



Atelier régional d'échanges Sud-Sud sur les stratégies de financement de la couverture sanitaire universelle

20-22 Février

Ouagadougou, Burkina Faso

L'Inde et la Thaïlande: Etudes de Cas

Inde

Informations générales



Population

1,2 milliard

(UN Pop, 2011)

PIB

4 195 milliards de dollars¹, PPA

(Banque mondiale, 2011)

Pays à revenu moyen à faible

3 425,45 dollars

(Banque mondiale, 2011)

PIB par habitant (PPA dollars)

Classement IDH

134 sur 187

(PNUD, 2011)

Travailleurs non salariés en pourcentage de l'emploi total

54,1%

→ *Travailleurs salariés en pourcentage de l'emploi total*

45,9%

(BIT, 2010)

Emploi informel en pourcentage de l'emploi non agricole total

83,5%

→ *Emploi formel en pourcentage de l'emploi non agricole total*

16,5%

(BIT, 2010)

Couverture du risque maladie en pourcentage de la population totale

12,5%

(env. 150 millions de

personnes)

(BIT, 2010)

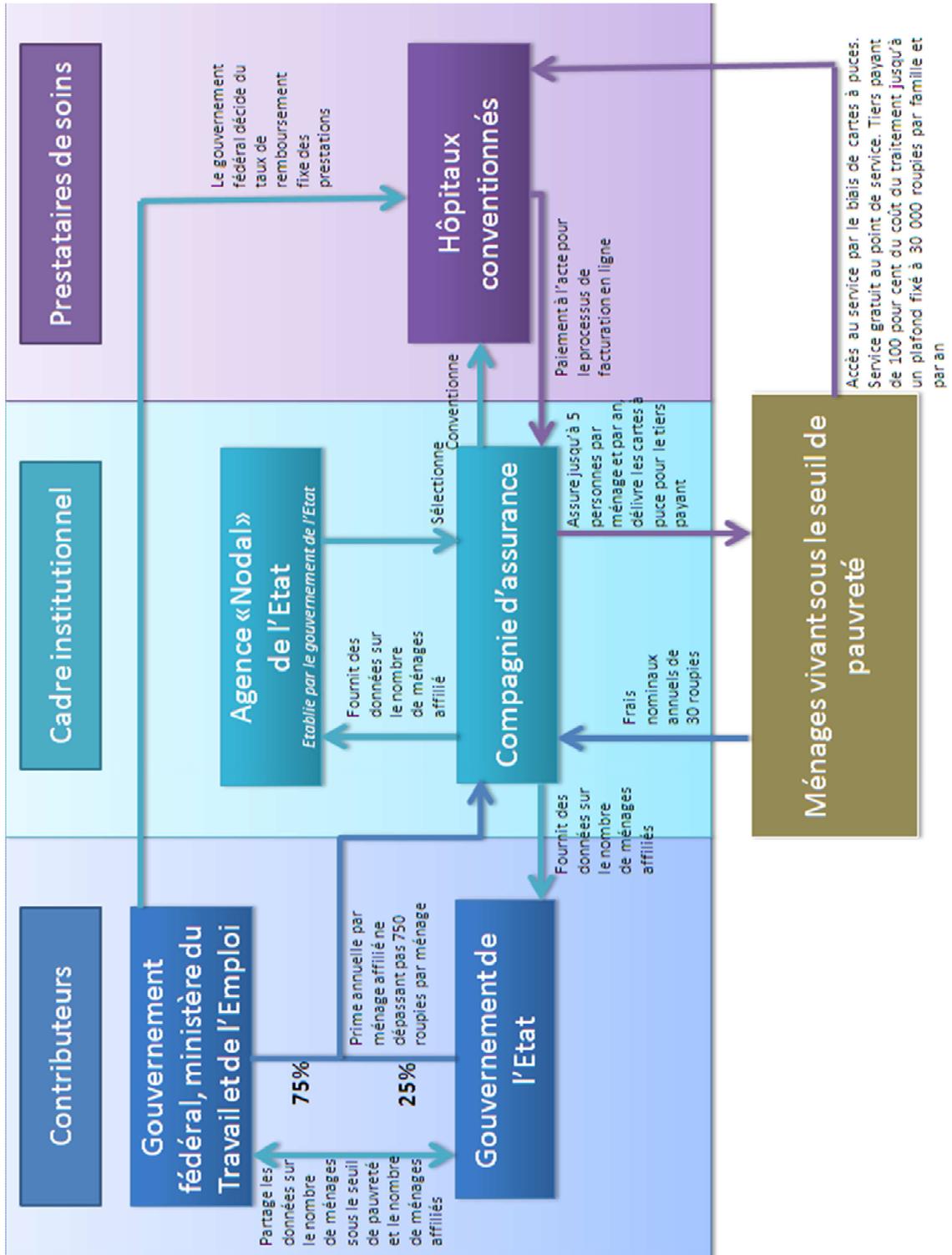
→ Taux de mortalité maternelle (estimation modélisée, pour 100 000 naissances vivantes)	200
	(OMS, 2010)
→ Pourcentage de naissances vivantes en présence d'un personnel médical qualifié	57,7%
	(OMS, 2010)
→ Dépenses totales de santé en % du PIB	4,1%
	(OMS, 2010)
→ Dépenses gouvernementales pour la santé en % des dépenses totales du gouvernement	3,6%
	(OMS, 2010)
→ Dépenses gouvernementales en santé par habitant au taux de change moyen	16 dollars
	(OMS, 2010)
→ Proportion de paiements directs par les ménages par rapport aux dépenses totales de santé	86,4%
	(OMS, 2010)
→ Dépenses publiques de sécurité sociale (y compris la santé) en % du PIB.	2,31%
	(FMI, 2007)
→ Carences théoriques de couverture dues à un déficit de professionnels de santé (Benchmark OMS – 28)	44,5%
	(BIT, 2010)
→ Carences théoriques de couverture dues à un déficit de professionnels de santé, % (Benchmark relatif – 35,5 pour 10 000 personnes)	56,2%
	(BIT, 2010)
→ Carences théoriques de couverture dues à un déficit de ressources financières (Benchmark – 60 dollars, OMD pour 2015 pour les revenus faibles)	65,1%
	(BIT, 2010)
→ Carences théoriques de couverture dues à un déficit de ressources financières, % (Benchmark relatif – 272 dollars par personne et par an)	92,3%
	(BIT, 2010)

Source: BIT Statistiques SECSOC.

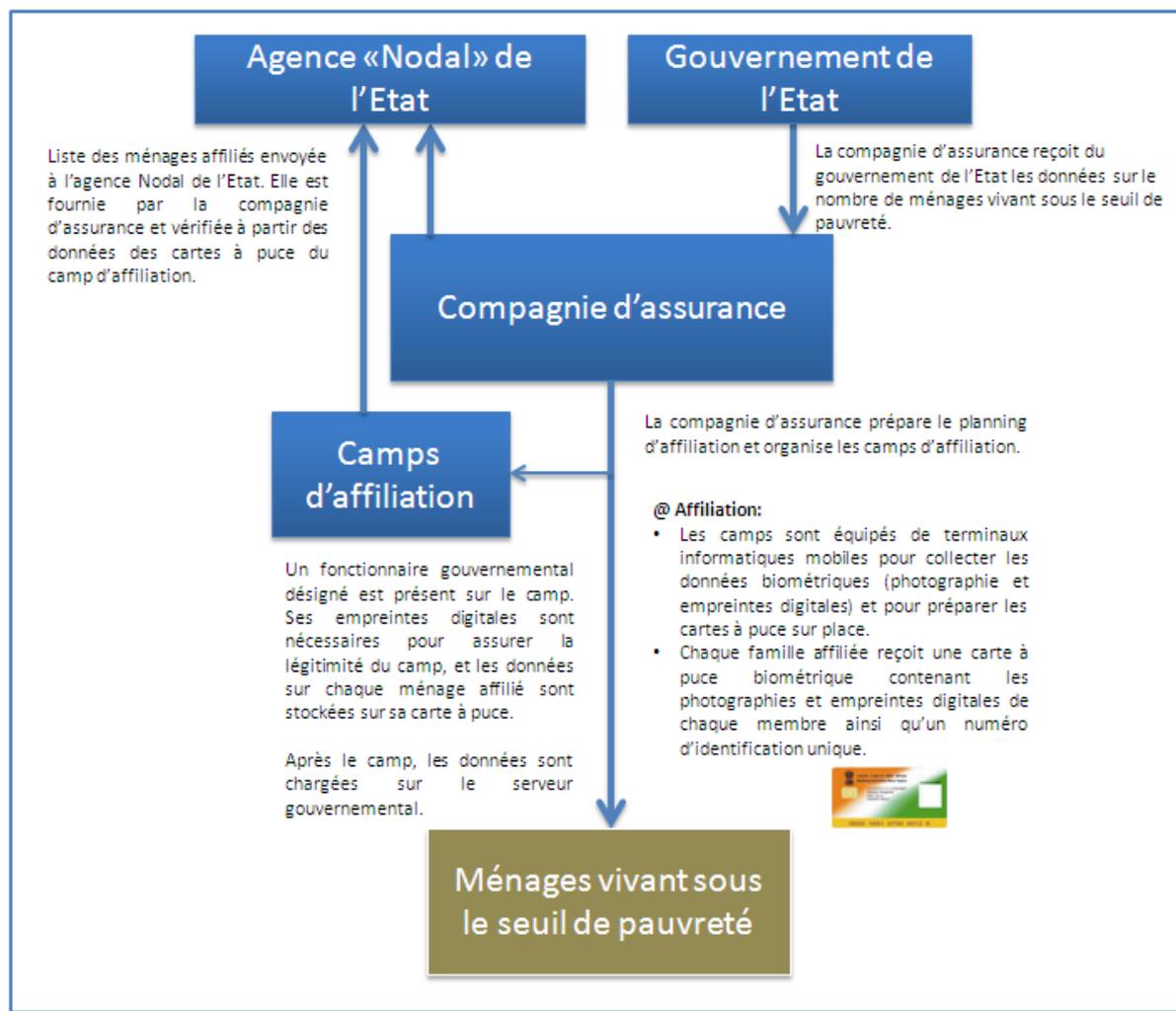
¹ Sauf indication contraire, le dollar s'entend des Etats-Unis

Vue d'ensemble du régime RSBY

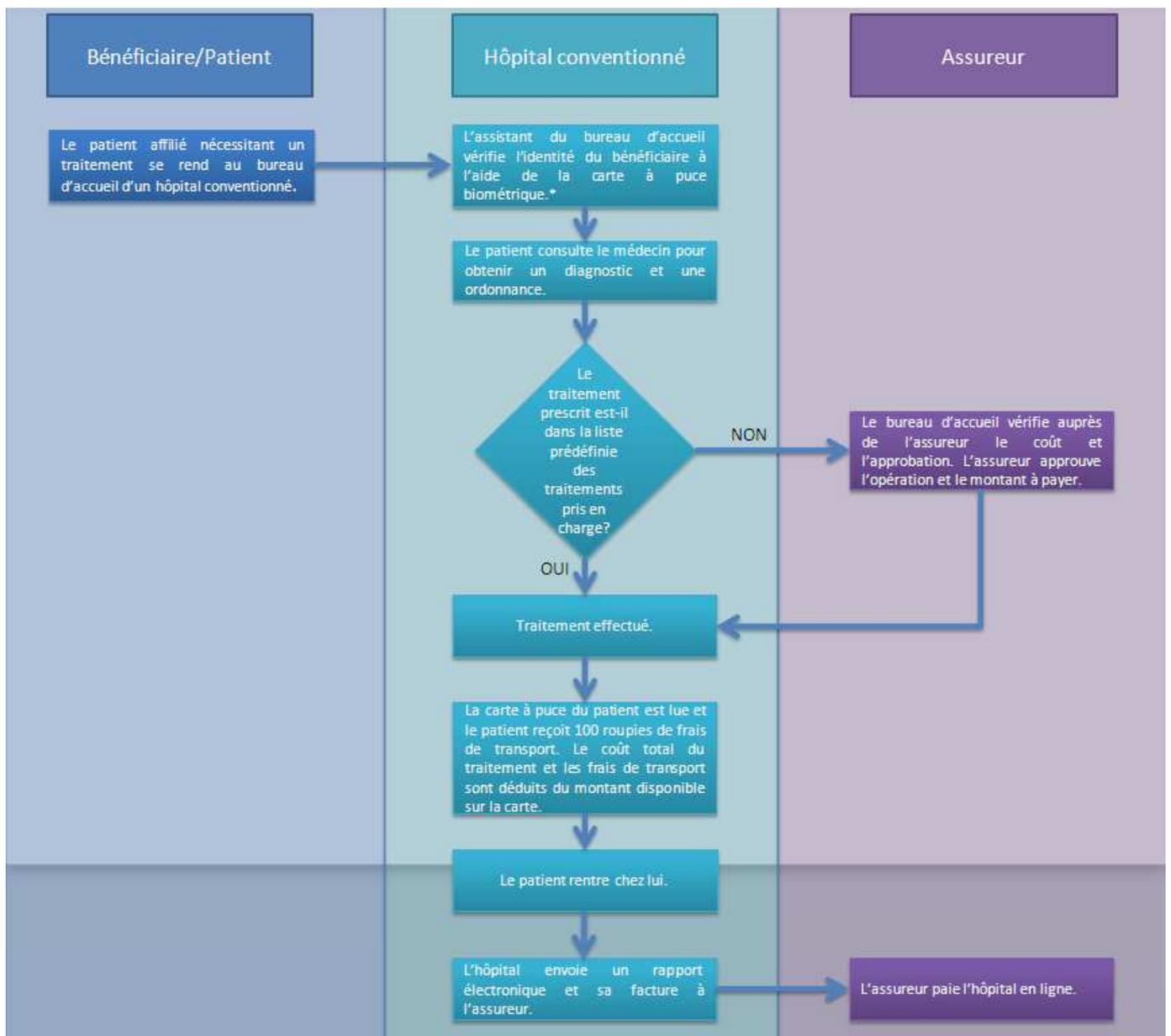
Régime	Date de création	Population ciblée	Affiliation	Taux de couverture (en 2012)	Ensemble de prestations	Sources de financement	Méthode de financement	Coûts
Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY)	2008	Ménages vivant sous le seuil de pauvreté. Le seuil de pauvreté était fixé en 2011 à 26 roupies (env. 0,53 dollar) par personne et par jour en milieu rural et 32 roupies (env. 0,59 dollar) par personne et par jour en milieu urbain.	<ul style="list-style-type: none"> Organisée au niveau des Etats par les compagnies d'assurance, en collaboration avec les gouvernements locaux et les partenaires sociaux Facilitée par les «camps d'affiliation» dans les villes et villages ciblés. Pas de limite d'âge, les maladies préexistantes sont couvertes. Jusqu'à cinq personnes par ménage sont couvertes. Technologie biométrique par carte à puce. La carte à puce est émise au moment de l'affiliation 	<p>33 196 142 ménages (50,41% des ménages éligibles).</p> <p>Un total de 12 538 hôpitaux font partie du programme (8 546 hôpitaux privés et 3 992 hôpitaux publics).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Non complète: seule l'hospitalisation est couverte. Couverture jusqu'à un plafond de 30 000 roupies (env. 650 dollars) par famille et par an pour une famille de maximum cinq personnes pour les coûts d'hospitalisation. Transport couvert avec un plafond de 1 000 roupies (env. 22 dollars) par famille et par an, dans une limite de 100 roupies par hospitalisation. Coûts pré et post hospitalisation engendrés la veille et jusqu'à cinq jours après l'hospitalisation. 	<ul style="list-style-type: none"> Compagnie d'assurance sélectionnée au niveau des Etats par le biais d'un appel d'offres public La compagnie d'assurance reçoit une prime annuelle par ménage affilié, jusqu'à un maximum de 750 roupies (env. 14 dollars) par ménage; 75% versés par le gouvernement fédéral et 25% par le gouvernement des Etats, à partir des recettes fiscales générales. Les bénéficiaires versent à la compagnie d'assurance une souscription nominale de 30 roupies (env. 0,58 dollar) par famille et par an. 	<ul style="list-style-type: none"> Mécanisme de tiers payant: service gratuit au point d'utilisation pour les bénéficiaires dans les hôpitaux conventionnés. La compagnie d'assurance rembourse les hôpitaux sur la base d'une tarification à l'acte. Liste des actes et coûts approuvés tenue par le ministère du Travail et de l'Emploi au niveau fédéral. 	<p>9 293 437 300 roupies (0,037% du PIB), au 31/03/2011 (Dror et Vellakkal 2012). Le risque est porté par la compagnie d'assurance contre une prime.</p>



Affiliation



Traitement et processus de paiement



*En général, la présentation de la carte à puce est essentielle pour l'accès aux services. Si le patient ne peut pas justifier de son identité avec ses propres empreintes digitales, alors l'identité peut être vérifiée par les empreintes digitales d'un autre membre de la famille affilié sur la carte à puce. Dans le cas de circonstances exceptionnelles, et si l'identité du patient peut être prouvée de façon certaine par d'autres moyens, et seulement avec l'accord de la compagnie d'assurance, le traitement peut être effectué sans la présentation de la carte à puce.

Soins de santé universels en Inde: historique

Les efforts pour créer un système de couverture de santé universelle en Inde peuvent être retracés depuis l'indépendance du pays. Les préoccupations concernant les carences des prestations publiques de soins de santé sont encore antérieures. En 1946, le comité Bhore, établi par le gouvernement indien en 1943, insistait sur le fait que «personne ne devrait se voir refuser le droit d'accéder à des services de santé en raison de son incapacité à payer» (cité dans Sen 2012: 46). Depuis lors, des comités, commissions, politiques et plans successifs ont cherché à étendre la couverture de santé aux personnes et aux ménages vivant sous le seuil de pauvreté. Cependant, comme le montrent les comptes nationaux de santé de 2004-2005, malgré plus de 50 ans de tentatives pour étendre les prestations publiques de santé, au début des années 2000 les dépenses des gouvernements (fédéral et des Etats) ne s'élevaient qu'à 20 pour cent des dépenses totales de santé en Inde. Plus de 75 pour cent (86,4 pour cent selon les statistiques de l'OMS) des dépenses de santé comprennent des dépenses directes des ménages (Swarup et Jain 2011: 260).

L'Inde compte la population très pauvre la plus importante du monde (Pundir et al. 2012) et, comme l'indique Rajasekhar et al. (2011: 1), la pauvreté et les coûts élevés des soins de santé sont intimement liés. Les coûts directs de soins de santé supportés par les ménages peuvent souvent faire pencher la balance et faire qu'un ménage passe ou non sous le seuil de pauvreté. Les personnes pauvres elles-mêmes répertorient souvent la mauvaise santé et les dépenses liées à la santé comme la cause de leur état de pauvreté ou de leur incapacité à en sortir (Krishna, cité dans Ibid.).

C'est dans ce contexte qu'a été lancée *Rashtriya Swasthya Bima Yojana* (RSBY) en avril 2008 par le ministère fédéral du Travail et de l'Emploi dans le but d'«apporter une protection aux ménages vivant sous le seuil de pauvreté contre les chocs financiers liés à l'hospitalisation» (RSBY 2009). Contre des frais annuels de souscription de 30 roupies (env. 0,58 dollars), RSBY apporte une couverture allant jusqu'à 30 000 roupies (env. 650 dollars) par famille dans la limite de cinq membres et pour un an pour les frais d'hospitalisation. Les frais de transport sont également couverts dans une limite de 1 000 roupies (env. 22 dollars), avec une limite de 100 roupies (env. 2,20 dollars) par hospitalisation. Les coûts pré- et post opératoires engendrés un jour avant et jusqu'à cinq jours après l'hospitalisation sont couverts, mais les coûts des soins ambulatoires ne le sont pas. Il n'y a pas de limite d'âge et les maladies préexistantes sont couvertes (RSBY 2012, Swarup et Jain 2011). Le régime fait appel à une technologie de cartes à puce biométriques pour affilier les bénéficiaires et assurer le fonctionnement du tiers payant.

Technologie: Cartes à puces biométriques

RSBY fait appel aux technologies suivantes:

- Cartes à puces
- Technologie biométrique
- Système de gestion avec clé de sécurité
- Transfert de données en ligne

Comme le suggère l'Institut de recherche R4D (2010: 7),

«Le but du régime est d’employer la technologie non seulement pour la répression des fraudes et le suivi de l’utilisation, mais également pour trouver des solutions aux problèmes liés à l’assurance. Par exemple, le logiciel d’affiliation a été conçu pour garantir que les hommes chefs de ménages assurent leurs épouses. De plus, comme le régime vise à offrir un traitement de qualité à tous les bénéficiaires, la technologie a été mise en œuvre pour garantir que chaque bénéficiaire reçoive le traitement nécessaire. Par exemple, si un patient ne peut pas justifier de son identité à l’hôpital, alors un membre de sa famille affilié sur la carte à puce peut valider l’identité du patient en présentant sa propre empreinte digitale.»

Le caractère innovant du système d’information et de l’infrastructure de gestion des informations conçues pour appuyer RSBY a été salué (Pundir et al. 2012). Ces systèmes offrent un champ d’action pour une expansion potentielle future, par exemple par le biais de l’intégration à des technologies propres aux téléphones portables (ibid.) ou d’autres systèmes gouvernementaux de gestion d’informations comme ceux utilisés dans le cadre de la MGNREGA (Gill et al. 2012). Reconnaisant l’efficacité du système de carte à puce de RSBY, le gouvernement indien a pris la décision d’étendre la plateforme de cartes à puce de RSBY pour qu’elle serve à d’autres régimes de sécurité sociale comme le régime d’assurance-décès et invalidité *Aam Aadmi Bima Yojana* (AABY) et le régime de pensions de retraite et de reversion.

Une carte à puce biométrique est imprimée et donnée à chaque ménage au moment de son affiliation. Elle est imprimée et distribuée sur place par l’assureur. Les points d’affiliation sont généralement situés sur le terrain, au niveau du village. Les empreintes digitales de chaque bénéficiaire sont collectées et une empreinte du pouce de chaque membre du ménage est enregistrée sur la carte. Une fois affilié, le bénéficiaire peut utiliser la carte pour accéder à des services dans tous les hôpitaux indiens conventionnés. Une liste de ces hôpitaux est disponible au moment de l’affiliation. Le système ne nécessite pas de paiement en espèces: les bénéficiaires du régime ne sont pas tenus de faire de paiements directs à l’hôpital, et la compagnie d’assurance paie directement l’hôpital en ligne (voir RSBY 2012, Swarup et Jain 2011, et Rajasekhar et al. 2011: 3-5). Contrairement aux autres régimes gouvernementaux qui ne sont disponibles au bénéficiaire qu’au niveau local, les affiliés de RSBY peuvent accéder aux soins dans *n’importe quel* hôpital indien conventionné.



Résultats

Pendant les quatre années au cours desquelles il a été établie, RSBY est devenue un des plus grands régimes d’assurance maladie du monde. Les principaux résultats du régime sont les suivants:

Amélioration de l’accès aux soins de santé

RSBY a permis d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les bénéficiaires. Le taux d'hospitalisation parmi les membres de RSBY est de plus de 3 pour cent, alors qu'il est de seulement 1,7 pour cent pour les non-membres.

Réduction des dépenses directes de santé

Des évaluations externes du régime ont montré que les dépenses directes de santé pour les bénéficiaires de RSBY sont bien inférieures à celles destinées aux non-bénéficiaires de RSBY dans des circonstances socio-économiques similaires.

Satisfaction importante

Les évaluations ont aussi montré qu'il y a un très haut niveau de satisfaction pour le régime. Le taux de satisfaction est entre 70 et 90 pour cent. Plus de 90 pour cent des personnes interrogées ont dit vouloir renouveler leur adhésion l'année suivante.

Défis et faiblesses

Panier de soins

La plus grande limite du régime dans l'objectif annoncé par le gouvernement d'atteindre une couverture sanitaire universelle est sans doute que celui-ci couvre seulement l'hospitalisation et n'apporte pas de couverture des dépenses de soins ambulatoires, qui représentent en réalité la plus grande partie des coûts des soins de santé. Comme l'indiquent Dror et Vellakkal (2012: 2), «en Inde, et particulièrement en milieu rural, la plus grande partie des coûts ne sont pas liés à l'hospitalisation, mais aux médicaments». Le gouvernement indien pilote actuellement des régimes dans des districts de cinq Etats où RSBY couvre aussi les dépenses ambulatoires pour ses membres avec la plateforme de carte à puce.

Couverture

La couverture reste très variable entre et au sein des Etats. Les données cumulatives montrent des variations très importantes dans le succès du régime en fonction de l'Etat ou du district. Comme pour les régimes précédents, des problèmes de sensibilisation sur l'éligibilité et l'accessibilité des camps d'affiliation prévalent (Rajasekhar et al. 2011). Actuellement, 50,41 pour cent de la population ciblée est couverte par le régime (RSBY 2012). Celui-ci n'est pas consacré par une loi, ce qui fait qu'il est impossible pour les bénéficiaires de faire des réclamations fondées sur un droit pour faire valoir leurs droits (Dror et Vellakkal 2012).

Accessibilité

Quand les ménages se sont affiliés, certains ont rapporté qu'ils n'avaient pas pu avoir accès aux prestations. Bien que les cartes soient censées être émises au moment de l'affiliation, dans certains cas les bénéficiaires ont rapporté que cela n'avait pas été le cas. De plus, des hôpitaux conventionnés sont concentrés dans les zones urbaines alors que les bénéficiaires vivent principalement en zone rurale.

Tiers payant

Des bénéficiaires se sont plaints du fait que les hôpitaux continuent de demander un paiement direct, alors que les hôpitaux se plaignent que le traitement des factures avec les compagnies

d'assurance est lent, chronophage, et que les paiements ne correspondent pas au coût total des soins effectués (Ibid., Nandi et al. 2010)

Coordination

RSBY relève de la juridiction du ministère fédéral du Travail et de l'Emploi, ce qui engendre des conflits d'intérêts potentiels et une division confuse des tâches avec le ministère de la Santé au niveau fédéral. Cependant, au niveau des Etats, il y a une très bonne coordination et, dans plus de la moitié des Etats, le département de la Santé est très impliqué dans la mise en œuvre du régime.

Ressources

Dror, D. et S. Vellakkal (2012), "Is RSBY India's platform to implementing universal hospital insurance?", *Indian Journal of Medical Research*, 135 (1), pp. 56-63

Gill, H. S., et A. Kaur Shahi (2012), "Rashtriya Swasthya Bima Yojana in India – Implementation and Impact", *International Journal of Multi-disciplinary Research*, 2 (1), pp.155-173

Institut de recherche pour le développement (*Research for Development Institute – R4D*) (2010), *Moving Toward Universal Health Coverage: Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY), India*, R4D: Washington, DC

Nandi, S., K. Kanungo, H. Khan, H. Soibam, T. Mishra et S. Garg (2010), *A Study of Rashtriya Swasthya Bima Yojana in Chhatisgarh, India*, Présentation orale, Première conférence nationale sur l'apport de résultats dans les politiques de santé publique (EPHP 2010), Bangalore, Inde, 10-11 décembre 2010

Pundir, A., G. Singh et V. Kumar (2012), "ICT Based Health Services for BPL Communities in India: A Case Study of Haryana State" in Kumar, V. et J. Svensson eds., *Proceedings of M4D 2012, 28-29 February 2012, New Delhi, India*, Karlstad: Karlstad University, pp. 96-101

Rajasekhar, D., E. Boeg, M. Ghatak, R. Majula et S. Roy (2012), *Implementing Health Insurance for the Poor: The Rollout of RSBY in Karnataka*, Londres: STICERD, LSE

Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY) (2012) <<http://www.rsby.gov.in/Overview.aspx>>, publié le 2 décembre 2012

Réseau conjoint d'apprentissage pour la couverture de santé universelle (*Joint Learning Network for Universal Health Coverage – JLN*) (2013), *India: Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY)*, <<http://www.jointlearningnetwork.org/content/rashtriya-swasthya-bima-yojna-rsby>>, publié le 15 janvier 2013

Sen, G. (2012), "Universal Health Coverage in India: A Long and Winding Road", *Economic and Political Weekly*, 47 (8), pp. 45-52

Swarup, A. et N. Jain (2011), "Rashtriya Swasthya Bima Yojana" in BIT et PNUD SU-SSC, *Sharing Innovative Experiences: Successful Social Protection Floor Experiences*, New York, PNUD, pp. 257-27

Thaïlande

Informations générales



Population	65,9 millions (Recensement, 2010)
PIB	345 649 290 737 en dollars E.-U. ² courants (Banque mondiale, 2011)
PIB par habitant (PPA en dollars E.-U.)	8 703 dollars (Banque mondiale, 2011)
Rang pour l'IDH	103 sur 187 (PNUD, 2011)

Travailleurs non salariés en pourcentage de l'emploi total **54,1%**
 → *Travailleurs salariés en % de l'emploi total* **44,6%**
 (BIT, 2010)

Emploi informel en pourcentage de l'emploi non agricole total **42,3%**
 → *Emploi formel en pourcentage de l'emploi non agricole total* **16,5%**
 (BIT, 2010)

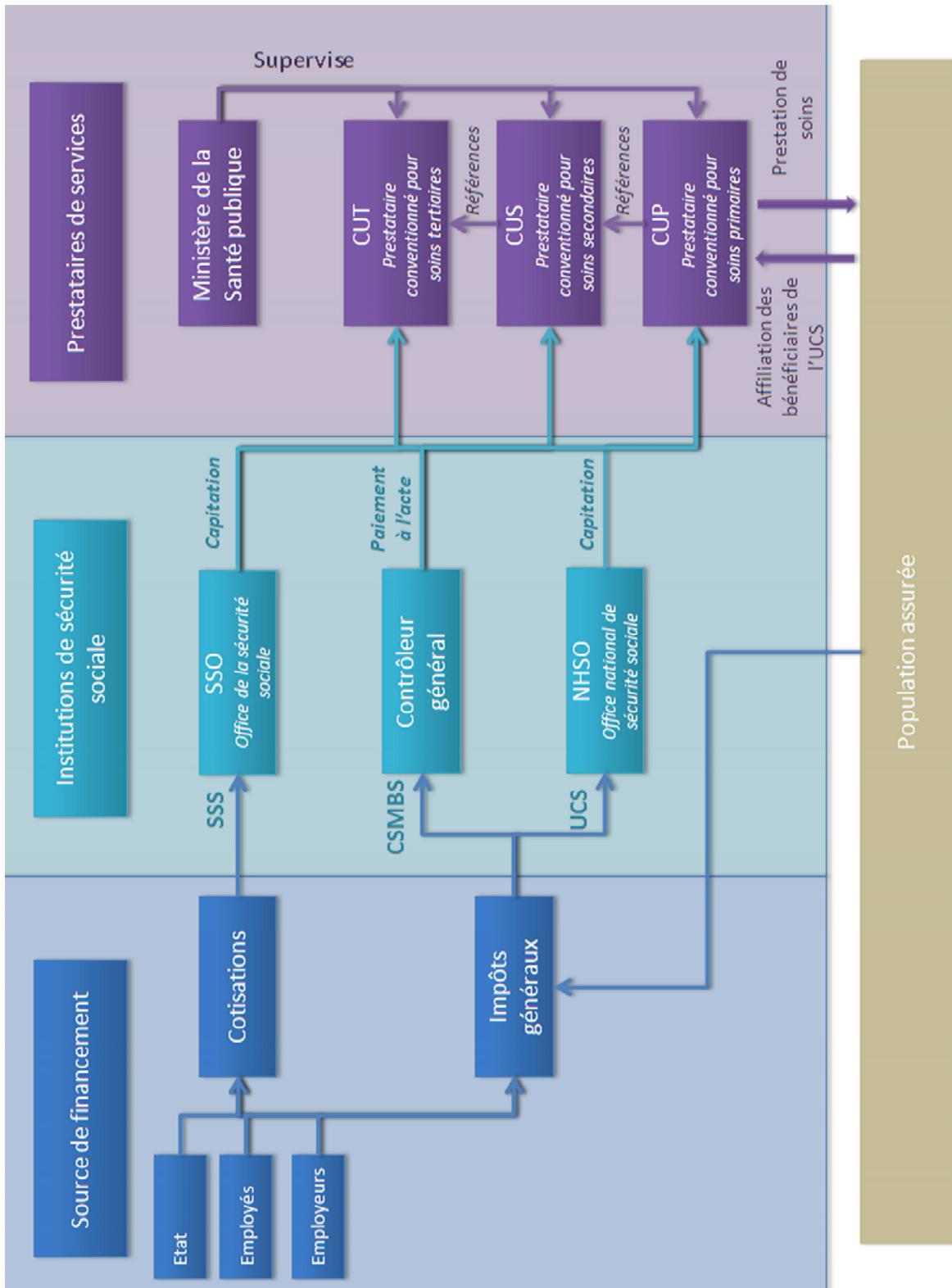
Couverture du risque maladie en pourcentage de la population totale **98%**
 (env. 68,2 millions de pers.)
 (BIT, 2010)

- Taux de mortalité maternelle (estimation modélisée pour 100 000 naissances vivantes) **48**
(OMS, 2009)
- Pourcentage de naissances vivantes en présence d'un personnel médical qualifié (%) **99,4%**
(OMS, 2010)
- Dépenses totales liées à la santé en % du PIB **3,9%**
(OMS, 2010)
- Dépenses gouvernementales pour la santé en % des dépenses totales du gouvernement **12,7%**
(OMS, 2010)
- Dépenses gouvernementales en santé par habitant au taux de change moyen **134 dollars**
(OMS, 2010)
- Proportion de paiements directs par les ménages par rapport aux dépenses totales de santé **14%**
(OMS, 2010)
- Dépenses publiques de sécurité sociale (y compris la santé) en % du PIB **6,04%**
(FMI, 2007)
- Carences théoriques de couverture dues à un déficit de professionnels de santé (Benchmark OMS - 28) **40,3%**
(BIT, 2010)
- Carences théoriques de couverture dues à un déficit de professionnels de santé, % (Benchmark relatif 35,5 pour 10 000 personnes) **52,9%**
(BIT, 2010)
- Carences théoriques de couverture dues à un déficit de ressources financières (Benchmark – 60 dollars, OMD pour 2015 pour les revenus faibles) **0%**
(BIT, 2010)
- Carences théoriques de couverture dues à un déficit de ressources financières, % (Benchmark relatif – 272 dollars par personne et par an) **43,4%**
(BIT, 2010)

² Sauf indication contraire, le dollar s'entend du dollar des Etats-Unis.

Vue d'ensemble des régimes

Régime	Date de création	Population ciblée	Inscription	Taux de couverture (en 2008)	Ensemble de prestations	Sources de financement	Mécanisme de paiement	Coût
Régime de prestations médicales pour les fonctionnaires (CSMBS)	1963	Fonctionnaires, fonctionnaires à la retraite et les personnes à leur charge.	Par le biais de l'employeur.	7%	Panier de soins complet, à l'exception de certains traitements (certaines transplantations d'organes, chirurgie esthétique, traitements pour la cosmetic surgery, traitement de l'infertilité).	Non-contributif. Impôts généraux.	Paiement à l'acte pour soins ambulatoires, paiements à l'activité pour hospitalisation.	Environ 440 dollars /personne/an (2011).
Régime de sécurité sociale obligatoire (SSS)	1990	Employés du secteur privé formel.	Par le biais de l'employeur.	16%		Contributif. Charges sociales cotisations employeur et travailleurs.	Capitation ajustée en fonction des risques (type d'activité) pour soins ambulatoires et hospitalisation.	Environ 69 dollars/personne/an (2011).
Régime de couverture universelle (UCS)	2001	Reste de la population (surtout dans l'économie formelle).	Inscription auprès d'un prestataire de soins conventionné (CUP) et obtention d'une carte pour des soins dans la localité. <i>(Au départ, les bénéficiaires potentiels ont été identifiés par le personnel médical et les bénévoles, ainsi que par le biais de campagnes de communications massives et à travers les médias.)</i>	75%	Paniers de soins quasiment identiques et unité des prestataires de soins pour les trois régimes. Les bénéficiaires du SSS peuvent accéder à certaines structures médicales non conventionnées.	Non-contributif. Impôts généraux.	Capitation pour la prévention et les soins ambulatoires. Budget global pour l'hospitalisation. Au départ, le patient devait effectuer un co-paiement de 30 bahts (environ 0,35 dollars) à chaque utilisation des soins. En 2006 le système est devenu gratuit, pour à nouveau être appliqué par le gouvernement actuel.	Environ 88 dollars / personne / an (2011).



Systeme institutionnel

- Régime de couverture universelle (UCS): créé en 2001 pour les personnes de l'économie informelle, a remplacé les régimes *Medical Welfare Scheme* et *Voluntary Health Card Scheme*. Couvre environ 75% de la population totale.
- Régime de prestations médicales pour les fonctionnaires (*Civil Servant Medical Benefit Scheme – CSBMS*): fonctionnaires, retraités, personnes à charge. Couvre environ 7% de la population.
- Régime de sécurité sociale (*Social Security Scheme – SSS*): contributif, employés du secteur formel privé. Couvre environ 16% de la population..

La Thaïlande a connu une extension progressive de l'UCS au niveau national dans une période de deux ans (2001-2002). Elle a été mise en place en période de crise économique lorsque le PNB par habitant s'élevait à près de 1 900 dollars.

Paniers de soins

Les trois régimes bénéficient d'un panier de soins similaire.

L'UCS comprend un panier de soins complet (ambulatoire, hospitalisation, accidents, soins dentaires, etc.)

En plus des services curatifs (comprenant des exclusions), l'UCS propose des soins de prévention à tous les citoyens thaïlandais, portant une attention particulière à la promotion de la santé et la prévention des maladies (par ex., vaccinations, visites médicales annuelles, conseil prénuptial, soins prénataux et services de planification familiale, etc.). Récemment, la couverture a été étendue aux traitements antirétroviraux pour le VIH/SIDA et aux transplantations rénales.

Affiliation

Pour s'inscrire à l'UCS, tous les membres doivent passer par un centre de soins primaires et recevoir une carte pour pouvoir être soignés dans leur localité. Lors de la première mise en œuvre, les bénéficiaires potentiels ont été identifiés par le personnel médical et des bénévoles, ainsi que par le biais de campagnes de communications massives et à travers les médias.

Systeme d'information

La base de données centrale d'affiliation consolide les informations sur la totalité de la population thaïlandaise. Elles comprennent des informations sur l'affiliation aux régimes CSMBMS, SSS et UCS. Lorsque les patients veulent se faire soigner, leurs droits sont vérifiés sur la base de données en ligne centralisée pour vérifier leur inscription à un régime d'assurance. Si la base de données montre que les patients ne sont pas inscrits auprès des régimes CSMBMS ou SSS, ils doivent alors s'inscrire au régime de couverture universelle UCS.

Reseau des prestataires de soins de santé

Tous les prestataires publics et privés conventionnés sont tenus de proposer ces services de prévention (et autres) à tous les bénéficiaires inscrits.

Le réseau des services UCS comprend à la fois les établissements de soins de santé publics et privés. Les établissements publics sont inclus automatiquement. En revanche, les établissements privés sont

d'abord évalués en fonction d'un ensemble de normes établies par l'Office national de sécurité sociale.

Système de référence:

- Prestataire conventionné de soins primaires (CUP)
- Prestataire conventionné de soins secondaires (CUS)
- Prestataire conventionné de soins tertiaires (CUT)

Les hôpitaux publics sont les prestataires principaux, couvrant plus de 95% des personnes assurées. Environ 60 hôpitaux privés ont rejoint le système et enregistrent une fréquentation autour de 4% des bénéficiaires.

Financement

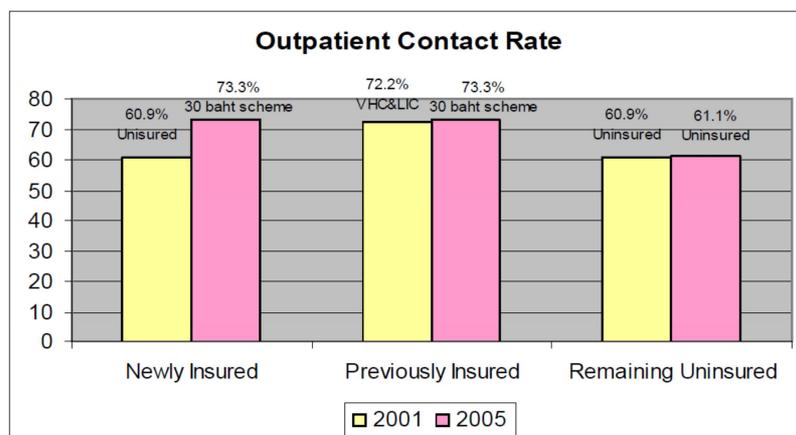
- Le régime UCS est financé par les revenus de l'impôt.
- Tiers payant: le mécanisme de paiement actuel pour le régime UCS est un mélange de capitation ajustée en fonction des risques pour les soins primaires, d'un budget global sur base de tarification à l'activité et de frais à taux fixe pour certains services.
- Le co-paiement de 30 bahts a été aboli par le gouvernement précédent en novembre 2006. Le gouvernement actuel applique à nouveau ce co-paiement de 30 bahts, avec néanmoins une certaine flexibilité de manière à ce que les directeurs des établissements de santé soient en mesure d'exempter certaines personnes de ce paiement.
- Le budget du régime UCS est passé de 1 202,4 bahts (35,40 dollars) par habitant en 2002 à 2 693,5 bahts (78,80 dollars) par habitant en 2011.

Grâce, à une base de données administrative centrale capable de fournir de solides preuves sur l'utilisation des services de santé, l'Office national de sécurité sociale (NHSO) est bien placé pour négocier avec le Bureau du budget. L'introduction de nouveaux services dans les paniers de soins, et l'amélioration de la protection contre les risques financiers ont compté parmi les stratégies du NHSO pour garantir un taux de capitation plus élevé.

Evolution de l'accès

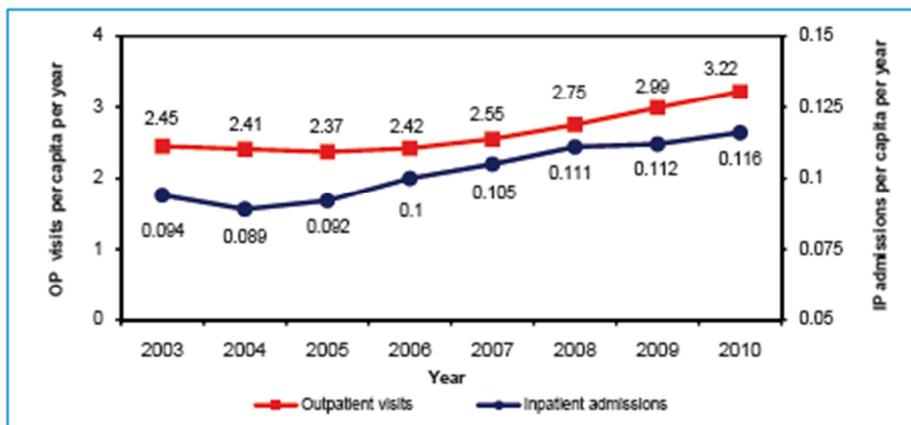
Taux de patients bénéficiant de soins ambulatoires

Outpatient contact rate (percentage of the ill who receive outpatient care)



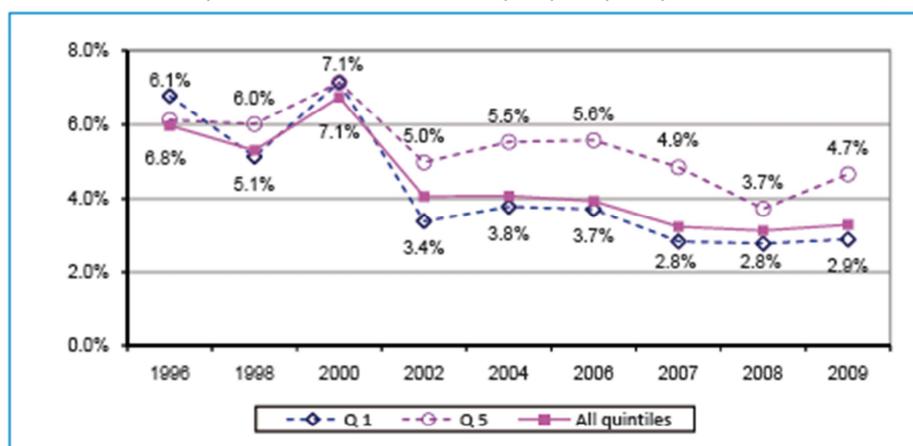
Impact financier sur les ménages

Taux d'utilisation des services parmi les adhérents au régime UCS, 2003-2010



Source: NHSO annual reports 2009 and 2010.

Incidence des dépenses de santé catastrophiques par quintile de richesse, 1996-2009



* Catastrophic health expenditure refers to household spending on health care >10% of total household consumption expenditure.

Problèmes

Bien que la conception initiale de la politique d'extension favorisait la création d'un fonds unique, la fusion des régimes publics d'assurance a été retardée. Par conséquent, la couverture universelle a consisté à ses débuts en un patchwork constitué des régimes anciens et nouveaux.

Sources

Rapport annuel du [NHSO 2008](#)

Site du NHSO: <http://www.nhso.go.th>

Site du HISRO: <http://www.hisro.or.th>

[Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges, An independent assessment of the first 10 years \(2001-2010\)](#), Institut de recherche des systèmes de santé (*Health Systems Research Institute – HSRI*), 2012.