

Le rôle des ESS (Empresas Solidarias de Salud) dans le cadre du système de sécurité sociale en santé en Colombie

OIT

Janvier 2008

David Bardey¹

Résumé

Nous présentons au cours de ce document une analyse synthétique du système de santé colombien. Nous commençons par contextualiser le système de santé colombien au sein des différents systèmes de protection sociale en vigueur en Amérique Latine. Nous analysons ensuite ce système de santé, en distinguant son organisation antérieure et postérieure à la Loi 100 de l'année 1993. Nous nous concentrons ensuite sur les « Empresas solidarias de salud », qui sont des organismes d'assurance présentant des spécificités singulières, notamment par leur caractéristique communautaire, au sein du système de santé colombien. Enfin, nous dressons un bilan de la Loi 100 et nous présentons les perspectives du système de santé colombien notamment à travers une discussion de la Loi 1122 de l'année 2007.

1- Contexte et histoire des systèmes de protection sociale en Amérique Latine

Les réformes des systèmes de protection sociale en Amérique Latine ont commencé avec la réforme chilienne en 1981 et sa « quasi-privatisation ». Néanmoins, comme le montre le tableau 1, les réformes des systèmes de santé et de retraites de la plupart des autres pays d'Amérique Latine se sont déroulées au cours des années 90, ces réformes suivant des modèles relativement différents. De façon plus précise, Mesa Lago (2000) a regroupé ces réformes concernant le volet santé de la protection sociale en deux grands

¹ Maître de Conférence à l'université de Toulouse 1, chercheur associé à *Toulouse School of Economics*, Professeur associé à l'Université de Rosario (Bogota) et assesseur économique de Fasecolda (Fédération des assureurs colombienne).

modèles : le premier modèle implique une modification profonde de l'organisation des systèmes de santé, notamment au niveau de l'interaction entre les acteurs publics et privés de ce système (Argentine, Brésil, Chili, Mexico, Pérou, République Dominicaine et Colombie) ; tandis que le second consiste en des modifications plus marginales des systèmes en place (Costa Rica, Nicaragua, Panama, Guatemala et Honduras).

Une étude récente de la Cepal (2006) classifie les systèmes de santé en Amérique Latine selon leur mode d'organisation. Dans la majorité des Pays d'Amérique Latine (13 au total), les systèmes de santé sont composés de trois « sous-systèmes » regroupant le système public, le système de sécurité sociale et le secteur privé offrant des couvertures contre le risque maladie.

Tableau 1. Amérique Latine: années de mise en place des réformes

Pays	Santé	Retraites
Chili	1981	1981
México	1984	1997
Uruguay	1987	1996
Brésil	1990	1998, 2003
Nicaragua	1991	2004
Argentine	1993	1994
Équateur	1993	2004
Bolivie	1994	1997
Colombie	1994	1994
Costa Rica	1994	2001
Guatemala	1995	-
Pérou	1995	1993
Haiti	1996	-
Panamá	1996	2000
Paraguay	1996	-
Salvador	1999	1999
Venezuela	1999	-
Honduras	2000	2001
République Dominicaine	2001	2003

Source : Mesa Lago (2004 et 2006).

Le second groupe de pays, composé de Brésil, Costa Rica, Chili, Haïti et Panama combine seulement une assurance sociale avec un secteur privé qui gère également le risque maladie. Dans un grand nombre de ces pays, l'organisation du système de santé prend en considération les caractéristiques du marché du travail en se subdivisant en

deux régimes distincts: contributif et subventionné. Les travailleurs appartenant au secteur formel contribuent au financement des systèmes de santé tandis que les prestations en matière de santé ou de couverture du risque maladie des travailleurs participant au secteur informel (voir les documents de la Banque Mondiale pour une typologie des marchés du travail et une discussion du concept d’informalité) sont subventionnées.

Dans la majorité des cas, l’objectif de ces différentes réformes a été d’augmenter le taux de couverture de la Sécurité Sociale, certains pays, comme la Colombie, prévoyant même, de façon utopique, une couverture de 100% de la population. Toutefois, comme le révèle tableau 2, les taux de couverture qu’ont permis ces réformes sont parfois loin des objectifs initialement annoncés. De plus, selon les pays, la protection sociale peut être gérée par des organismes privés ou publics.

Tableau 2. Amérique Latine : Couverture de la sécurité social avant et après les reformes (% de la force de travail) du pays sélectionné

Pays	Santé		Retraites	
	1997	2001	1994	2002
Argentine	63,9	56,2	50,0	24,0
Bolivie	1997	2002	1996	2002
	17,4	15,2	12,0	11,0
Chili	1996	2000	1980	202
	86,2	87,3	64,0	58,0
Colombie	1993	2003	1993	2002
	20,0	28,0	32,0	24,0
El Salvador	<i>n.d</i>	2000	1996	2002
	<i>n.d</i>	26,0	26,0	19,0
Méxique	1998	2001	1997	2002
	14,8	16,6	37,0	30,0
Panamá	1995	2003	1995	2002
	52,0	52,1	<i>n.d</i>	<i>n.d</i>
Pérou	1994	2000	1003	2002
	28,4	24,2	31,0	11,0

n.d : non disponible.

Source: Mesa Lago 2004 et 2006; Harvard, 1996 et DANE.

Il est également intéressant de comprendre les implications de ces différentes organisations des systèmes de santé en matière de financement. Le tableau 3 fournit de façon synthétique ces disparités au niveau des sources de financement.

Tableau 3. Amérique Latine: Cotisation au Système de Sécurité Social (% salaire) du pays sélectionné

Pays	SANTÉ			Total
	Travailleur	Employeur	État	
Costa Rica	5,5	9,3	0,0	15,0
Argentine	6,0	8,0	0,0	14,0
México	0,7	7,5	4,2	12,4
Colombie	4,0	8,0	0,0	12,0
Bolivie	0,0	10,0	0,0	10,0
Pérou	0,0	9,0	0,0	9,0
Chili	7,0	0,0	0,0	7,0
Total	3,3	7,4	0,6	11,3

Source : Mesa Lago (2006).

Enfin, certains de ces pays ont subi une vague de nouvelles réformes ayant pour but de répondre aux objectifs des réformes initiales qui n'ont pas été atteints ou, de façon plus générale, de corriger certains dysfonctionnements qui ont accompagné les premières réformes. Ainsi, en 2007, le gouvernement colombien a fait voter la *Loi 1122* apportant des modifications substantielles à la *Loi 100*.

Dans la première partie de ce document, nous présentons le système de santé colombien dans ces grandes lignes, en explicitant son organisation, respectivement antérieure et postérieure à l'adoption de la *Loi 100*. Nous expliquerons plus particulièrement comment le système de santé s'organise autour de 2 régimes, le régime contributif et le régime subventionné.² La deuxième partie est consacrée aux « *Empresas Solidarias de Salud* », notées ESS par la suite, qui constituent une catégorie particulière d'organismes d'assurance santé participant au sein du régime subventionné. Nous analyserons comment les ESS s'inscrivent dans l'organisation du système de santé colombien présenté lors de la première partie et plus spécifiquement comment la *Loi 100* a permis le regroupement de mutuelles ou d'organismes corporatifs, voir associatifs au sein de la même appellation ESS. Nous présenterons également le contexte juridique au sein duquel évoluent les ESS. Nous dresserons un bilan du fonctionnement des ESS et quelques réformes qui furent mises en place pour améliorer leur efficacité. Enfin, dans une troisième partie, nous concluons à propos de l'organisation actuelle du système de

² De fait, il existe d'autres régimes spéciaux pour certaines professions particulières.

santé colombien et nous présenterons ses perspectives à travers une discussion de quelques points apportés par la *Loi 1122* de l'année 2007.

Partie 1 : Présentation du système de santé colombien

Dans une première section, nous présentons les grandes caractéristiques du système de santé colombien avant la promulgation de la *Loi 100*. Dans une seconde section, nous expliquons les principales caractéristiques de ce système de santé postérieur à la *Loi 100*.

1.1 Le système de santé colombien antérieur à la *Loi 100*

Sans prétendre fournir dans cette sous-section une analyse constitutionnelle très élaborée, il est intéressant de noter que les évolutions du système de santé colombien répondent généralement à des réformes constitutionnelles. En effet, jusqu'à l'année 1991, le système de santé colombien répondait encore aux exigences de la Constitution colombienne de 1886 qui stipulait seulement un Etat de droit. Les prestations de l'Etat colombien en matière de santé n'étaient alors considérées que comme des bénéfices que recevaient les citoyens (Orozco Africano, 2006). Le système de santé était organisé autour de deux axes principaux. Les membres des classes les plus aisées s'affiliaient de façon volontaire à des plans de médecine prépayée (*medicina prepagada*), aujourd'hui encore existants, tandis que le reste de la population recevait des soins fournis par les hôpitaux publics. La gestion des hôpitaux publics était caractérisée par de nombreuses inefficacités, voir parfois par des problèmes de corruption. De plus, de par leur manque de moyen, le réseau d'hôpitaux publics ne permettait pas de répondre à toute la demande de soins de la population colombienne, d'où un rationnement assez fort et des problèmes d'accès aux soins aigus.

L'année 1991 fut marquée par une modification relativement profonde de la Constitution qui stipule alors explicitement un Etat de droit social. L'inclusion du terme social pour définir l'Etat colombien a alors donné lieu à l'adoption de la *Loi 100* au cours de l'année 1993, cette inclusion impliquant que les soins de santé soient

désormais un droit de tout citoyen colombien et non plus seulement un bénéfice accordé par l'Etat. La *Loi 100* répond également aux problèmes d'inefficacités des hôpitaux publics. Ainsi, l'objectif de cette loi a été de convertir les subventions à l'offre, à travers notamment le financement des hôpitaux publics, en des subventions à la demande à travers un accroissement de la couverture santé.

1.2 Le système de santé colombien postérieur à la *Loi 100*

Afin de rompre avec les incitations perverses générées par les mécanismes de paiements rétrospectifs et les dérapages budgétaires des hôpitaux publics,³ la *Loi 100* a orienté le financement du système de santé vers des organismes d'assurance, ceux-ci ayant à charge, à partir de relations contractuelles avec les prestataires de soins, d'assurer une allocation et une gestion efficace de ces ressources. En effet, le schéma organisationnel de la *Loi 100* est basé sur le principe de la « *Managed competition* » (Enthoven, 1993) qui considère que la concurrence entre assureurs organisés en réseaux de soins permet de rationaliser l'offre de soins. De plus, la *Loi 100* prévoit également la création de deux régimes différents :

- **Le régime contributif** pour les travailleurs du secteur formel (et les membres de leurs familles). Ces travailleurs paient des cotisations à un organisme d'Etat, appelé Fosyga, qui redistribue ensuite ces cotisations à des organismes d'assurance en concurrence, les EPS, sur la base de paiement par capitation. Ces paiements par capitation doivent permettre de financer un panier de soins obligatoire, appelé POS.⁴ Comme nous le verrons de façon plus approfondie lors de la section 2, les paiements par capitation ne reflètent que très partiellement le risque des assurés, engendrant naturellement des problèmes de sélection des risques.
- **Le régime «subventionné»** : l'organisation du régime subventionné est très proche du régime contributif. En effet, les organismes d'assurance santé opérant au sein de ce régime, appelé ARS, reçoivent également de la part du Fosyga des

³ Dans le jargon économique, caractérisé par des contraintes budgétaires dites « *soft* ».

⁴ POS : Plan obligatorio de salud.

transferts sous la forme de paiement par capitation. Ces paiements par capitation sont financés en partie par les cotisations des travailleurs du secteur formel et complété par des transferts de l'Etat, ces transferts pouvant s'opérer au niveau national comme au niveau local. La principale différence entre les deux régimes instaurés par la *Loi 100*, porte sur la population cible, les bénéficiaires du régime subventionné étant des personnes de faibles revenus participant au secteur informel. Initialement, la *Loi 100* prévoyait un taux de couverture de 100% de la population, ce qui consistait à proposer une couverture à tous les travailleurs du secteur informel (les travailleurs du secteur formel étant obligatoirement affiliés à des EPS). Cependant, par faute de moyens, cet objectif est rapidement apparu irréalisable, ce qui a alors obligé l'Etat colombien à élaborer une règle de sélection basée sur des critères objectifs afin d'implémenter le rationnement le moins inéquitable possible. Pour ce faire, a été mis en place le Sisben, une enquête appliquée au niveau national qui permet d'évaluer les revenus des foyers colombiens, ceux-ci étant classés en 6 catégories. Les catégories 1 et 2 correspondant aux foyers les plus démunis, ils doivent théoriquement être prioritaires. Néanmoins, comme nous le verrons au cours de la troisième partie, comme tout mécanisme d'assignation visant à implémenter un rationnement, la « cible » du Sisben n'est pas toujours parfaite. De plus, le panier de soins obligatoires pour les bénéficiaires du régime subventionné, appelé POSS n'est pas tout à fait le même que celui du régime contributif et propose un éventail de traitements plus restreint. Là encore, l'incomplétude du POSS ne devait être que temporaire et correspondre à une phase de transition au terme de laquelle les paniers de soins des deux régimes auraient du être identiques. Sans vouloir établir un pronostic sur le devenir du POSS, il semble que cette situation temporaire est amenée à perdurer.

Les organismes d'assurance, EPS et ARS respectivement pour les régimes contributif et subventionné, évoluent dans un contexte concurrentiel. Néanmoins, comme les assurés ne payent pas directement les primes aux assureurs qu'ils ont choisis, cette concurrence porte uniquement sur la qualité des prestations des organismes d'assurance, notamment en matière de délivrance du panier de soins obligatoire (POS ou POSS) et ne constitue pas une concurrence en prix. De plus, ces organismes d'assurance sont également en concurrence avec un assureur particulier, dénommé « l'assureur social ». Cet assureur

public, fruit de l'héritage et de la désintégration verticale du système de santé colombien antérieur à la *Loi 100*, souffre d'un phénomène d'antisélection⁵ très fort. En effet, il a été observé que les assurés souffrant de maladies chroniques, les malades rénales notamment, ont davantage tendance à s'affilier au près de l'assureur social qu'au près des autres EPS, qu'elles soient privées ou publiques.

Il est également intéressant de noter que les assurances appelées médecines prépayées n'ont pas disparu du marché suite à la mise en place de la *Loi 100*. Elles interviennent de façon supplémentaire aux EPS, c'est-à-dire en proposant plus ou moins les mêmes soins qui sont prévus dans le panier de soins obligatoires mais avec des prestations de meilleures qualités. Concrètement, cette meilleure qualité se traduit par la possibilité d'aller dans des meilleurs hôpitaux en cas d'hospitalisation, des temps d'attente plus courts pour obtenir un rendez-vous, de pouvoir consulter des spécialistes de renommée, etc... De plus, les médecins travaillant pour ce type d'assurance santé étant généralement rémunérés à travers des paiements à l'acte, ils sont incités à fournir davantage de soins et de fait ne sont pas incités à rationner l'offre de soins comme c'est parfois observé parmi les EPS.

En résumé, les objectifs de la *Loi 100* peuvent se synthétiser en 3 points :

- Meilleur accès aux soins à travers une augmentation de la couverture.
- Implémentation d'une concurrence entre organismes d'assurance santé dont l'objectif est de réduire les transferts versés aux prestataires de soins.
- Maintient du principe de solidarité avec :
 - Des cotisations en fonction du revenu (12% au sein du régime contributif).
 - Des mécanismes de co-paiements (ou tickets modérateurs) progressifs avec le revenu.
 - Un financement partiel du régime subventionné par les travailleurs du secteur formel, ce qui au final un système mixte entre un système Bismarckien et Beveridgien.

⁵ Le terme antisélection signifie que l'assureur social est caractérisé par une population d'assurés présentant un risque plus élevé que le risque moyen de l'ensemble de la population.

Nous allons à présent étudier des organismes d'assurance particuliers évoluant au sein du régime subventionné, regroupés sous la dénomination ESS.

Partie 2 : Les ESS au sein du régime subventionné

La première section de cette deuxième partie présente le contexte institutionnel et juridique qui a donné naissance à l'appellation ESS. Nous exposons ensuite les avantages et les inconvénients de ce type d'organisme d'assurance. Nous étudions dans une troisième section les évolutions de la structure de marché des ESS et plus particulièrement les profonds changements générés par le *Décret 1804* de l'année 1999.

2.1. Contexte institutionnel et juridique des ESS

Paradoxalement, même si les ESS répondent particulièrement aux besoins suscités par la création du régime subventionné issu de la *Loi 100*, la création de l'appellation ESS est quelque peu antérieure à cette loi. Les principales modalités et conditions de fonctionnement des ESS ont notamment été résumées dans un document édité par le *Ministère de la santé* colombien et le *Département National de la Planification* le 23 février 1993. Les ESS correspondent à un certain type d'ARS qui, comme nous l'avons déjà mentionné, sont les organismes d'assurance intervenant au sein du marché de l'assurance maladie du régime subventionné.

Au sein de ce document « pionnier », il est précisé que les ESS constituent une modalité d'organisation de gestion du risque santé de populations pauvres, ou spécifiques, financée par l'Etat par le biais des paiements par capitation versés par le Fosyga. Un autre élément central pour comprendre la problématique qui entoure les ESS c'est que, sous une forme ou une autre, elles reposent historiquement sur une entité communautaire. Nous verrons par la suite que ce concept de communauté a quelque peu perdu de son sens suite à la vague de fusions qui a caractérisé les ESS.

L'appellation ESS constitue une sorte de label, au sens premier du terme, et regroupe à la fois des organismes communautaires existants comme les

Assemblées des utilisateurs des zones rurales (Juntas de Usarios Campesinos), les *Assemblées de Parents des Foyers de Bien-être infantiles* (Juntas de Padres de los Hogares de Bienestar Infantil), les *Mutuelles* et les *Comités de Participation Communautaire en santé* mais également de nouveaux organismes d'assurance qui peuvent choisir d'adopter le statut d'ESS à condition d'en respecter les contraintes réglementaires qui y sont associées. En effet, comme nous allons le voir ci-dessous, les ESS sont soumises à une réglementation à part au sein du régime subventionné. Néanmoins, les organismes qui prennent la dénomination d'ESS doivent également répondre à d'autres réglementations selon leur statut d'origine, réglementations qui ne traitent pas toujours du secteur de la santé. Par exemple, les mutuelles sont réglementées par le *Décret 1480* de l'année 1989, les coopératives par la *Loi 79* de 1988, etc... Cette dernière loi établit notamment que les coopératives seront à responsabilité limitée, la limite étant définie à hauteur des capitaux investis initialement par les associés. Cette loi prévoit également qu'aucune personne naturelle ne pourra détenir plus de 10% des apports en capitaux d'une coopérative, ce seuil s'élevant à 49% lorsqu'il s'agit d'une personne morale (article 5). Le conseil d'administration dans le cas des coopératives et le directoire pour les organismes mutualistes constituent les organes d'administration permanents, tous devant naturellement suivre les lignes directrices émises lors des assemblées générales. Les organismes mutualistes ainsi que les coopératives sont soumises aux contrôles du *Département Administratif Nationale de Coopératives* (DANCOOP) tandis que les autres types d'ESS doivent répondre seulement devant l'organisme de régulation du secteur de la santé, soit la *Superintendencia de Salud*.

Afin de préciser le contexte du marché de l'assurance maladie au sein du régime subventionné, au cours de l'année 1997, 53% des ESS étaient des organismes mutualistes, 38% des coopératives tandis que les 9% restants avaient pris la forme de corporation ou de Fonds. Néanmoins, comme nous le verrons lors d'un paragraphe ultérieur, ces parts de marché respectives ont été profondément modifiées après l'année 1999 qui s'est caractérisée par une vague de fusion des ESS.

Compte tenu de cette diversité de statuts que peut regrouper l'appellation ESS, il a fallu définir quelques normes communes pour que cette appellation ne soit pas

vide de sens. Ainsi, les ESS, quelque soit leur forme initiale, doivent, en plus de leur réglementation spécifique respective, satisfaire les critères suivants, vérifiés par l'organisme de régulation du secteur de la santé colombien (*Superintendencia Nacional de Salud*) :

- Les ESS doivent être représentées par une personnalité morale, sans laquelle elles ne pourraient, pour des aspects juridiques, signer de contrat avec l'Etat colombien. De façon plus précise, elles peuvent s'organiser en associations sans but lucratif (réglementées par le *Décret 1088* de l'année 1991), comme organismes du « secteur solidaire » ou comme sociétés anonymes.
- Les ESS doivent présenter un patrimoine équivalent à 100 salaires minimums mensuels pour chaque 5000 affiliés, ce patrimoine pouvant être apporté indifféremment par les apports des associés, des donations, et les excédents des années précédentes qui ont été capitalisés.
- Un numéro minimum de 5000 affiliés lors de l'ouverture de l'ESS et de 50000 affiliés après trois années d'exercice.
- Une marge de rentabilité de 40% de la valeur du paiement par capitation versé par le Fosyga.

En revanche, il est très important de noter que les normes qui s'appliquent aux coopératives ou aux mutuelles ne sont pas exigibles pour les autres formes d'ESS. Ces différences réglementaires au sein des organismes d'assurance qui participent au régime subventionné, si elle venait à s'accroître, pourraient générer des distorsions de concurrence.

2.2 Les avantages et inconvénients des ESS

Nous présentons dans un premier paragraphe les points positifs qu'il est possible d'associer à la présence des ESS au sein du système de santé colombien. Dans un second paragraphe, nous nous attardons sur les inconvénients présentés par ce type d'organismes.

2.2.1 Les avantages

Comme tout organisme à but non lucratif, les incitations qu'ont les ESS à maximiser leurs résultats financiers sont beaucoup moins fortes que pour n'importe quel assureur privé soumis à des obligations de résultats (de surcroît parfois résultats à court terme) par ses actionnaires. Ces incitations que l'on pourrait qualifier de « plus douces » sont très importantes, compte tenu le schéma organisationnel adopté par le système d'assurance maladie colombien. En effet, le système de santé colombien a pour caractéristique de déconnecter la fonction d'assurance de l'activité de collecte des cotisations.⁶ Il est de connaissance commune, notamment grâce aux expériences développées dans certains pays qui ont adopté un schéma similaire (Pays Bas, Israël, *etc...*), que les organismes d'assurance soumis à des paiements par capitation, qu'ils soient ajustés au risque ou non, sont incités à sélectionner les risques, c'est-à-dire à attirer les meilleurs risques, ou au contraire, à se débarrasser des mauvais risques (Newhouse, 1996). Evidemment plus les paiements par capitation reflètent le risque individuel des assurés et moins il est rentable pour les organismes d'assurance de sélectionner les risques (Van de Ven et Ellis, 2000). Le système de paiements par capitation mis en place par le Fosyga est à ce titre très « laxiste » puisqu'il ne prend en compte que quelques variables démographiques comme le genre et l'âge pour déterminer les valeurs des paiements par capitation. Ainsi, le régime contributif est caractérisé par des biais de sélection relativement importants entre les assurés des différents organismes d'assurance, ces biais provenant très vraisemblablement de stratégies de sélection des risques. Dans le régime subventionné, de part le plus grand nombre d'organismes d'assurance à but non lucratif, notamment les ESS, on ne retrouve pas ces mêmes biais de sélection, ou lorsqu'ils existent, ne crée pas les mêmes déséquilibres que ceux que nous pouvons observer au sein du régime contributif. Le tableau 4 (voir page 17) montre notamment que les disparités en terme de dépenses de santé des différents types d'organismes d'assurance sont faibles, reflétant des risques relativement homogènes entre les différents organismes d'assurance santé intervenant au sein du régime subventionné.

⁶ En d'autres termes, les bénéficiaires des assurances santé ne paient pas directement les cotisations aux assureurs.

Un autre avantage généralement attribué aux ESS (voir Barona, 2000) est le profil des médecins qui travaillent pour elles. En effet, les rémunérations versées aux médecins par les ESS n'étant pas trop élevées, les médecins qui ont choisi de travailler pour ce type d'organismes d'assurance santé sont très probablement caractérisés par un niveau d'altruisme supérieur à la moyenne. Sans être basées sur des études empiriques très robustes (notamment qui incluraient la présence d'un groupe de contrôle), plusieurs articles rapportent que les médecins travaillant pour les ESS sont généralement attentifs aux rapports coûts-bénéfices des soins qu'ils délivrent. De plus, le caractère non lucratif des ESS, et de ce fait la pression moins grande qui s'exerce sur les prestataires de soins, permet à ces derniers de délivrer des soins de bonne qualité.

Comme tous les organismes à but non lucratif, la présence des ESS peut générer une externalité positive et modifier les comportements des autres acteurs participant aux systèmes de santé. Cette externalité ou « contagion positive » est d'autant plus probable dans le système de santé colombien que les prestataires de soins travaillent généralement pour plusieurs organismes différents en même temps.⁷

Enfin, même si cela ne constitue pas directement une qualité intrinsèque des ESS, ces organismes d'assurance font l'objet de davantage de contrôles et de surveillance que les autres types d'assureurs intervenant au sein du régime subventionné. En effet, pour les dernières années, on peut évoquer plusieurs réunions et conférences dont les thématiques furent les problèmes de transparence et de bonne gouvernance des ESS. A titre d'exemple, le premier novembre 2005, les dirigeants de *Gestarsalud*, la fédération des ESS, les présidents des conseils d'administration des ESS ainsi que leur comité de direction respectif, des représentants des programmes DANSOCIAL ainsi que du programme anti-corruption (directement sous la tutelle de la Présidence de la République Colombienne) se sont réunis pour explicitement formaliser et fixer des objectifs de

⁷ Ces externalités positives en matière de comportement des médecins furent souvent rapportées aux Etats-Unis concernant les prestataires de soins qui travaillent à la fois pour des assureurs traditionnels sur la base d'un paiement à l'acte et exerçant également au sein d'assureurs intégrés, généralement regroupés sous la dénomination de « *Managed Care Organisation* ». Baker et Corts (1996) notamment mentionnent que les médecins travaillant pour les HMOs suivant certains « *guide lines* » maintiennent les mêmes pratiques à l'ensemble de leurs patients, indépendamment de leur affiliation.

transparence, de réduction de la corruption et de bonne gouvernance. L'accomplissement de ces objectifs fait ensuite l'objet de confrontation avec les données collectées de façon régulière. Plus précisément, a été mis en place un mécanisme de contrôle effectué par des évaluateurs, fonctionnant en binôme et extérieurs aux ESS sujettes à ces contrôles. Dans ce cadre, les ESS doivent établir annuellement des « plans d'action » afin de faciliter la comparaison entre les objectifs affichés et les résultats obtenus.

2.2.2 Les inconvénients présentés par les ESS

Un premier inconvénient qu'il est important de remarquer concerne les droits de propriété de ces organismes et les droits de vote qui en découlent. En effet, de par leur statut, au sein des conseils d'administration de la plupart de ces organismes, s'applique la règle « *un représentant = un vote* ». Evidemment, cette règle, même si elle peut introduire dans certaines mesures une plus grande démocratie au sein de ces organisations, génère également des incitations pas toujours désirables. En premier lieu, cette règle n'incite pas les investisseurs à apporter des montants de capitaux très importants puisqu'au final ils ne bénéficieront pas d'un plus grand contrôle sur les décisions prises par le conseil d'administration. En second lieu, cette règle peut aboutir à une préoccupation moindre de la gestion de ces organismes par les représentants de leur conseil d'administration compte tenu de la dilution des responsabilités qu'elle implique.

Un deuxième inconvénient caractérisant les ESS, c'est qu'elles ne doivent pas fournir une certaine rentabilité à leurs actionnaires. Là encore, le caractère non lucratif des ESS peut en quelque sorte constituer le « *revers de la médaille* », celles-ci n'étant pas forcément incitées à avoir la meilleure gestion possible (voir Teisberg, Porter et Brown, 1999).

Une autre caractéristique regrettable, même si elle ne doit pas intrinsèquement être imputée à la responsabilité des ESS, porte sur les structures de marché au sein desquelles ces organismes d'assurance santé évoluent. Les ESS, très souvent se retrouvent en situation de monopole et ne sont pas soumises aux « incitations

vertueuses » de la discipline de marché. Concrètement, cela peut se traduire par des rémunérations excessives de certains dirigeants ou des frais non justifiés (Herlinger, 1997).

Enfin, comme nous l'avons déjà mentionné, les ESS de par leur caractère non lucratif ont tendance à attirer des prestataires de soins plus altruistes et donc caractérisés par des comportements plus responsables. Néanmoins, là encore les ESS peuvent payer le revers de la médaille : d'une façon générale, à niveau d'altruisme donné, les médecins qui sont plus enclins à travailler pour les ESS sont également ceux qui ont un coût d'opportunité de leur temps relativement faible. Il est donc assez facilement compréhensible que les faibles rémunérations des médecins au sein des ESS ne permettent pas d'attirer les meilleurs médecins présents sur le marché.

2.3 ESS : Quelques faits stylisés

Il est très important de considérer la structure de marché des ESS avant l'année 1999 et sa structure postérieure au *Décret 1804* de cette même année. En effet, sous l'impulsion de la *Loi 100*, entre les années 1993 et 1999, les ESS ont proliféré jusqu'à atteindre le nombre de 175. Le régime subventionné était alors caractérisé par 242 ARS, dont 74% de ESS, ce qui représentait 31% du nombre d'affiliés au régime subventionné, 19% à des caisses de compensation (soit 23% des affiliés), 4% de EPS privées, et 4% de EPS publiques (soit 17% des affiliés). Avant l'année 1999, les ESS qui ne satisfaisaient pas toujours le nombre minimum de 50000 affiliés après trois ans d'exercice, pouvaient être de tailles très différentes. Afin de préciser les idées, en 1997, 155 des ESS (soit 65.7%) comptaient entre 5000 et 20000 affiliés, 33 (soit 18.9%) avaient moins de 5000 membres tandis que 24 ESS (soit 13.7%) possédaient un nombre d'affiliés entre 20000 et 50000 tandis que seulement 3 (soit 1.3%) possédaient plus de 50000 affiliés.

Le gouvernement colombien a alors souhaité développer des ESS de taille plus importantes afin de pouvoir les identifier plus facilement et par la donc réduire les coûts de leur supervision. De plus, le gouvernement de cette époque a également

avancé l'argument des économies d'échelle dans la gestion du risque maladie pour justifier une vague de fusions, cet argument de rendements d'échelle croissants au niveau de la gestion du risque santé ayant été rendue populaire suite au fameux article de Diamond (1992).

Ainsi, le *Décret 1804* incitant à davantage de concentration au sein du marché des ESS a généré une vague de fusions très importante. Durant l'année 1999, les 175 ESS recensées ont fusionné pour ne former plus que 9 entités différentes. Selon l'étude de Jaramillo Perez (2001), il est difficile de dresser un bilan très net de cette vague de fusions. Néanmoins, grâce à une analyse comparative des bilans des ESS antérieure et postérieure à l'année 1999, cet auteur montre que le *Décret 1804* a permis une réduction des dépenses de gestion administratives des ESS mais aussi de neutraliser les pertes croissantes enregistrées par certaines ESS. Toutefois, Jaramillo Perez souligne également que l'efficacité des ESS au niveau de leur gestion de l'offre de soins, notamment concernant leur relation contractuelle avec les prestataires de soins et les paiements des hôpitaux ne s'est, contrairement à ce qui pouvait être espéré, pas améliorée suite à cette vague de concentration. Enfin, il s'interroge si l'augmentation en matière de pouvoir de contrôle des organismes de vigilance nationaux compensera les pertes de contrôle qu'a généré le *Décret 1804* en matière des organismes locaux.

Avant l'année 1999, les ESS pouvaient jouer un rôle très important dans la vie communautaire et dans le développement des municipalités dans lesquelles elles étaient implantées. Elles pouvaient également dans d'autres cas symboliser les problèmes de corruption et de populisme, notamment lorsque les acteurs politiques locaux étaient impliqués dans la gestion des ESS. Néanmoins, si la vague de fusions a certainement permis de rationaliser quelque peu la gestion des ESS, il est naturel de s'interroger sur la dénaturisation des ESS suite à cette vague de fusions. En effet, initialement, les ESS, notamment celles ayant la forme de mutuelles ou de coopératives, répondaient dans bien des cas à une volonté d'une communauté de s'organiser ensemble afin de gérer son risque maladie. Suite à cette vague de fusions et ce regroupement des ESS en 9 organismes dédiés à la gestion du risque maladie, les caractéristiques initiales des ESS basées et construites sur la communauté ont perdu de leur sens originel. Les ESS se sont alors converties dans des organismes

d'assurance intervenant au sein du régime subventionné mais ne diffèrent plus de façon significative des autres ARS. Les différences sont désormais plus réglementaires, comme nous l'avons mentionné dans le paragraphe 2.1 abordant les questions juridiques et statutaires des ESS.

Pour revenir au diagnostic exprimé en terme d'avantages comparatifs des ESS par rapport aux autres formes d'ARS présentes au sein du régime subventionné, les conclusions généralement émises suite à l'analyse des bilans des organismes de santé du régime subventionné semblent montrer qu'il n'y a au final pas ou que de très faibles écarts entre ces différents types d'organismes. Les ESS présentent des résultats s'inscrivant dans la moyenne des organismes d'assurance du régime subventionné. Il est alors difficile de soutenir que les ESS constituent un modèle qu'il est nécessaire de suivre ou qu'au contraire les spécificités des ESS ne garantissent pas une gestion satisfaisante et efficace du risque maladie.

Tableau 4
Indice de Dépenses UPC selon le type de ARS.
Periode 1997-2000.

Indice de Dépenses UPC par périodes				
Type de ARS	1997	1998	1999	2000
Caisses de compensation (CCF)	1,00	0,99	1,29	1,13
ESS	0,60	1,22	1,08	ND
EPS	ND	ND	1,01	1,13

Source : Document de Travail N° 9 (2002), "Régimen subsidiado de salud en Colombia: Evaluación y propuestas de ajuste".

Fundación Corona, BID, Fundación Social, CENDEX, Universidad Javeriana.

Tableau 5 :
Opération moyenne par type d'ARS dans chaque type de Municipalité, 1998

Type de Municipalité	Type de ARS	Moyenne
1	1-EPS Privée	41.825
	2-ESS	35.673
	3-CCF	89.680
	4-EPS Publiques	59.931
	Total	55.156
2	1-EPS Privée	15.334
	2-ESS	12.034
	3-CCF	22.302
	4-EPS Publiques	15.955
	Total	16.471
3	1-EPS Privée	10.968
	2-ESS	8.859
	3-CCF	8.909
	4-EPS Publiques	5.100
	Total	8.859
4	1-EPS Privée	5.104
	2-ESS	4.910
	3-CCF	5.654
	4-EPS Publiques	5.602
	Total	5.243
5	1-EPS Privée	3.617
	2-ESS	2.948
	3-CCF	2.760
	4-EPS Publiques	4.512
	Total	3.354
6	1-EPS Privée	2.460
	2-ESS	2.698
	3-CCF	2.094
	4-EPS Publiques	2.614
	Total	2.490
7	1-EPS Privée	1.941
	2-ESS	1.919
	3-CCF	1.732
	4-EPS Publiques	2.057
	Total	1.920

Source : Document de Travail N° 9 (2002), "Régimen subsidiado de salud en Colombia: Evaluación y propuestas de ajuste".

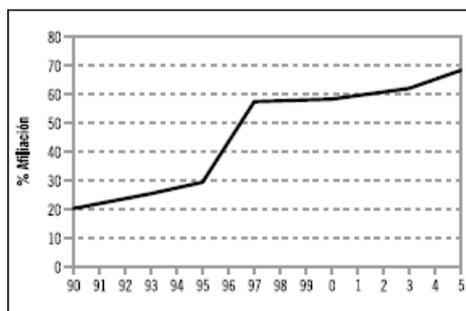
Fundación Corona, BID, Fundación Social, CENDEX, Universidad Javeriana.

Partie 3 : Bilan de la *Loi 100* et les réformes de la *Loi 1122*

Nous commençons par dresser un bilan de la *Loi 100* pour ensuite présenter quelques points formulés lors de l'adoption de la *Loi 1122*.

3.1 Le bilan de la *Loi 100*

Plusieurs études empiriques dressent des bilans du système de santé colombien afin de déterminer si la *Loi 100* a permis d'améliorer les conditions d'accès aux soins et de façon plus générale l'équité du système de santé. Elisa Florez *et al* (2007) montrent que l'iniquité du système de santé considéré entre les années 1995 et 2005 a fortement diminué. Leur étude révèle notamment que le niveau de couverture de la population colombienne a réellement augmenté au cours des années qui ont suivi l'adoption de la *Loi 100*, comme il est possible d'observer dans le graphique proposé ci-dessous.



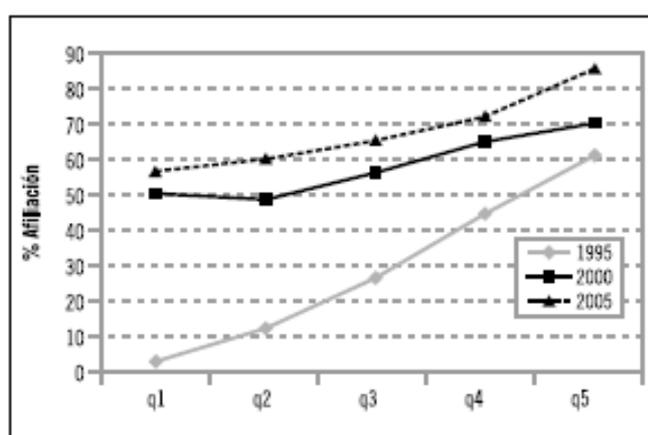
Graphique 5 : Affiliation à la Sécurité sociale
Source : Elisa Florez *et al* (2007)

Cette augmentation du taux de couverture au sein de la population colombienne s'est réalisée au sein de toutes les classes sociales, comme le montre le tableau 6. Il est intéressant d'observer que cette amélioration s'est propagée à l'ensemble du territoire et n'est pas restée concentrée aux seules grandes agglomérations. De plus, ce tableau permet de constater que l'accroissement du taux de couverture a été davantage prononcé au sein des catégories sociales défavorisées, ce qui toutes choses égales par ailleurs, a contribué à rendre le système de santé plus équitable.

Nivel	2000						2005					
	Oferta	Dda: Tiempo	Dda: Dinero	Mala calidad	Otra razón	Total	Oferta	Dda: Tiempo	Dda: Dinero	Mala calidad	Otra razón	Total
Zona												
Urbano	1,6	14,9	64,9	11,1	7,5	100,0	1,9	16,7	45,1	25,6	10,7	100,0
Rural	8,5	8,4	69,6	8,6	4,8	100,0	14,4	9,4	54,5	16,8	4,8	100,0
Región												
Atlántica	2,9	8,7	75,8	7,0	5,7	100,0	4,8	10,7	59,7	18,0	6,8	100,0
Oriental	6,3	12,1	66,5	11,1	4,0	100,0	7,7	17,2	43,7	24,3	7,1	100,0
Central	4,2	14,0	62,5	10,7	8,6	100,0	5,9	10,7	52,3	21,5	9,6	100,0
Pacífica	4,6	12,3	67,9	7,6	7,6	100,0	9,5	12,2	51,3	19,0	8,0	100,0
Bogotá	1,6	21,0	46,6	22,7	8,1	100,0	3,6	15,9	36,7	28,5	15,3	100,0
Género												
Hombre	3,8	12,2	67,8	10,4	5,9	100,0	6,3	17,2	46,9	21,4	8,2	100,0
Mujer	4,9	12,4	66,0	9,9	6,8	100,0	6,7	11,5	49,9	23,2	8,7	100,0
Quintil de riqueza												
q1	9,8	7,5	69,7	8,1	4,9	100,0	13,7	8,1	58,2	14,9	5,1	100,0
q2	2,2	9,7	75,9	6,7	5,5	100,0	4,7	15,1	50,4	22,2	7,7	100,0
q3	0,8	17,6	62,7	12,8	6,2	100,0	3,1	15,4	44,6	26,3	10,6	100,0
q4	1,1	19,7	52,4	16,1	10,7	100,0	1,1	20,4	43,2	27,3	8,1	100,0
q5	4,2	16,8	54,8	14,7	9,6	100,0	1,0	20,3	25,0	34,3	19,5	100,0
Total	4,4	12,3	66,8	10,1	6,4	100,0	6,6	14,0	48,6	22,4	8,5	100,0

Tableau 6 : Distribution de la population qui n'a pas accès aux soins pour raisons financières.
Source : Elisa Florez *et al* (2007).

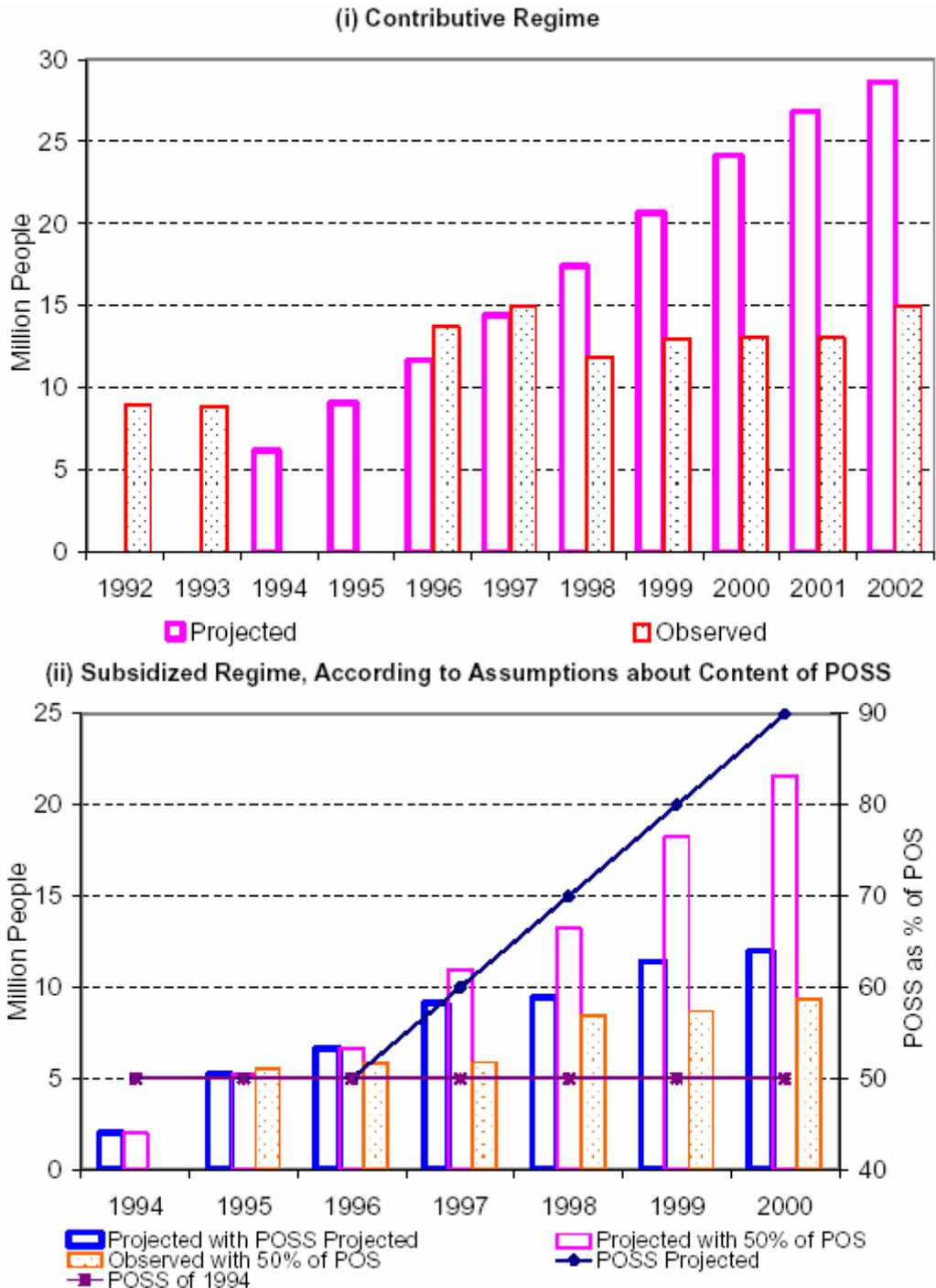
Le graphique ci-dessous permet de visualiser nettement les progrès en matière de couverture, mais surtout la réduction des écarts entre quintiles qu'a généré les mesures contenues dans la *Loi 100*.



Graphique 6: Affiliation par quintil de richesse.
Source : Elisa Florez *et al* (2007).

Néanmoins, malgré les avancées incontestables qu'il peut être attribué à la *Loi 100*, son bilan reste mitigé. En effet, une étude récente réalisée par Gaviria *et al* (2006) révèle que les problèmes d'accès aux soins ont été réduits mais sont

encore loin d'être résolu. Comme le montrent les histogrammes présentés ci-dessous, il demeure des différences conséquentes entre les objectifs assignés par la Loi 100 et l'implémentation de ces objectifs.

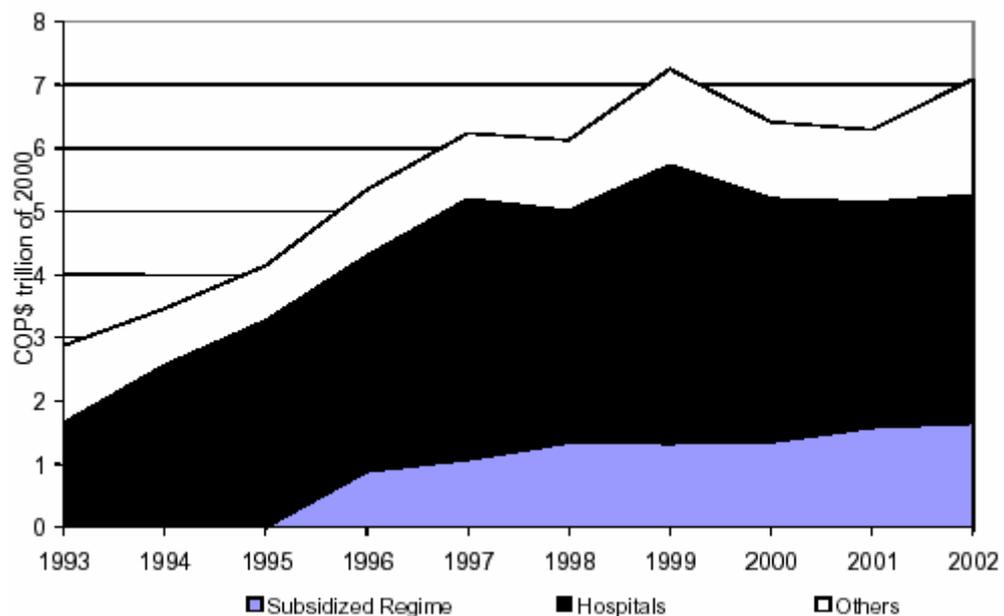


Graphique 7 : Comparaison des objectifs fixés et atteints en terme d'affiliation.
Source : Gaviria *et al* (2006).

De plus l'étude de Gaviria *et al* (2006) révèle notamment que le « target » mis en place par le *Sisben* ne fonctionne qu'imparfaitement. Ces auteurs

montrent que seulement 50% des personnes des niveaux 1 et 2 du *Sisben* bénéficient d'une affiliation au régime subventionné tandis que 20% des personnes appartenant au niveau 3 sont affiliés à ce régime. Cette étude révèle que le nombre d'années passées dans la municipalité est une variable qui, toutes choses égales par ailleurs, explique de façon significative l'affiliation au régime subventionné. Ces auteurs formulent alors l'hypothèse de clientélisme politique.

Un des objectifs assigné aux mesures prises à travers l'adoption de la *Loi 100* était de rationaliser les dépenses de santé en réduisant notamment le montant des transferts versés aux hôpitaux publics. Le graphique ci-dessous permet d'observer que cet objectif n'a pas été atteint. Le subventionnement de la demande n'a pas permis de réduire les transferts à l'offre de soins d'une façon générale, aux hôpitaux publics en particulier. Les gestions inefficaces des hôpitaux publics ont perduré malgré les politiques contractuelles mises en place par les EPS et les ARS. De plus, plusieurs anecdotes ont révélé que les bénéficiaires du régime subventionné préfèrent parfois ne pas utiliser les commodités associées à leur affiliation et recourent directement aux services d'urgences des hôpitaux publics.



Graphique 8 : Composition des dépenses de santé publiques en Colombia.
Source : Gaviria *et al* (2006).

Enfin, il est difficile de ne pas mentionner les interactions néfastes qu'a pu générer le régime subventionné sur le marché du travail en Colombie. En effet, même si le manque d'estimations empiriques d'élasticités de l'offre de travail en Colombie ne permet pas de soutenir de façon univoque la relation entre l'augmentation observée du secteur informel et l'instauration du régime subventionné, nous pouvons établir un faisceau de présomptions relativement clair. Toutes choses égales par ailleurs, les avantages que procure le régime subventionné à ces bénéficiaires constituent une incitation négative pour ces derniers à sortir de l'informalité.⁸ Les années qui ont suivi la mise en place du régime subventionné ont en effet été accompagnées d'une augmentation du secteur informel. En 2007, le secteur informel en Colombie, selon les définitions qui sont adoptées pour les mesures de celui-ci aboutissent à des résultats qui vont de 50 à 60% de l'ensemble du marché du travail. Il semble évident que le régime subventionné, en dépit de toutes les améliorations qu'il a générées en matière d'accès aux soins et de réduction des inégalités de santé, crée des trappes à pauvreté importantes.

3.2 Les réponses de la Loi 1122

Bien qu'étant souvent présentée comme une loi s'inscrivant dans la continuité de la Loi 100, la Loi 1122 contient des articles qui bouleversent quelque peu l'esprit originel de la Loi 100. En effet, comme nous l'avons déjà mentionné, la Loi 100 reposait sur le principe de la « *Managed competition* » dans lequel le rôle principal des assureurs santé est de réguler l'offre de soins. Cette régulation des prestataires de soins passe nécessairement par une politique contractuelle entre les assureurs santé et les prestataires de soins. S'inscrivant dans cette logique, la Loi 100 laissait toute liberté aux assureurs santé, que ce soit pour les EPS au sein du régime contributif ou pour les ARS au sein du régime subventionné pour passer des contrats à long terme avec les offreurs de soins. Ainsi, de nombreux assureurs santé intervenant dans ces deux régimes ont développé des réseaux de soins suivant l'exemple des Managed Care aux Etats-Unis. Ces réseaux de soins

⁸ Il peut même générer un risque pour les bénéficiaires du régime subventionné. En effet, accepter un travail dans le secteur formel peut entraîner au bout de quelques mois la perte de l'affiliation au régime subventionné.

constituent de fait une intégration verticale des offreurs de soins par les assureurs. Cette intégration verticale s'inscrivait dans la logique de la « Managed competition » impulsée par la *Loi 100*. Au lieu de maintenir ce cap, la *Loi 1122*, suite aux pressions et au lobby exercés par les organismes représentatifs des prestataires de soins, régleme nte l'intégration verticale en la limitant à 30% des affiliés. Même si les modalités d'application de ce plafond de 30% n'est a ce jour pas très clair, la *Loi 1122* revient de façon très nette sur l'esprit de « Managed competition » de la *Loi 100*. Les assureurs santé sont désormais limités dans leur relation contractuelle avec les prestataires de soins. Conjointement à cette première mesure, ces derniers ont également obtenu l'instauration de prix planchers prévus par la *Loi 1122*. Les tarifs négociés entre les assureurs et les offreurs de soins ne peuvent alors être en dessous d'un plancher fixé par la loi.

La *Loi 1122* a également pris acte des problèmes de sélection des risques en créant un système de compensation des risques pour les pathologies présentant des dépenses de santé élevées. Ces pathologies sont définies par décret d'application et font l'objet d'une mutualisation des risques à travers un fonds commun. La création de ce Fonds commun est encore actuellement en cours d'élaboration mais il est raisonnable d'anticiper que ce mécanisme permettra de réduire les incitations des assureurs santé à sélectionner les risques (Voir Barneveld *et al* [1996] pour un développement théorique et empirique de cette question).

Conclusion finale

La *Loi 100* fut sans doute une des réformes des systèmes de santé les plus ambitieuses d'Amérique Latine. L'organisation actuelle du système de santé colombien, malgré les “amendements” émis lors de la reforme instituée à travers l'adoption de la *Loi 1122* maintient la ligne directrice principale, c'est-à-dire une orientation du financement vers la demande et non plus du côté de l'offre de soins, comme était caractérisé le système de santé colombien précédant la *Loi 100*. Néanmoins la *Loi 1122* laisse une marge de manœuvre beaucoup plus

limitée pour les assureurs santé en réduisant leur capacité d'intervention dans la gestion de l'offre de soins.

Il est difficile de prédire dans quelle direction le système de santé colombien va évoluer dans les années à venir. Si la tendance actuelle qui consiste à limiter les capacités des assureurs à rationaliser l'offre de soins perdure, il pourrait devenir plus efficace d'abandonner la concurrence actuelle entre assureurs santé afin d'avoir le Fosyga comme unique payeur.

Concernant les ESS, ces organismes continuent à constituer des acteurs importants du régime subventionné. Néanmoins, comme nous l'avons vu, l'appellation ESS est un label regroupant différents types d'institutions, chacune étant caractérisée par son propre cadre réglementaire. Suite à la vague de fusions qui a suivi le *Décret 1804* en 1999, ces organismes ont quelque peu perdu de leur sens originel et désormais ne diffèrent guère des autres ARS évoluant au sein du régime subventionné.

Références bibliographiques

Baker L et Corts A., 1996, "HMO Penetration and the Cost of Health Care: Market Discipline or Market Segmentation?" *The American Economic Review*, Vol. 86, No. 2, p 389-394.

Barona Z, 2000, "El funcionamiento de las Empresas solidarias de salud (ESS): Recomendaciones para mejorar su eficacia y eficiencia, resultantes de un estudio evolutivo", *Revista Facultad de ciencias administrativas y economicas*, Universidad Icesi.

Cepal, 2006, "La proteccion social de cara al futuro : acceso, financiamiento y solidaridad".

Diamond P, 1992, "Organizing the Health Insurance Market", *Econometrica*, vol 60, iss 6, p 1233-54.

Elisa Florez *et al* , 2007, "Avances y desafios de la equidad en el sistema de salud colombiano, Documewnto de la Fundacion Corona."

Enthoven A., 1990, *The History And Principles Of Managed Competition*, Health Affairs, vol 12, p 24-48.

Gaviria A., Medina C et Carolina Mejía, 2006. "Evaluating The Impact Of Health Care Reform In Colombia: From Theory To Practice," Documentos CEDE 002647, Universidad Los Andes.

Herlinger R.E, 1996, "Can Public trusts in Nonprofits and government be restored, *Harvard Buisness Review*.

Jaramillo Perez I, 2001, "La evolucion financiera de las ESS antes y despues del decreto 1804 de 1999", Informe especial.

Mesa Lago C, 2004, "Las reformas de pensiones en America Latina y su impacto en los principios de la seguridad social", *Financiamiento del desarrollo* (Cepal), n°144.

Mesa Lago C, 2006, "Las reformas de salud en America Latina y su impacto en los principios de seguridad social, Documentos de proyectos (Cepal)."

Newhouse JP, 1996., "Reimbursing Health Plan and Health Providers: Efficiency in Production versus Selection", *Journal of Economic Literature*, vol 34(3), p 1236-1263.

Teisberg E, Porter M et Brown G, 1999, "Ser competitivo. Nuevas aportaciones y conclusiones", *Deusto*, Bilbao, p 409-430.

van Barneveld, R.C.J.A. van Vliet, et W.P.M.M. van de Ven, "Mandatory High-Risk Pooling: A Means for Reducing Incentives for Cream Skimming," *Inquiry* 33, no. 2 (1996): 133–143.

W.P.M.M. van de Ven et R.P. Ellis, "Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets," in *Handbook of Health Economics*, volume 1, ed. A.J. Culyer and J.P. Newhouse (Amsterdam: Elsevier Science BV, 2000).