilisation de ressources gouvernementales supplémentaires exige généralement que l'économie formelle fonctionne bien ; or, de nombreux pays à faible revenu ont un secteur économique informel très important. Ces dernières années, le pourcentage de l'offre totale de main-d'œuvre dans l'économie informelle n'a cessé de croître, en particulier en Asie (BAD, 2006). Ce constat vaut même dans les pays où l'économie formelle connaît une forte croissance.

L'augmentation de l'espace budgétaire est essentielle pour améliorer la pérennité des systèmes de protection sociale de la santé. Cela implique souvent des réformes de la politique publique et – pour les pays qui dépendent de l'aide internationale – une aide des donateurs sur de plus longues périodes. Les méthodes les plus efficaces pour augmenter l'espace budgétaire en réformant les politiques publiques consistent entre autres :

- à utiliser plus efficacement les dépenses publiques ;
- à renforcer l'efficacité des institutions publiques et de la fourniture des services ;
- à procéder à des réaffectations budgétaires ;

- à déployer davantage d'efforts pour améliorer le recouvrement des impôts et des cotisations ;
- à assurer une gestion efficace des fonds ; et
- à trouver de nouvelles sources de financement pour alimenter le budget national de la santé.

De telles approches nécessitent un engagement politique fort, la définition de priorités dans le but d'élargir la protection sociale de la santé et la résolution des problèmes de transparence et de respect de l'obligation redditionnelle. Dans ce contexte, il est essentiel de veiller à ce que la gestion soit démocratique et fondée sur une gouvernance tripartite. Il est également nécessaire d'adopter une approche participative de la gestion et de la gouvernance du système, basée sur le dialogue social et national entre les décideurs politiques, les partenaires sociaux, les groupes de la société civile, les assureurs publics et privés, les fournisseurs de soins de santé et les autres intervenants.

#### d. L'établissement de liens rationnels entre les sous-systèmes

Une autre stratégie envisageable pour optimiser les mécanismes de financement de la santé consiste à établir des liens financiers entre les différents régimes. Ces liens permettent d'obtenir un effet redistributif, par exemple par l'intermédiaire de subventions et de consolidations financières (en ayant recours, notamment, à des caisses de réassurance et de garantie).

Parmi les autres liens administratifs et de gouvernance figurent le partage des fonctions de gestion, le soutien mutuel dans les domaines de l'immatriculation et du recouvrement des cotisations/ primes, les audits et contrôles mutuels, la conclusion conjointe de contrats avec les fournisseurs et le partage de l'information.

Pour trouver des solutions viables lors de l'établissement de nouveaux liens entre les différents mécanismes de financement de la santé, il faut tester et évaluer les stratégies intégrées utilisées pour relier les régimes les uns aux autres et en assurer le suivi.

##### Encadré 5.3

###### Liste de contrôle : politiques d'établissement de liens rationnels entre les différents mécanismes de financement de la santé

- instauration de subventions ;
- mise sur pied de barèmes d'honoraires efficients ;
- institution d'un système de péréquation des risques et de caisses de solidarité, si nécessaire ;
- optimisation de la mise en commun des risques par l'augmentation du nombre de membres ;
- instauration, dans les régimes d'assurance, de subventions gouvernementales pour les pauvres et les travailleurs du secteur informel et leurs familles (subventions directes ou subventionnement des cotisations/des primes) ;
- adoption de mesures pour rendre obligatoire la couverture (par exemple partielle) des services de soins de santé dispensés aux pauvres par les assurances privées, les hôpitaux et autres établissements de santé ;
- encouragement à la création de caisses de réassurance et de caisses de garantie ;
- établissement de fonctions de gestion communes ;
- apport d'un soutien mutuel en matière d'immatriculation et de recouvrement des cotisations/ primes ;
- conclusions communes de contrats avec les réseaux de fourniture de services de santé ;
- création de systèmes d'audit et de contrôle mutuels.

## e. Conception de paniers de prestations adaptés aux besoins

Outre l'amélioration des mécanismes de financement de la santé, le plan de couverture devrait permettre l'élaboration de *politiques permettant d'offrir des paniers de prestations adaptés, y compris une protection contre les dépenses catastrophiques*.

En général, les problèmes de santé auxquels les paniers de prestations de la protection sociale de la santé cherchent à apporter des réponses varient selon que le pays est un pays à faible revenu, à revenu moyen ou à revenu élevé.

- Les pays à faible revenu sont principalement confrontés à des problèmes dans le domaine des soins de santé primaires, de la santé maternelle et infantile et des maladies infectieuses telles que le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.
- Les pays à revenu moyen sont confrontés au même problème que les pays à faible revenu dans le domaine des maladies infectieuses, auquel s'ajoutent des problèmes tels que les maladies cardiovasculaires, la toxicomanie et le tabagisme, rencontrés dans les pays à revenu élevé.
- Les pays à revenu élevé rencontrent des problèmes concernant les soins de longue durée aux personnes âgées, le traitement des maladies non transmissibles citées ci-dessus et les maladies liées au stress.

La définition des services couverts par les paniers de prestations et de la protection financière offerte devrait se faire sur la base d'un consensus issu de consultations larges avec l'ensemble des parties prenantes impliquées dans la protection sociale de la santé, en tenant compte des points de vue divergents de la profession médicale, des différents groupes de population – par exemple les pauvres, les personnes âgées, les minorités – et des autres acteurs. Le processus politique de définition des besoins en soins de santé doit donc comporter un dialogue national et social sur les priorités à fixer dans ce domaine.

### Encadré 5.4

#### Liste de contrôle : principales stratégies de définition de paniers de prestations adaptés aux besoins et d'une protection contre les dépenses catastrophiques

- mise en place de paniers de prestations complets et complémentaires, fournis par différents régimes, garantissant un niveau de services correspondant aux besoins et une protection du revenu ;
- adoption de mesures visant à faire accepter ces dispositions par les personnes protégées, les professionnels et les responsables politiques ;
- engagement de larges consultations avec l'ensemble des acteurs afin de parvenir à un juste équilibre entre équité et qualité ;
- résolution du problème de la pauvreté liée à la santé par la couverture des dépenses de santé catastrophiques (supérieures à 40% du revenu du ménage moins les dépenses de subsistance) ;
- couverture des paiements directs/des services payants pour garantir l'égalité d'accès ;
- adoption de mesures pour faire en sorte que les services soient appropriés, en mettant l'accent sur les besoins des patients en termes de quantité, d'adaptation et de qualité des services ;
- réduction des paiements directs à leur minimum ;
- fourniture d'un accès aux soins primaires, secondaires et tertiaires (via des systèmes d'orientation des malades), y compris les soins obstétricaux, les soins préventifs et les soins en relation avec le VIH/SIDA ;
- prise en charge des frais de transport, par exemple pour les groupes qui vivent dans des zones reculées ;
- instauration de prestations en espèces adaptées pour résoudre le problème de la perte de revenus.

Si la taille du panier de prestations résulte d'un arbitrage entre les coûts et la protection contre les risques, il est également recommandé de définir ce panier – y compris la protection financière – de manière à assurer un accès équitable à une gamme complète de services, conformément aux conventions et recommandations de l'OIT. Cette démarche pourrait consister à définir les soins de santé primaires, soins en établissement, soins préventifs et soins obstétricaux couverts, plutôt qu'un "panier de prestations minimum".

La nature et la taille du panier de prestations doivent correspondre à la politique générale de l'OIT, qui vise à garantir un accès universel aux soins à tout moment et en tous lieux. Le coût de ce panier de prestations ou le lieu de résidence d'un individu ne doivent pas avoir pour effet de l'empêcher d'accéder aux soins de santé. Les soins de santé doivent donc être dispensés dans le respect de la dignité et sans discrimination, en tenant compte des traditions et préférences locales.

Aux termes de la Convention de l'OIT (No.102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), les prestations en cas de maladie doivent comprendre au moins les soins de médecine générale, y compris les visites à domicile, les soins de spécialistes, la fourniture de produits pharmaceutiques et l'hospitalisation.

#### Encadré 5.5

##### Convention 102 / Article 10

Les prestations doivent comprendre au moins :

**a. en cas d'état morbide :**

- I. les soins de praticiens de médecine générale, y compris les visites à domicile ;
- II. les soins de spécialistes donnés dans des hôpitaux à des personnes hospitalisées ou non hospitalisées et les soins de spécialistes qui peuvent être donnés hors des hôpitaux ;
- III. la fourniture des produits pharmaceutiques essentiels sur ordonnance d'un médecin ou d'un autre praticien qualifié ;
- IV. l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire ;

**b. en cas de grossesse, d'accouchement et de leurs suites :**

- I. les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et les soins post-natals, donnés soit par un médecin, soit par une sage-femme diplômée ;
- II. l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire.

L'application des conventions et recommandations de l'OIT évite les inégalités d'accès aux services de santé entre les travailleurs de l'économie formelle et ceux de l'économie informelle ainsi qu'entre les riches et les pauvres. Toutefois, lors de la mise en œuvre et de l'extension des systèmes de protection sociale de la santé, il est dans certains cas nécessaire de prendre en compte les insuffisances des infrastructures ou le fait que certains services n'existent pas. Dans ce contexte, il est possible de limiter l'accès dans un premier temps – par exemple aux services déjà disponibles – et d'accorder un accès complet dans un second temps.

Étant donné que les dépenses de santé privées sont l'une des causes premières de l'appauvrissement, les paniers de prestations doivent être conçus de façon à réduire les paiements directs à leur minimum. Cela s'applique aussi aux pays à revenu élevé, où les dépenses en soins de longue durée représentent une proportion significative des paiements directs. Les politiques de l'OIT visant à assurer l'égalité d'accès aux services de santé font par conséquent référence au fait que les services couverts par les paniers de prestations

---

doivent répondre aux besoins et être complets et mentionnent la protection financière contre l'appauvrissement, en particulier celui dû à des dépenses de santé catastrophiques.<sup>10</sup>

Pour choisir les mécanismes qui permettront de promouvoir l'équité et l'accès aux services de santé, d'éliminer la pauvreté et d'améliorer la santé, il faudrait que les pays tiennent compte :

- du fait que le niveau effectif des dépenses de prestations a davantage d'importance que le choix des systèmes de financement (par exemple par l'impôt, les cotisations ou les primes) pour assurer l'équité, réduire la pauvreté et exercer des effets positifs sur la santé ;
- du fait que les prestations universelles et les prestations ciblées ont un impact différent sur l'équité : les prestations universelles contribuent davantage à l'équité qu'à la réduction de la pauvreté, tandis que les prestations ciblées réduisent davantage la pauvreté qu'elles ne renforcent l'équité.

#### **f. Améliorer l'efficacité institutionnelle et administrative**

Le plan de couverture pour l'extension de la protection sociale de la santé suppose également une amélioration de l'efficacité institutionnelle et administrative.

L'OIT entend y parvenir à travers la volonté politique, la transparence et la responsabilité économique. Ces trois principes ont trait à la bonne gouvernance et font partie intégrante de la conception et de la mise en œuvre de la stratégie. Pour l'Organisation, cette bonne gouvernance dans le domaine de la protection sociale de la santé correspond à un processus de prise de décision fondé sur :

- les cadres juridiques existants ;
- l'obligation redditionnelle ;
- la transparence ;
- l'efficacité et l'efficience ;
- l'équité et l'intégration de tous ;
- la participation et le consensus.

Les instruments utilisables pour favoriser une prise de décision participative et intégrant tous les acteurs sont notamment les conventions de l'OIT ainsi que le dialogue national et social. Dans ce contexte, l'OIT souligne en particulier l'importance de la gouvernance tripartite et de la participation de parties prenantes telles que les assurés et les membres de la société civile. L'Organisation souligne également qu'il est nécessaire que l'État assure une supervision des administrations concernées, des caisses et des assurances privées, et qu'il lui appartient de couvrir les déficits des régimes publics de protection de la santé.

Les instruments quantitatifs de l'OIT pour la gouvernance financière (boîte à outils du BIT, annexe III) ont pour fonction de permettre une assurance qualité et de suivre les progrès accomplis et les résultats. Ces outils sont notamment les suivants :

- la budgétisation sociale ;

<sup>10</sup> Définies comme les soins dont le coût dépasse les capacités de paiement d'un ménage.

- 
- les examens des dépenses et de la performance des systèmes nationaux de sécurité sociale (SPERS) ;
  - l'enquête sur la sécurité sociale ;
  - les outils STEP pour les assurances communautaires.

Pour que les critères de bonne gouvernance soient satisfaits, il doit impérativement y avoir *séparation financière et administrative* entre les caisses d'assurance maladie et les ministères de la Santé et du Travail. En règle générale, les recettes affectées à la protection sociale de la santé devraient être séparées du budget de l'État. Les cotisations ne doivent être utilisées que pour le financement des prestations de soins de santé et la gestion du régime et ne doivent pas servir à financer certaines fonctions du ministère de la Santé ; il est particulièrement important de veiller à ce que les cotisations aux régimes de protection de la santé ne soient pas utilisées pour la couverture d'autres risques.

Depuis quelque temps, la réorganisation de la protection sociale de la santé visant à réaliser des gains d'efficacité passe souvent par différentes formes de *décentralisation* des responsabilités, ces dernières étant transférées des gouvernements nationaux aux pouvoirs publics locaux et à d'autres institutions infranationales. Or le transfert correspondant de la charge financière vers le niveau local se révèle souvent difficile, les fonds transférés du niveau national pouvant être insuffisants, d'où un accroissement des inégalités d'accès, par exemple pour les pauvres (OCDE, 2006a). L'autre forme de décentralisation de la protection sociale de la santé concerne les régimes communautaires. Ceux-ci mobilisent des fonds supplémentaires au niveau local et fournissent une protection financière des paiements directs, en particulier pour les travailleurs du secteur informel et leurs familles (BIT, 2006d).

L'augmentation de l'efficacité concerne également *l'achat de services*. En général, la fourniture des services peut être organisée en faisant appel à des fournisseurs publics ou privés. Les mécanismes les plus efficaces d'achat de services sont les suivants :

- la budgétisation, par exemple le plafonnement des dépenses annuelles ;
- la conclusion de contrats avec les fournisseurs et l'accréditation des fournisseurs en fonction de leurs performances ; et
- l'adoption de méthodes de rémunération des fournisseurs tels que le versement d'un salaire, la rémunération à la capitation, le paiement par groupe de pathologies et le paiement à l'acte.

De plus, les caisses – par exemple l'assurance maladie publique – peuvent agir en tant qu'acheteurs. Ce faisant, elles procèdent à un transfert de pouvoir (financier) du côté de l'offre vers le côté de la demande. Ce transfert pourrait avoir pour conséquence des changements importants dans la disponibilité et l'accessibilité économique des services, en particulier pour les couches les plus pauvres de la population.

#### Encadré 5.6

##### Liste de contrôle : principales politiques d'amélioration de l'efficacité institutionnelle et organisationnelle

- assurer une bonne gouvernance fondée sur une gestion efficace, sur la transparence et sur le respect des obligations redditionnelles ;
- concevoir des régimes d'assurance basés sur une gouvernance tripartite de caisses d'assurance maladie indépendantes et quasi autonomes réglementées par la législation publique, les gouvernements, les partenaires sociaux et d'autres intervenants ;
- réduire les coûts administratifs à leur minimum ;
- mettre sur pied un processus participatif pour la prise de décisions relatives à l'élaboration des politiques et à la mise en œuvre de la protection sociale de la santé, en impliquant dans ce processus les principaux acteurs du secteur tels que le gouvernement, les partenaires sociaux, les représentants des assurés et de la société civile, aux niveaux national, régional et/ou local ;
- décentraliser les structures organisationnelles afin d'alléger la charge des gouvernements et d'améliorer la réactivité ;
- instaurer des systèmes d'orientation des malades servant de dispositifs de filtrage à l'entrée du système de santé ;
- recourir à des méthodes d'achat appropriées en appliquant des mesures d'incitation pour améliorer la qualité et réduire l'offre excédentaire ;
- acheter aussi bien auprès du secteur public que du secteur privé ;
- adopter une réglementation applicable aux assureurs privés, y compris à l'assurance maladie facultative ;
- faire appliquer les règles en vigueur.

### iii. Le renforcement des capacités nationales de mise en œuvre

Dans ce contexte, le renforcement des capacités consiste en particulier à former le personnel et à renforcer les capacités dans les domaines de la conception, de la mise en œuvre, du suivi, du développement du savoir – par exemple à travers la recherche et les échanges d'expériences.

Le renforcement des capacités administratives à travers la formation et la création de structures et procédures efficaces est l'une des principales activités préalables à la mise en place d'une protection sociale de la santé durable. La réussite de la mise en œuvre d'une réforme, de même que l'efficacité du suivi, la bonne gouvernance et la fiabilité de la fourniture des services, dépendent du niveau de formation du personnel, de son efficacité et de son implication.

En outre, le renforcement de la capacité technique et administrative institutionnelle est essentiel pour s'assurer que les conditions nécessaires sont réunies pour garantir la viabilité des régimes nationaux de sécurité sociale et leur capacité à répondre aux besoins de leurs membres. Ce renforcement contribuera à améliorer la conception, la mise en œuvre et l'expérimentation de systèmes de protection sociale et à garantir ainsi leur viabilité.

Aujourd'hui, cependant, de nombreux pays en développement manquent de personnel suffisamment formé pour assurer la réussite de l'extension de la protection sociale de la santé. Il est particulièrement important de bien former les administrateurs censés appliquer les réformes en question.

De plus, le renforcement des capacités techniques des pouvoirs publics, des partenaires sociaux et des autres intervenants est vital pour la gouvernance et la supervision. Les données relatives à de nombreux pays prouvent que pour réussir à étendre la protection sociale de la santé aux pauvres, il faut parvenir à un consensus entre les différents niveaux

---

et entités de gouvernement, les partenaires sociaux, la société civile et les autres intervenants. Vu la diversité des intérêts de ces différents acteurs, obtenir le soutien nécessaire est une tâche extrêmement complexe et ardue. La situation devient souvent difficile lorsque les parties prenantes et les partenaires sociaux ont l'impression qu'ils ont été ignorés dans le processus de conception et de fourniture de la protection sociale de la santé, que leurs préoccupations n'ont pas été comprises ou que la qualité et l'ampleur du processus participatif de prise de décision ont été limitées.<sup>11</sup> Il peut en résulter un manque de soutien pour la mise en œuvre, le contrôle et le financement, ainsi que le respect des nouvelles lois et réglementations, ce qui peut conduire à un échec complet de réformes importantes, parfois même après que les obstacles parlementaires ont été levés.

Il est donc important de renforcer les capacités techniques des pouvoirs publics, des partenaires sociaux et des autres parties prenantes et d'améliorer leur participation au dialogue social et national. On peut y parvenir grâce à une formation appropriée dispensée à un niveau tripartite voire plus large encore.

<sup>11</sup> La récente expérience de l'assurance maladie publique au Kenya en est une excellente illustration : "Ngilu's fit of fury", *The Standard* (Kenya), 16 novembre 2004.



---

## 6. Conclusion

Les pays développés et les pays en développement se trouvent face à des défis qui ont des conséquences directes sur la fourniture d'une protection sociale de la santé. Les pays à revenu élevé sont confrontés, en ce qui concerne la couverture, à des problèmes imputables au vieillissement de la population, à une pénurie de professionnels de santé et à l'augmentation de la prévalence des maladies liées au mode de vie. Les pays à faible revenu et à revenu moyen sont, quant à eux, pénalisés par la faiblesse des dépenses publiques, par l'insuffisance de la couverture de la population pauvre et de l'accès de cette population aux services de santé, ainsi par le montant élevé des paiements directs et les effets pervers du cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté.

L'accès aux services de santé est un indicateur d'impact de la protection sociale de la santé. À l'échelle mondiale, les données présentent des limites qui empêchent de calculer avec précision les déficits d'accès. La mesure du *déficit d'accès mondial* constitue une première démarche de l'OIT pour essayer de quantifier les disparités d'accès aux services de santé à l'aide d'indicateurs de substitution, en l'occurrence la densité de professionnels de santé et le nombre de naissances ayant lieu avec l'assistance de professionnels de santé qualifiés. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide de ces indicateurs de substitution et des indices de pauvreté humaine et de développement humain. Il ressort de l'analyse réalisée à l'aide de l'IDH et du déficit d'accès basé sur la densité de professionnels de santé en utilisant la Thaïlande comme référence, qu'un tiers de la population mondiale n'a pas accès aux soins de santé.

Globalement, les données montrent qu'il n'existe pas une approche unique pour garantir une protection contre les risques financiers et les risques liés à la santé. Les pays développés comme les pays en développement emploient simultanément divers mécanismes de financement de la santé pour tenter de parvenir à offrir une couverture universelle à l'ensemble de la population en garantissant des paniers de prestations adaptés.

La stratégie de l'OIT relative à *la rationalisation de l'utilisation de mécanismes de financement pluralistes pour parvenir à une couverture universelle* par la protection sociale de la santé a pour but d'accélérer l'obtention d'une couverture universelle, de promouvoir et favoriser l'équité et de contribuer à l'action générale engagée par la communauté internationale pour lutter contre la pauvreté et améliorer la santé. Cette stratégie s'appuie sur le leitmotiv central de l'OIT : l'intégration de tous les sous-systèmes de couverture et de financement en vigueur dans un pays en un seul système national pluraliste pragmatique, dès lors que les sous-systèmes existants et le système dans son ensemble remplissent un certain nombre de critères en termes de résultats et de méthodes.

Le système devrait être conçu de façon à :

- permettre de parvenir à une couverture universelle de la population dans un délai réaliste ;
- offrir, de façon efficace et efficiente, des paniers de prestations correspondant aux besoins, y compris une protection financière pour tous, sans pour autant qu'il s'agisse obligatoirement de paniers de prestations uniformes ;
- prévoir un mécanisme de gouvernance qui consacrerait la responsabilité générale du gouvernement dans la gestion de l'ensemble du système mais dans lequel seraient également impliqués les personnes couvertes, les "financeurs" du système (cotisants et contribuables, y compris les employeurs et les travailleurs de l'économie formelle et informelle) et les fournisseurs de soins ;

- 
- être abordable sur le plan budgétaire et économique ;

Un cadre sur lequel s'appuyer pour élaborer la stratégie de l'OIT a été fourni ; il comprend l'évaluation des déficits de couverture et d'accès, l'établissement d'un plan national de couverture et le renforcement des capacités nationales de mise en œuvre. Ces éléments sont les piliers sur lesquels s'appuie l'approche adoptée en matière de protection sociale de la santé.

Cette stratégie fait partie de la stratégie du travail décent de l'OIT et de la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous. Elle s'appuie sur des analyses approfondies de l'ampleur de la couverture par la protection sociale de la santé et des déficits d'accès aux services de santé. Le BIT, en coopération avec d'autres institutions (en particulier le Consortium BIT-OMS-GTZ pour la protection sociale en matière de santé), propose aux gouvernements et autres acteurs du domaine de la protection sociale de la santé une boîte à outils complète et une base de données sur la protection sociale de la santé et offre son appui pour pallier les insuffisances et remédier aux limites. L'OIT est convaincue que la stratégie proposée peut conduire à la couverture universelle pour tous.

## Annexe I

### Expériences nationales : aperçu général

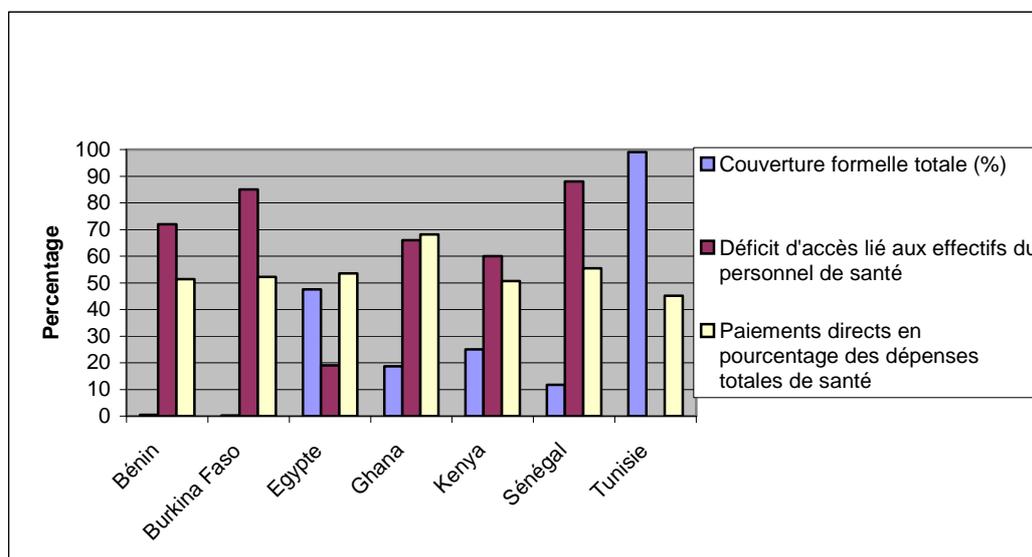
On trouvera dans cette partie du rapport une sélection d'expériences nationales récentes en matière d'extension de la protection sociale de la santé dans des pays d'Afrique, Asie, Europe et Amérique latine.

#### a. Afrique

Cette partie brosse un panorama des systèmes de protection de la santé d'une sélection de pays d'Afrique, en s'attachant plus particulièrement à décrire les tendances dans ce domaine. Les études de cas présentées concernent le Bénin, le Burkina Faso, l'Égypte, le Ghana, le Kenya, le Sénégal et la Tunisie. L'expérience de certains pays africains en matière de régimes d'assurance maladie communautaires mérite une attention particulière.

La figure A.1 fait ressortir les différences et les points communs entre les pays d'Afrique sélectionnés en termes de couverture, de déficit d'accès et de paiements directs. En règle générale, les paiements directs sont très élevés dans la région, représentant plus 45% des dépenses de santé totale dans tous les pays étudiés – et plus de 68% au Ghana. De même, le déficit d'accès basé sur les effectifs du personnel de santé s'établit à 60% au moins dans tous les pays, exception faite de l'Égypte qui affiche un déficit faible, de 19%, par rapport aux autres pays. La couverture formelle totale varie de 0,2% au Burkina Faso à une couverture quasi universelle en Tunisie, l'Égypte occupant une place intermédiaire avec 47%.

Figure A.1. Comparaison de quelques pays d'Afrique



Source : Annexe II, tableau A2.2

#### Bénin

Selon l'examen des dépenses et de la performance des systèmes de protection sociale (SPER) au Bénin conduit par le BIT (BIT/STEP, 2006e ; voir aussi, Affo-Massim Ouali et al., 2004), 6,21% de la population active du pays perçoit une pension de retraite et 0,5% bénéficie d'une couverture des soins de santé. (tableau 1). La sécurité sociale des travailleurs salariés des secteurs semi-public et privé est gérée par la Caisse nationale de

sécurité sociale (CNSS). Elle couvre les pensions de vieillesse et d'invalidité, les prestations familiales, les accidents du travail et les maladies professionnelles, la maternité et les prestations de survivants.

Au Bénin, il existe une multitude de mécanismes de protection sociale de la santé qui peuvent, schématiquement, être classés dans trois catégories. Premièrement, il existe un régime public non contributif, couvrant environ 33 000 fonctionnaires et leur famille, soit environ 200 000 personnes – ou 2,95% de la population. Les fonctionnaires sont couverts à 80% pour les soins de santé (à l'exception des dépenses de pharmacie), perçoivent une pension de vieillesse du Fonds national de retraite du Bénin (FNRB) et des prestations familiales.

Deuxièmement, les régimes du secteur privé qui s'adressent aux travailleurs employés sur le marché du travail formel couvrent environ 45 000 travailleurs, soit environ 270 000 bénéficiaires, ou 3,98 % de la population. La sécurité sociale destinée aux salariés des secteurs semi-public et privé est gérée par la CNSS. Elle est obligatoire et sert des pensions d'invalidité et de vieillesse, des prestations familiales, des prestations d'accident du travail et de maladie professionnelle, de maternité et de survivants.

Troisièmement, certains travailleurs de l'économie informelle sont couverts par des *mutuelles de santé*, qui se sont rapidement développées au Bénin depuis leur apparition, en 1994. Elles sont généralement de taille modeste (comptant 200 à 1000 bénéficiaires, soit environ 10% des habitants des communautés où elles existent) et proposent une adhésion à un coût faible (entre 100 et 500 francs CFA). La récupération des coûts dans le cadre de ces régimes est estimée à 45 à 55%. Plus de 100 régimes de micro-assurance ont été mis en place et couvrent, d'après les estimations, environ 100 000 personnes. Ces régimes sont administrés par leurs membres et leur fonctionnement repose sur le principe de la solidarité. En outre, il existe également une organisation faîtière – le *Réseau Alliance Santé* – qui apporte une assistance technique et un soutien financier aux mutuelles (gestion technique et financière, traitement des demandes de prise en charge, organisation de leur assemblée générale) et qui possède un fonds de garantie ainsi qu'un fonds de réassurance. Les *mutuelles* affectent 10 % des cotisations qu'elles collectent au financement des services du *Réseau Alliance Santé* (Churchill, 2006).

**Tableau 1. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé au Bénin**

Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé au Bénin	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	0,5
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	72
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	4,4
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	51,4
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	79,3

Source : annexe II, tableau A2.2.

## Burkina Faso

Au Burkina Faso, les régimes de sécurité sociale formelle (BIT/STEP, 2006e) assurent moins de 10% de la population totale et ne couvrent que les pensions de vieillesse, les accidents du travail et la maternité. La couverture formelle totale est estimée à 0,2%, le déficit d'accès lié aux services de santé est très élevé, à 85%, tout comme la part des paiements directs dans les dépenses totales de santé, qui s'établit à 52,2% (tableau 2).

Depuis les années 90, de nouvelles initiatives visant à garantir une protection sociale ont été lancées, en particulier les *mutuelles de santé*, les *caisses de solidarité*, les *systèmes de prépaiement*, l'*assurance santé-crédit*. En 2003, plus d'une centaine de mutuelles d'assurance maladie, de régimes de micro-assurance et d'autres régimes existaient dans le pays. Ces initiatives sont étroitement supervisées et fortement soutenues par l'État à travers la *Direction pour la mutualité* au sein du ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale.

En 2006, le gouvernement a lancé une campagne nationale sur la protection sociale et la gestion des risques, qui a réaffirmé le rôle de la micro-assurance et conforté son objectif d'extension des services à la population de l'économie informelle, dans le cadre de la stratégie nationale. Cette stratégie consiste à réformer en profondeur les mécanismes de sécurité sociale formelle existants afin d'améliorer leur gestion. En outre, les régimes de micro-assurance ont bénéficié d'un soutien important afin de pouvoir augmenter leurs taux de couverture à travers la mise en œuvre de projets pilotes, dans les zones rurales et urbaines, à l'intention des exploitants agricoles et des travailleurs de l'économie informelle.

**Tableau 2. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé au Burkina Faso**

Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	0.2
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	85
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	5.6
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	52.2
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	98.1

Source : annexe II, tableau A2.2.

## Égypte

Le système de soins de santé égyptien (Normand et Weber, 2007) est un système essentiellement public et financé par l'impôt, avec un secteur d'assurance sociale peu important mais établi de longue date et quelques systèmes de financement et de fourniture de soins privés.

L'ensemble de la population peut bénéficier d'un certain degré de protection de la santé par le système public, mais la couverture effective totale est de 47,6% de la population (tableau 3). L'assurance sociale couvre 8,4% de la population (de 3,4% seulement dans le secteur où le taux de couverture est le plus faible à 12,7% dans celui où il est le plus élevé).

Au nombre des prestations offertes figurent les soins de santé primaires, les consultations hospitalières ambulatoires, les soins dentaires, les médicaments, l'appareillage médical, les soins hospitaliers et même l'évacuation lorsque des actes de chirurgie spécialisée sont indispensables.

Les services sont fournis à la fois par des prestataires publics et privés. Les soins ambulatoires sont pour l'essentiel dispensés par des médecins privés qui travaillent dans leurs propres locaux ou dans des cliniques publiques ou privées sous contrat avec l'assurance sociale. Les prestataires privés sont rémunérés à l'acte – ce qui explique peut-être en partie que les paiements directs ne représentent pas moins de 53,5% des dépenses totales de santé (tableau 3). Les soins hospitaliers sont essentiellement dispensés dans des hôpitaux appartenant à l'Organisation de l'assurance santé (OAS).

L'assurance maladie publique est financée par des cotisations égales à 4% du salaire, payées à 75% par les employeurs et 25% par les salariés. Les retraités cotisent à raison de 1% et les veufs et veuves à raison de 2% de leurs revenus. Pour les fonctionnaires, les taux de cotisation sont de 1,5% pour l'État et 0,5% pour le fonctionnaire. Le revenu qui entre dans l'assiette des cotisations est plafonné et des tickets modérateurs peu élevés sont appliqués pour l'utilisation des services. L'OAS est subventionnée par le régime d'indemnisation des accidents du travail.

Les prestations fournies par l'assurance sociale sont six à sept fois plus importantes que celles offertes par les services de santé de l'État. Les dépenses de l'OAS concernent pour moitié les médicaments et pour un tiers la gestion et l'exploitation de ses propres installations.

Il est prévu d'élargir la couverture à davantage de professions, aux personnes à charge et à certains travailleurs non salariés, ce qui la porterait à environ 35% de la population. La principale contrainte en la matière est l'insuffisance des capacités administratives nécessaires au développement du régime dans ces secteurs qui posent davantage de difficultés.

**Tableau 3. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en Égypte**

Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	47.6
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	19
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	5.8
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	53.5
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	93.2

Source : annexe II, tableau A2.2.

## Ghana

L'économie du Ghana est surtout agraire, avec un secteur agricole dominant en termes d'emplois, de recettes et de recettes d'exportation. (BIT, 2005a). En 2005, le Ghana a affiché une croissance réelle de son PIB de 5,9%, à la fois solide et diversifiée, et un déficit budgétaire estimé à 2% du PIB. En 2003, les dépenses totales de santé ont représenté 4,5% du PIB et 68% d'entre elles environ étaient des paiements directs privés (tableau 4). Les dépenses totales de santé par habitant ont représenté 98 \$EU. Le Ghana est subdivisé en 10 régions et 110 districts décentralisés qui constituent le niveau de gouvernement de base.

Le Service national de santé a été instauré en 1957 selon le modèle britannique. Chacun a alors bénéficié d'un accès gratuit aux soins dispensés par des installations de santé publiques ; toutefois, ce système s'est révélé financièrement insupportable lorsque les performances économiques du pays se sont dégradées. Pour éviter que ce système financé par des fonds publics ne s'effondre, des tickets modérateurs ont été introduits en 1985, puis, en 1992, un système de « libre service » a été mis en place. L'introduction de services payants a eu pour effet de limiter l'accès aux soins, de dissuader la population d'utiliser les services de santé et d'exclure les plus pauvres. Au début des années 90, des organisations mutualistes de santé/des régimes d'assurance maladie communautaires ont été créés avec l'aide des donateurs et organisations d'aide au développement afin de permettre aux citoyens dépourvus de couverture formelle ou touchés par l'instauration de services payants d'accéder aux soins et à une protection financière. Près de dix ans plus tard, ces régimes s'étaient multipliés et couvraient d'importants segments de la population.

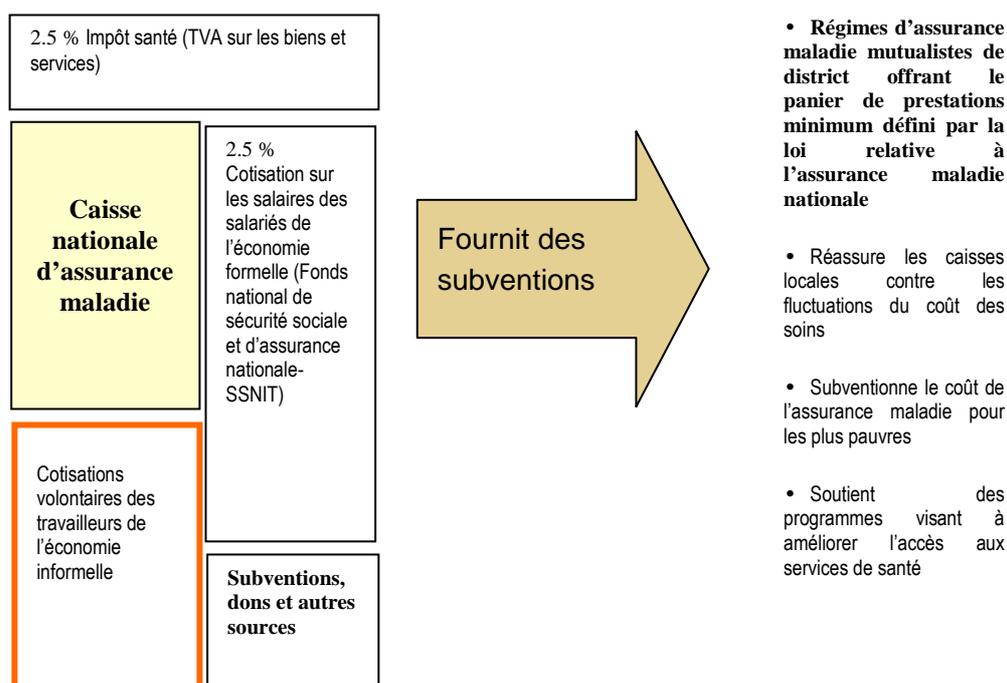
Du fait que le financement reposant sur les paiements directs (« libre service ») excluait de nombreux pauvres de l'accès aux soins de santé, le gouvernement du Ghana a décidé de le supprimer et de le remplacer par un système national d'assurance maladie. Le régime national d'assurance maladie (National Health Insurance System, NHIS) a été créé par une loi adoptée par le Parlement en 2003 et entrée en vigueur en novembre 2004. Il a vocation à mutualiser les risques, à alléger la charge financière individuelle et à garantir de meilleurs taux d'utilisation, les patients n'ayant plus à acquitter les soins sur le lieu de fourniture. L'objectif officiel du NHIS est de parvenir à couvrir au moins 50 à 60% des résidents du Ghana dans les cinq à dix prochaines années.

Ce système est coordonné et supervisé par le Conseil national de l'assurance maladie qui administre, entre autres, la Caisse nationale d'assurance maladie. La Caisse est financée par le produit des cotisations du Fonds de sécurité sociale et d'assurance nationale (Social Security National Insurance Trust, SSNIT) (2,5%), par l'impôt d'assurance santé (2,5%), par des subventions, dons et autres sources et par les cotisations volontaires des travailleurs de l'économie informelle (figure A.2). La cotisation s'élève à 72 000 cedis par adulte et à 144 000 cedis par famille comptant cinq membres.

Les fonds sont constitués à 77% par l'impôt santé et à 23% par la contribution du SSNIT. Ils sont ensuite affectés aux régimes d'assurance mutualistes de district qui offrent les prestations de santé minimum prévues par la loi, réassurent les caisses de district contre les fluctuations du coût des soins, subventionnent les dépenses de santé des plus pauvres et soutiennent des programmes visant à améliorer l'accès aux services de santé.

Malgré sa volonté de réforme et les mesures déjà adoptées, le Ghana rencontre d'énormes problèmes pour étendre la protection sociale de la santé à l'économie informelle et aux zones rurales. Il doit non seulement étendre la couverture (qui s'établit actuellement à 18,7% seulement environ), mais aussi faire face à un déficit de personnel de 66% et au fait que les paiements directs représentent 68% des dépenses totales de santé (tableau 4). Outre les contraintes financières, l'une des principales difficultés réside dans l'insuffisance des liens entre les régimes de soins de santé nationaux et communautaires.

**Figure A.2. Sources de financement du régime national d'assurance maladie du Ghana**



Le Ghana applique progressivement des mesures ciblées pour résoudre ces problèmes en utilisant différentes stratégies, en étudiant l'expérience acquise par les districts en matière d'extension de la sécurité sociale et en tirant parti de cette expérience. La création du NHIS est une première étape essentielle pour la stratégie d'extension et les interventions aux niveaux des provinces et des districts. L'approbation de la Caisse nationale d'assurance maladie, en 2005, a créé l'espace budgétaire qui garantira la viabilité financière du régime.

En outre, la stratégie de réduction de la pauvreté du Ghana (Ghana Poverty Reduction Strategy, GPRS) témoigne de la volonté du gouvernement de garantir l'accès aux soins en améliorant les services de santé essentiels pour la population pauvre. Cette stratégie a notamment pour objectif de "combler les lacunes dans l'accès à la santé, à la nutrition et aux services de planification familiale, en mettant en place des dispositifs de financement appropriés qui protègent les pauvres et en renforçant l'efficacité de la fourniture des soins" (Ghana, 2003).

**Tableau 4. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé au Ghana**

Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	18,7
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	66
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	4,5
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	68,2
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	100

Source : annexe II, tableau A2.2.

## Kenya

Depuis sa création, le système de santé du Kenya a été financé par les recettes publiques (OMS/GTZ/BIT/KfW/DFID, 2004). Le Kenya a été le premier pays d'Afrique à mettre en place une assurance maladie obligatoire, en 1966. À l'origine, seuls les travailleurs salariés et leurs familles étaient tenus de s'affilier, mais en 1972, le programme a été étendu pour s'appliquer aux non-salariés. Plus récemment, des groupes organisés et des retraités ont été autorisés à adhérer à titre facultatif. Malgré cette extension progressive, le régime ne compte qu'1,5 million de membres et 8 millions de personnes à charge, ce qui, en février 2007, représentait environ 25% de la population (tableau 15). Le montant des primes dépend du revenu et est fixé par famille, s'échelonnant entre 30 et 320 shillings du Kenya par mois pour les travailleurs du secteur formel et 160 shillings du Kenya pour les retraités et les travailleurs du secteur informel. Le régime couvre les soins hospitaliers et la plupart des hospitalisations pendant un nombre défini de jours. Toutefois, les paiements directs sont encore très fréquents et représentent 50,6% des dépenses totales de santé (tableau 5).

En 2004, la législation relative à la Caisse nationale publique d'assurance maladie (National Social Health Insurance Fund, NSHIF) a été soumise au Parlement. Elle propose de créer un régime d'assurance obligatoire dont les cotisations sont basées sur le principe de la solidarité et sont liées aux revenus et qui a pour but de couvrir l'ensemble de la population. Le nouveau régime va reprendre l'infrastructure du système d'assurance existant. Le but de la réforme proposée est de parvenir à une couverture universelle et donc de garantir à l'ensemble de la population des soins de santé adaptés à un coût abordable. En agréant et rémunérant les fournisseurs de soins privés, il devrait également regrouper les secteurs public et privé en une seule structure faîtière de financement. Toutefois, la loi sur l'assurance maladie publique n'a pas encore été approuvée, et l'on ne sait toujours pas quand elle le sera.

La Caisse nationale d'assurance hospitalière en place (National Hospital Insurance Fund), qui donnera naissance à la future NSHIF, a déjà apporté des améliorations considérables au système actuel. Parmi ces améliorations figurent notamment l'agrément des fournisseurs privés et publics et l'instauration de mesures financières d'incitation ayant pour but de relever le niveau de qualité des services.

**Tableau 5. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé au Kenya**

Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	25
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	60
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	4,3
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	50,6
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	82,6

Source : annexe II, tableau A2.2.

## Sénégal

Au Sénégal (Asfaw, 2004 ; Wade, 2007), 12 à 17% seulement de la population sont couverts par des régimes de sécurité sociale obligatoires, en l'occurrence les salariés du secteur privé, d'une part et les fonctionnaires et personnes à leur charge, d'autre part. Les travailleurs du secteur rural et ceux de l'économie informelle (70 à 80% de la population) ne bénéficient d'aucune forme de protection sociale organisée, sauf s'ils sont membres d'une mutuelle (de santé). La population pauvre (qui représente 10 à 20% de la population totale) est elle aussi exclue de toute couverture dans la mesure où les programmes d'assistance sociale ne fournissent que très peu de prestations, et de façon irrégulière. De surcroît, les paiements directs constituent une part importante des dépenses totales de santé, soit 55,5%, et le déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé représente 88% de la population (tableau 6).

L'extension de la protection sociale à la population non couverte est l'une des principales priorités du gouvernement sénégalais et de nombreuses mesures ont été prises à cette fin au niveau politique :

- en 2003, le Comité national du dialogue social a été créé pour élaborer une stratégie visant spécifiquement à traiter les problématiques liées à l'extension de la sécurité sociale ;
- en avril 2004, le Sénégal a lancé la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous ;
- en décembre 2004, le Syndicat national des travailleurs des transports routiers du Sénégal (SNTTRS) a inclus la question de la protection sociale dans ses revendications ;
- le Sénégal a également accueilli à Dakar (25-27 octobre 2005) la Conférence de l'OIT intitulée "L'organisation des travailleurs en vue du travail décent et de la protection sociale dans l'économie informelle de l'Afrique : s'affranchir de la pauvreté", qui a rassemblé des représentants de syndicats africains autour du thème de l'extension de la sécurité sociale à l'économie informelle ;
- cette priorité s'est également traduite par l'adoption, en juin 2004, de la nouvelle Loi sur l'agriculture (Loi d'orientation agro-sylvo-pastorale), qui dispose que le

gouvernement devrait concevoir et mettre en œuvre un régime de sécurité sociale pour la population rurale, qui représente plus 50% de la population du pays (5 millions de personnes) ;

- appliquant son Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP), le Sénégal a révisé la stratégie et la politique de protection sociale pour améliorer la couverture des travailleurs de l'économie formelle et informelle, en particulier pour étendre la sécurité sociale aux personnes qui en sont encore exclues. La nouvelle stratégie nationale de protection sociale est le troisième pilier du CSLP ; elle a été présentée et adoptée lors de la réunion régionale Banque mondiale/Banque africaine de développement sur les CSLP (Tunis, juillet 2005). L'objectif recherché est de faire passer le taux de couverture par l'assurance maladie de 20 à 50% de la population totale d'ici à 2015.

Dans le droit fil de ces initiatives, divers projets sont également en cours d'application pour étendre la sécurité sociale aux travailleurs du secteur rural et à ceux de l'économie informelle ; ces projets reposent sur un nouveau type de régime qui comprend une structure centralisée au niveau national mais s'appuie sur des sections communautaires au niveau local (organisées par zone géographique ou par profession). Toutefois, l'extension de la couverture à la population employée dans l'économie informelle reste encore très problématique.

**Tableau 6. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé au Sénégal**

Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	11,7
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	88
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	5,1
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	55,5
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	95,3

Source : annexe II, tableau A2.2.

## Tunisie

La Tunisie mène une politique de santé globale, qui est axée à la fois sur des mesures orientées vers l'offre et sur des mesures orientées vers la demande et qui vise à établir des liens entre le secteur de la santé et les plans nationaux de développement économique. Globalement, l'État occupe une place de premier plan dans l'offre d'infrastructures de santé, d'équipement spécialisé, de médicaments, de mesures de prévention, de formation, de recherche et d'assurance maladie publique. La Tunisie est bien dotée en infrastructures de santé, 90% de la population vivant à moins de 5 Km d'un établissement de santé de base. Le nombre de médecins a connu une hausse constante, la densité médicale s'établissant à 1 médecin pour 968 habitants en 2007. La Tunisie a également investi dans l'industrie pharmaceutique, produisant actuellement 46 % des médicaments qu'elle consomme.

La Tunisie dispose de l'un des systèmes de protection de la santé les plus performants des pays en développement et a réalisé des avancées remarquables eu égard à plusieurs indicateurs de santé, notamment en ce qui concerne les maladies transmissibles et la mortalité maternelle et infantile. Ainsi, la mortalité infantile est passée de 51,2 pour mille en 1984 à 18,4 pour mille en 2007. L'espérance de vie à la naissance est passée de 68 à 74,2 ans au cours des vingt dernières années et le taux de vaccination des enfants est de

100%. Au cours de la même période, les dépenses sociales totales sont passées de 44 à 56,2% du budget public et les dépenses de santé ont été multipliées par sept. D'après les estimations des Nations Unies, la Tunisie est bien engagée pour atteindre tous les OMD avant 2015.

Depuis la fin des années 50, deux Tunisiens sur trois (Achouri, 2007 ; Asfaw, 2004) sont assurés par des régimes publics ou privés qui garantissent une sécurité sociale aux fonctionnaires et agents du secteur public (Caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale, CNRPS) et aux travailleurs du secteur privé (Caisse nationale de sécurité sociale, CNSS). Il existe 12 régimes au total, organisés par catégorie professionnelle. En outre, l'État permettant à la population pauvre et à faibles revenus ainsi qu'aux personnes handicapées d'accéder gratuitement aux soins dans les établissements publics gérés par le ministère de la Santé, la Tunisie offre une couverture quasi universelle (tableau 7). En outre, un cadre réglementaire favorable a été mis en place pour les entreprises privées et les entités publiques qui souhaitent offrir à leurs salariés une assurance maladie complémentaire privée couvrant les mêmes prestations que l'assurance publique.

Dans les années 90, le système d'assurance maladie tunisien a été confronté à une série de problèmes et de difficultés en termes d'efficacité, de qualité, d'équité et de satisfaction des parties prenantes et des usagers. La répartition des cotisations entre employeurs et salariés n'était pas équitable – à noter également que les paiements directs restent relativement élevés, puisqu'ils représentent 45,1% des dépenses totales de santé (tableau 7).

La réforme en cours de l'assurance maladie (1994) poursuit deux grands objectifs : le premier est l'harmonisation des prestations proposées par les différents régimes d'assurance maladie et la création d'un organisme d'assurance obligatoire unique, la *Caisse Nationale d'Assurance Maladie* (CNAM) ; le second est l'instauration de régimes complémentaires facultatifs pour couvrir les paiements directs actuellement non pris en charge. Les réformes engagées font passer le citoyen au premier plan et accordent de l'importance au dialogue social et national et aux processus participatifs.

Aujourd'hui, le débat national est axé sur des problématiques telles que la couverture du panier de prestations, la maîtrise des coûts (y compris les méthodes de rémunération des fournisseurs), l'assurance qualité, les procédures de gestion, la réglementation et les directives générales.

**Tableau 7. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en Tunisie**

Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	99
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	-
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	5,4
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	45,1
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	83

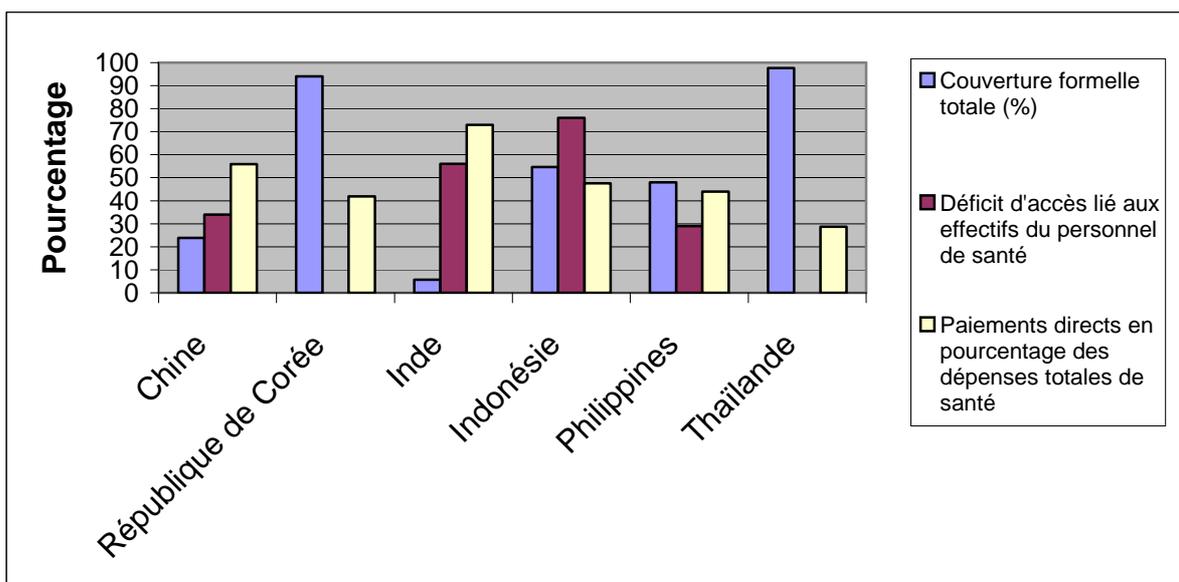
Source : annexe II, tableau A2.2.

## b. Asie

Cette partie brosse un panorama des systèmes de protection de la santé de la Chine, de la République de Corée, de l'Inde, de l'Indonésie, des Philippines et de la Thaïlande. Comme en témoigne la figure A.3, ces pays sont très différents les uns des autres, de même que leur situation en matière de protection de la santé. La République de Corée et la Thaïlande

sont emblématiques de pays qui obtiennent de bons résultats malgré des ressources relativement faibles, la couverture étant quasi universelle dans un cas comme dans l'autre. Néanmoins, les paiements directs sont plutôt élevés en République de Corée – 41,9% des dépenses totales de santé –, alors qu'ils ne représentent que 28,7% des dépenses totales de santé en Thaïlande. Au contraire, l'Inde et la Chine affichent un faible taux de couverture – 23,9% pour la Chine et 5,7% pour l'Inde – et des paiements directs très élevés – respectivement 55,9 % et 72,9%. Les chiffres du déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé brossent un tableau contrasté, le déficit allant de 29% aux Philippines à 76% en Indonésie.

Figure A.3. Comparaison de quelques pays d'Asie



## Chine

La Chine bénéficie d'une croissance économique impressionnante et durable (Tang et al., 2007 ; Hu, 2007 ; Drouin et Thompson, 2006), et depuis le début des années 80, les conditions de vie de la grande majorité de sa population se sont beaucoup améliorées. Le pays le plus peuplé du monde connaît actuellement des transformations sociales et économiques profondes, mais la réforme sociale reste inachevée, les inégalités dans le domaine de la santé demeurant une préoccupation majeure. Jusqu'aux années 70, la Chine avait un système de santé qui fonctionnait relativement bien, 90% environ de la population étant couverte par l'assurance maladie. Toutefois, depuis les années 1980, la qualité des services de santé et le pourcentage de la population assurée ont considérablement baissé, si bien que les indicateurs de santé se sont détériorés. L'effondrement des régimes médicaux coopératifs dans les zones rurales et des régimes d'assurance publics ont provoqué de graves problèmes de financement de la santé et d'accès aux services de santé. Les paiements directs sont passés de 20% en 1978 à 60% au début des années 2000. Dans le même temps, le financement public du secteur de la santé a été réduit, tandis que les dépenses de santé continuaient à croître.

Face à ces évolutions, la Chine a fait de "l'accès aux services de santé de base pour tous" l'une des conditions indispensables à l'édification d'une société modérément prospère à tous égards. L'assurance maladie et l'assistance sociale sont donc censées jouer un rôle important, ce qui est l'une des raisons de leur remarquable expansion ces dix dernières années : le nombre de personnes couvertes par une assurance maladie est passé de 150

---

millions (12% de la population environ) en 1997 à quelque 900 millions (plus de 70% de la population) en 2007.<sup>12</sup> L'objectif national officiel est de parvenir à une couverture universelle par l'assurance maladie à l'horizon 2010.<sup>13</sup>

Le système d'assurance maladie public se compose de quatre régimes principaux : l'assurance maladie des fonctionnaires et agents ayant un statut similaire ; l'assurance maladie des travailleurs citadins ; l'assurance maladie des citadins sans activité économique (HIUR) et le nouveau système de santé coopératif en milieu rural (New Rural Cooperative Medical Care, NRCM), destiné à la population rurale. Les deux premiers régimes datent des années 50, même s'ils ont subi diverses restructurations au fil du temps, tandis que les deux derniers sont le fruit d'initiatives plus récentes, puisqu'ils n'ont été instaurés qu'en 2003 pour le HIUR et 2007 pour le NRCM. L'un et l'autre ont un défi colossal à relever : couvrir respectivement 780 à 910 millions de personnes et 220 à 300 millions de personnes à l'horizon 2010.<sup>14</sup> Fin septembre 2007, le NRCM, lancé en 2003, était en place dans 2 448 comtés, soit 85,53% du territoire, et comptait 726 millions d'assurés.<sup>15</sup> Cette extension peut, entre autres, s'expliquer par la détermination ferme et l'engagement du gouvernement. Cela devrait également valoir pour le régime HIUR.

Parallèlement aux mécanismes d'assurance maladie, l'assistance sociale joue également un rôle plus important dans les efforts déployés pour parvenir à fournir des services de santé de base à l'ensemble de la population : outre le fait qu'elle permet aux familles à faibles revenus de disposer d'un revenu de base et d'un logement et d'accéder à l'éducation, elle leur fournit également des prestations d'assistance dans le domaine de la santé. Au contraire, les régimes d'assurance maladie privés et autres systèmes de protection de la santé restent insuffisamment développés dans le pays, ne jouant qu'un rôle marginal et complémentaire. Il n'en reste pas moins qu'un système de protection de la santé reposant sur plusieurs piliers et accordant davantage de place à l'assurance privée est envisagé pour l'avenir.

<sup>12</sup> Estimations réalisées par A.Hu d'après les annuaires statistiques de la Chine des années 1998 à 2006, l'annuaire chinois des statistiques du travail de 2001, divers bulletins périodiques publiés par le gouvernement et des informations diffusées par les médias.

<sup>13</sup> Décision conjointe du Comité central du parti et du Conseil d'État sur la poursuite de l'amélioration de la santé rurale, Circulaire No. 13 (2002) ; Avis du cabinet du Conseil d'État sur les directives relatives à l'instauration du nouveau système de santé coopératif en milieu rural formulées par le ministère de la Santé et autres ministères compétents, Circulaire No. 3 (2003) ; Chen, Zhu (ministre de la santé), discours prononcé lors d'une conférence de presse organisée le 5 septembre 2007 à Pékin sur l'actualité du nouveau système de santé coopératif en milieu rural, ; Directives sur le pilotage d'un système d'assurance maladie pour les citadins sans activité économique, formulée par le Conseil d'État (Circulaire No. 20 (2007) ; Hu, X (vice-ministre du ministère du Travail et de la Sécurité sociale), discours prononcé lors d'une conférence de presse organisée le 15 août 2007 à Pékin sur le nouveau régime d'assurance maladie en faveur des citadins sans activité économique.

<sup>14</sup> Ces estimations ont été réalisées par divers services du gouvernement et par des chercheurs, aucune donnée statistique précise n'étant disponible pour de nombreuses raisons, telles que la migration des zones rurales vers les zones urbaines et le système d'enregistrement de la résidence Hukou.

<sup>15</sup> Voir [http://news.xinhuanet.com/politics/2007-12/17/content\\_7264119.htm](http://news.xinhuanet.com/politics/2007-12/17/content_7264119.htm)

**Tableau 8. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en Chine**

Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	23,9
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	34
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	5,6
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	55,9
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	87,6

Source : annexe II, tableau A2.1.

## République de Corée

La République de Corée (Kwon, 2002 ; Yang et Holst, 2007 ; et commentaires du ministre du Travail de la République de Corée) est le symbole de la mise sur pied réussie d'un système d'assurance maladie universelle (atteignant un taux de couverture de 100%, voir tableau 19). Ce système a vu le jour lors de l'adoption de la loi sur l'assurance maladie (Health Insurance Act), en décembre 1963. Il a ensuite fallu seulement 26 ans au pays pour parvenir à une couverture universelle. Il convient de souligner que le PIB par habitant, en termes réels, était encore inférieur à 1 600 \$EU – soit les deux tiers seulement de celui des Philippines et à peu près le même que celui de pays tels que le Mozambique, le Niger, le Sri Lanka et le Cameroun.

Pendant les quatorze années qui ont suivi l'adoption de la loi, la mise en place de structures fonctionnelles a été privilégiée par rapport à la fourniture d'une couverture à un pourcentage élevé de la population. Grâce à une volonté politique ferme du Président Park Jung-Hee, l'introduction de l'assurance maladie obligatoire a débuté en 1977. Le régime des salariés, premier régime obligatoire créé, a d'abord été obligatoire pour les entreprises de plus de 500 salariés. Par la suite, cette obligation s'est appliquée aux entreprises plus petites, employant 300 salariés, puis 100 et enfin 16 salariés. Les régimes d'assurance maladie publique pour les fonctionnaires et les enseignants ont été mis en place en 1981 et ont beaucoup contribué à l'extension de la protection sociale. Lorsque la population non couverte a pris conscience des importantes prestations de protection financière fournies par les régimes existants, elle a été fortement incitée à adhérer à l'assurance maladie publique.

Le gouvernement coréen a introduit et développé le système national d'assurance maladie pour remédier aux inégalités sociales induites par le développement industriel rapide, impulsé par le gouvernement et les grandes entreprises, et pour répondre aux besoins médicaux de la population, qui ont augmenté sous l'effet de l'amélioration du niveau de revenu. Pendant des années, la couverture universelle par l'assurance sociale de la santé a figuré en tête des priorités de la politique gouvernementale. L'affiliation aux programmes de protection sociale a été un thème central de la campagne électorale présidentielle de 1988. M. Noh Tae-woo, qui était alors le candidat du parti au pouvoir, a promis d'étendre la couverture du régime d'assurance maladie aux travailleurs indépendants avant 1991 – cependant, le recouvrement de cotisations auprès des bénéficiaires du secteur informel, dont les revenus sont irréguliers, est resté un obstacle majeur. L'objectif visé a néanmoins été pleinement atteint deux ans avant la date prévue et depuis 1989, l'assurance maladie est obligatoire pour tous les groupes de population. Le développement économique considérable de la fin des années 1980 a sans nul doute joué un rôle important dans l'expansion rapide du système de sécurité sociale du pays.

Le système d'assurance maladie publique a été confronté à de nombreux problèmes, en particulier en ce qui concerne l'équité et l'efficacité du financement. Pendant de

nombreuses années, les bénéficiaires ont dû effectuer des paiements directs élevés et verser d'importants tickets modérateurs, et une série de prestations était expressément exclue de la couverture. La part des paiements directs (atteignant plus de 40% des dépenses totales de santé, voir tableau 40) était l'une des causes les plus importantes du manque d'équité dans le financement de l'assurance et elle s'est avérée être fortement régressive. Le manque d'équité horizontale et les insuffisances chroniques du financement ont finalement conduit à la récente normalisation de l'assurance maladie et à l'application d'un système à payeur unique.

**Tableau 9. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en République de Corée**

Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	100
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	-
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	5,6
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	41,9
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	82,8

Source : annexe II, tableau A2.2.

## Inde

En Inde, le secteur des soins de santé est en croissance rapide, suivant ainsi le rythme du développement économique et social du pays (Gupta, 2007 ; BIT, 2003b ; van Ginneken, 2000). Toutefois, le pourcentage du PNB consacré aux soins de santé, qui est de 1% tout juste, reste relativement faible.

Tous les mécanismes de financement de la santé coexistent en Inde : les paiements directs constituent la principale forme de financement (plus de 72% des dépenses totales de santé, voir tableau 10). La protection sociale de la santé s'appuie sur l'assurance maladie publique, par exemple le régime d'assurance sociale des travailleurs salariés (Employees State Insurance Scheme, ESIS), qui a été créé en 1948 et fournit une couverture obligatoire aux fonctionnaires et au personnel des grandes entreprises. Le régime de protection de la santé du gouvernement central (Central Government Health Scheme, CGHS), créé en 1945, permet aux agents de l'administration centrale, y compris aux retraités et à leurs familles, d'accéder à un ensemble complet d'établissements de soins. Il existe également des régimes professionnels, des régimes d'assurance maladie (commerciale) facultatifs et d'assurance maladie communautaire.

En dépit des mesures prises par le gouvernement pour soutenir les régimes d'assurance maladie, quelque 5% seulement de la population y adhèrent. La majorité de la population ne peut en effet pas se permettre de payer des primes et des cotisations.

Les insuffisances dans la fourniture des prestations, le montant élevé des cotisations, le niveau prohibitif des tickets modérateurs et la qualité médiocre des fournisseurs de soins ont conduit à la création de régimes de micro-assurance dans les zones rurales ainsi que dans les principales villes. Les micro-assureurs achètent souvent des produits auprès de compagnies d'assurance publiques. Pour la population de l'économie informelle, la couverture des soins ambulatoires, des médicaments et des coûts indirects d'une maladie (par exemple les frais de transport et la perte de revenus) est essentielle. C'est la raison pour laquelle certains régimes d'assurance maladie communautaires et commerciaux proposent ce type de prestations.

**Tableau 10. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en Inde**

Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	5,7
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	56
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	4,8
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	72,9
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	97

Source : annexe II, tableau A2.2.

## Indonésie

En 1992, l'Indonésie a réformé le régime d'assurance maladie publique destiné aux fonctionnaires afin de couvrir les personnes à leur charge (conjoint(e) et jusqu'à 2 enfants de moins de 21 ans) et introduit un régime d'assurance maladie publique pour les salariés du secteur privé (OMS, 2005, pp. 17-19). La cotisation au régime du secteur public (*PT Askes*) a été fixée à 2% et n'a été versée que par les fonctionnaires jusqu'à l'introduction, en 2003, d'une cotisation de 0,5% du salaire de base versée par le gouvernement. La cotisation au régime des salariés du secteur privé (*PT Jamsostek*) est égale à 3% du salaire pour un célibataire et à 6% pour un salarié marié ; elle est versée par l'employeur, sans participation du salarié. Ce régime est obligatoire pour toutes les entreprises employant au moins 10 salariés. Toutefois, d'après les estimations, seules 10% de ces entreprises sont couvertes, les employeurs pouvant être exonérés s'ils offrent des prestations de santé plus avantageuses que celles proposées par le régime.

Dans les années 70, le programme *Dana Sehat* a encouragé la mise en place de régimes communautaires de partage des risques. En 1992, le ministre de la Santé a introduit un régime de "soins coordonnés", baptisé *Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat* (JPKM), applicable sur l'ensemble du territoire national et destiné à offrir des prestations de santé en rémunérant des fournisseurs de soins à la capitation. En 2002, le régime avait agréé 24 organismes d'assurance maladie et couvrait environ un million de personnes. Après la crise économique de la fin des années 90, un dispositif national de protection sociale a été mis en place pour alléger les charges financières assumées par la population pauvre en subventionnant les soins ; d'après les estimations, ce dispositif a concerné 12 millions de personnes. Tous régimes confondus, l'Indonésie affiche un taux de couverture de 54% (tableau 11).

Au nombre des évolutions récentes, figure l'initiative lancée en 2002 par le président pour restructurer les régimes d'assurance maladie publique existants en les remplaçant par un système de prestations uniformes pour tous, sous l'égide d'un système national de sécurité sociale. La loi sur la sécurité sociale nationale, approuvée en septembre 2004, couvre, entre autres mesures de sécurité sociale, l'assurance maladie publique et devrait jeter les bases la couverture universelle en Indonésie.

**Tableau 11. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en Indonésie**

Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	54,6
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	76
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	3,1
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	47,6
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	74,3

Source : annexe II, tableau A2.2.

## Philippines

Aux Philippines, le premier programme Medicare, lancé en 1969 (OMS, 2005, pp. 26-28) rendait l'assurance maladie obligatoire pour tous les salariés dans le cadre de deux régimes de sécurité sociale distincts couvrant le secteur public et le secteur privé. Les personnes à charge étaient couvertes, les droits étaient maintenus à la retraite et les travailleurs de l'économie informelle de même que les non-salariés pouvaient adhérer au régime s'ils le souhaitaient. La cotisation, égale à 2,5% du salaire, était répartie en parts égales entre l'employeur et le salarié, et des plafonds faibles étaient appliqués. Toutefois, les prestations se limitaient aux soins hospitaliers, dont la prise en charge était inférieure à 50% des coûts facturés par l'hôpital. En outre, le système était gangrené par la fraude et les abus et les paiements directs atteignaient 44% des dépenses totales de santé (tableau 12). Des investisseurs privés ont mis en place des réseaux de soins coordonnés qui proposaient des plans de prépaiement subordonnés au recours à des prestataires de soins spécifiques. Malgré des primes nettement plus élevées, ces plans sont devenus une autre option attrayante pour ceux qui avaient les moyens d'y adhérer. Dans le même temps, des ONG ont commencé à mettre sur pied des régimes d'assurance maladie communautaires à but non lucratif.

En 1995, la loi sur l'assurance maladie nationale a été adoptée et a remplacé le régime en place par le programme national d'assurance maladie, géré par *PhilHealth*. La loi fixait pour objectif de parvenir à la couverture universelle en l'espace de 15 ans et reconnaissait que les régimes communautaires avaient un rôle à jouer dans la réalisation de cet objectif. Des services payants ont été instaurés et des subventions ont été prévues pour les indigents et les familles les plus pauvres. Le régime couvrait les soins ambulatoires et fixait des normes et des règles pour l'accréditation des établissements de soins. La mise en œuvre du dispositif s'est heurtée à des problèmes de non-respect des règles, à une insuffisance des financements et à des coûts administratifs imputables à la recherche de mécanismes de ciblage appropriés.

Depuis sa création, *PhilHealth* a introduit cinq programmes : le programme individuel payant ; le programme destiné aux salariés ; le programme subventionné ; le programme gratuit et le programme pour les travailleurs étrangers. Le programme individuel est la concrétisation de la stratégie mise en œuvre par *PhilHealth* pour étendre la couverture aux travailleurs de l'économie informelle. Il s'agit d'un programme volontaire qui couvre les travailleurs indépendants et les individus qui ne peuvent pas prétendre aux programmes destinés aux salariés ou aux indigents. La cotisation annuelle est de 24 \$EU par membre. L'instauration d'un système d'adhésion par groupes organisés (KaSAPI) est une mesure récemment prise par *PhilHealth* pour augmenter le nombre d'adhérents à ce programme.

Le "programme en faveur des indigents", mis en œuvre par des unités dépendant des autorités locales, est un autre dispositif qui vise à toucher des groupes vulnérables. Ces

unités participent à la mise en œuvre du programme en identifiant les plus pauvres de leurs administrés. Le gouvernement central et certaines autorités locales subventionnent la prime des plus pauvres. Pour garantir la stabilité du système indépendamment de la situation politique, l'adoption d'une loi est en cours afin de renforcer sa viabilité financière – elle prévoit notamment l'affectation d'une partie (2,5%) des recettes supplémentaires provenant d'une hausse des droits d'accises.

**Tableau 12. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé aux Philippines**

Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	58
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	29
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	3,2
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	44

Source : annexe II, tableau A2.2.

## Thaïlande 16

Le système thaïlandais de couverture maladie est essentiellement composé de trois régimes : des régimes correspondant à un avantage accessoire au salaire, l'assurance maladie de la sécurité sociale et le régime de soins de santé universel (OMS, 2005 ; BIT, 2004c).

Les régimes accessoires au salaire regroupent le régime de prestations médicales des fonctionnaires (Civil Servants Medical Benefits Scheme, CSMBS) et le régime de prestations médicales des entreprises d'État (State Enterprises Medical Benefit scheme). Le CSMBS couvre les fonctionnaires, les retraités et leurs ayants droit (conjoint(e), parents, 3 enfants au plus de moins de 20 ans). Le régime de prestations médicales des entreprises d'État couvre les salariés des entreprises publiques et leurs ayants droit. En 1991, pour étendre la couverture aux travailleurs du secteur privé formel, la loi sur la sécurité sociale a été adoptée, donnant naissance au régime d'assurance maladie de la sécurité sociale (Social Security Health Insurance, SSO). À l'origine, le régime SSO couvrait les entreprises de 20 salariés au moins. En 2002, cette couverture a été étendue pour s'appliquer à toutes les entreprises employant au moins un salarié.

De surcroît, en 2001, la Thaïlande a franchi une étape historique vers la couverture totale de sa population en mettant sur pied un régime de soins de santé universel dénommé "régime universel" (également connu sous le nom de régime "30 bahts"). Ce régime offre à tout citoyen thaïlandais qui n'est affilié ni au régime SSO, ni au régime CSMBS un accès complet aux services de santé dispensés par les réseaux de fournisseurs agréés dans les districts (dispensaires, hôpitaux de district et hôpitaux provinciaux coopérants).

La couverture du système national de financement des soins de santé en Thaïlande est la suivante :

<sup>16</sup> Commentaires du ministère du Travail de Thaïlande sur le document de stratégie de l'OIT, sur la base du rapport intitulé *Sustainability and effectiveness of health care delivery: National experiences of Thailand* (New Delhi, AISS, 2003).

- le régime SSO, qui couvre actuellement environ 7,4 millions de détenteurs de cartes, qui ont droit aux prestations de soins de santé ;
- le régime de prestations médicales non contributif des fonctionnaires (CSMBS), qui couvre environ 7 millions de personnes (quelque 3 millions de fonctionnaires et environ 4 millions d'ayants droit, à savoir les enfants, les conjoints et les parents) ;
- le régime universel, dont le nombre total de membres immatriculés est de 46,5 millions ; les bénéficiaires du régime universel appartiennent à deux groupes : 24,3 millions de bénéficiaires exemptés du ticket modérateur de 30 bahts (0,75 \$EU) par visite, et 22,2 millions de bénéficiaires qui doivent payer un ticket modérateur de 30 bahts sur le lieu de fourniture des services ;
- un groupe d'environ 3 millions de personnes qui paient elles-mêmes ou ne sont pas couvertes ;
- des assurances maladie privées facultatives qui couvrent environ 5 millions de personnes (Surasinangsang, 2004).

En 2006, 97,8% de la population thaïlandaise bénéficiaient d'une couverture d'assurance maladie. Sur ce chiffre, 75,3% étaient couverts par le régime universel, 22,5 par les régimes SSO et CSMBS (Jongudosmsuk, 2006). L'approche pluraliste de la Thaïlande lui a donc permis de parvenir à une couverture quasi universelle. Le tableau 13 présente une synthèse du champ d'application des principaux régimes.

**Tableau 13. Les mécanismes de protection sociale de la santé en Thaïlande**

Caractéristiques	Régime de sécurité sociale	CSMBS	Régime universel 30 bahts
<i>Affiliés</i>	Salariés du secteur privé	Fonctionnaires, agents du secteur public et les personnes à leur charge	Non-salariés et autres personnes non couvertes par le CSMBS ou le SSO
<i>Type</i>	Obligatoire et contributif	Avantage accessoire au salaire	Obligatoire
<i>Source de financement</i>	Le taux de la cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est de 1,5% pour les employeurs, les salariés et le gouvernement. Au total, la cotisation représente 4,5% du salaire.  Pour ouvrir droit aux prestations de maladie (en nature et en espèces), l'assuré doit avoir cotisé pendant 3 mois au cours des 15 derniers mois.	Fiscalité générale	Fiscalité générale et participation du patient, fixée à 30 bahts
<i>Autorité</i>	Bureau de sécurité sociale	Ministère des finances	Bureau national de la sécurité et de la santé (NHSO)
<i>Mode de rémunération des fournisseurs de soins</i>	Capitation	Rémunération à l'acte	Budget global et capitation

Caractéristiques	Régime de sécurité sociale	CSMBS	Régime universel 30 bahts
<i>Prestations</i>	Comprennent : prestations médicales en cas de maladie ou d'accident non professionnels, prestations de maternité, d'invalidité et de décès  Pour les prestations de maladie, après le paiement de la cotisation, l'assuré a gratuitement accès aux soins dans les hôpitaux agréés et peut bénéficier de prestations en espèces (50% du salaire) pendant 90 jours au maximum par arrêt à concurrence de 180 jours par an.	Comprennent : les soins ambulatoires et les soins hospitaliers dispensés dans les hôpitaux publics, avec tickets modérateurs minimaux ; les soins hospitaliers dans les hôpitaux privés, avec des tickets modérateurs de plus de 50% ; le remboursement des médicaments délivrés sur ordonnance en cas de soins ambulatoires.	Comprehensive package includes  Curative and rehabilitative care and health promotion and disease prevention benefits
<i>Accès à un fournisseur de soins</i>	Via un hôpital sous contrat (public, universitaire, militaire ou privé) ou son réseau, avec obligation de s'inscrire ; le membre est libre de faire appel au prestataire de son choix	Le membre est libre de faire appel au prestataire de son choix	Via des unités sous contrat (soins primaires (CUP), soins secondaires (CUS) ou soins tertiaires (CUT), avec obligation d'enregistrement

Le régime universel ou régime "30 bahts", qui est le régime le plus récent, instaure pour tous les résidents de Thaïlande un droit légal spécifique d'accès aux services de santé. Il supprime pratiquement tous les obstacles financiers à cet accès dans la mesure où les tickets modérateurs sont faibles et où les plus démunis en sont même exemptés. Ce droit s'appuie sur un nouveau mécanisme d'allocation des ressources publiques en soins de santé, la rémunération à la capitation, qui garantit que tous les réseaux de fournisseurs reçoivent une somme fixe pour chacune des personnes à laquelle ils dispensent des soins. En l'état actuel des choses, le régime universel est une variante d'un système de financement des soins de santé de type "Service national de santé" qui allie des éléments d'assurance (du fait de l'existence de droits légaux aux prestations) et des éléments de service public (du fait du financement par les recettes budgétaires générales).

Théoriquement, le régime universel permet actuellement à environ 70% de la population d'avoir accès aux soins de santé. Le pourcentage de population qu'il couvre en réalité est probablement plus faible, cependant, car toutes les personnes ayant droit aux prestations et/ou titulaires d'une carte de droit au régime universel ne demandent pas forcément à bénéficier de services. En fait, l'enquête de 2003 sur la santé et le bien-être effectuée par l'Office national statistique thaïlandais montre qu'environ 57% seulement des membres immatriculés ont utilisé les services ambulatoires des dispensaires et hôpitaux publics financés par le régime, et que 81% des personnes immatriculées ont utilisé les services de soins en établissement offerts par le régime. Ces deux types de soins sont couverts. Le taux d'utilisation des prestations varie beaucoup en fonction des groupes de revenu et il est nettement plus élevé dans le groupe des personnes à faibles revenus. Apparemment, environ un tiers du groupe des personnes à revenus élevés a tendance à utiliser le régime universel comme une solution de repli.

Il est évident qu'opter pour un régime universel, en 2001, a accru les dépenses de l'État en soins de santé. Le montant effectif de ces dépenses est difficile à déterminer puisque le contrefactuel (les dépenses de santé du gouvernement en l'absence du nouveau régime universel) est à l'évidence inconnu. Mais l'augmentation du niveau des dépenses entre 2000 et 2003 permet de conclure que le coût supplémentaire imputable au régime pourrait être de l'ordre de 25 millions de bahts par an. Cet ordre de grandeur est confirmé par les

estimations du Programme international de politique de la santé (International Health Policy Program, IHPP) relatives au montant des économies des ménages en paiements directs des soins de santé. Selon ces estimations, ce montant serait de 10 à 13 milliards de bahts pour l'ensemble des ménages nouvellement couverts par le système de tiers payant du régime universel. Du fait des différences de taux d'utilisation des prestations selon les niveaux de revenus, il s'agit là d'un important transfert financier au bénéfice des ménages à faibles revenus, ce qui confirme l'évaluation du ministère de la Santé, selon laquelle la réforme a eu des effets positifs significatifs pour les pauvres.

Durant ses premières années d'existence, le régime n'a reçu aucune ressource spécialement affectée à son fonctionnement et les fonds qui lui ont été alloués devaient être renégociés dans le cadre de la procédure budgétaire annuelle. En termes de viabilité financière à long terme, il est apparu dans l'intérêt du régime universel de "rétrécir" le plus possible en concédant des "parts de marché" aux deux ou trois autres régimes. Il a toutefois semblé toutefois également logique d'essayer de trouver des sources de revenus affectées, protégées de la concurrence budgétaire annuelle. C'est ce qui a été fait en 2005, puisqu'une certaine partie des taxes sur le tabac et l'alcool a été allouée au financement du régime universel, ce qui a permis de sauvegarder les ressources nécessaires au financement des soins de santé dispensés aux couches de la population les plus défavorisées du point de vue économique, en période de difficultés budgétaires. Toutefois, la situation financière du régime universel ne pourra se stabiliser durablement que s'il se contracte progressivement et régulièrement au bénéfice des autres acteurs. La façon la plus efficace de réduire les dépenses gouvernementales consiste à élargir la couverture de la sécurité sociale.

**Tableau 14. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en Thaïlande**

Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	97,7
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	-
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	3,3
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	28,7
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	74,8

Source : annexe II, tableau A2.2.

### c. Europe

Les expériences nationales étudiées dans cette région (Gamkrelidze, et.al., 2002 ; Nuri, 2002; Holley et al., 2004 ; Meimanaliev et al., 2005 ; Ahmedov et al., 2007) concernent l'Albanie, le Bélarus et la Géorgie. En général, les pays qui ont été sous l'influence de l'Union soviétique à un moment de leur histoire ont hérité d'un système très centralisé, conçu selon le modèle de *Semashko* – système qui a pour caractéristique d'être financé par le budget de l'État et d'appartenir en quasi-totalité au secteur public. La planification, l'organisation, le contrôle et l'allocation des ressources étaient orchestrés par Moscou, les autorités locales n'ayant à exécuter que des tâches administratives selon des plans prédéfinis. Les soins de santé étaient théoriquement gratuits, mais les pots-de-vin étaient monnaie courante. Les hôpitaux occupaient une place prédominante dans le système de soins et étaient complétés par des systèmes parallèles dépendant de divers ministères.

Après l'effondrement de l'Union soviétique, les pays de la région ont entrepris d'élaborer de nouvelles politiques de santé et ont engagé des réformes de leur système de soins. Ces réformes diffèrent par le niveau de maîtrise des coûts qu'elles ont permis et par le degré de

---

décentralisation du système de santé, la Géorgie étant le pays qui a décentralisé le plus et le Bélarus celui qui a décentralisé le moins

Les paiements directs sont répandus dans les pays de la région qui affichent le revenu le plus faible et font fortement obstacle à l'accès aux soins de santé. Ainsi, ils atteignent 74,4% des dépenses totales de santé en Géorgie et 58,2% en Albanie. Bien que beaucoup de pays soient parvenus à une couverture universelle sur le plan juridique, par exemple grâce à une assurance maladie publique obligatoire ou à des systèmes nationaux de santé financés par l'impôt, garantir l'accès effectif aux services de santé reste un défi à relever pour de nombreux pays de la région.

## Albanie

L'Albanie (Nuri, 2002) a également adopté le modèle de *Semashko* pendant la courte période durant laquelle elle a été sous influence soviétique. Elle a conservé son système de santé, très centralisé, même après sa rupture avec l'Union soviétique. Jusqu'au début des années 90, le ministère de la Santé a réglementé, géré et organisé le secteur de la santé et assuré l'ensemble de la fourniture de soins dans tous les districts. Les responsables locaux n'avaient aucune latitude pour améliorer les services – par exemple en modifiant l'allocation des ressources humaines. En 1993, des réformes administratives ont introduit des mesures de décentralisation, transférant un peu de pouvoir aux 12 régions nouvellement créées, composées en moyenne de 3 districts chacune. L'exploitation et la préservation du réseau de soins primaires en milieu rural relèvent désormais en grande partie de la compétence des autorités locales.

Le pays n'a toujours pas mis en œuvre de réforme d'ensemble de son système de santé – mais les propositions de stratégie prévoient une nouvelle restructuration des institutions centrales. Toutefois, pour l'instant, le ministère de la Santé demeure le principal financeur et fournisseur de soins en Albanie, possédant la quasi-totalité des services de santé et consacrant l'essentiel de son temps à sa gestion plutôt qu'à l'élaboration de politiques et à la planification.

L'assurance maladie publique, organisée par l'Institut d'assurance maladie (Health Insurance Institute, HII), a été instaurée en 1995 sous forme d'une caisse nationale légale. La plupart des personnes ne percevant pas de salaire (enfants, femmes au foyer et personnes âgées) étaient automatiquement couvertes par le budget de l'État. En 1999, quelque 40% de la population active étaient couverts. Le taux de couverture reste faible, en particulier en milieu rural, parce que la majorité de la population est mal informée sur le régime, n'est pas en mesure de payer la cotisation ou parce qu'elle ne voit pas l'intérêt d'adhérer ; le régime couvre en effet peu de services et les médecins soignent tous les patients sans discrimination, alors que le bénéfice des prestations est juridiquement limité aux membres du régime.

Le taux de cotisation est fixé à 3,5% du salaire, et est réparti de manière égale entre l'employeur et le salarié. Les non-salariés versent une cotisation comprise entre 3 et 7% de leur revenu, selon qu'ils vivent en milieu rural ou en milieu urbain. Un taux plus faible s'applique aux exploitants agricoles privés, dont le taux de couverture demeure particulièrement faible (4%).

À l'origine, l'Institut d'assurance maladie ne finançait que les salaires des prestataires de soins primaires et les médicaments essentiels. Toutefois, des projets pilotes sont en cours de mise en œuvre afin d'étendre ce financement à l'ensemble des dépenses de soins primaires dans la région de Tirana, y compris les salaires des infirmières et des autres membres du personnel ainsi que les coûts récurrents liés à ces services. Malgré une certaine résistance, l'Institut d'assurance maladie devrait devenir le premier financeur de soins primaires en Albanie.

Outre les cotisations d'assurance maladie et les faibles tickets modérateurs prévus par la loi, en Albanie, les pots-de-vin constituent souvent une source de financement, bien qu'il soit difficile d'en estimer l'ampleur. Les paiements directs représentent 58,2% des dépenses totales de santé (tableau 15). 87% des répondants interrogés pour les besoins d'une enquête conduite en 2000 ont admis avoir déjà versé un pot-de-vin à un médecin ou à une infirmière. Ces versements sont généralement perçus comme nécessaires pour obtenir un traitement adapté, voire pour accéder aux soins.

**Tableau 15. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en Albanie**

Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	-
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	-
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	6,5
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	58,2
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	99,8

Source : annexe II, tableau A2.2.

## Bélarus

L'ensemble de la population du Bélarus (Arnaudova, 2006) peut prétendre à des soins de santé gratuits, financés par l'impôt. Après 1989, le choix a été fait de conserver le système hérité de l'Union soviétique, si bien que le système de santé est resté extrêmement centralisé. L'offre de soins primaires est abondante, les soins étant dispensés par un réseau de postes et unités de santé dans les régions rurales et par les polycliniques en milieu urbain. Dans le secteur des soins secondaires et tertiaires, les surcapacités sont fréquentes et les établissements appartiennent au secteur public.

La loi qui visait à instaurer des régimes d'assurance dans l'objectif de trouver des sources de financement supplémentaires a été rejetée par le parlement en 1992 et en 1996/97. À court terme, la fiscalité est donc censée constituer la principale source de financement. Il est difficile d'estimer les ressources, du fait que neuf ministères et de nombreuses entreprises gèrent des services de santé en parallèle et qu'il n'existe pas de dispositions formelles concernant les frais hospitaliers et le partage des coûts. Globalement, le système est menacé par le manque d'efficacité et d'efficacités. Il a été très difficile de maîtriser les coûts et d'assurer la qualité des services, en particulier en raison d'un personnel de santé trop nombreux, de la priorité accordée aux hôpitaux et de l'absence de panier de prestations défini. On compte 456 médecins et 1 166 infirmières pour 100 000 habitants, contre une moyenne régionale de 343 médecins et 779 infirmières par habitant dans l'UE 25 ; le nombre d'hôpitaux et de lits d'hôpitaux est environ deux fois plus élevé que la moyenne de l'UE 25. Ces surcapacités transparaissent également dans le déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé, qui, dans le tableau 16, est de 0.

Malgré ces chiffres, les indicateurs de l'état de santé de la population se sont dégradés au cours des dix années écoulées et l'espérance de vie en bonne santé des hommes est parmi les plus faibles de la région.

Au Bélarus, le premier objectif de réforme doit consister à garantir une utilisation plus rationnelle des ressources, par exemple à travers une restructuration des soins hospitaliers permettant que les soins soient dispensés au niveau approprié et à travers une meilleure coordination entre les institutions et administrations publiques qui interviennent dans le secteur de la santé.

**Tableau 16. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé au Bélarus**

Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	100
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	0
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	3,6
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	23,2
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	96,8

Source : annexe II, tableau A2.2.

## Géorgie

En 1995, le gouvernement de Géorgie a engagé un programme de réforme de sa politique de santé et créé, pour le mettre en œuvre, un Comité d'État pour la réglementation de la politique sociale (Gamkrelidze, 2002). Ce comité, constitué de représentants de différents secteurs de l'administration et du secteur privé, est placé sous l'autorité du président et conseille le ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales. Le gouvernement a également décidé de transférer une grande partie de son pouvoir décisionnel et de ses compétences en matière de financement à 12 départements sanitaires régionaux (Regional Health Departments, RHD). Les RHD sont placés sous l'autorité du ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales et assurent le suivi des activités locales. Dans le cadre de ce processus de décentralisation, les fournisseurs de soins sont également devenus plus autonomes par rapport au ministère en matière de financement et de gestion. En outre, beaucoup de polycliniques, d'hôpitaux, de centres dentaires et de pharmacies ont été privatisés. En 2000, le ministère a formulé un plan stratégique à long terme (2000-09), dans lequel il a réaffirmé le rôle clé de la décentralisation dans le processus de réforme sur le plan de l'amélioration de la réactivité et de l'efficacité.

La loi de 1997 sur l'assurance médicale a introduit un programme d'assurance maladie obligatoire, dépendant de l'État, et instauré la compagnie d'assurance maladie de Géorgie (State Medical Insurance Company, SMIC) pour le mettre en œuvre. Des compagnies d'assurance maladie privées (on en dénombreait 7 en 2001) offrent une assurance en complément de l'assurance obligatoire publique pour couvrir les frais supplémentaires. La SMIC a 12 agences régionales en plus de son siège, implanté dans la capitale. Il s'agit d'une entreprise publique, qui collecte des cotisations obligatoires auprès des salariés (1% du salaire) et des employeurs (3% du salaire) pour financer un panier de prestations de base fourni via des contrats avec des prestataires de soins. En 1999, près de 700 prestataires de soins travaillaient dans le cadre de 1 300 contrats.

À l'origine, le panier de prestations de base comportait neuf programmes de santé fédéraux et cinq programmes obligatoires municipaux. Il a ensuite été progressivement élargi et comporte désormais 28 programmes fédéraux et 8 programmes municipaux. Cette extension n'est cependant pas allée de pair avec une augmentation équivalente du financement ; en réalité, les dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB ont même diminué de manière radicale tout au long des années 90. Alors que les programmes compris dans le panier de prestations semblent complets, leur contenu est en réalité relativement limité. Les services offerts dans le cadre des programmes fédéraux sont gratuits mais une participation est demandée pour les programmes municipaux compris dans le panier de soins. Des paiements directs, dont le montant est fixé, sont exigés pour tous les autres services de santé. Les paiements directs représentent 74,7% des dépenses totales de santé (tableau 17). Le montant élevé de la participation demandée dissuade une forte proportion de la population (estimée à 30%) d'utiliser les services de santé. D'autres

personnes diffèrent leurs consultations. Près de 22% des personnes rencontrant des problèmes de santé ne consultent pas parce ce qu'elles ne peuvent pas assumer le coût des soins.

**Tableau 17. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en Géorgie**

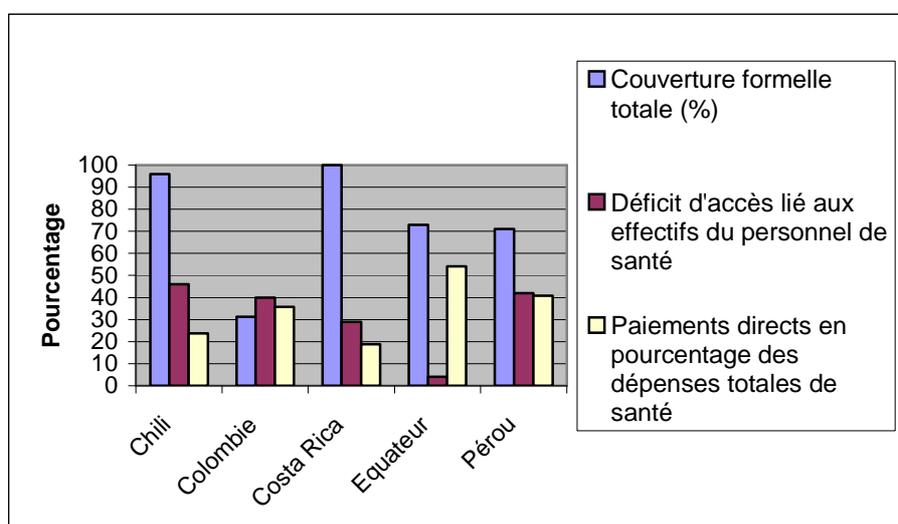
Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	55
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	-
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	4
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	74,7
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	98,2

Source : annexe II, tableau A2.2.

#### d. Amérique latine

De la fin des années 90 au début des années 2000, beaucoup de pays d'Amérique latine ont engagé de profondes réformes de leur secteur public, en particulier dans le domaine de la santé. Certaines de ces réformes étaient motivées par la volonté d'atteindre les OMD, et ont parfois été inspirées par l'expérience chilienne en matière de privatisation des services publics – en particulier dans les domaines de l'assurance vieillesse et de la santé. Les études de cas présentées dans cette partie décrivent la situation de pays relativement prospères comparativement au reste de la région, comme le Chili et le Costa Rica, et de pays plus pauvres, comme l'Équateur et la Colombie. Il ressort de la comparaison que le Chili et le Costa Rica affichent de meilleurs résultats, la couverture y étant quasi universelle tandis que les paiements directs restent relativement faibles, représentant environ 20% des dépenses totales de santé. En Équateur et au Pérou, la couverture est en cours d'extension, atteignant plus de 70%, alors qu'elle est faible pour la région en Colombie, à 31,1%. Toutefois, le niveau élevé des paiements directs, notamment dans le cas de l'Équateur (54,1%) montre que les barrières à l'accès restent élevées, en particulier pour les pauvres. Compte tenu de ses performances économiques générales, le Chili affiche un déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé plutôt élevé, de 46%, comparativement aux autres pays de la région (figure A.4).

**Figure A.4. Comparaison de quelques pays d'Amérique latine**



## Chili

En 1981, le système de santé chilien (Holst et al, 2004) a suscité beaucoup d'intérêt parce qu'il est devenu l'un des premiers modèles orientés vers le marché à introduire des caisses d'assurance maladie privées pour réaliser des gains d'efficacité et remédier aux goulots d'étranglement dans la fourniture et le financement des soins. Vingt-cinq ans plus tard, la coexistence de l'assurance maladie publique et de plusieurs compagnies d'assurance maladie privées à but lucratif assure une couverture universelle (96%, voir tableau 18). Toutefois, le système de santé chilien présente encore des lacunes en termes d'égalité d'accès et d'équité de financement et il est contesté pour sa sélection des risques. Le déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé est relativement élevé, à 46%.

La Caisse nationale de santé (FONASA) couvre actuellement deux Chiliens sur trois, dont 3 millions de personnes considérées comme très pauvres.

Le Chili est parvenu à une couverture universelle par la protection de la santé en associant, en un système à payeur unique, un dispositif de type bismarckien, financé par les cotisations, et un système de santé financé par l'impôt couvrant les pauvres.

- les salariés du secteur formel et certains travailleurs non salariés paient des cotisations liées au revenu pour avoir droit à un panier de prestations complet. Les indigents sont couverts par la FONASA, Caisse publique d'assurance maladie, qui reçoit à cet effet d'importantes subventions elles-mêmes financées par les recettes fiscales ;
- les personnes immatriculées bénéficiant d'une exonération n'ont pas droit aux services de santé privés dont bénéficient les personnes qui paient des tickets modérateurs élevés. Néanmoins, comme l'affiliation à la FONASA est gratuite, elles sont protégées de toute discrimination et stigmatisation lorsqu'elles reçoivent des soins dispensés par des fournisseurs publics.

**Tableau 18. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé au Chili**

Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	96
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	46
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	6,1
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	23,7
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	46,2

Source : annexe II, tableau A2.2.

## Colombie

En Colombie, avant la réforme du secteur de la santé intervenue en 1993 (Castano et Zambrano, 2005), les régimes publics d'assurance maladie liés à l'activité professionnelle couvraient environ un tiers de la population. Les travailleurs du secteur formel étaient obligatoirement immatriculés auprès de régimes fermés de mise en commun des risques et payaient des cotisations obligatoires. La caisse la plus importante, l'Institut de sécurité sociale (Instituto de Seguridad Social, ISS), couvrait les travailleurs du secteur privé, et ceux du secteur public étaient immatriculés auprès de caisses qui ne couvraient que les employés des entreprises d'État, des universités publiques ou de l'administration gouvernementale. En plus des deux grandes caisses du secteur public (Cajanal, pour les agents du gouvernement central, et Caprecom pour les travailleurs des entreprises d'État

---

des secteurs des télécommunications, de la télévision et des postes), le système de mise en commun des risques était subdivisé en plus d'un millier de petits régimes d'assurance.

La réforme de 1993 a été inspirée par la réforme fondamentale du système de santé chilien; intervenue 12 ans plus tôt. Toutefois; les Colombiens ont essayé d'éviter les effets indésirables qui devenaient de plus en plus évidents au Chili. En créant un système contributif pour l'ensemble des travailleurs et salariés du secteur formel, ils ont exposé les caisses monopolistiques qui existaient auparavant à une sorte de concurrence gérée, en autorisant de nouvelles compagnies d'assurance à entrer sur le marché et en donnant aux citoyens le droit de choisir leur assureur en fonction de leurs propres préférences. Le financement a été basé sur des cotisations obligatoires équivalant à 12% du salaire (8% payés par l'employeur, 4% par le salarié).

Pour éviter toute défaillance du marché et un comportement concurrentiel contre-productif de la part des assureurs de la santé (la plupart d'entre eux étaient privés, et certains étaient des entreprises à but lucratif), les Colombiens ont essayé d'appliquer une réglementation stricte. Afin d'empêcher toute concurrence sur les prix, les cotisations au régime contributif ont été mises en commun au sein d'un fonds de péréquation unique, chargé d'allouer ensuite aux assureurs une prime calculée selon une tarification uniforme ajustée en fonction de l'âge, du sexe et du lieu de résidence (zone urbaine/zone rurale) de chaque affilié. Les affiliés paient ainsi en fonction de leurs capacités financières, mais les assureurs reçoivent des cotisations basées sur le risque individuel présenté par chaque assuré. De plus, les Colombiens ont créé un panier de prestations standard et défini les services couverts/exclus; les périodes donnant droit à une couverture à taux plein et le montant des tickets modérateurs ; les assureurs sont tenus de s'engager par contrat auprès de tous les demandeurs ; l'adhésion est obligatoire pour tous les travailleurs immatriculés et la transférabilité totale des droits est garantie.

En ce qui concerne le problème de l'extension de la protection sociale de la santé à d'autres personnes que les salariés et les travailleurs du secteur formel, la création, parallèlement au régime contributif, d'un système subventionné mérite tout particulièrement d'être soulignée. Les citoyens qui n'ont pas les moyens de cotiser sont tenus de s'immatriculer auprès de l'administrateur du système subventionné (ARS). Le nombre de pauvres et d'indigents affiliés à ce régime subventionné reste toutefois inférieur aux attentes, tout comme le taux global de couverture, qui est de 31,3% (tableau 19).

Afin de mieux cibler les pauvres et les personnes démunies, la Colombie a mis sur pied un système d'identification des bénéficiaires (SISBEN) basé sur des questionnaires complets et des contacts individuels pris par des travailleurs sociaux. Pour bénéficier du système subventionné, il faut satisfaire à des critères, fixés par le SISBEN. Le financement du système subventionné est assuré par les recettes fiscales et la cotisation de solidarité des personnes plus aisées, qui versent à l'assurance maladie une cotisation égale à 13% de leurs revenus au lieu de 12, la différence de 1% étant utilisée pour subventionner les pauvres. Le panier de prestations couvert par le régime de solidarité est plus limité que le panier complet prévu par le système contributif et le principal avantage réside dans le fait que les bénéficiaires sont exonérés de ticket modérateur lorsqu'ils s'adressent à des fournisseurs de soins de santé publics.

**Tableau 19. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en Colombie**

Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	31,3
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	40
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	2
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	35,8
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	100

Source : annexe II, tableau A2.2.

## Costa Rica

Au Costa Rica (Weber et Normand, 2007), le secteur de la santé est essentiellement financé par l'assurance sociale, avec des services de prévention fournis par le ministère de la Santé. La Caisse d'assurance sociale du Costa Rica (CCSS) a été créée au début des années 40 pour gérer le système d'assurance de la sécurité sociale. Ce système a permis d'obtenir de très bons résultats en matière d'amélioration de l'état de santé de la population. Les indicateurs de santé du Costa Rica sont proches de ceux de l'Europe, des États-Unis et du Canada, et non de ceux généralement constatés pour des pays ayant un revenu par habitant semblable (1 750 \$EU). La couverture de la population s'est élargie, l'accès aux services de santé de la CCSS étant aujourd'hui plus ou moins universel, et les paiements directs sont relativement faibles, à 18,8% des dépenses totales de santé (tableau 20).

Le ministère de la Santé (17% des dépenses totales en 1990) supervise les actions menées dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et de la santé environnementale. La CCSS (80% des dépenses totales) fournit des soins curatifs et des soins de réadaptation, des services de prévention individuelle (vaccinations par exemple) et certains services éducatifs. L'Institut national d'assurance (INS) couvre le traitement, la réadaptation et l'indemnisation en cas de maladie professionnelle et d'accident du travail et en cas d'accident de voiture.

La CCSS possède et gère l'ensemble des 29 hôpitaux du pays, fournissant 95% des services hospitaliers et environ 70% de l'ensemble des consultations. À l'exception de trois cliniques privées, pratiquement tous les établissements de santé sont administrés par la CCSS, le ministère de la Santé ou l'INS, et font partie du système national de santé. La qualité des soins hospitaliers est considérée comme très élevée, mais celle des soins ambulatoires est de plus en plus remise en cause.

Les fournisseurs de santé qui travaillent pour le ministère de la Santé et la CCSS sont généralement salariés, mais la CCSS a expérimenté d'autres solutions, au nombre desquelles un système médical d'entreprise (l'entreprise paie le salaire du médecin et met une clinique à la disposition de ses salariés) et une rémunération à la capitation des médecins ou des cliniques coopératives.

**Tableau 20. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé au Costa Rica**

Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	100
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	29
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	7,3
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	18,8
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	88,7

Source : annexe II, tableau A2.2.

## Équateur

La Constitution de l'Équateur reconnaît la santé comme un droit qui doit être garanti, promu et protégé en permettant à la population d'accéder à tout moment aux services de santé en cas de besoin (Organisation panaméricaine de la santé, 2007, pp. 304-321). En outre, la politique nationale de santé repose sur les principes d'équité, de solidarité, de qualité, de pluralité, d'efficacité, d'éthique et d'exhaustivité. La loi de 2002 sur le système national de santé vise à traduire ces principes dans la réalité à travers des lois spécifiques, telles que la loi sur la gratuité des soins prénatals et de santé (en vigueur depuis 1994), la loi sur les droits et la protection des patients, la loi sur la prévention et le traitement du VIH/SIDA et la loi sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle.

Dans le sillage du processus de décentralisation engagé dans le pays, le service de santé est divisé en échelons national, provincial et cantonal et comporte un conseil à chacun de ces échelons. La loi sur le système national de santé cite expressément la participation sociale et communautaire comme une condition indispensable à la mise en place et au fonctionnement des conseils et reconnaît toutes les organisations de voisinage et organisations communautaires existantes.

Il existe divers programmes de protection de la santé, qui s'adressent à différents secteurs et à différents publics, ce qui aboutit à une couverture globale de 73% de la population (tableau 21) :

- l'Institut de sécurité sociale équatorien (IESS) a vocation à fournir une couverture aux travailleurs des secteurs public et privé, qui représentent environ 10% de la population ;
- le système de sécurité sociale des agriculteurs couvre les soins de santé primaires pour les travailleurs en milieu rural et leur famille – ce qui représente environ 9,2% de la population rurale ;
- les services de santé des forces armées et de la police couvrent les soins ambulatoires et l'hospitalisation.

En 2004, 50,4% des dépenses totales de santé ont été assumées par le secteur public (ministère de la Santé, IESS, services de santé des forces armées et de la police et unités du ministère) et 49,2% par le secteur privé. Les dépenses publiques de santé sont passées de 0,6% du PIB en 2000 à 0,8% en 2001, 1,2% en 2002 et 1,5% en 2004. 31,8% seulement des dépenses publiques étaient orientées vers les pauvres. 90% du total des dépenses privées de santé correspondaient à des paiements directs des ménages (61% ont été engagées pour l'achat de médicaments et de fournitures médicales, 24,3% pour des soins médicaux, 4,7% pour des examens de laboratoire, des fournitures dentaires et des

appareillages orthopédiques) ; les 10% restants étaient des paiements directs officiels aux prestataires de soins. Toutefois, les paiements directs restent élevés, représentant 54,1% des dépenses totales de santé (tableau 21).

**Tableau 21. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé en Équateur**

Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	73
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	4
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	5,1
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	54,1
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	88,1

Source : annexe II, tableau A2.2.

## Pérou

En juillet 2001, les politiques du gouvernement péruvien sur l'accès universel aux services de santé et à la sécurité sociale (Organisation panaméricaine de la santé, 2007, pp. 576-595) ont été approuvées, de même que les directives sectorielles pour 2002-2012. Les neuf directives énoncées soulignent l'importance de la promotion de la santé, de la fourniture de soins de santé complets, de l'assurance universelle, du financement des soins pour les plus pauvres et de la modernisation du ministère de la Santé. L'orientation est de continuer à évoluer progressivement vers une couverture universelle. L'Assurance maladie intégrale est l'organisme public d'assurance de la population en situation de pauvreté ou d'extrême pauvreté et des travailleurs du secteur informel (elle couvrait environ 20 à 30% de la population en 2004). Le système de sécurité sociale (ESSALUD) assure les salariés (environ 17,6% de la population en 2004), laissant le secteur privé proposer des polices complémentaires ou d'assurance à ceux qui préfèrent opter pour cette solution (environ 10% de la population en 2004).

La loi de base sur la décentralisation adoptée en 2002 a défini les compétences des trois échelons de gouvernement (national, régional et local). En 2005, le ministère de la Santé a entamé le processus de transfert de compétences des agences de santé vers les autorités régionales au moyen d'un mécanisme d'accréditation mis en œuvre par le Conseil national de la décentralisation. Ce processus a nécessité un renforcement des capacités dans les régions, pour leur permettre de diriger, de piloter et de gérer les services de santé, suite au transfert de certaines compétences, en accord avec le conseil. La première évaluation du système national de santé coordonné et décentralisé a été effectuée en 2005 et a démontré que certains ajustements étaient nécessaires pour harmoniser les règles régissant les agences qui constituent le système. L'impact de la décentralisation sur le secteur public de la santé commence seulement à se faire sentir, du fait que le transfert de fonctions, de compétences, de responsabilités et de ressources se fait progressivement, par étapes, avec des différences selon les domaines concernés. Globalement, le système de santé péruvien est fragmenté et compte, dans le domaine de la fourniture des services comme dans celui de l'assurance publique, divers acteurs qui ont des fonctions différentes, mais pas forcément complémentaires, de sorte que les chevauchements sont très fréquents. Cette situation pourrait s'aggraver sous l'effet de la décentralisation du gouvernement péruvien.

Le système de santé péruvien pâtit d'un important déficit d'accès du fait de l'insuffisance des capacités de paiement. 32,1% des pauvres rencontrant des problèmes de santé ou victimes d'accidents ne se font pas soigner pour des raisons financières. Le système d'assurance maladie intégrale précité, créé en 2001 pour améliorer l'accès des pauvres à la

santé, couvre les pauvres de moins de 18 ans, les femmes enceintes et certaines catégories d'adultes vivant dans la pauvreté. Selon différentes estimations, le dispositif concerne entre 20 et 30% de la population et a par conséquent amélioré l'accès de la population aux services de santé – même si 40 % des Péruviens en sont encore exclus. Cette situation s'explique essentiellement par la pauvreté, la vie en milieu rural et la discrimination sociale et ethnique ; des problèmes inhérents au système de santé jouent également un rôle important, notamment l'insuffisance de l'offre de services de santé essentiels dans les régions les plus pauvres. Pour remédier à certains de ces problèmes et offrir des soins à la population pauvre et dispersée qui vit dans les régions rurales les plus reculées des montagnes et d'Amazonie, les autorités régionales et le ministère de la Santé ont mis en place des unités de soins mobiles, financées par l'Assurance maladie intégrale, qui fournissent des soins à intervalle régulier à cette catégorie de la population et proposent un ensemble de services essentiels ou de base. Elles mettent également en œuvre des actions de promotion et d'organisation communautaire. Ce service couvre environ 200 000 personnes.

D'après les statistiques, les dépenses de santé du Pérou représentent 4,4% de son PIB, et 41% de ces dépenses correspondent à des paiements directs. 71% de la population est couverte par la protection sociale de la santé. Le déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé s'établit à 42% (tableau 22).

**Tableau 22. Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé au Pérou**

<b>Quelques indicateurs de la protection sociale de la santé</b>	<b>Pourcentage</b>
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'État, d'assurance maladie publique, d'assurance maladie privée, mutuelles de santé)	71
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	42
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	4,4
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	40,8
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	79

Source : annexe II, tableau A2.2.

## Annexe II

Tableau A2.1. Estimation du déficit d'accès à la protection sociale de la santé

Pays *	Population		PIB <sup>1</sup>		Indice du développement humain	Indice de la pauvreté humaine	Indicateur Gini	Déficit d'accès estimé	
	Total (2003) <sup>4</sup>	Population urbaine (%) (2004) <sup>5</sup>	Total (en milliards de US\$)	Par habitant				Déficit d'accès national lié aux effectifs des professionnels de la santé (% de la population)	Estimation du déficit d'accès (naissances avec assistance d'un professionnel de la santé)
Albanie	3	45	6	1 740	0.78		28	-	6
Algérie	32	63	60	1 890	0.73	22	35	-	8
Angola	14	53	10	740	0.44	41		62	53
Argentine	38	90	140	3 650	0.86	4	52	-	1
Arménie	3	64	3	950	0.77		38	-	3
Australie	20	88 0	431	21 650	0.96	13	35	-	1
Autriche	8	66	215	26 720	0.94		30	-	-
Azerbaïdjan	8	52	7	810	0.74		37	-	16
Bangladesh	141	25	55	400	0.53	44	32	88	87
Bélarus	10	72	16	1 590	0.79		30	-	-
Belgique	10	97	267	25 820	0.95	12	25	-	-
Bénin	7	40	3	440	0.43	48		72	34
Bolivie	9	64	8	890	0.69	14	45	-	39
Bosnie-Herzégovine	4	45	6	1 540	0.80		26	-	-
Botswana	2	57	6	3 430	0.57	48	63	4	6
Brésil	179	84	479	2 710	0.79	10	59	-	50
Bulgarie	8	70	17	2 130	0.82		32	-	1
Burkina Faso	12	18	4	300	0.34	58	48	85	43

Pays *	Population		PIB <sup>1</sup>		Indice du développement humain	Indice de la pauvreté humaine	Indicateur Gini	Déficit d'accès estimé	
	Total (2003) <sup>4</sup>	Population urbaine (%) (2004) <sup>5</sup>	Total (en milliards de US\$)	Par habitant				Déficit d'accès national lié aux effectifs des professionnels de la santé (% de la population)	Estimation du déficit d'accès (naissances avec assistance d'un professionnel de la santé)
Burundi	7	10	1	100	0.38	41	33	93	75
Cambodge	14	19	4	310	0.58	39	40	76	68
Cameroun	16	54	10	640	0.51	36	45	44	38
Canada	32	80	757	23 930	0.95	11	33	-	2
Cap-Vert		57			0.72	19		57	11
République Centrafricaine	4	38	1	260	0.35	48	61	88	56
Tchad	9	25	2	250	0.37	58		90	86
Chili	16	87	69	4 390	0.86	4	57	46	-
Chine	1 297	40	1 417	1 100	0.77	12	45	34	17
Colombie	45	72	80	1 810	0.79	8	58	40	9
Congo	4	60	2	640	0.52	28		64	64
Costa Rica	4	61	17	4 280	0.84	4	47	29	2
Côte d'Ivoire	17	45	11	660	0.42	42	45	77	37
Croatie	5	56	2	5 350	0.85		29	-	-
Cuba	10	76			0.83	5		-	-
République tchèque	10	74	69	6 740	0.89		25	-	-
Rép. Dém. Du Congo	55	32	5	100	0.39	41		80	39
Danemark	5	86	182	33 750	0.94	8	25	-	-
République dominicaine	9	66	18	2 070	0.75	12	47	-	1
Equateur	13	62	23	1 790	0.77	9	44	4	31
Egypte	69	43	94	1 390	0.70	20	34	19	31
El Salvador	7	60	14	2 200	0.73	16	53	36	31

Pays *	Population		PIB <sup>1</sup>		Indice du développement humain	Indice de la pauvreté humaine	Indicateur Gini	Déficit d'accès estimé	
	Total (2003) <sup>4</sup>	Population urbaine (%) (2004) <sup>5</sup>	Total (en milliards de US\$)	Par habitant				Déficit d'accès national lié aux effectifs des professionnels de la santé (% de la population)	Estimation du déficit d'accès (naissances avec assistance d'un professionnel de la santé)
Erythrée	5		1	190	0.45	38		80	72
Estonie	1	69	7	4 960	0.86		37	-	-
Ethiopie	70	16	6	90	0.37	55	30	93	94
Finlande	5	61	141	27 020	0.95	8	27	-	-
France	60	77	1 523	24 770	0.94	11	33	-	-
Gabon	1	83	4	2 739	0.63	27		-	14
Gambie	<u>1.5</u>	53	12	8	0.48	45		59	45
Géorgie	5	53	4	830	0.74		37	-	4
Allemagne	83	75	2 085	25 250	0.93	10	28	-	-
Ghana	21	47	7	320	0.53	33	30	66	53
Grèce	11	59	147	13 720	0.92		35	-	-
Guatemala	13	47	23	1 910	0.67	23	48	-	59
Guinée	8	33	3	430	0.45	52	40	79	65
Guinée-Bissau	<u>1.5</u>	30	12	960	0.35	48		75	65
Haïti	9	38	3	380	0.48	39		89	76
Honduras	7	46	7	970	0.68	17	55	42	44
Hongrie	10	66	64	6 330	0.87		24	-	-
Islande	<u>0.3</u>	93	858	2 932	0.96			-	-
Inde	1 080	29	568	530	0.61	31	33	56	57
Indonésie	218	47	173	810	0.71	19	34	76	34
Iran, République islamique d'	67	66	133	2 000	0.75	16	43	45	10
Irlande	4	60	106	26 960	0.96	16	36	-	-

Pays *	Population		PIB <sup>1</sup>		Indice du développement humain	Indice de la pauvreté humaine	Indicateur Gini	Déficit d'accès estimé	
	Total (2003) <sup>4</sup>	Population urbaine (%) (2004) <sup>5</sup>	Total (en milliards de US\$)	Par habitant				Déficit d'accès national lié aux effectifs des professionnels de la santé (% de la population)	Estimation du déficit d'accès (naissances avec assistance d'un professionnel de la santé)
Israël	7	92	105	16 020	0.93		36	-	-
Italie	58	68	1 243	21 560	0.94		36	-	-
Jamaïque	3	53	7	2 760	0.72	15	38	22	5
Japon	128	66	4 390	34 510	0.95	12	25	-	-
Jordanie	5	82	10	1 850	0.76		36	-	-
Kazakhstan	15	57	27	1 780	0.77		31	-	1
Kenya	32	21	13	390	0.49	36	45	60	58
Corée, République de	48	81	576	12 020	0.91		32	-	-
Koweït	3	98	38	16 340	0.87			-	-
Kirghizistan	5	36	2	330	0.71		29	-	2
Rép. Dém. Pop. Lao	6	20	2	320	0.55	36	37	49	81
Lettonie	2	68	9	4 070	0.85		32	-	-
Liban	5	87	18	4 040	0.77	10		-	7
Lesotho	2	19	1	590	0.49	48	63	79	45
Lituanie	3	67	16	4 490	0.86		32	-	-
Luxembourg	1	83	25 664	56 780	0.95	11		-	-
Madagascar	17	27	5	290	0.51	36	48	81	49
Malawi	11	17	2	170	0.40	43	50	81	39
Malaisie	25	66	94	3 780	0.81	8	49	35	3
Mali	12	30	3	290	0.34	60	51	82	59
Mauritanie	3	40	1	430	0.49	41	39	77	43
Mexique	104	76	637	6 230	0.82	7	55	10	14

Pays *	Population		PIB <sup>1</sup>		Indice du développement humain	Indice de la pauvreté humaine	Indicateur Gini	Déficit d'accès estimé	
	Total (2003) <sup>4</sup>	Population urbaine (%) (2004) <sup>5</sup>	Total (en milliards de US\$)	Par habitant				Déficit d'accès national lié aux effectifs des professionnels de la santé (% de la population)	Estimation du déficit d'accès (naissances avec assistance d'un professionnel de la santé)
Moldova, République de	4	47	2	590	0.69		36	-	1
Mongolie	3	57	1	480	0.69	19	44	-	1
Maroc	31	58	40	1 320	0.64	33	40	59	37
Mozambique	19	34	4	210	0.39	49	40	93	52
Myanmar	54.3 <sup>6</sup>	30	13.8 <sup>7</sup>	270	0.58	22		77	44
Namibie	2	35	4	1 870	0.63	33	71	-	24
Népal	25	15	6	240	0.53	38	37	87	89
Pays-Bas	16	80	427	26 310	0.95	8	33	-	-
Nouvelle-Zélande	4	86	64	15 870	0.94		36	-	-
Nicaragua	6	59	4	730	0.70	18	55	55	33
Niger	12	17	2	200	0.31	56	51	92	84
Nigeria	140	47	43	320	0.45	41	51	38	65
Norvège	5	77	198	43 350	0.97	7	26	-	-
Oman	3	72			0.81			-	5
Pakistan	152	35	69	470	0.54	36	33	62	77
Panama	3	70	13	4 250	0.81	8	56	4	7
Papouasie-Nouvelle-Guinée	6	13	3	510	0.52	41	51	82	82
Paraguay	6	58	6	1 100	0.76	8	57	12	23
Pérou	28	72	58	2 150	0.77	12	50	42	29
Philippines	83	62	88	1 080	0.76	15	46	29	40
Pologne	38	62	201	5 270	0.86		32	-	-
Portugal	10	57	124	12 130	0.90		39	-	-

Pays *	Population		PIB <sup>1</sup>		Indice du développement humain	Indice de la pauvreté humaine	Indicateur Gini	Déficit d'accès estimé	
	Total (2003) <sup>4</sup>	Population urbaine (%) (2004) <sup>5</sup>	Total (en milliards de US\$)	Par habitant				Déficit d'accès national lié aux effectifs des professionnels de la santé (% de la population)	Estimation du déficit d'accès (naissances avec assistance d'un professionnel de la santé)
Roumanie	22	54	51	2 310	0.81		30	-	2
Féd. de Russie	143	73	375	2 610	0.80		46	-	1
Rwanda	8	19	2	220	0.45	37	29	85	69
Arabie Saoudite	23	81	187	8 530	0.78			-	7
Sénégal	11	41	6	550	0.46	44	41	88	42
Serbie-et-Monténégro	8		16	1 910				-	7
Sierra Leone	5	40	1	150	0	52	63	88	58
Singapour	4	100	90	21 230	1		43	-	-
Slovaquie	5	56	26	4 920	1		26	-	1
Slovénie	2	51	23	11 830	1		28	-	-
Afrique du Sud	46	59	126	2 780	1	31	59	-	16
Espagne	41	77	698	16 990	1	13	33	-	-
Sri Lanka	19	15	18	930	1	18	34	33	3
Suède	9	84	258	28 840	1	7	25	-	-
Suisse	7	75	293	39 880	1	11	33	-	-
Rép. arabe syrienne	18	51	20	1 160	1	14		-	30
Tadjikistan	6	25	1	190	1		35	-	29
Tanzanie, Rép.-Unie de	37	24	10	290	0	36	38	88	54
Thaïlande	64	32	136	2 190	1	9	43	-	1
L'ex-Rép. youg. de Macédoine	2	68	4	1 980	0.80		28	-	2
Togo	5	39	1	310	0	39		85	51
Tunisie	10	65	22	2 240	1	18	40	-	10

Pays *	Population		PIB <sup>1</sup>		Indice du développement humain	Indice de la pauvreté humaine	Indicateur Gini	Déficit d'accès estimé	
	Total (2003) <sup>4</sup>	Population urbaine (%) (2004) <sup>5</sup>	Total (en milliards de US\$)	Par habitant				Déficit d'accès national lié aux effectifs des professionnels de la santé (% de la population)	Estimation du déficit d'accès (naissances avec assistance d'un professionnel de la santé)
Turquie	72	67	197	2 790	1	10	40	4	17
Turkménistan	5	46	5	1 120	1		41	-	3
Ouganda	26	13	6	240	1	36	43	78	61
Ukraine	48	77	47	970	1		29	-	1
Royaume-Uni	59	90	1 680	28 350	1	15	36	-	1
États-Unis	294	81	10 946	37 610	1	15	41	-	1
Uruguay	3	92	13	3 790	1	3	45	-	1
Ouzbékistan	26	37	11	420	1		27	-	4
Venezuela, Rép. Boliv. du	26	93	89	3 490	1	9	49	39	6
Viet Nam	82	26	39	480	1	16	36	66	15
Yémen	20	27	10	520	0	41	33	69	78
Zambie	11	35	4	380	0	46	53	42	57
Zimbabwe	13	35	6	480	0	46	57	72	27

<sup>1</sup> Banque mondiale (2006b), pp, 292-295. <sup>2</sup> Rapport 2006 sur le développement humain (2006), pp, 283-286. <sup>3</sup> Idem, pp, 292-295. <sup>4</sup> Toutes ces données proviennent de la Banque mondiale (2005), pp, 256ff. sauf pour Cuba. <sup>5</sup> Rapport 2006 sur le développement humain (2006), pp, 297-299. <sup>6</sup> Myanmar National Health Accounts, 2004-2005. <sup>7</sup> Health in Myanmar.

**Tableau A2.2 Couverture formelle par la protection sociale de la santé**

Pays *	Couverture formelle						MAM Total	Paiements directs en % des dépenses de santé totales	Dépenses totales de santé en % du PIB brut <sup>1</sup>	Dépenses de santé de la sécurité sociale en % des dépenses de santé générales du gouvernement <sup>1</sup>	Paiements directs en % des dépenses de santé privées <sup>1</sup>
	Total (%)	État (%) <sup>2</sup>	Assurance maladie publique (%)	Assurance maladie privée (%)	Autre (%)	Régime professionnel / syndical					
Albanie	...							58.2	6.5	25.1	99.8
Algérie	85.0	17 <sup>3</sup>	68 <sup>4</sup>	0				18.3	4.1	28.4	95.3
Angola	...							15.8	7.1	89.2	71.1
Argentine	99.9	37.3 <sup>5</sup>		13.6 <sup>6</sup>	0.2 <sup>7</sup>	48.8 <sup>8</sup>		28.6	2.8	0.0	100
Arménie	100.0	100						64.3	4.5	0.0	100
Australie	100.0	59.7		40.3 <sup>9</sup>				22	8.9	56.8	55.6
Autriche	98.1	3.8 <sup>10</sup>	94.2	0.1 <sup>9</sup>				19.2	6.0	0.0	80.6
Azerbaïdjan	...							73.8	9.5	0.0	67.8
Bangladesh	0.4						0.41	58.9	7.5	65.8	59.2
Bélarus	100.0	100 <sup>11</sup>						23.2	3.6	0.0	96.8
Belgique	100.0		99	57.5 <sup>9</sup>				21.8	9.4	88.4	66.6
Bénin	0.5						0.44	51.4	4.4	...	90.3
Bolivie	66.9	30	25.8	10.5			0.6	28.5	6.7	65.0	79.3
Bosnie-Herzégovine	100.0	100						49.3	9.5	77.5	100
Botswana	...							12	5.6	...	28.8
Brésil	85.0	100 <sup>12</sup>		24.5				35.1	7.6	0.0	64.2
Bulgarie	100		100 <sup>13</sup>					44.8	7.5	51.6	98.4
Burkina Faso	0.2		0 <sup>14</sup>				0.2	52.2	5.6	1.0	98.1
Burundi	13		13 <sup>15</sup>				0	76.7	3.1	...	100
Cambodge							0.66	69.6	10.9	0.0	86.2
Cameroun	0.1						0.05	69.9	4.2	0.1	98.3
Canada	100.0	35		65 <sup>9</sup>			0	14.9	9.9	2.1	49.6
Cap-Vert	65.0		26.7 <sup>16</sup>				0	26.7	4.6	35.5	99.7
République Centrafricaine	6.0						6.03	58.5	4.0	...	95.3

Pays *	Couverture formelle						MAM Total	Paiements directs en % des dépenses de santé totales	Dépenses totales de santé en % du PIB brut <sup>1</sup>	Dépenses de santé de la sécurité sociale en % des dépenses de santé générales du gouvernement <sup>1</sup>	Paiements directs en % des dépenses de santé privées <sup>1</sup>
	Total (%)	État (%) <sup>2</sup>	Assurance maladie publique (%)	Assurance maladie privée (%)	Autre (%)	Régime professionnel / syndical					
Tchad	...						0.01	57.9	6.5	...	96.3
Chili	96.0	25 <sup>17</sup>	43.8	17.6	9.6		0	23.7	6.1	32.1	46.2
Chine	23.9		10.0 <sup>18</sup>				13.9	55.9	5.6	53.4	87.6
Colombie	31.3		30.5 <sup>19</sup>			0.7 <sup>20</sup>	0.13	7.5	4.0	...	95.3
Congo	...						0	35.8	2.0	0.0	100
Costa Rica	100.0		87.8 <sup>21</sup>	12.2			0	18.8	7.3	88.6	88.7
Côte d'Ivoire	5.0						5.02	65.5	3.6	...	90.5
Croatie	100.0		100 <sup>22</sup>				0	16.4	7.8	96.1	100
Cuba	100.0	100					0	9.9	7.3	0.0	75.2
République tchèque	100.0	100		0 <sup>9</sup>			0	8.4	7.5	85.4	83.9
Rép. dém du Congo	0.2						0.17	81.7	4.0	0.0	100
Danemark	100.0	100					0	15.7	9.0	0.0	92.5
République Dominicaine	84	60	7.0	12.0			0	47.3	7.0	17.4	70.8
Équateur	73.0	28	18 17.4 <sup>23</sup>	20	7		0	54.1	5.1	31.9	88.1
Égypte	47.6	34.3 <sup>24</sup>	12.9 <sup>25</sup>	0.44			0	53.5	5.8	27.1	93.2
El Salvador	59.6	40	18.1 <sup>26</sup>	1.5			0	50.4	8.1	44.1	93.5
Érythrée	...						0	54.5	4.4	0.0	100
Estonie	94.0		94				0	20.2	5.3	84.9	88.3
Éthiopie	...						0	32.7	5.9	0.4	78.7
Finlande	100.0		100				0	19.1	1.5	0.0	80.5
France	100.0		99.9	92 <sup>27</sup>			0	10	1.5	0.0	80.5
Gabon	55.0	14.4 <sup>28</sup>	23 <sup>29</sup>	4.7 <sup>30</sup>	12.9 <sup>31</sup>		0	33.4	4.4	1.7	100
Gambie	99.9						0	40.2	8.1	0.0	67.0
Georgia	55.0		14 <sup>32</sup>				0	74.7	4.0	59.2	98.2

Pays *	Couverture formelle						MAM Total	Paiements directs en % des dépenses de santé totales	Dépenses totales de santé en % du PIB brut <sup>1</sup>	Dépenses de santé de la sécurité sociale en % des dépenses de santé générales du gouvernement <sup>1</sup>	Paiements directs en % des dépenses de santé privées <sup>1</sup>
	Total (%)	État (%) <sup>2</sup>	Assurance maladie publique (%)	Assurance maladie privée (%)	Autre (%)	Régime professionnel / syndical					
Allemagne	101.6	3.9 <sup>33</sup>	85.7 <sup>34</sup>	10 <sup>35</sup>	2 <sup>36</sup>		0	10.4	11.1	87.4	47.9
Ghana	18.7						18.7	68.2	4.5	...	100
Grèce	99.5			10 <sup>9</sup>			0	46.5	9.9	32.0	95.4
Guatemala	72.6	26	16.6 18.2 <sup>37</sup>	30		> 0.008 <sup>38</sup>		55.4	5.4	50.5	91.9
Guinée	1.1						1.09	82.9	5.4	1.5	99.4
Guinée-Bissau	1.6						1.6	43.5	5.6	2.2	80.2
Haïti	60.0	21		38	1			43	7.5	0.0	69.5
Honduras	65.2	52	11.7	1.5				37.3	7.1	11.6	85.8
Hongrie	100.0	100		0				24.5	8.4	83.4	88.9
Islande	100.0	100		0 <sup>9</sup>				16.5	10.5	36.5	100
Inde	5.7		5.2 <sup>39</sup>	0.04 <sup>40</sup>			0.48	72.9	4.8	4.2	97.0
Indonésie	54.6	16.6 <sup>41</sup>	36.1 <sup>42</sup>	1.9 <sup>43</sup>				47.6	3.1	9.9	74.3
Iran, Rép. islamique d'	...							50	6.5	30.9	94.8
Irlande	100.0	100		43.8 <sup>9</sup>				13.1	7.3	0.8	61.9
Israël	9.0							28.3	8.9	61.9	89.1
Italie	100.0	100		15.6 <sup>9</sup>				20.7	8.4	0.2	83.3
Jamaïque	...							32	5.3	0.0	64.7
Japon	100.0		100					17.1	7.9	80.5	90.1
Jordanie	≈80.0		70	5		3 7		40.6	9.4	0.7	74.0
Kazakhstan	70-80		70-80					42.7	3.5	0.0	100
Kenya	25.0		25 <sup>44</sup>				0.015	50.6	4.3	10.0	82.6
Corée, République de	100 <sup>95</sup>	3.6 <sup>95</sup>	99.4 <sup>95</sup>	n.a.				41.9	5.6	81.7	82.8
Koweït	0.0							20.5	3.5	0.0	91.2
Kirghizistan	...						0	59.2	5.3	15.2	100

Pays *	Couverture formelle						MAM Total	Paiements directs en % des dépenses de santé totales	Dépenses totales de santé en % du PIB brut <sup>1</sup>	Dépenses de santé de la sécurité sociale en % des dépenses de santé générales du gouvernement <sup>1</sup>	Paiements directs en % des dépenses de santé privées <sup>1</sup>
	Total (%)	État (%) <sup>2</sup>	Assurance maladie publique (%)	Assurance maladie privée (%)	Autre (%)	Régime professionnel / syndical					
Rép. dém. Pop. Lao	16.1		15.9 <sup>45</sup>				0.15	46.4	3.2	1.0	75.5
Lettonie	87.0	87					0	46.9	6.4	82.7	94.3
Liban	95.1	45.3 <sup>46</sup>	26.1 <sup>47</sup>	12.6 <sup>48</sup>	11.1 <sup>49</sup>		0	56.1	10.2	46.0	79.4
Lesotho	...						0	3.7	5.2	0.0	18.2
Lituanie	...						0	23.2	6.6	74.6	96.6
Luxembourg	99.7	1.44 <sup>50</sup>	98.3	2.4			0	7.1	6.8	88.1	77.3
Madagascar	...						0	33.6	2.7	...	91.7
Malawi	...						0	27.7	9.3	0.0	42.7
Malaisie	...							30.8	3.8	0.8	73.8
Mali	2.0						2.0	38	4.8	26.0	89.3
Mauritanie	0.3						0.26	23.2	3.7	8.7	100
Mexique	78.6	28.6 <sup>51</sup>	47 <sup>52</sup>	3 <sup>53</sup>				50.5	6.2	66.9	94.2
Moldova, République of	78.6		100 <sup>54</sup>					43.7	7.2	1.1	96.1
Mongolie	100	57.6 <sup>55</sup>	78.5 <sup>56</sup>					33	6.7	37.8	91.1
Maroc	41.2		35 <sup>57</sup>	0.4	0.5 <sup>58</sup>	5.3 <sup>58</sup>		50.9	5.1	0.0	76.1
Mozambique	...							14.9	4.7	0.0	38.8
Myanmar	...							80.4	2.8	0.6 <sup>64</sup>	99.7
Namibie	22.5		10 <sup>59</sup>	12.5 <sup>60</sup>				5.8	6.4	1.9	19.2
Népal	0.1					0.008 <sup>61</sup>	0.13	66.6	5.3	0.0	92.2
Pays-Bas	100		76.3	28 <sup>9</sup>				7.8	9.8	93.0	20.8
Nouvelle-Zélande	100.0	100		35 <sup>9</sup>				15.6	8.1	0.0	72.1
Nicaragua	68.5	60	7.9		0.5		0.13	49.4	7.7	26.6	95.7
Niger	0.7						0.7	41.9	4.7	2.2	89.2
Nigeria	...							67.9	5.0	0.0	91.2
Norvège	100.0			0 <sup>9</sup>				15.6	10.3	17.9	95.4

Pays *	Couverture formelle						MAM Total	Paiements directs en % des dépenses de santé totales	Dépenses totales de santé en % du PIB brut <sup>1</sup>	Dépenses de santé de la sécurité sociale en % des dépenses de santé générales du gouvernement <sup>1</sup>	Paiements directs en % des dépenses de santé privées <sup>1</sup>
	Total (%)	État (%) <sup>2</sup>	Assurance maladie publique (%)	Assurance maladie privée (%)	Autre (%)	Régime profession- nel / syndical					
Oman	100.0							9.5	3.2	0.0	56.1
Pakistan	...							70.9	2.4	53.3	98.0
Panama	100.0	35.4	64.6					27.6	7.6	55.5	82.2
Papouasie-Nouvelle-Guinée	...							9.7	3.4	0.0	87.2
Paraguay	63.7	33.3	14.2 <sup>62</sup>	12.4		0.18 <sup>63</sup>	3.59	51.1	7.3	39.8	74.6
Pérou	71.0	11.7 <sup>64</sup>	27.2 <sup>65</sup>				0.34	40.8	4.4	42.4	79.0
Philippines		37.7 <sup>66</sup>	21.1 <sup>67</sup>					44	3.2	21.8	78.2
Pologne	...			0 <sup>9</sup>			0	26.4	6.5	86.0	87.8
Portugal	100.0	100.0		14.8 <sup>9</sup>			0	29	9.6	6.5	95.7
Roumanie	100.0		100 <sup>68</sup>				0	33.5	6.1	85.8	90.4
Féd. de Russie	88		88 <sup>69</sup>				0	29.2	5.6	43.7	71.1
Rwanda	36.6	2.6 <sup>70</sup>	8.9 <sup>71</sup>				25.1 <sup>72</sup>	23.6	3.7	9.8	41.7
Arabie saoudite	...						0	6.9	4.0	...	28.6
Sénégal	11.7		7 <sup>73</sup>				4.72	55.5	5.1	15.8	95.3
Serbie et Monténégro	96.2		96.2 <sup>74</sup>				0	20.9	9.6	89.8	85.3
Sierra Leone	...						0	41.7	3.5	0.0	100
Singapour	...						0	62	4.5	21.5	97.1
Slovaquie	96.2				0 <sup>9</sup>		0	11.7	5.9	93.5	100
Slovénie	100.0						0	9.7	8.8	82.6	41.1
Afrique du Sud	100.0	83.7 <sup>75</sup>		17 <sup>76</sup> 15.1 <sup>77</sup>			0	10.5	8.4	4.6	17.1
Espagne	98.9			2.7 <sup>9</sup>			0	23.5	7.7	7.0	82.0
Sri Lanka	0.1						0.12	48.9	3.5	0.3	88.9
Suède	100.0	100		0			0	13.6	9.4	0.0	92.1
Suisse	100.0		20	80 <sup>9</sup>			0	31.5	11.5	69.3	76.0

Pays *	Couverture formelle						MAM Total	Paiements directs en % des dépenses de santé totales	Dépenses totales de santé en % du PIB brut <sup>1</sup>	Dépenses de santé de la sécurité sociale en % des dépenses de santé générales du gouvernement <sup>1</sup>	Paiements directs en % des dépenses de santé privées <sup>1</sup>
	Total (%)	État (%) <sup>2</sup>	Assurance maladie publique (%)	Assurance maladie privée (%)	Autre (%)	Régime professionnel / syndical					
République arabe syrienne	29.2	100 <sup>78</sup>	0	0.005 <sup>79</sup>		18 <sup>80</sup>	11.2	51.8	5.1	0.0	100
Tadjikistan	...						0	79.2	4.4	0.0	100
Tanzanie, Rép.- Unie de	14.5		14.5 <sup>81</sup>				0.005	36.2	4.3	2.6	81.1
Thaïlande	97.7	75.3 <sup>82</sup>	22.4 <sup>83</sup>				0	28.7	3.3	32.0	74.8
L'ex-Rép. youg. de Macédoine	100.0		100 <sup>84</sup>				0	15.5	7.1	97.8	100
Togo	0.4						0.44 <sup>85</sup>	66.2	5.6	14.6	88.0
Tunisie	99.0	33 <sup>86</sup>	65	1			0	45.1	5.4	23.5	83.0
Turquie	69.2		67.2	<2			0	19.9	7.6	54.6	69.9
Turkménistan	82.3	82.3					0	32.6	3.9	6.1	100
Ouganda	0.1						0.098	36.7	7.3	0.0	52.8
Ukraine	100.0	100 <sup>87</sup>					0	26.8	5.7	0.0	78.6
Royaume-Uni	100.0	100		10 <sup>9</sup>			0	11	8.0	0.0	76.7
États-Unis	100	32.4 <sup>88</sup>		71.9 <sup>9</sup> 66.4 <sup>89</sup>			0	13.5	15.2	28.4	24.3
Uruguay	87.8	27.2	15.8	30.8	13.9		0.13	18.2	9.8	48.5	25.0
Ouzbékistan	...						0	54.4	5.5	0.0	95.5
Venezuela, Rép. Boliv. Du	100.0	65.6	34.4				0	53.2	4.5	25.2	95.5
Viet Nam	23.4			22.2 <sup>90</sup>			1.17	53.6	5.4	16.6	74.2
Yémen	6.3		0	0.03 <sup>91</sup>	4.65 <sup>92</sup>	1.5 <sup>93</sup>	0.1	56.4	5.5	...	95.5
Zambie	...						0	33.1	5.4	0.0	68.2
Zimbabwe	...						0	36.3	7.9	0.0	56.7

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la santé (2006), Annexe statistique (<http://www.who.int/whr/2006/annex/en>). <sup>2</sup> Toutes les données relatives aux pays de l'OCDE proviennent des statistiques de l'OCDE sur la santé (2006) et pour l'Amérique latine, de Mesa-Lago (2005/2007), sauf indication d'autres sources. <sup>3</sup> L'État paie des cotisations au nom d'environ 8 millions de personnes handicapées et d'un demi million de chômeurs ; en calculant un nombre moyen de trois personnes à charge, cela permet de garantir l'accès aux soins de santé à environ 17% de la population totale. <sup>4</sup> En 2004, la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale des Travailleurs Salariés (CNAS) comptait 7

750 045 bénéficiaires. En octobre 2006, le nombre de bénéficiaires avait atteint 9 331 767 (CNAS 2006). Pour le régime d'assurance sociale du secteur privé, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale des non salariés (CASNOS), les seules informations disponibles sur les bénéficiaires étaient anciennes : en 2000, la CASNOS comptait 330 863 cotisants ; en calculant une moyenne de quatre personnes à charge, cela correspondrait à un nombre total de 1 654 315 bénéficiaires (CASNOS 2001). De plus, les étudiants, les pensionnés de guerre, les chômeurs couverts par le système d'assurance-chômage et certains autres groupes sont couverts par la CNAS et paient donc des cotisations plus faibles 5 Maceira 2005 p.7. 6 9,8% pour la seule assurance maladie privée ; 3,8% pour l'assurance maladie privée (AMP) complémentaire en sus du régime d'assurance santé des salariés (Maceira 2005 p.7). 7 Maceira 2005 p.7. 8 Régimes de soins de santé des salariés (Maceira 2005, p.7). 9 OCDE (2006), sauf pour l'Allemagne et les Pays-Bas. L'AMP est supplémentaire (1er numéro) ou complémentaire (2ème numéro) soit à la protection sociale de la santé financée par l'impôt soit à la protection sociale de la santé fournie par l'AMP. 10 En 2004, l'Autriche comptait 170 449 bénéficiaires sociaux dont les cotisations à l'AM publique étaient payées par les municipalités avec les recettes fiscales (Statistik Österreich 2006); le Trésor finance également la quasi totalité des cotisations de 138 539 exploitants agricoles à la retraite (Mehl 2005, p.15). 11 Arnaudova (2006), p.33. 12 Tous les citoyens ont droit à des prestations couvertes par le système de santé unifié SUS, mais la disponibilité de ces prestations varie en fonction de la situation régionale et géographique. 13 Arnaudova (2006), p.78. 14 La Caisse Nationale de Sécurité Sociale ne couvre pas d'autres prestations de santé que certains soins maternels préventifs et services de santé pédiatriques associés aux allocations familiales et à d'autres allocations principales, et elle n'est pas considérée comme une " assurance maladie " (CNSS 2007). 15 Information directement obtenue auprès du Département technique de la Mutuelle de la fonction publique, Bujumbura, janvier 2007, Witter (2002, p.21) a mentionné un taux de couverture de 10 à 15%. 16 En 2000, le nombre total de bénéficiaires de l'Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) était de 115 378 pour une population totale de 431 989 personnes (Ferreira 2003, p.8). 17 Étant donné que les bénéficiaires des prestations de la FONASA appartenant au groupe A (personnes indigentes) sont exemptées de cotisations, les soins de santé dispensés aux membres de ce groupe sont considérés comme financés par l'État ; tous les autres affiliés à la FONASA paient des cotisations et sont donc couverts par un régime public d'assurance maladie (FONASA 2006). 18 En 2005, plus de 130 millions de bénéficiaires étaient couverts par le régime d'assurance médicale de base (MOLSS, 2005, cité dans Tang et coll., 2007, p.32); à noter que le régime d'assurance médical de base est appelé Système d'assurance maladie de base (Drouin et Thompson, 2006). 19 Selon Castaño et Zambrano (2005), environ 13 800 000 Colombiens sont actuellement couverts par le système contributif ou le système subventionné. 20 L'assurance Equidad pour les accidents du travail et les maladies professionnelles couvrait 309 790 bénéficiaires en 2004 (Almeyda et Jaramillo 2005, p.39). 21 Sáenz/Holst 2007. 22 Arnaudova (2006), p.96f. 23 Selon les statistiques de l'IESS, il y avait en 2003, 1 184 484 affiliés cotisants, 261 715 bénéficiaires d'une pension, 819 405 personnes (= 31.8% du groupe-cible) couvertes par le Seguro Social Campesino Ecuatoriano (IESS, 2006; González, 2006). 24 16 470 022 élèves couverts en application de la Loi 99/1992 et 5 525 125 nourrissons et enfants (Decree 380/1997) couverts. 25 3 629 996 salariés du secteur public couverts en application de la Loi 32/1975; 3 121 529 bénéficiaires du régime des fonctionnaires en application de la Loi 79/1975, plus 1 617 923 retraités et veufs/veuves (cotisant pour 1% de leur pension). 26 Y compris l'ensemble des bénéficiaires de l'Institut de sécurité sociale de El Salvador (ISSS, 2006) et du Régime des enseignants (Bienestar Magisterial) (Holst, 2003c, p.25). 27 OCDE (2006); à noter qu'en France l'AMP complète l'AMPub obligatoire universelle en remboursant les tickets modérateurs correspondants : environ 60% de ces AMP sont des mutuelles et les 40% restants sont des AMP à but non lucratif et à but lucratif. 28 40 000 salariés du secteur public plus 160 000 personnes à charge couverts par l'intermédiaire du Ministère des finances ; 300 047 indigents et travailleurs instables, couverts en théorie par la Caisse nationale de garantie sociale, ne bénéficient en fait d'aucun type de service (Biyogo Bi-ndong et coll., 2005 p.9). 29 92 739 salariés du secteur privé assurés et 226 515 personnes à charge (Biyogo Bi-ndong et coll., 2004, p.9). 30 22 000 affiliés cotisants et un nombre total de 65 000 bénéficiaires étaient couverts par l'assurance maladie privée (Biyogo Bi-ndong et coll., 2004, p.11). 31 Pourcentage restant après calcul de celui des personnes couvertes (52%) moins le pourcentage de personnes couvertes par l'un ou l'autre des régimes mentionnés (Biyogo Bi-ndong et coll., 2004, p.3f., 9). 32 Jusqu'en 2002, le Fonds étatique uni d'assurance sociale de Géorgie ne couvrait pas plus de 14% de la population du pays (Witter, 2002, p.22) alors que dans la structure de l'emploi géorgienne les salariés représentaient 35,4% des travailleurs (travailleurs indépendants : 35% ; employés non salariés : 37.8%) (Collins, 2006, p.302f). 33 Les municipalités paient les cotisations d'assurance maladie des bénéficiaires des prestations de l'aide sociale, dont le nombre s'élevait en 2004 à 2 910 226 ; de plus, le gouvernement central finance les cotisations à l'assurance sociale de 351 409 exploitants agricoles à la retraite (Krieger, 2006, p.4; LSV, 2005, p.96). 34 La couverture totale par l'AMPub comprend 74 051 000 personnes sur une population totale de 82 600 000 citoyens, ce qui correspond à 89.65% de la population allemande. Toutefois, les bénéficiaires de l'AMPub dont le gouvernement central et les gouvernements locaux paient les cotisations sont comptés comme utilisateurs des soins de santé payés par l'État (OCDE, 2006). 35 Pour les personnes aisées, remplace l'assurance maladie publique obligatoire. 36 Busse et Riesberg (2004), p.57. 37 Herrera (2006), p.4. 38 Plus de 1 000 affiliés au Servicio Solidario de Salud organisé par la Mutuelle de la Central General de Trabajadores (Develtere et Fonteneau, 2001, p.30f). 39 Le Régime d'assurance publique pour les salariés (ESIS) couvre environ 7,9 millions d'assurés et 30,7 millions de bénéficiaires ; le nombre de titulaires de cartes du régime d'assurance maladie du gouvernement central est actuellement d'environ 1 million, avec un nombre total de bénéficiaires de quelque 4,3 millions ; 8 millions de bénéficiaires du régime de santé des chemins de fer ; 6,6 millions pour les salariés de la défense ; 7,5 millions pour les anciens combattants ; 4 millions pour le secteur minier et des plantations (secteur public) (Gupta, 2007, p.113, 118). 40 Régime d'assurance maladie universel (cotisation partagée) : 416 936 bénéficiaires (National Insurance Company). 41 Selon les prévisions, 36 146 700 bénéficiaires devaient adhérer au Système élargi Askesin pour les personnes à faibles revenus en Indonésie, qui est subventionné par le gouvernement central et les gouvernements locaux (Adang, 2007, p.149f). 42 Depuis 2005, le nouveau système (Askesin) a élargi la couverture par l'assurance maladie à 60 millions de personnes de plus, soit 27,6% de la population, en comptant le régime public d'assurance maladie des fonctionnaires Askeswith, qui regroupe 4,5 millions de salariés affiliés et 9,3 millions de personnes à charge, soit 13,8 millions de bénéficiaires ou 6,3% de la population. L'assurance maladie publique pour les salariés du secteur privé (Jamsostek) couvrait en 2005 1,26 million de salariés et 2,74 millions de bénéficiaires. Quelque 2 millions de personnes étaient assurées par le régime des Services de santé militaires couvrant l'ensemble des membres des forces armées. 43 En 1999 (!), 4 millions de personnes étaient couvertes par l'assurance maladie commerciale privée (Adang 2007, p.148). 44 Witter (2002), p.21 ; la Caisse nationale d'assurance maladie (National Health Insurance Fund, NHIF) couvre 7% de la population du Kenya (Scheil-Adlung et coll. 2007, p.133). 45 875 000 bénéficiaires couverts par le régime de sécurité sociale du secteur public, dont 91 000 fonctionnaires et 100 000 membres des forces armées, ainsi que 48 096 bénéficiaires de l'Organisation de sécurité sociale pour le secteur privé (Social Security Organisation, SSO) (Hohmann et coll., 2005). 46 2 083 662 Libanais – dont 1 047 338 hommes et 1 036 324 femmes – ont droit à la couverture du Ministère de la santé (Ministère de la santé, 2006). 47 La couverture par la Caisse nationale de sécurité sociale, telle que signalée par cette Caisse, était de 26,1% en 2001, mais les enquêtes auprès des ménages faisaient état d'un pourcentage plus faible

de 17,8% (Ammar et coll., 2000) puisqu'en 2003 la Caisse comptait 386 000 affiliés : 253 000 hommes (65.54%) et 133 000 femmes (34.45%) (Papadopoulos 2006, p.4). Le nombre moyen de personnes à charge était proche de deux, ce qui semble relativement faible pour un pays arabe. 48 8% de la population bénéficiait d'une couverture complète par l'assurance privée, et 4,6% avait contracté une assurance maladie privée pour compléter la couverture des autres régimes d'assurance (Ammar et coll. 2000, p.24). 49 Bénéficiaires couverts par tout régime en vigueur pour les membres des quatre armes de l'appareil de sécurité (Ammar et coll. 2000, p.24). 50 Ministère de la sécurité sociale (2005). 51 Frenk et coll. (2007), p.24 ; s'agissant du financement par l'impôt, il convient de noter l'inclusion annuelle prévue de 14,3% du groupe cible, lequel est constitué de 11 millions de familles, ou 50 millions de bénéficiaires représentant 49% de la population totale. Estimations pour la deuxième année après l'entrée en vigueur du Système de protection sociale de la santé en 2004. 52 Ibid. 53 Ibid. 54 Arnaudova (2006), p.114f. 55 1 439 544 personnes étaient couvertes par l'État en 2002 ( Khorolsuren et Tsenden, 2005, p.3f). 56 En 2002, le nombre total d'affiliés à l'assurance sociale était de 523 617, soit 1 963 161 bénéficiaires (Khorolsuren et Tsenden 2005, p.3f). 57 En 2005, le régime d'assurance sociale du secteur privé, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) couvrait environ 6 millions de bénéficiaires, et le régime d'assurance maladie pour les salariés du secteur public, la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS), environ 3,2 millions de bénéficiaires. Environ 4% de la population était couverts par l'assurance maladie professionnelle (Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine) (l'Observatoire de Tanger, 2007; Kaddar et coll., 1999, p.4f). 58 Direction de la Statistique 2005, p.485. 59 Witter (2002), p.21. 60 Feeley et coll.(2006), p.6. 61 La Fédération générale des syndicats népalais couvrait environ 2 000 bénéficiaires (BIT, 2003a, pp.8,10). 62 Instituto de Prevision Social (2003) ; Holst (2003b). 63 Couverture des salariés de l'entreprise binationale Itaipu par " Seguro Itaipu " (Holst 2003b). 64 Par ailleurs, le régime d'assurance Seguro Integral de Salud (SIS), géré par le secteur public, comptait 11 044 140 bénéficiaires affiliés (MINSa, 2006, p.IR-1). 3 221 090 bénéficiaires seulement étaient effectivement couverts (communication personnelle d'employés du SIS). 65 Le nombre total de salariés du secteur formel et des personnes à leur charge couverts par le régime public d'assurance maladie EsSalud est de 7 500 000 (<http://www.essalud.gob.pe>) 66 Au 31 décembre 2004, PhilHealth couvrait un nombre total de 31 290 750 bénéficiaires par l'intermédiaire du programme subventionné (pour les indigents) qui paie les primes des nécessiteux (PhilHealth, 2006). 67 Le nombre total de 17 520 000 bénéficiaires comprend les salariés du gouvernement (assurance obligatoire), les salariés et les travailleurs du secteur privé affiliés jusqu'à la date susmentionnée, plus les affiliés au programme de paiements individuels pour les travailleurs du secteur informel (Basa, 2007). 68 Arnaudova (2006), p.132. 69 Balabanova et coll. (2003), p.2126. 70 Les bénéficiaires du système Gacaca (113 770 personnes) et les détenus (107 000 personnes) ont droit, gratuitement, aux prestations de santé du secteur public (Musango et coll., 2006, p.126). 71 Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA) : 155 394 ; Fonds d'appui aux rescapés du génocide (FARG) : 283 000 ; Armée : 100 000 ; assurance maladie du secteur privé : 213 512 (Musango et coll., 2006, p.126). 72 Musango et coll. (2006), p.126. 73 Nombre total de bénéficiaires couverts par des institutions d'assurance maladie d'entreprise ou inter-entreprises gérant le régime de protection sociale de la santé du secteur formel, qui est obligatoire (Scheil-Adlung et coll., 2007, p.133). 74 Information fournie par le Prof. Laaser, Belgrade. 75 Soins de santé de base offerts à une grande majorité de la population de l'Afrique du Sud dans des établissements publics où les services sont payants en fonction du régime et du type de services (Scheil-Adlung et coll., 2007, p.133). 76 Couverture par des régimes d'assurance maladie professionnelle privée (Scheil-Adlung et coll., 2007, p.134). 77 Conseil pour les régimes médicaux (2006), p.47. 78 En principe, les Syriens ont droit à des soins préventifs et des soins primaires dispensés par les fournisseurs publics. De plus, les patients atteints d'une maladie chronique reçoivent également des soins de santé gratuits ou à prix réduits dans les établissements de santé publics. 79 L'assurance maladie privée commence à faire son apparition en Syrie depuis que les premières compagnies ont été agréées en juillet 2006 (Holst, 2006). 80 On estime que la moitié des 3 millions de salariés du secteur public sont couverts par un type ou un autre de régime d'assurance, selon la première évaluation des régimes de prestation de santé professionnels en Syrie. Quelque 12 à 14% de la population ont droit à des prestations de santé professionnelles. Toutefois, les études correspondantes n'ont pas pris en compte le fait que les syndicats gèrent des régimes supplémentaires pour les personnes à la charge de la population susmentionnée, dans un certain nombre d'entreprises publiques, ce qui fait que le nombre de personnes protégées par l'assurance maladie professionnelle est en réalité plus élevé (Schwefel 2006a, 2006b; Holst, 2006). 80 Le nombre total de bénéficiaires de la sécurité sociale en République-Unie de Tanzanie est de 5 319 378 : NSSF 400 000 membres, 2 360 000 bénéficiaires ; PPF 60 000 membres, 354 000 bénéficiaires ; PSPF 193 000 membres, 1 138 700 bénéficiaires ; LAPF 40 000 membres, 236 000 bénéficiaires ; NHIF 248 343 membres, 1 142 178 bénéficiaires ; GEPF 15 000 membres, 88 500 bénéficiaires (Dau, 2005, p.2; Humba, 2005, p.7). 82 En 2002, le régime UC couvrait 47 millions de personnes en Thaïlande (Tangcharoensathien et coll., 2007, p.127). 83 Régime de prestations médicales pour les fonctionnaires (6 millions de personnes, soit 10% de la population) et assurance maladie publique pour les salariés du secteur privé (8 millions de personnes, soit 13% de la population) : ces deux régimes sont considérés comme des assurances maladie publiques (Tangcharoensathien et coll., 2007, p.127). 84 Arnaudova (2006), p.197f. 85 Concertation (2004), p.14. 86 Achouri (2007), p.52 ; il convient de noter que la CNSS couvre environ quatre bénéficiaires de la sécurité sociale sur cinq. Le pourcentage des personnes couvertes par des services financés par l'impôt comprend les personnes qui ont droit à des services de santé gratuits (8%) et à des prix réduits dans les établissements publics (25% de la population). 87 Arnaudova (2006), p.233f. 88 En 2003, 41,2 millions de citoyens des États-Unis étaient affiliés à Medicare et 54 millions à Medicaid (Bureau du recensement des États-Unis, 2007). 89 Hoffman et coll. (2005), p.10. 90 À la fin de 2005, le régime obligatoire comptait 8 142 000 affiliés et les régimes facultatifs regroupaient 6 245 000 citoyens vietnamiens, et 3 889 000 pauvres étaient aidés par des subventions du Fonds pour les soins de santé aux pauvres (Tien, 2007, p.64). 91 Selon les estimations, le nombre de citoyens yéménites couverts par l'assurance maladie privée est d'environ 6 000 (Schwefel et coll., 2005, p.108ff). 92 On estime à 920 000 personnes le nombre des membres des forces armées et de la police couverts par le régime militaire de prestations de santé ou le régime du Ministère de l'intérieur (Schwefel et coll., 2005, p.105). 93 Selon les estimations, environ la moitié de l'ensemble des travailleurs et salariés du secteur formel sont couverts par un régime de prestations de santé (Schwefel et al., 2005, p.105). 94 Myanmar Statistical Yearbook 2004. 95 2005 Report on Health Insurance Statistics (National Health Insurance Corporation).

---

## Annexe III

### Trousse à outils du BIT

#### **NATLEX**

NATLEX est une base de données sur les législations nationales du travail, de la sécurité sociale et des droits de l'Homme tenue à jour par le Département des normes internationales du travail. Les notices que contient cette base fournissent des résumés de législation et de commentaires y relatifs, répertoriés par mots clés et classés par thèmes. NATLEX contient plus de 55 000 enregistrements concernant plus de 170 pays et territoires. Chacun de ces enregistrements n'apparaît que dans l'une des trois langues officielles de l'OIT (anglais, français, espagnol). Dans la mesure du possible, le texte complet de la loi répertoriée ou une source électronique pertinente sont annexés à l'enregistrement. La base de données est habituellement tenue à jour, mais certains retards peuvent survenir entre le moment de réception de l'information et la mise à jour des enregistrements.

#### **Services consultatifs actuariels et financiers**

De nombreux pays ont besoin de conseils objectifs et neutres sur les questions stratégiques ou de gestion en matière financière ou budgétaire ou d'un appui pour renforcer leurs capacités nationales à concevoir et gérer des programmes de protection sociale financièrement sains. Le Service international financier et actuariel du BIT (ILO FACTS) aide les organismes gouvernementaux et les institutions autonomes de protection sociale à développer leurs propres compétences en matière de planification quantitative et à améliorer la gestion et la gouvernance de leurs régimes de protection sociale. ILO FACTS est un groupe consultatif sectoriel à l'usage exclusif des organismes nationaux de protection sociale ou des régimes de sécurité sociale. C'est un service que le BIT fournit à ses mandants. Il est hautement spécialisé dans les aspects actuariel, financier et budgétaire de la protection sociale. ILO FACTS est le groupe consultatif qui a la plus longue et la plus riche expérience internationale des aspects quantitatifs de la sécurité sociale dans le monde.

#### **La famille de modèles du BIT**

*Projections démographiques.* ILO-POP produit des prévisions démographiques respectant la méthode standard des Nations Unies pour les projections de population, basées sur la structure démographique initiale combinée avec des hypothèses relatives à la mortalité, à la fécondité et aux migrations. Ce modèle est également utilisé comme producteur d'intrants standard pour les modèles actuariels du BIT sur les pensions et le budget social, qui nécessitent des prévisions démographiques à long terme. Les modèles de prévision démographique ont été récemment adaptés pour tenir compte des effets de la pandémie de VIH/SIDA sur la mortalité.

*Budgétisation sociale.* ILO-SOCBUD comprend quatre sous modèles : le sous modèle de la main-d'œuvre (ILO-LAB) et le sous modèle économique (ILO-

---

ECO) fournissent tous deux des données sur l'emploi et les gains au sous modèle des dépenses sociales (ILO-SOC), lequel fournit des informations sur les dépenses fonctionnelles (dépenses par fonction de la protection sociale) pour les principaux sous-systèmes et régimes de sécurité sociale, par ex. la protection sociale de la santé et la protection de la vieillesse ; le quatrième sous modèle, ILO-GOV, agrège des données pouvant être utilisées dans les comptes gouvernementaux et institutionnels du système de sécurité sociale.

*Pensions.* ILO-PENS est un modèle actuariel des pensions traditionnellement utilisé pour réaliser des projections financières et actuarielles à long terme autonomes pour les régimes de pensions nationaux. Il peut également être utilisé comme intrant pour ILO-SOCBUD.

*Distribution des salaires.* ILO-DIST a été conçu pour produire des données sur la distribution des salaires. Il est surtout utilisé pour les projections des pensions mais comme les systèmes de protection sociale sont redistributeurs, il faut aussi tenir compte de la distribution des revenus lorsque l'on dispense des conseils politiques sur la conception et le financement de ces systèmes.

*Santé.* ILO-HEALTH est le dernier arrivé dans la famille des modèles de protection sociale du BIT et il est encore en phase d'essai. Il a été conçu comme un outil permettant de procéder à des évaluations autonomes de l'état et du développement financiers des systèmes nationaux de soins de santé et il est également utilisable pour produire des intrants pour la partie « santé » de ILO-SOCBUD.

## **Indicateurs de performance**

Le Département de la sécurité sociale a mis au point une série préliminaire d'indicateurs de performance quantitatifs qui peuvent être utilisés par les gestionnaires et les organes de supervision pour évaluer la performance des régimes de sécurité sociale.

## **STEP**

Pour remédier au problème de la faible couverture de la population par la protection sociale dans les pays en développement, STEP élabore des stratégies et mécanismes novateurs dont l'objectif est de couvrir tous ceux qui sont actuellement exclus des régimes existants. STEP travaille sur les régimes communautaires de prestations sociales et plus particulièrement sur les mutuelles de santé ; Il travaille également sur les liens entre les différents régimes conçus et mis en œuvre pour protéger les exclus.

## **CIARIS**

Le Centre informatique d'apprentissage et de ressources sur l'inclusion sociale (CIARIS) est une plate-forme Internet. Il aide les organisations et les particuliers à concevoir, planifier, mettre en œuvre, suivre et évaluer des projets de lutte contre l'exclusion sociale au niveau local. Le CIARIS contient une large gamme d'informations et de ressources disponibles en quatre langues. Il permet une interaction entre ses utilisateurs et facilite leur aide mutuelle en offrant trois services :

- 
- CIARISAssist, qui met en relation les utilisateurs avec des experts ;
  - CIARISLearning, qui offre un large éventail de modules de formation à distance ;
  - CIARISFora, qui offre des forums de discussion en ligne.

## **GIMI**

La plate-forme d'information mondiale sur la micro-assurance (Global Information on Micro-insurance, GIMI) a pour but de renforcer l'ensemble des connaissances sur la protection sociale de la santé ainsi que les interactions entre les acteurs grâce aux technologies modernes d'information et de communication. Cette plate-forme fournit des ressources et des services à ses utilisateurs pour les aider à concevoir, mettre en œuvre et gérer des régimes de protection sociale, au moyen des outils suivants :

- Une bibliothèque en ligne qui contient des guides, des études de cas, des articles et des exposés ;
- Un glossaire bilingue français-anglais ;
- Une base de données sur les régimes de micro-assurance dans le monde entier ;
- Des logiciels gratuits de gestion et de suivi ;
- Des kits de formation en ligne ou en salle et des kits d'autoformation ;
- Une assistance en ligne par des experts du domaine concerné ;
- Le forum de discussion e-Gimi ;
- Des sites web collaboratifs (des « wikis ») pour échanger des informations sur des questions techniques ou conduire des projets communs ;
- Un bulletin d'information collaboratif, produit grâce aux contributions des utilisateurs eux-mêmes.

---

## Références

- Achouri, Hedi. 2007. "Advances in Implementing Social Security: Lessons from Tunisia" dans Jens Holst et Assia Brandrup-Lukanow (sous la direction de) *Extending Social Health Protection – Developing Countries Experiences* (Eschborn, GTZ, 2007), pp. 52-56.
- Affo-Massim, O. et al. 2004. *Couverture du Risque Maladie au Benin*, République du Benin. Ministère de la Santé Publique, Rapport présenté au "Colloque sur la couverture du risque maladie en Afrique Francophone" WBI-IMA, Paris, 26-30 Avril 2004. ([http://www.ces-asso.org/docs/WBI\\_IMA\\_Rapport\\_Benin.PDF](http://www.ces-asso.org/docs/WBI_IMA_Rapport_Benin.PDF))
- Ahmedov, M.; Azimov, R.; Alimova, V.; Rechel, B. 2007. *Uzbekistan: Health system review. Health systems in transition*, 9(3): pp. 1–210. (<http://www.euro.who.int/Document/E90673.pdf>).
- Akal, Afsar. 2005. *Social Security in Fiji Kiribati Samoa Solomon Islands and Vanuatu*. Extending Social Health Insurance Coverage in Pacific Island Countries Project: RAS/04/M59/NET. BIT/Gouvernement des Pays-Bas. ([http://classshares.student.usp.ac.fj/SO206/file\\_19\\_Fiji\\_Social\\_Security\\_ILO%5B1%5D.doc](http://classshares.student.usp.ac.fj/SO206/file_19_Fiji_Social_Security_ILO%5B1%5D.doc))
- Almeyda, Gloria; Jaramillo, Francisco de Paula. 2005. *La Equidad Seguro, Colombia*. CGAP Groupe de travail sur la micro-assurance, Bonnes et mauvaises pratiques, Etude de cas n° 12. ([http://microfinancegateway.org/files/27891\\_file\\_Equidad\\_Good\\_and\\_Bad\\_Practices\\_No.\\_12.pdf](http://microfinancegateway.org/files/27891_file_Equidad_Good_and_Bad_Practices_No._12.pdf)).
- Ammar, Walid; Fakha, Hisham; Azzam, Osmat; Khoury, Rita Freiha; Mattar, Charbel; Halabi, Maher; Aoudat, Doried; Srour, Khaled. 2000. *Lebanon National Health Accounts*. Organisation mondiale de la santé, Ministère de la santé, Banque mondiale (projet) ([http://www.who.int/nha/docs/en/Lebanon\\_NHA\\_report\\_english.pdf](http://www.who.int/nha/docs/en/Lebanon_NHA_report_english.pdf)).
- Appiah-Denkyira Ebenezer; Prever Alex. 2007. "Reaching the Poor in Ghana with National Health Insurance – An Experience from the Districts of the Eastern Region of Ghana" dans Jens Holst et Assia Brandrup-Lukanow (sous la direction de) *Extending Social Health Protection – Developing Countries Experiences* (Eschborn, GTZ, 2007), pp. 73-81.
- Arhin-Tenkorang, Dyna. 2001. *Health Insurance for the Informal Sector in Africa: Design Features, Risk Protection and Resource Mobilization*. CMH Working Paper Series, Rapport n° WG3: 1. Washington DC (<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Arhin-HealthInsurance-whole.pdf>).
- Arnudova, Albena. 2006. *10 Health Questions About the New EU Neighbours*. Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, Copenhague (<http://www.euro.who.int/Document/E88202.pdf>).

- 
- Asfaw, Abay. 2006. Etude de pays réalisée pour Xenia Scheil-Adlung et coll. *What is the Impact of social health protection on access to health care health expenditure and impoverishment? A comparative analysis of three African countries*, Extension de la sécurité sociale, Document ESS n° 24. BIT, Genève.
- Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS). 2005. *Social security programs throughout the world: The Americas 2005*. Washington, DC.
- . 2006. *Sustainability and effectiveness of health care delivery: National experiences of Thailand*. AISS Conference régional pour l'Asie et le Pacifique, New Delhi, Inde, 21 – 23 Novembre 2006.
- . 2006. *Social security programs throughout the world: Europe 2006* Washington DC.
- . 2007. *Social security programs throughout the world: Africa 2007* Washington DC.
- Bailey, Clive. 2004. *Extension de la couverture de la sécurité sociale en Afrique*. Extension de la sécurité sociale, Document ESS n° 20. BIT, Genève.  
(<http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/pol/campagne/files/adispaper.pdf>).
- Balabanova, Dina; Falkingham, Jane; McKee, Martin. 2003. *Winners and Losers: Expansion of Insurance Coverage in Russia in the 1990s* dans *American Journal of Public Health*, 93 (12), pp. 2124-2130  
(<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1448163&blobtype=pdf>).
- Banque asiatique de développement (BAD). 2006. *Asian labour market developments*, Manille.
- Banque mondiale. 2004. *A Better Investment Climate for Everyone. World Development Report 2005*. Banque mondiale; Oxford University Press. Washington, DC; New York, NY  
([http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2005/Resources/complete\\_report.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2005/Resources/complete_report.pdf)).
- . 2005. *Equity and Development. Rapport 2006 sur le développement*. Washington, DC  
(<http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2006/Resources/477383-1127230817535/082136412X.pdf>);  
[http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2005/09/20/000112742\\_20050920110826/Rendered/PDF/322040WorldDevelopment0Report02006.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2005/09/20/000112742_20050920110826/Rendered/PDF/322040WorldDevelopment0Report02006.pdf)).
- . 2006b *Disease control priorities in developing countries (2ème édition)*. Oxford University Press, New York, NY.
- Bayarsaikhan, Dorjsuren. 2005. *Current challenges in delivering social security health insurance. Current needs and challenges in delivering social health insurance in Asia and the Pacific*. Rapport présenté à la réunion de l'AISS des directeurs d'institutions de sécurité sociale d'Asie et du Pacifique, Séoul, 9-11 nov. 2005. AISS, Genève

- 
- (<http://www.issa.int/pdf/seoul05/2bayarsaikhan.pdf>).
- Bennett, Sara. 2004. "The role of community-based health insurance within the health care financing system: a framework for analysis", dans *Health Policy and Planning* 19 (3), pp. 147-158, Oxford University Press, Londres (<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/19/3/147>).
- Biyogo Bi-ndong, Gaston; Inoua, Aboubacar; Mbeng Mendou, Jean Pierre; Nkoghe Eny, Jean Christian. 2005 *Assurance maladie au Gabon*. Exposé présenté au "Colloque sur la couverture maladie en Afrique francophone", 26-30 avril 2004, WBI-IMA Paris ([http://www.ces-asso.org/docs/WBI\\_IMA\\_Rapport\\_Gabon.pdf](http://www.ces-asso.org/docs/WBI_IMA_Rapport_Gabon.pdf)).
- Bonilla, Alejandro; Gruat, Jean-Victor. 2003. *La protection sociale. Un investissement durant la vie entière pour la justice sociale, la réduction de la pauvreté et le développement durable*, Version 1.0. BIT, Genève (<http://www.ilo.org/public/english/protection/download/lifecycl/lifecycle.pdf>).
- Brown, Warren; Churchill, Craig. 2000. *Insurance Provision in Low-Income Communities. Part I: Initial Lessons from Micro-Insurance Experiments for the Poor*. Microenterprise Best Practices. Bethesda, Maryland, Etats-Unis (<http://www.microinsurancecentre.org/UploadDocuments/Micro-Insurance-Part2.pdf>).
- Bureau international du Travail. 1999. More than 140 million denied access to health care in Latin America and the Caribbean. ILO/PAHO meeting aims to reduce social exclusion in the health sector. Communiqué de presse, Genève ([http://www.ilo.org/global/About\\_the\\_ILO/Media\\_and\\_public\\_information/Press\\_releases/lang--en/WCMS\\_007961/index.htm](http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang--en/WCMS_007961/index.htm)).
- . 2001. *ORT Health Plus Scheme in the Province of La Union, Philippines: A case study of a community-based health micro-insurance scheme*. Genève (<http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/download/26p1.pdf>).
- . 2002a. *Extending Social Protection in Health Through Community Based Health Organizations. Evidence and Challenges*. Document de travail. Universitas Programme. BIT Genève (<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/APCITY/UNPAN018656.pdf>).
- . 2002b *Dialogue social dans les services de santé: institutions, capacité et efficacité*. Genève (<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/jmhs02/jmhs-r.pdf>).
- . 2003. *Extending maternity protection to women in the informal economy. An overview of community-based health-financing schemes*. Document de travail, Genève (<http://www.ilo.org/dyn/infoecon/docs/479/F1004084830/maternity%20protection%20overview%2067p1.pdf>).

- 
- 2003a. *An Inventory of Micro-Insurance Schemes in Nepal*. Katmandou/Genève  
(<http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/download/714p1.pdf>).
  - 2003c. *L'expérience du programme STEP en matière d'intégration du facteur "genre" dans les projets de coopération technique*. Document de travail, Genève  
(<http://www.ilo.org/dyn/infoecon/docs/472/F616313854/gender%20eng%2070p1.pdf>).
  - 2004a. *Une mondialisation juste: Créer des opportunités pour tous*. Commission mondiale sur la dimension sociale de la mondialisation. Genève  
(<http://www.ilo.org/public/english/wcsdg/docs/report.pdf>).
  - 2004b. *Enabling women to address their priority health concerns. The role of community-based systems of social protection*. Document de travail, Genève  
(<http://www3.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/download/666p1.pdf>).
  - 2004c. *Financing Universal Health Care in Thailand, A Technical Note to the Government*, Genève.
  - 2005. *India: An inventory of micro insurance schemes. Community-Based Schemes*. Document de travail n° 2. Genève  
(<http://www.ilo.org/gimi/gess/ResShowRessource.do?ressourceId=8250&longTitle=India%3A+An+inventory+of+micro-insurance+schemes&author=ILO&ressYear=2005>).
  - 2005a. *Improving Social Protection for the Poor: Health Insurance in Ghana. The Ghana Social Trust pre-Pilot Project*. Rapport final, Genève  
(<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/999sp1.pdf>).
  - 2005b. *Economía Informal en las Américas: situación actual, prioridades de políticas y buenas prácticas. Resumen*. Bureau régional pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Lima  
([http://www.oit.org.pe/cimt/nn/documentos/economia\\_informal\\_\\_resumen.pdf](http://www.oit.org.pe/cimt/nn/documentos/economia_informal__resumen.pdf)).
  - 2005c. *Role of social health protection in reducing poverty: the case of Africa*, ESS, Extension de la Sécurité Sociale of Social Security No. 22, Genève.
  - 2005d. *Social dialogue in the health services: A tool for practical guidance. The handbook for practitioners*, Genève.
  - 2006a. *Social security for all - investing in global social and economic development. A consultation*, Questions de protection sociale. Document de réflexion 16, Geneva.  
(<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/public/1519sp1.pdf>)

- 
- \_\_\_ 2006b. *Vanuatu: Report on the implementation of the Health Insurance Scheme* in Vanuatu. Manille/Genève(<http://www3.ilo.org/public/english/protection/sec soc/downloads/1215sp1.pdf>).
- \_\_\_ 2006c. *Ghana: Technical note on Financial Assessment of the National Health Insurance Fund*. Genève. ([http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2006/106B09\\_342\\_engl.pdf](http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2006/106B09_342_engl.pdf))
- \_\_\_ 2006d. *The social protection perspective of micro-insurance*, Genève
- \_\_\_ 2006e. *Rapport d'avancement, ILO/STEP en Afrique de l'ouest*, Genève
- \_\_\_ 2007. *Extension of social protection in India: Yeshasvini Cooperative Farmers' Health Scheme*, Genève, p.2.
- Bureau international du Travail/Gouvernement des Pays-Bas. 2006. *Social Security for All Men and Women-The feasibility of extending social security coverage in Vanuatu*. Projet:-RAS/04/M59/NET, Initiative sous-régionale sur la sécurité sociale dans les pays insulaires du Pacifique. Suva, Fiji (<http://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/1191sp1.pdf>).
- Caisse Nationale de la Sécurité Sociale des Travailleurs Salariés (CNAS). 2006. Evolution du nombre des assurés par catégorie et sexe de 2002 jusqu'à 2006 au niveau national. Base de données arrêtée en octobre 2006. Direction Informatique, CNAS Alger (<http://www.cnas.org.dz/etats/evolasseff1006.pdf>). Répartition nationale de la population immatriculée par catégorie, sexe et situation familiale. Base de données arrêtée en octobre 2006. Direction Informatique, CNAS Alger (<http://www.cnas.org.dz/etats/assstf1006.pdf>).
- Caisse Nationale de Sécurité Sociale des non-salariés (CASNOS). 2001. Intervention de Monsieur le Ministre du Travail et de la Protection Sociale. CASNOS Alger (<http://www.casnos.com.dz/intervention.htm>).
- Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS). 2007. *La CNSS en chiffres*. Ouagadougou (<http://www.cnss.bf/>).
- Castaño, Ramón Abel; Zambrano, Andrés. 2005. *Biased selection within the social health insurance market in Colombia*. Rapport présenté au CERDI – 2ème Conférence internationale: Le financement de la santé dans les pays en développement, 1-2 déc. 2005, Clermont-Ferrand.
- Churchill, Craig (sous la direction de). 2006. *Protecting the poor. A microinsurance compendium*. Fondation BIT/Munich Re, Genève/Munich (<http://www.munichre-foundation.org/NR/rdonlyres/52FA02DB-B6A4-4DEB-8149-5A64B64D6A68/0/ProtectingthepoorAmicroinsurancecompendiumFullBook.pdf>)
- Cichon, M. 2007. *Health protection in developing countries: Breaking the vicious circle of disease and poverty*, Third Roundtable Conference, Paris, France.

- 
- Collins, Téa. 2006. "The Georgian healthcare system: Is it reaching the WHO health system goals?" dans *The International Journal of Health Planning and Management*, 21 (4), pp. 297-312  
(<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/112777197/PDFSTART>).
- Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Programme des Nations Unies pour le développement (CEALC/IPEA/PNUD). 2002. *Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America and the Caribbean*. Nations Unies, Santiago  
(<http://www.undp.org/latinamerica/docs/MDGs-libro70.pdf>).
- Commission Européenne. 2007. *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion*, Luxembourg.
- Concertation sur les mutuelles de santé en Afrique (Concertation). 2004. Inventaire des mutuelles de santé en Afrique. Synthèse des travaux de recherche dans 11 pays. Dakar.  
<http://www3.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/download/1554p1.pdf>
- Council for Medical Schemes. 2006. Rapport annuel 2005-6. Pretoria  
(<http://www.medicalschemes.com/publications/publications.aspx?catid=7>).
- Dau, Ramadhani K. 2006. *The adequacy of current social security benefits*. Rapport présenté à la réunion de l'AISS des directeurs d'institutions de sécurité sociale en Afrique anglophone, Mahé, Seychelles, 3-6 oct. 2006. AISS, Genève  
(<http://www.issa.int/pdf/seychelles06/2Tanzania.pdf>).
- Deaton, Angus. 2006. Conférence annuelle de l'IMRED, Institut mondial pour la recherche sur l'économie du développement (IMRED), Université des Nations Unies, Helsinki.
- Develtere, Patrick; Fonteneau, Bénédicte. 2001. *Member-Based Organisations for Social Protection in Health in Developing Countries. Member-Based Health Micro-Insurance in Developing Countries – Second projet*. Rapport préparé pour le BIT/STEP. Université catholique de Louvain  
(<http://www.hiva.be/docs/paper/34.pdf>).
- Direction du développement et de la coopération, Suisse (DDC). 2003. *Views of the Poor*. Dar es Salaam – DDC.
- Dror David; Preker Alexander. (sous la direction de). 2002. *Social Reinsurance: a new approach to sustainable community health financing*. BIT/Banque mondiale, Washington, DC  
(<http://www.karmayog.org/communityhealth/upload/2519/Social%20Rein%20-%20WHO,%20ILO.pdf>).
- Drouin, Anne; Thompson, Lawrence. 2006. Perspectives on the social security system of China. Extension de la sécurité sociale, Document ESS No. 25. BIT, Genève  
(<http://www.ilo.org/gimi/gess/RessFileDownload.do?resourceId=2512&ressFilename=2512.pdf&sizeKb=862143&longTitle=Perspectives+on+the+s>

---

ocial+security+system+of+China&author=A.+Drouin%2C+L.H.+Thompson&ressYear=2006).

Estivill, Jordi. 2003. *Concepts and Strategies for Combating Social Exclusion. An overview*. BIT-STEP/Portugal, Genève  
(<http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/download/96p1.pdf>).

Evans Timothy. 2007. "Universal coverage: from concept to implementation" dans Jens Holst et Brandrup-Lukanow (sous la direction de) *Extending Social Health Protection – Developing Countries Experiences* (Eschborn, GTZ, 2007), pp. 7-12.

Feeley, Frank; de Beer, Ingrid; Rinke de Wit, Tobias; van der Gaag, Jacques. 2006. *The Health Insurance Industry in Namibia. Baseline Report*. Center for International Health; Amsterdam Institute for International Development; Fondation PharmAccess. Boston  
([http://sph.bu.edu/images/stories/scfiles/cih/final\\_namibia\\_insurance\\_situationjune\\_2006.pdf](http://sph.bu.edu/images/stories/scfiles/cih/final_namibia_insurance_situationjune_2006.pdf)).

Ferreira, Orlanda. 2003. A extensão da protecção social: o caso de Cabo Verde. *Extensão da Segurança Social, ESS Informe N° 15* (Extending social security: Challenges for Cape Verde. Document ESS No. 15). BIT, Genève  
(<http://www-ilo-mirror.cornell.edu/public/french/protection/socsec/download/esspaper15portug.pdf>).

Fondation de la Famille Kaiser. 2006. *The Uninsured and Their Access to Health Care*. Oct. 2006, Washington, DC  
(<http://www.kff.org/uninsured/upload/The-Uninsured-and-Their-Access-to-Health-Care-Oct-2004.pdf>).

Fondo Nacional de Salud (FONASA). 2006. Demografia\_2003.xls Tableaux 1.1. et 1.2.6. Santiago (<http://www.fonasa.cl>) [accès le 29 déc. 2006].

Fouad, Samir. 2005. *Egypt National Health Accounts 2001-02*. The Partners for Health Reformplus Project; Abt Associates Inc., Bethesda, Maryland  
([http://www.healthsystems2020.org/files/1810\\_file\\_WP013\\_fin.pdf](http://www.healthsystems2020.org/files/1810_file_WP013_fin.pdf)).

Frenk, Julio; Knaul, Felicia; González-Pier, Eduardo; Barraza-Lloréns, Mariana. 2007. "Poverty health and social protection" dans Jens Holst et Assia Brandrup-Lukanow (sous la direction de) *Extending Social Health Protection – Developing Countries Experiences* (Eschborn, GTZ, 2007), pp. 22-31.

Gamkrelidze, A. et al. 2002. Dans L. MacLehose and M. McKee (sous la direction de): *Health care systems in transition: Georgia*, Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 4(2).  
(<http://www.euro.who.int/document/E75489.pdf>)

General Organisation for Social Insurance (GOSI). 2006. Statistical Data on Employers and Workers for the year 2005  
(<http://www.gosi.org.bh/english/statistics-2005.htm#1>).

- 
- Ghana. 2003. *Ghana Poverty Reduction Strategy 2003-2005, An agenda for growth and prosperity*, Volume I: Analysis and policy statement. Accra
- González-Jijón, Luis Alberto. 2006. *El Seguro Social Campesino Ecuatoriano: evolución y perspectivas*. Exposé présenté à la Conférence régionale de l'AISS pour les Amériques, Belize City 28-31 mai 2006.
- Gulliford, Martin; Figueroa-Munoz, Jose; Morgan, Myfanwy; Hughes, David; Gibson, Barry; Beech, Roger; Hudson, Meryl. 2002. "What does 'access to health care' mean?" dans *Journal of health services research & policy* 7 (3) pp. 186-188 (<http://phs.kcl.ac.uk/martin/access.pdf>).
- Gupta, Indrani. 2007. "Health Coverage for All: Strategies and Choices for India" dans Jens Holst et Assia Brandrup-Lukanow (sous la direction de) *Extending Social Health Protection – Developing Countries Experiences* (Eschborn, GTZ, 2007), pp. 111-120.
- Hakobyan, Tatul; Nazaretyan, Mihran; Makarova, Tatyana; Aristakesyan, Movses; Margaryants, Hovhannes; Nolte, Ellen. 2006. "Armenia: Health system review" dans *Health Systems in Transition* 8 (6), pp. 1-180.
- Henke, Klaus-Dirk; Schreyögg, Jonas. 2004. *Towards sustainable health care systems. Strategies in health insurance schemes in France Germany Japan and the Netherlands. Etude comparative*. AISS Genève. ISBN 92-843-1166-7 (<http://www.wtu-berlin.de/diskussionspapiere/2004/dp09-2004.pdf>).
- Hoffman, Catherine; Carbaugh, Alicia; Yang Moore, Hannah; Cook, Allison. 2005. *Health Insurance Coverage in America. 2004 Data Update*. Fondation de la Famille Kaiser. Washington, DC (<http://www.kff.org/uninsured/upload/Health-Coverage-in-America-2004-Data-Update-Report.pdf>).
- Hofmarcher, Maria M; Rack, Herta. 2001. "Health Care Systems in Transition – Austria" dans *Health Care Systems in Transition*, Observatoire européen des systèmes de soins de santé, Copenhague ([www.euro.who.int/document/e72787.pdf](http://www.euro.who.int/document/e72787.pdf)).
- Hohmann, Jürgen; Vorasarn, Somnuk; Manivong, Khampheth. 2005. *The promising role of the formal sector towards health for all: Laos develops ambitious strategies based on its successful inception of social security*. Rapport présenté au CERDI – 2ème Conférence internationale: Le financement de la santé dans les pays en développement, 1-2 déc. 2005, Clermont-Ferrand.
- Holst, Jens. 2003a. *Esquemas de financiamiento de salud en el Paraguay. Breve descripción de los sistemas aseguradores de salud existentes en el país*. (Le financement des systèmes de soins de santé au Paraguay). PLANDES (Projet de planification pour le développement durable) et Projet sectoriel sur "L'assurance maladie dans les pays en développement" (GTZ). Asunción/ Bonn (<http://www.gtz.de/de/dokumente/es-esquemas-salud-py.pdf>)
- . 2003b *Evaluación del Bienestar Magisterial en El Salvador con la Metodología InfoSure*. San Salvador, GTZ

---

(<http://www.gtz.de/de/dokumente/es-evaluacion-bm-sv.pdf>).

- . 2006. *The potential of health insurance to contribute to universal coverage in health in Syria. Detection and assessment of selected health insurance schemes in the country*. Rapport de mission 1, Result Area 6 of the HSMP: sustainable health financing. Ministère de la santé/Projet de modernisation du secteur de la santé, Damas.
- . Assia Brandrup-Lukanow. (sous la direction de). 2007. *Extending Social Health Protection – Developing Countries Experiences* (Eschborn, GTZ, 2007).
- Hu, Aidi. 2007. “China: Towards Universal Coverage by the New Rural Cooperative Medical Insurance” dans BIT *Social Protection and Inclusion: Experiences and policy issues*. BIT/STEP, Genève, pp. 125-147 (<http://www.ilo.org/gimi/gess/ResShowResource.do?resourceId=5471&ongTitle=China%3A+Towards+universal+coverage+by+the+New+Rural+Cooperative+Medical+Insurance&author=A.+Hu&ressYear=2007>).
- Huber, Goetz; Hohmann, Jürgen; Reinhard, Kirsten. 2003. *Mutual Health Organization – Five Years Experience in West Africa*. GTZ, Universum Verlagsanstalt, Weisbaden.
- Humba, Emmanuel. 2005. *Social health insurance. Implementing social security health care. The experience of the National Health Insurance Fund*. Rapport présenté à la Conférence régionale de l’AISS pour l’Afrique, Lusaka, Zambie, 9-12 août 2005. AISS, Genève (<http://www.issa.int/pdf/lusaka05/2humba.pdf>).
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). 2006. Afiliados Cotizantes por Sector Económico, Regionales y Rangos de Edad, Año 2003. IESS, Quito (<http://www.iess.gov.ec/>).
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). 2006. Población amparada por organismos. Anuario Estadístico del ISSSTE, México DF (<http://148.245.224.30/poblacion/index.htm>).
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). 2006. Estadísticas 2004. Cuadro I: Población cubierta según categoría de asegurado. San Salvador (<http://www.iss.gov.sv/descargables.htm>).
- Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA). 2006. *Annual Report for the year 2004-05*. Hyderabad (<http://www.irdaindia.org/>).
- Jacquier, Christian; Ramm, Gabriele; Marcadent, Philippe; Schmitt-Diabate, Valérie. 2006. "The social protection perspective on microinsurance", dans Craig Churchill (sous la direction de) *Protecting the Poor. A microinsurance compendium*. Fondation BIT/Munich Re, Genève/Munich. pp. 45-64.
- Jongudsmuk, P. 2006. Présentation PowerPoint: *Managing rapid increase of health care coverage in Thailand: What lessons can we learn?* Conférence sur “Extending Social Health Insurance to Informal Economy Workers”, Manille, Philippines.

- 
- Jütting, Johannes. 1999. *Public -private -partnership and social protection in developing countries: the case of the health sector*. Rapport présenté au séminaire du BIT sur "L'extension de la protection sociale" Genève 13-14 déc. 1999, Center for Development Research (ZEF), Université de Bonn (<http://www.oecd.org/dataoecd/32/47/2510186.pdf>).
- Kannan, K.P. 2006. *Employment and Social Security for the Working Poor. Two Major Initiatives in India*. Rapport présenté à la Conférence de Lisbonne, Lisbonne 2-3 oct. 2006.
- Khorolsuren, Lharvasuren; Tsenden, Purevdorj. 2005. *Health Care Financing and Health Inequality in Mongolia*. Rapport présenté au CERDI – 2ème Conférence internationale: Le financement de la santé dans les pays en développement, 1-2 déc. 2005, Clermont-Ferrand.
- Krieger, Sascha. 2006. *Sozialhilfe regional 2004. Ein Vergleich aller 439 Kreise in Deutschland*. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Statistisches Bundesamt – Zweigstelle Bonn ([http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/Sozialh\\_Regional.pdf](http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/Sozialh_Regional.pdf)).
- Kutzin, Joseph. 2001. 'A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements' dans *Health Policy*, 56(3), pp. 171-204.
- . 2007. "Myths instruments and objectives in health financing and insurance" dans Jens Holst et Assia Brandrup-Lukanow (sous la direction de) *Extending Social Health Protection – Developing Countries Experiences* (Eschborn, GTZ, 2007), pp. 87-95.
- Kwon, Soonman. 2002. *Achieving health insurance for all: Lessons from the Republic of Korea*. Extension de la sécurité sociale, Document ESS No. 1. BIT, Genève (<http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=207>).
- Lamiraud, Karine; Booyens, Frikkie; Scheil-Adlung, Xenia. 2005. *The impact of social health protection on access to health care, health expenditure and impoverishment: A case study of South Africa*. Extension de la sécurité sociale, Document ESS No. 23. BIT, Genève (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/publ/1007sp1.pdf>).
- Löwe, Markus. 2006. "Réduction d'échelle, mise à niveau ou partenariat? Modalités de mise en œuvre de la micro-assurance" dans *Revue internationale de sécurité sociale* 59 (2), pp. 37-59 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1468-246X.2006.00238.x>).
- Maceira, Daniel .2005. *Social Protection Mechanisms in Health and Impact of Financial Shocks. The Argentinean Case*. Rapport présenté au Forum 9, Mumbai, Inde, 12-16 septembre. 2005. Center for the Study of the State and Society (CEDES), Buenos Aires ([http://www.globalforumhealth.org/filesupld/forum9/CD%20Forum%209/papers/Bu mbak%20S%20-%20Maceira%20D.pdf](http://www.globalforumhealth.org/filesupld/forum9/CD%20Forum%209/papers/Bu%20mbak%20S%20-%20Maceira%20D.pdf))

- 
- McCord, Michael. 2000a. *Microinsurance in Uganda: A Case Study of an Example of The Partner-Agent Model of Microinsurance Provision*. NHHP/FINCA Ouganda – Health Care Financing Plan. MicroSave – Market-led solutions for financial services Nairobi  
([http://www.microsave.org/relateddownloads.asp?id=11&cat\\_id1=149&Page=Free&cat\\_id=104&title=Product+Innovations+%3E%3E+MicroInsurance](http://www.microsave.org/relateddownloads.asp?id=11&cat_id1=149&Page=Free&cat_id=104&title=Product+Innovations+%3E%3E+MicroInsurance)).
- \_\_\_ . 2000b. *Microinsurance: A Case Study of an Example of the Mutual Model of Microinsurance Provision* – UMASIDA. MicroSave – Market-led solutions for financial services Nairobi  
([http://www.microsave.org/relateddownloads.asp?id=11&cat\\_id1=149&Page=Free&cat\\_id=104&title=Product+Innovations+%3E%3E+MicroInsurance](http://www.microsave.org/relateddownloads.asp?id=11&cat_id1=149&Page=Free&cat_id=104&title=Product+Innovations+%3E%3E+MicroInsurance)).
- \_\_\_ . 2001. *Microinsurance: A Case Study of an Example of the Provider Model of Microinsurance Provision. GRET Cambodia*.  
<http://www.microsave.org/SearchResults.asp?cboKeyword=39&ID=20&cmdSubmit=Submit&NumPerPage=50>.
- \_\_\_ . Osinde, Sylvia. 2002. *Community Health Plan (“CHeaP” - Kisumu Kenya)*. Notes sur une visite 1er-2 juillet 2002. The Microinsurance Centre MicroSave – Market-led solutions for financial services Nairobi  
<http://www.microsave.org/SearchResults.asp?cboKeyword=39&ID=20&cmdSubmit=Submit&NumPerPage=50>.
- Mehl, Peter. 2005. *Soziale Sicherung der Landwirte in Österreich - Modell für eine Reform des agrarsozialen Sicherungssystems in Deutschland?* Arbeitsberichte des Bereichs Agrarökonomie 03/2005, Institut für Ländliche Räume, Bundesforschungsanstalt für Landwirtschaft (FAL), Braunschweig  
([http://literatur.fal.de/fallitdok\\_extern/bitv/zi038627.pdf](http://literatur.fal.de/fallitdok_extern/bitv/zi038627.pdf)).
- Meimanaliev, A.-S., Ibraimova, A., Elebesov, B., Rechel, B. 2005. *Health care systems in transition: Kyrgyzstan*, Copenhagen, OMS. European Observatory on Health Systems and Policies.  
(<http://www.euro.who.int/document/E86633.pdf>)
- Mesa-Lago, Carmelo. 2005. *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: Su impacto en los principios de la seguridad social*. CEPAL/GTZ, Nations Unies, Santiago  
([http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/24058/LCW63\\_ReformasSalud\\_ALC\\_Indice.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/24058/LCW63_ReformasSalud_ALC_Indice.pdf)).
- \_\_\_ . 2006a. *Integración de políticas de protección social para extender la cobertura: El rol de las instituciones de seguridad social. La extensión de la cobertura de salud en América Latina : problemas y políticas*. Rapport présenté à la Conférence régionale de l’AISS pour les Amériques, Belize City, 28-31 mai 2006  
(<http://www.issa.int/pdf/belize06/3mesa-lago.pdf>).
- \_\_\_ . 2007. "Evolution du marché du travail, assurance sociale et couverture médicale de la population en Amérique latine: problèmes et lignes d’action” dans *Revue internationale de sécurité sociale*, 60 (1), pp. 3–31

---

(<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1468-246X.2007.00258.x>).

Mills, Anne; Bennett, Sarah. 2002. "Lessons on the Sustainability of health care funding from low-and middle-Income Countries" dans Elias Mossialos et coll. (sous la direction de): *Funding health care: options for Europe*. Série Observatoire européen des systèmes de soins de santé. Open University Press, Buckingham. pp. 206-225  
(<http://www.euro.who.int/document/e74485.pdf>).

Ministère de la Sécurité Sociale. 2005. *Rapport général sur la sécurité sociale 2005*. IGSS, Luxembourg.

Ministère de la santé (Ghana). 2006. *Pause.... Get it Right...Move on. Review of Ghana Health Sector 2005 Programme of Work*. Main Sector Review Report. Projet final, Ministère de la santé, Gouvernement du Ghana, Accra  
(<http://www.moh-ghana.org/moh/docs/Report2005.pdf>).

Ministère de la santé publique (Liban). 2006. Statistics of Coverage data extracted from the Visa Billing center at the MOH. Ministère de la santé publique, Gouvernement du Liban, Beyrouth

Munguía Ramírez, Mario. 2006. *Social protection for indigenous and native populations. New strategies to extend health protection*. Rapport présenté à la Conférence régionale de l'AISS pour les Amériques, Belize City, 28-31 mai 2006 (<http://www.issa.int/pdf/belize06/2ramirez.pdf>).

Musango, Laurent; Butera, Jean Damascène; Inyarubuga, Hertilan; Dujardin, Bruno. 2006. "Le Rwanda: son système de santé et son système d'assurance maladie" dans *Revue internationale de sécurité sociale* 59 (1), pp. 93-103  
(<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1468-246X.2005.00235.x>).

Normand, Charles; Weber, Axel. 1994. *Social health insurance: a guidebook for planning*. OMS/BIT Genève.

—. 2007. *Social health insurance, A development guidebook*, Projet pour consultation, Genève

Nuri, B. 2002. Dans E. Tragakes (sous la direction de), *Health care systems in transition: Albania*, Copenhague, European Observatory on Health Care Systems, 4(6).  
(<http://www.euro.who.int/document/E80089.pdf>)

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). 2001. *Towards Asia 's Sustainable Development. The Role of Social Protection*. Paris (<http://213.253.134.43/oecd/pdfs/browseit/8102031E.PDF>).

—. 2003. *Données 2003 de l'OCDE sur la santé*, Paris.

—. 2004. Réunion du Conseil de l'OCDE au niveau ministériel. Ensuring Financial Sustainability of Health Systems, Paris, 13-14 mai 2004.

—. 2005a. *Health at a Glance. Indicateurs de l'OCDE, 2005*. Paris.

---

([http://www.oecd.org/document/11/0,2340,en\\_2649\\_34631\\_16502667\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/11/0,2340,en_2649_34631_16502667_1_1_1_1,00.html))

- \_\_\_ . 2005b. *L'Observateur de l'OCDE*, No 246-247, Volume 2004, éd. 5. Paris.
- \_\_\_ . 2006. *Données 2006 de l'OCDE sur la santé*, Paris (*Mise à jour octobre 2006*). OCDE-IRDES, Paris.
- \_\_\_ . 2006a. *Decentralisation in Asian Health Sectors: Friend or Foe*, Paris.
- \_\_\_ . 2007. *Données 2007 de l'OCDE sur la santé*. ([http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en\\_2825\\_495642\\_2085200\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2825_495642_2085200_1_1_1_1,00.html))

Organisation mondiale de la santé (OMS). 2000. *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant*. Genève (<http://www.who.int/whr/2000/en/>).

- \_\_\_ . 2004a. *Systèmes de sécurité sociale*. Rapport du Secrétariat. Conseil exécutif. EB 115/8. 115ème session, 2 déc. 2004. Point 4.5 de l'ordre du jour provisoire. Genève ([http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB115/B115\\_8-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_8-en.pdf)).

- \_\_\_ . (sous la direction de). 2004b. *Regional Overview of Social Health Insurance in South-East Asia*. SEA-HSD-274 Bureau régional de l'Asie du sud-est, New Delhi ([http://www.searo.who.int/LinkFiles/Social\\_Health\\_Insurance\\_HSD-274.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Social_Health_Insurance_HSD-274.pdf)).

- \_\_\_ . 2004c. *Western Pacific. Country Health Information Profiles. 2004 Revision*. Bureau régional du Pacifique occidental, Manille. (<http://libdoc.who.int/publications/2004/9290611693.pdf>).

- . 2004d. *GTZ/ ILO / KfW / DFID Compendium of technical mission reports on social health insurance development*, Genève.

- \_\_\_ . 2005. *Systèmes de sécurité sociale, Sélection d'études de cas*, Manille, New Delhi.

- \_\_\_ . 2005a. *Rapport de OMS/AFRO à la réunion du Comité régional*, Maputo

- \_\_\_ . 2006. *Rapport 2006 sur la santé dans le monde: Travailler ensemble pour la santé*. Genève ([http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf)).

- \_\_\_ . *Comptes nationaux de la santé (diverses années)*.

- \_\_\_ . 2004. *GTZ/ ILO / KfW / DFID Compendium de rapports de missions techniques sur le développement de l'assurance maladie*, Genève.

Organisation Panaméricaine de la Santé. 2007. *Health in the Americas 2007*. OMS, Copenhague. (<http://www.paho.org/hia/vol2paísesing.html>)

Ortiz, Isabel. 2001. *Strategies for Improved Social Protection: Social Protection in Asia and the Pacific*. Banque asiatique de développement, Manille (<http://www.adb.org/Poverty/Forum/pdf/Ortiz.pdf>).

- Pal, Karuna; Behrendt, Christina; Leger, Florian; Cichon, Michael; Hagemeyer, Krzysztof. 2005. *Can Low Income Countries Afford Basic Social Protection? First Results of a Modelling Exercise*. Questions de protection sociale, Document de travail 13. BIT, Genève.  
(<http://www.ilo.org/gimi/RessShowRessource.do?ressourceId=793>)
- Papadopoulos, Helena. 2006. *Women and Social Safety Nets in Lebanon. Document de référence*. Active Citizenship and Gendered Social Entitlements (ACGEN), Collectif pour la recherche et la formation en développement, Beyrouth  
(<http://old.crtdd.org/crtda.org/www/acgen/pdf/Background%20Report%20on%20Women%20and%20Social%20Safety%20Nets%20in%20Lebanon.pdf>).
- Perry, Guillermo; Arias, Omar; López, Humberto; Maloney, William; Servén, Luis. 2006. *Poverty Reduction and Growth: Virtuous and Vicious Circles*. Banque mondiale, Washington, DC  
([http://siteresources.worldbank.org/EXTLACOFFICEOFCE/Resources/870892-1139877599088/virtuous\\_circles1\\_complete.pdf](http://siteresources.worldbank.org/EXTLACOFFICEOFCE/Resources/870892-1139877599088/virtuous_circles1_complete.pdf)).
- PhilHealth. 2006a. PhilHealth – Your Partner in Health. Programs, Sponsored Program (<http://www.philhealth.gov.ph/sponsored.htm>).
- \_\_\_\_\_. 2006b. PhilHealth – Stats & Charts, 1er semestre 2004  
(<http://www.philhealth.gov.ph/stats&charts/stats2004.pdf>).
- Poursat, Christine. 2004. BIM: *Micro-assurance et microfinance: quels liens? Exemple du projet micro-assurance du Gret au Cambodge*. Information mondiale sur la micro-assurance (GIMI). BIT, Genève  
(<http://www.ilo.org/gimi/RessShowRessource.do?ressourceId=297&longTitle=default&author=default&ressYear=0000>).
- Preker, Alexander; Carrin, Guy; Dror, David; Jakab, Melitta; Hsiao, William; Arhin-Tenkorang, Dyna. 2002a (Preker et coll. 2002a). "Effectiveness of Community Health Financing in Meeting the Cost of Illness" dans *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 80(2), pp. 143-150. OMS, Genève  
(<http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v80n2/a10v80n2.pdf>).
- Preker, Alexander; Langenbrunner, Jack; Jakab, Melitta. 2002b (Preker et coll. 2002b). "Rich-Poor Difference in Health Financing" dans David Dror et Alexander Preker (sous la direction de), *Social Reinsurance: A New Approach to Sustainable Community Health Financing*. Banque mondiale/BIT, Washington, DC. pp. 21-36  
([http://www.who.int/health\\_financing/functions/Health%20Fin.%20for%20Poor%20Ppl\\_chap1.pdf](http://www.who.int/health_financing/functions/Health%20Fin.%20for%20Poor%20Ppl_chap1.pdf)).
- Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). 1997. *Rapport 1997 sur le développement humain. Le développement humain pour éliminer la pauvreté*. New York.
- \_\_\_\_\_. 2006. *Rapport 2006 sur le développement humain. Au-delà de la pénurie: pouvoir, pauvreté et crise mondiale de l'eau*. New York.
- Rodríguez, Máximo ; Miranda, Bernardo. 2004. *Serviperú Perú. CGAP Groupe de travail sur la micro-assurance, Bonnes et mauvaises pratiques, Etude de*

- Ron, Aviva; Scheil-Adlung, Xenia (sous la direction de) 2001. *Recent health policy innovations in social security*. AISS. Transaction Publishers, New Jersey.
- Sachs, Jeffrey. 2001. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Rapport de la Commission sur la macro-économie et la santé, OMS, Genève.
- Scheil-Adlung, Xenia. 2001. "Healthy markets - sick patients? Effects of recent trends on the health care market" dans Xenia Scheil-Adlung (sous la direction de) *Building social security: The challenge of privatization*. AISS. Transaction Publishers, New Jersey.
- . 2004. *Indonesia: Advancing Social Health Protection for the Poor*. UNSFIR/BIT Djakarta.
- . Jütting, Johannes; Xu Ke; Carrin Guy. 2006. *What is the impact of social health protection on access to health care, health expenditure and impoverishment? A comparative analysis of three African countries*, Document de travail n°2. OMS, Genève.
- . Xu, Ke; Carrin, Guy; Jütting, Johannes. 2007. "Social health protection, poverty reduction and access to care. A comparative study on Kenya, Senegal and South Africa" dans Holst/Brandrup-Lukanow (sous la direction de) *Extending Social Health Protection – Developing Countries Experiences*, Eschborn 2007.
- Schmidt, Jean-Olivier; Schramm, Bernd; Hohmann, Jürgen; Holst, Jens; Jowett, Matthew; Ramm, Gabriele; Siegert, Nina. 2005. *Linking up social protection systems in developing countries. Overview of some experiences and approaches*. Eschborn.  
(<http://www.gtz.de/de/dokumente/en-linking-up-social-protection-systems.pdf>).
- Schwefel, Detlef. 2006a. *Towards a framework for sustainable health financing in Syria. Third batch of advices on implementing the annual plan 2005 for health economics and health financing within the Health Sector Modernisation Programme*. Rapport de mission, Result Area 6 of the HSMP: sustainable health financing. Ministère de la santé/Projet de modernisation du secteur de la santé, Damas.
- . 2006b. *Towards a framework for sustainable health financing in Syria. Fourth batch of advices on implementing the annual plan 2005 for health economics and health financing within the Health Sector Modernisation Programme*. Rapport de mission, Result Area 6 of the HSMP: sustainable health financing. Ministère de la santé/Projet de modernisation du secteur de la santé, Damas.
- . Holst, Jens; Gericke, Christian; Drupp, Michael; Velter, Boris; Doetinchem, Ole; Krech, Rüdiger; Scheil-Adlung, Xenia; Carrin, Guy; Sabri, Belgacem. 2005. *Towards a national health insurance system in Yemen. Situation assessment and proposals for health insurance. Part 1: Background and*

---

assessments. Rapport d'étude d'une mission conjointe GTZ-OMS-BIT au Yémen, 2005. Sana'a/Eschborn ([http://www.who.int/health\\_financing/countries/emro/en/index1.html](http://www.who.int/health_financing/countries/emro/en/index1.html)).

Service de liaison non gouvernemental des Nations Unies (SLNG). *A Fair Globalization Creating Opportunities for All*. Série Point de la situation, SLNG, Genève.

(<http://www.unnngs.org/documents/pdf/roundup/RU112-A%20Fair%20Globalization.pdf>) PAS D'ACCES.

Sheikhzadeh, Yaghoub; Vahidi, Reza Gholi; Seth, V.K. 2005. *An Investigation on the Oil Income Elasticity of Health Care Expenditures during 1979-2004 and Lost and Faulty Links of Flow of Funds in Health Care System of Iran*. Rapport présenté au CERDI – 2ème Conférence internationale: Le financement de la santé dans les pays en développement, 1-2 déc. 2005, Clermont-Ferrand.

Spitzenverbände der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung. 2005. *Jahresberichte* 2004. Kassel ([http://www.lsv.de/spv/14\\_aktuelles\\_presse/06\\_jahresbericht/archiv1/04-2004.pdf](http://www.lsv.de/spv/14_aktuelles_presse/06_jahresbericht/archiv1/04-2004.pdf)).

Statistisches Bundesamt. 2003. *40 Jahre Sozialhilfe in Deutschland*. Wiesbaden, Berlin.

Statistik Austria. 2006. *Statistisches Jahrbuch*, Vienne (<http://www.statistik.at>).

Surasinangsang. 2004. Rapport annuel d'une compagnie d'assurance privée en Thaïlande, 2002

Tang, Shenglan; Cheng, Xiaoming; Xu, Ling. 2007. "Developing Urban Social Health Insurance in a Rapidly Changing Economy of China: Problems and Challenges" dans Jens Holst et Assia Brandrup-Lukanow (sous la direction de) *Extending Social Health Protection – Developing Countries Experiences* (Eschborn, GTZ, 2007), pp. 32-41.

Tien, Tran Van. 2007. "The Inclusion of the Poor in a Social Health Insurance Framework: The Strategies Applied in Viet Nam" dans Jens Holst et Assia Brandrup-Lukanow (sous la direction de) *Extending Social Health Protection – Developing Countries Experiences* (Eschborn, GTZ, 2007), pp. 63-70.

Titelman, Daniel; Uthoff, Andras; Jiménez, Luis Felipe. 2000. "Toward new social security systems in the 21st century: universal coverage is impossible without cohesion in financing" dans *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2), pp. 112-117 (<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3010.pdf>).

Unidad de Análisis de Políticas y Sociales y Económicas. 2006. *Bolivia, Evaluación de Impacto de los Seguros de Maternidad y Niñez en Bolivia 1989–2003*. UDAPE/UNICEF, La Paz (<http://www.udape.gov.bo/docsociales/Seguros.pdf>).

Unni, J.; Rani, U. 2002. *Social protection for informal workers: Insecurities, instruments and institutional mechanisms* (BIT, Genève).

- 
- USAID/PHRPlus. 2006. *Approaches to Scaling up Community-Based Health Financing Schemes*. Primer for Policy Makers. The Partners for Health Reformplus Project; Abt Associates Inc., Bethesda, Maryland, Washington, DC (<http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/1172/>).
- US Census Bureau. 2007. *The 2007 Statistical Abstract. Health & Nutrition: Medicare, Medicaid The National Data Book*. Washington, DC ([http://www.census.gov/compendia/statab/health\\_nutrition/medicare\\_medic\\_aid/](http://www.census.gov/compendia/statab/health_nutrition/medicare_medic_aid/)).
- Vásquez, Enrique; Mendizabal, Enrique. 2001. "Social Protection Policies and Challenges in Latin America" dans *Cooperation South Journal*, No. 2, pp. 4-30 ([http://tcdc.undp.org/coopsouth/2001\\_2/4-30.pdf](http://tcdc.undp.org/coopsouth/2001_2/4-30.pdf)).
- van Ginneken, Wouter. 2000. *India - Social Protection for the unorganized sector*. BIT, Genève.
- \_\_\_\_\_. 2005. *Etendre la sécurité sociale: politiques pour les pays en développement*. Extension de la sécurité sociale, Document ESS n° 13. BIT, Genève (<http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=7889&longTitle=Etendre+la+s%20E9curit%20E9+sociale%20A+politiques+pour+les+pays+en+d%20E9veloppement&author=W.+van+Ginneken&ressYear=2005>).
- Waelkens, Maria-Pia; Criel, Bart. 2004. *Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. État des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*. Santé, nutrition et population (SNP) Document de travail, Banque mondiale, Washington, DC (<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Waelkens-LesMutuelles-whole.pdf>).
- Wang, Limin; Bales, Sarah; Zhang, Zhengzhong. w.y. *China 's Social Protection Schemes and Access to Health Services: A critical review*. Projet, Banque mondiale, Washington DC. ([http://siteresources.worldbank.org/INTEAPREGTOPHEANUT/Resources/502734-1129734318233/safetynetandhealth\\_correctauthor.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTEAPREGTOPHEANUT/Resources/502734-1129734318233/safetynetandhealth_correctauthor.pdf)).
- Witter Sophie. 2002. *Health Financing in Developing and Transitional Countries*. Document d'information pour OXFAM GB, Université de York, York. ([http://www.whoindia.org/LinkFiles/Health\\_Insurance\\_Resource\\_Files\\_Health\\_financing\\_in\\_developing\\_countries.pdf](http://www.whoindia.org/LinkFiles/Health_Insurance_Resource_Files_Health_financing_in_developing_countries.pdf)).
- Xu, Ke; Evans, David; Kawabata, Kei; Zeramdini, Riadh; Klavus, Jan; Murray, Christopher. 2003. "Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis" dans *The Lancet*, Vol. 362, pp. 111-117. ([http://www.who.int/health\\_financing/Lancet%20paper-catastrophic%20expenditure.pdf](http://www.who.int/health_financing/Lancet%20paper-catastrophic%20expenditure.pdf))
- Yamabana, Hiroshi. 2005. *New approaches to extending social security coverage. Overview and challenges of social security coverage: Country examples in East Asia*. Rapport présenté à la réunion de l'AISS des directeurs d'institutions de sécurité sociale en Asie et dans le Pacifique, Séoul, 9-11 nov. 2005. AISS, Genève (<http://www.issa.int/pdf/seoul05/2yamabana.pdf>).

---

Yang, Bong-min; Holst, Jens. 2007. "Implementation of Health Insurance in Developing Countries: Experience from Selected Asian Countries" dans Jens Holst et Assia Brandrup-Lukanow (sous la direction de) *Extending Social Health Protection – Developing Countries Experiences* (Eschborn, GTZ, 2007), pp. 158-167.