

QUESTIONS DE PROTECTION SOCIALE

Document de réflexion 19

La protection sociale de la santé

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

Document de nature consultative

Août 2007

Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous



**Département de la Sécurité sociale
Organisation internationale du Travail**

Copyright © Organisation internationale du Travail 2007
Première édition 2007

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 adressée 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. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

BIT, Département de la sécurité sociale

La protection sociale de la santé : Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé : document de nature consultative. Questions de Protection sociale ; Document de réflexion 19

Bureau international du Travail, Genève 2007

ISBN: 978-92-2-2200979 (print)

ISBN: 978-92-2-2200986 (web pdf)

assurance-maladie / soins médicaux / accès aux soins / champ d'application / financement de la sécurité sociale / rôle de l'OIT
02.07.1

Données de catalogage du BIT

Egalement disponible en anglais: *Social Health Protection. An ILO strategy towards universal access to health care. A consultation* (ISBN 978-92-2-1200970 (print) & 978-92-2-1200987 (web pdf)), Genève 2007 ; et en espagnol: *Protección Social de la Salud. Una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica. Documento de consulta* (ISBN: 978-92-2-3200978 (print) & 978-92-2-3200985 (web pdf)), Genève 2007

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 du Bureau international du Travail peuvent être obtenues 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 email: pubvente@ilo.org ou par notre site web: www.ilo.org/pblns

Imprimé par le Bureau international du Travail, Genève, Suisse

Contents

	<i>Page</i>
Avant-propos	v
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	7
4. Couverture par la protection sociale de la santé et accès aux services de santé	15
a. Couverture et accès : concepts et définitions de l'OIT	15
b. Tendances et données relatives à la couverture formelle par la protection sociale de la santé	17
c. Tentative d'estimation de l'ampleur du déficit d'accès dans le monde	21
d. Le déficit d'accès général : quelques précisions	26
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	29
a. Concept général de la stratégie de l'OIT pour la rationalisation de l'utilisation de mécanismes de financement pluralistes	29
b. Principaux éléments de la stratégie de l'OIT pour la rationalisation de l'utilisation de mécanismes de financement pluralistes	31
i. L'évaluation du déficit de couverture et du déficit d'accès	31
ii. L'élaboration d'un plan national de couverture	31
iii. Le renforcement des capacités nationales de mise en œuvre.....	45
6. Conclusion	47
Annexe I	49
Annexe II	64
Annexe III	78
Références	81

Liste des Tableaux

Tableau 1.	Couverture formelle par la protection sociale de la santé en pourcentage de la population, dans plusieurs pays d'Amérique latine et pour plusieurs années entre 1995 et 2004	18
Tableau 2.	Couverture formelle par la protection sociale de la santé dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie.....	18
Tableau 3.	Évolution historique de la couverture formelle par la protection sociale de la santé.....	20
Tableau 4.	Densité des professionnels de la santé.....	23
Tableau 5.	Déficit d'accès estimé dans plusieurs pays	26

Tableau 1 a.	Estimation du déficit d'accès à la protection sociale de la santé.....	64
Tableau 1 b.	Couverture formelle par la protection sociale de la santé.....	70

Liste des figures

Figure 1.	Part des dépenses publiques nécessaire pour obtenir une dépense de santé publique par habitant de US\$ 34 dans les pays africains.....	7
Figure 2.	Niveaux de revenu des pays et pourcentage des décès entre 0 et 4 ans et à plus de 60 ans	8
Figure 3.	Causes des décès dans les pays à faible revenu, à revenu moyen et à revenu élevé, 2001 (%).....	8
Figure 4.	Dépenses de santé par habitant, en US\$, 2004	9
Figure 5.	Financement des dépenses mondiales de santé, 2003	9
Figure 6.	Dépenses de santé totales en pourcentage du PIB	10
Figure 7.	Dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses de santé	10
Figure 8.	Sources de protection de la santé par région, 2001	11
Figure 9.	Dépenses de santé par habitant, dépenses publiques et privées, pays de l'OCDE, 2004.....	12
Figure 10.	Personnes pauvres n'ayant pas accès aux services de santé (en pourcentage du nombre total de pauvres dans les pays en développement).	21
Figure 11.	Régression entre le déficit d'accès et l'indice de la pauvreté humaine.....	24
Figure 12.	Régression entre le déficit d'accès et l'indice du développement humain	25
Figure 13.	Carte de la couverture par les soins de santé et de l'accès à ces soins	31
Figure 14.	Estimation de la structure de la couverture des soins de santé Thaïlande 2003	59
Figure 15.	Estimation de la composition du budget national de la santé, Thaïlande 2003 ..	59

Avant-propos

Le Département de la sécurité sociale du BIT a récemment publié une première version d'un document de politique générale dans lequel il exposait sa conception de la sécurité sociale en vue d'une consultation à l'échelle mondiale. Cette consultation est en train d'être complétée par une série de documents stratégiques liés aux différents aspects des systèmes, prestations et approches régionales de la sécurité sociale. Le présent rapport est le premier d'une série de documents du Département sur le domaine de la protection sociale de la santé ; il a été établi pour contribuer à la réalisation de la mission que la Conférence internationale du travail a confiée au BIT, à savoir lancer une vaste campagne en faveur de l'extension de la sécurité sociale à tous.

Ce document est donc de nature consultative. Nous espérons qu'il permettra l'ouverture d'un plus large débat entre les différentes parties prenantes à la protection sociale de la santé, les chercheurs, les médecins et les décideurs, sur la façon de fournir une protection sociale de la santé à la majorité des habitants de la planète et de faire en sorte que les droits de l'homme que sont à la fois le droit à la santé et le droit à la sécurité sociale, tels qu'ils sont définis dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme des Nations Unies, puissent devenir réalité à la plus brève échéance possible. Tout au long de ce débat, nous allons presque certainement être amenés à modifier certains de nos points de vue, mais nous espérons 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 – est suffisamment souple et ouverte pour permettre l'obtention d'un large consensus quant aux deux principaux objectifs de la sécurité sociale : la réduction de la pauvreté et la possibilité pour chaque être humain de mener une vie exempte de toute insécurité matérielle risquant de le rendre vulnérable.

Le premier projet de ce rapport a été rédigé par Xenia Scheil-Adlung, sur la base des orientations politiques qui lui ont été données par le Département ; les données statistiques et les données nationales ont été fournies par Jens Holst. De nombreuses autres personnes ont cependant contribué à la réalisation du rapport, soit en rédigeant des parties substantielles, soit en faisant part de leurs observations par écrit ou oralement au cours de diverses réunions. Tout aussi important a été l'apport des collègues fonctionnaires du Département, par leurs travaux théoriques et pratiques pour le Département lui-même ainsi que par leurs travaux de recherche sur différents sujets, menés dans le cadre des différents projets de coopération technique réalisés simultanément par le Département tout au long de l'année. C'est cette très riche expérience qui nous a aidés à tirer les conclusions politiques présentées dans ce document. Les principaux enseignements de ces travaux ont été diffusés dans différentes enceintes aussi bien au sein de l'OIT qu'à l'extérieur, lors des réunions qui ont eu lieu avec les mandants de l'Organisation et les organismes donateurs.

Si ce document a pu être réalisé, c'est grâce aux apports, contributions et réactions sur le projet des fonctionnaires du Département de la sécurité sociale du BIT, de nos collègues en poste sur le terrain et d'un certain nombre d'amis travaillant pour d'autres organisations.

Nous nous réjouissons par avance de recueillir les réactions du plus grand nombre possible de personnes intéressées.

Michael Cichon,
Directeur

Xenia Scheil-Adlung,
Coordonnatrice de la politique 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 conduisent les responsables à considérer comme une priorité politique les réformes de la protection sociale de la santé. Dans les pays à revenu moyen et dans ceux à faible revenu, la nécessité de garantir la fourniture de soins de santé économiquement accessibles est très pressante étant donné le grand nombre de personnes ne disposant pas de moyens financiers suffisants pour accéder aux services de santé : dans le monde entier, plus de 100 millions de personnes tombent chaque année en-dessous du seuil de pauvreté parce qu'elles sont contraintes de payer des soins de santé.¹

Le déni de l'accès à des soins de santé médicalement nécessaires a un impact social et économique très important : en sus des effets qu'il a sur la santé et la pauvreté, le lien étroit qui existe entre la santé, le marché du travail et la génération de revenus pèse sur 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 au moins aux soins essentiels ; elle constitue donc un mécanisme de toute première importance pour la réalisation de cet objectif. Elle est conçue pour alléger le fardeau que représentent les 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'un décès, d'une invalidité de courte ou longue durée, des soins à apporter à des membres de la famille, d'une plus faible productivité ou d'une perturbation de l'éducation et du développement social des enfants à cause de la maladie. Elle joue par conséquent un rôle important dans la lutte contre la pauvreté.

Depuis de nombreuses années, cependant, l'une des objections fréquemment faites à l'introduction et à l'extension de la protection sociale de la santé dans les pays en développement est que ces pays ne sont pas suffisamment mûrs, économiquement, pour pouvoir se permettre de supporter la charge financière qu'implique la sécurité sociale. Selon les tenants de ce point de vue, il faut d'abord s'occuper de la croissance macroéconomique et reporter à plus tard la redistribution par des transferts sociaux en espèces ou en nature, une fois que l'économie aura atteint un niveau de prospérité relativement élevé. Ils n'associent la protection sociale de la santé qu'à des coûts de consommation.

Aujourd'hui, la protection sociale de la santé 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.

¹ OMS (2004b, p.2).

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 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 de développement du Millénaire (ODM) visant à réduire de moitié la pauvreté extrême et à améliorer la santé. La réalisation de la protection sociale universelle de la santé pourrait bien être l'une des étapes les plus importantes de la réalisation des ODM d'ici à 2015.

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 les droits 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 génération de revenus et l'accroissement des richesses.

Aujourd'hui, la protection sociale de la santé est placée au cœur de la stratégie de l'OIT pour le travail décent. La pertinence de cette question pour l'Organisation se reflète dans le fait que la Convention de l'OIT (No.102) concernant la sécurité sociale place la santé au tout premier rang des risques à couvrir. L'importance du renforcement des liens entre les droits, l'emploi et le développement a été récemment soulignée dans le rapport de la Commission mondiale sur la dimension sociale de la mondialisation.²

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, qui vise à 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 fait partie de la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous.

La nouvelle stratégie 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 de chômage élevés. L'approche retenue reconnaît explicitement la contribution de toutes les formes existantes de protection sociale de la santé et vise à optimiser leurs résultats afin 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 introduction de l'approche de l'OIT en matière de protection sociale de la santé, il décrit les structures mondiales du financement et de la couverture de ce type de protection. Compte tenu de l'insuffisance des statistiques et autres informations sur les tendances de 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

² BIT (2004a).

santé. La stratégie de l'OIT tient compte des très importantes insuffisances révélées par l'INDICATEUR DE DÉFICIT D'ACCÈS du BIT, et suggère de nouvelles politiques pragmatiques pour pallier ces insuffisances en utilisant une approche rationnelle et cohérente.

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

En se basant sur les valeurs-clé 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 pour récupérer d'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 un *accès effectif* à des soins de santé économiquement accessibles et de qualité et comme une *protection financière* en cas de maladie – est l'un des principaux objectifs de l'OIT. Dans ce contexte, la couverture par ce type de protection doit prendre en compte :

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

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

Les mécanismes de financement de cette protection vont de systèmes nationaux de santé financés par l'impôt à une assurance maladie obligatoire financée par des cotisations des employeurs et des travailleurs (ce qui implique une structure de gouvernance tripartite), 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, comprenant plusieurs sous-systèmes différents), et des régimes d'assurance maladie à but non lucratif sous forme de mutuelles ou d'assurances communautaires. Chaque mécanisme 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 des pauvres par les riches. Ces systèmes de subventionnement 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.

Pratiquement tous les pays ont construit des systèmes basés sur divers mécanismes de financement combinant au moins deux de ces options de financement. Les politiques de protection sociale de la santé de l'OIT reconnaissent explicitement et de façon pragmatique la nature pluraliste des systèmes nationaux de protection de la santé et l'Organisation conseille aux gouvernements et aux autres intervenants dans ce domaine d'appliquer systématiquement des combinaisons stratégiques de systèmes nationaux de financement permettant :

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

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 la sécurité sociale.

Outre l'organisation et le financement des soins de santé, d'autres facteurs sociaux jouent un rôle clé dans la recherche des résultats souhaités en matière de santé : par exemple la lutte contre la pauvreté, la mise à disposition de lieux de travail décents et le développement social et économique en général. 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 d'une politique nationale d'ensemble de la protection sociale.

La protection sociale de la santé est confrontée à un certain nombre de problèmes spécifiques qu'elle doit résoudre en concentrant ses efforts sur l'organisation complexe de la fourniture publique et/ou privée des soins, sur les systèmes d'achat et de paiement, les systèmes garantissant la qualité et la rapidité des soins, la répartition des ressources et des services entre les différentes catégories de soins et les différentes zones géographiques, les problèmes liés à la décentralisation, les intérêts catégoriels et la participation de la société civile.

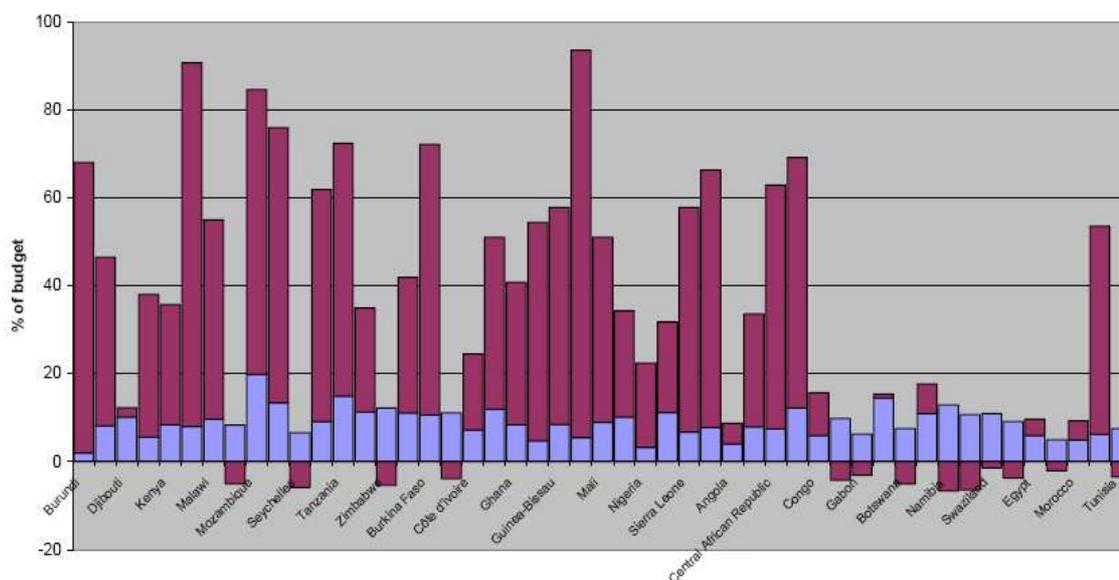
Cette protection peut être organisée de plusieurs façons, en particulier en ce qui concerne l'achat et la fourniture des services ainsi que la composition des services couverts par les différents ensembles de prestations. Les aspects pratiques de ces arrangements ont un important impact sur la qualité des soins et leur adaptation aux besoins, sur leur disponibilité, sur leur accessibilité, sur le volume et la structure de leur utilisation, et par conséquent, en fin de compte, sur le coût général du système de protection sociale de la santé.

Le financement de la protection sociale de la santé est donc une combinaison de financements par l'impôt et de cotisations à l'assurance publique et à l'assurance privée obligatoire. Grâce à la mise en commun des risques, ces diverses caisses peuvent fournir des services équitables, économiquement accessibles et fondés sur la solidarité.

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

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. En Afrique, le déficit de financement pour atteindre les US\$34 par habitant fixés par l'OMS est compris, selon les estimations, entre US\$20 et 70 milliards par an jusqu'en 2015.³ La figure 1 indique la part des dépenses publiques nécessaire dans chaque pays pour combler le déficit de financement en Afrique.

Figure 1. Part des dépenses publiques nécessaire pour obtenir une dépense de santé publique par habitant de US\$ 34 dans les pays africains



Source : OMS (2005a)

Pourcentage du budget

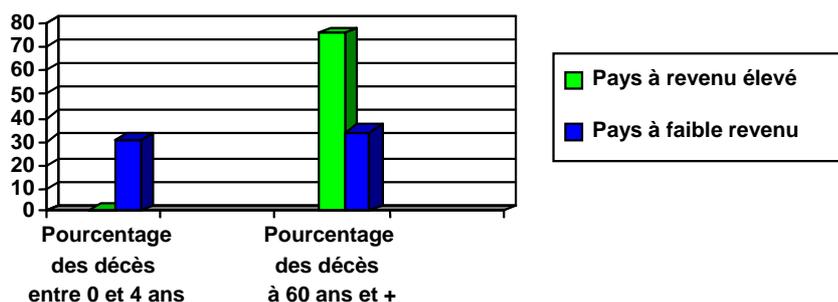
Burundi/Djibouti/Kenya/Malawi/Mozambique/Seychelles/Tanzanie/Zimbabwe/Burkina Faso/Côte d'Ivoire/Ghana/Guinée-Bissau/Mali/Nigeria/Sierra Leone/Angola/République centrafricaine/Congo/Gabon/Botswana/Namibie/Swaziland/Égypte/Maroc/Tunisie

Les conséquences des déficits de financement pour les habitants des pays pauvres sont énormes : non seulement les gens n'ont pas accès aux services de santé mais ils risquent davantage que dans d'autres pays de décéder de maladies qui sont curables dans les pays plus riches, par exemple les infections respiratoires, qui représentent 2,9% de l'ensemble des décès dans les pays à faible revenu mais ne provoquent guère de décès dans les pays à revenu élevé.⁴

³ OMS (2005a).

⁴ Deaton (2006).

Figure 2. Niveaux de revenu des pays et pourcentage des décès entre 0 et 4 ans et à plus de 60 ans

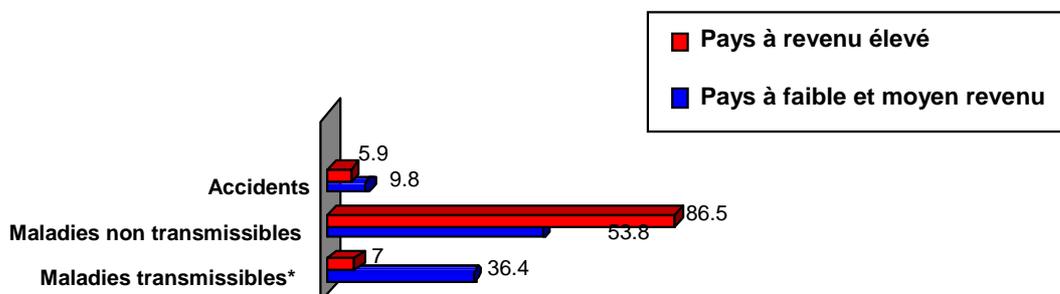


Source : Deaton (2006).

Le lien étroit entre la pauvreté, l'accès à des services de santé financièrement abordables et les décès est démontré par l'importante différence entre les taux de mortalité infantile dans les pays à revenu élevé et ceux mesurés dans les pays à faible revenu (voir figure 2). 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 mais se situe à environ 34% dans les pays à faible revenu.⁵

D'une manière plus générale, 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).

Figure 3. Causes des décès dans les pays à faible revenu, à revenu moyen et à revenu élevé, 2001 (%)

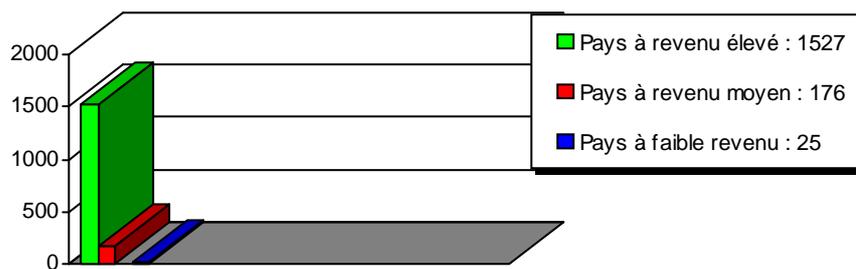


*Cette catégorie comprend les maladies transmissibles, les problèmes de grossesse et les insuffisances nutritionnelles.
Source : Banque mondiale (2006b).

Dans un tel contexte, il n'est guère surprenant que le niveau des dépenses de santé par habitant varie lui aussi de façon importante en fonction du revenu des pays. Comme le montre la figure 4, ces dépenses se situent entre US\$1 527 dans les pays à revenu élevé, US\$176 dans les pays à revenu moyen et US\$25 dans les pays à faible revenu. Ces chiffres comprennent les financements par les différentes sources publiques, privées et autres.

⁵ Deaton (2006).

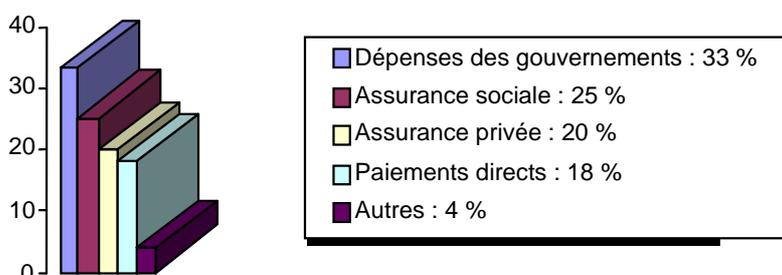
Figure 4. Dépenses de santé par habitant, en US\$, 2004



Source : Banque mondiale (2006b).

Le *financement des coûts des soins de santé* est partagé entre les gouvernements, qui contribuent pour 33% aux dépenses mondiales de santé, l'assurance sociale (25%), l'assurance privée (20%) et les paiements directs et autres dépenses privées (22% des dépenses mondiales) (figure 5).

Figure 5. Financement des dépenses mondiales de santé, 2003



Source : OMS, Comptes nationaux de la santé, 2006.

La part élevée des paiements directs par les intéressés est très préoccupante. Une part élevée de paiements directs traduit un manque de couverture par la protection sociale de la santé. Les paiements directs sont plus élevés dans les pays à faible revenu, où ils sont compris entre 50 et 80% du total des dépenses de santé, comme en Afrique et en Asie. Par exemple, ces paiements s'élèvent à 76,8% du total des dépenses de santé au Burundi, 57,9% au Tchad, 81,7% en République démocratique du Congo, 58% au Bangladesh et 69,9% au Cambodge. (Pour de plus amples informations, voir annexe II, tableau 1b.)

Les paiements directs sont la façon la plus inefficace et la plus inéquitable de financer les dépenses de soins de santé. C'est une charge très lourde pour les pauvres et ces paiements sont associés à un risque élevé d'appauvrissement des ménages du fait de coûts disproportionnés par rapport aux moyens des intéressés (OMS 2000, pp.35-113). Dans les pays à faible revenu, en particulier, ces paiements peuvent conduire à une pauvreté accrue et à des dépenses de santé catastrophiques ; ils peuvent avoir des répercussions négatives sur la génération du revenu, du fait de l'obligation de vendre des actifs et d'emprunter. Dans des pays tels que le Kenya, le Sénégal et l'Afrique du Sud, des études quantitatives représentatives ont démontré que l'appauvrissement imputable aux paiements de santé touche entre 1,5 et 5,4% des ménages. Dans ces trois pays, les paiements directs des soins

de santé ont également eu pour effet d'accentuer le niveau de pauvreté de personnes déjà pauvres (jusqu'à 10% des ménages au Sénégal, par exemple).⁶

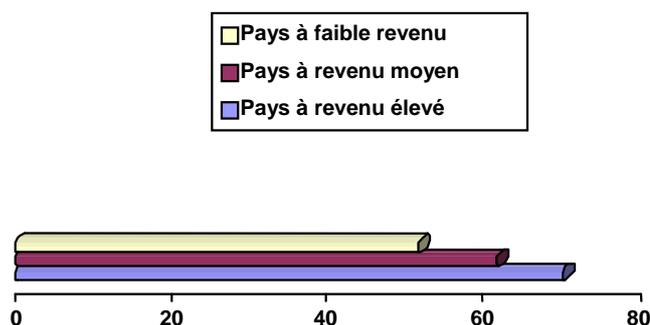
Figure 6. Dépenses de santé totales en pourcentage du PIB



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 (figure 6). 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 7).

Figure 7. Dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses de santé



Source : Banque mondiale (2006b).

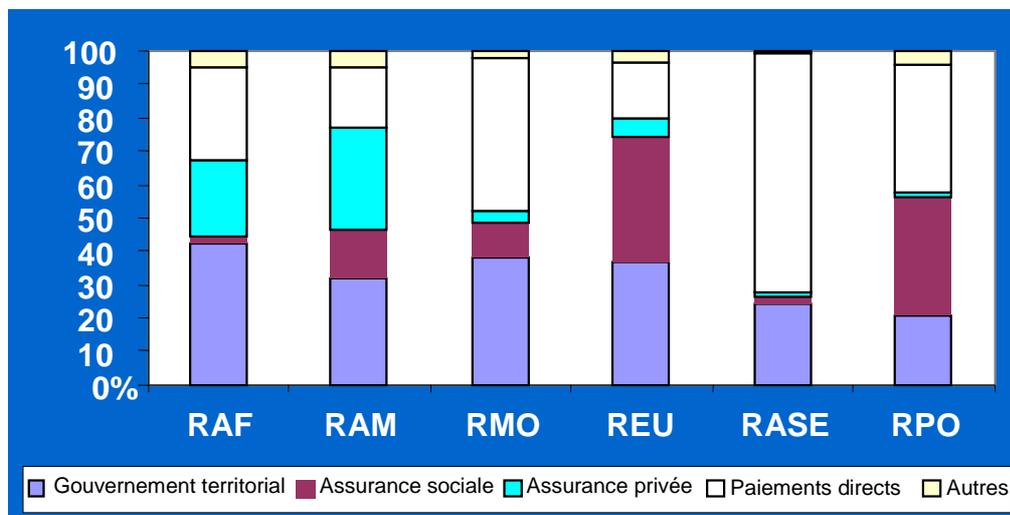
Le fait que la part des dépenses publiques augmente avec le niveau de revenu reflète l'accroissement de la part de la mise en commun des risques au moyen des impôts et d'autres formes de protection sociale de la santé telles que l'assurance maladie obligatoire. Ce phénomène est lié au développement social et économique général des pays, par exemple aux marchés du travail, aux marchés financiers, à la législation, à l'infrastructure institutionnelle et à la capacité de recouvrement des impôts.

Comme le montre la figure 8, la part des différentes formes de protection sociale de la santé dans les dépenses totales de santé varie de façon importante entre les régions. En 2001, les dépenses de santé financées par l'impôt représentaient 40% du total des financements en Afrique, dans les pays de la Méditerranée orientale et en Europe ; l'assurance maladie publique occupait une position particulièrement importante dans les pays de l'OCDE et dans les pays européens en transition, ainsi que dans les pays du

⁶ Scheil-Adlung et coll. (2006).

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 8. Sources de protection de la santé par région, 2001



RAF : région Afrique, RAM : région Amériques, RMO : région Méditerranée orientale, REU : région Europe, RASE : région Asie du Sud-Est, RPO : région Pacifique occidental

Source : OMS, Données nationales sur la santé, 2003.

La tendance à utiliser simultanément différentes sources de financement est apparue ces dix dernières années, lorsque l'accès universel aux services de santé a été largement accepté comme un objectif à atteindre à brève échéance. Les mécanismes de financement correspondants sont considérés comme complémentaires, et ce à tous les stades de développement.

Le financement de la protection sociale de la santé dans le monde dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu moyen peut être décrit comme suit :

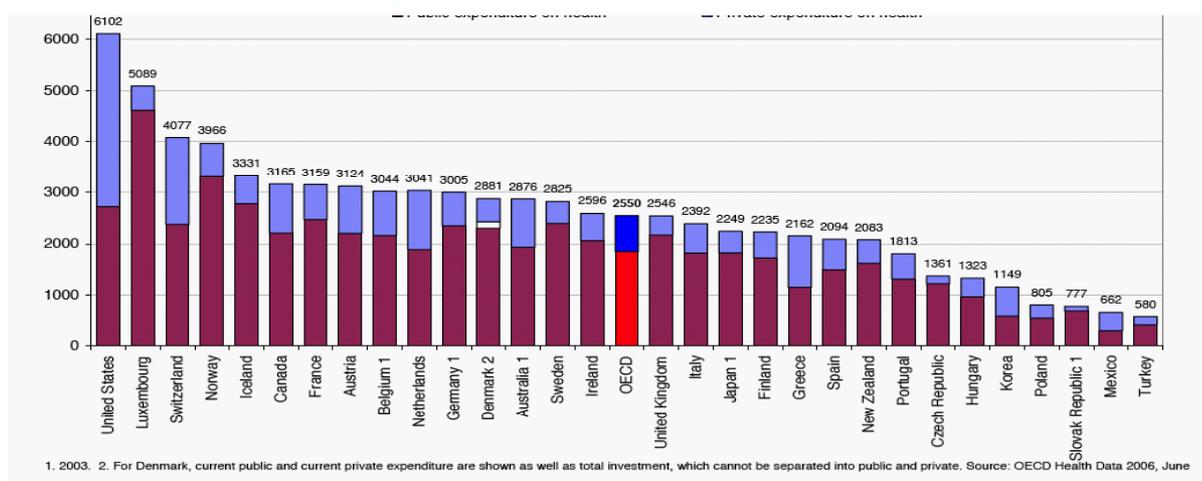
- une étroite relation entre le niveau de revenu du pays, l'accès aux services de santé et la mortalité ;
- une protection financière limitée, d'où des niveaux élevés de paiements directs et par conséquent une pauvreté liée à la santé ;
- une solidarité limitée au niveau du financement, qui se reflète dans l'insuffisance de la mise en commun des risques ;
- la faible part des dépenses de protection sociale de la santé par rapport au PIB et aux dépenses de santé totales ;
- la part importante du financement privé de la santé qui au lieu d'être assurée par la protection sociale revient aux ménages ;
- la faible part du financement public par rapport aux dépenses totales de santé.

Alors que l'accès à des soins de santé suffisants et économiquement accessibles à tous reste un problème essentiel dans de nombreux pays pauvres, cet accès devient également de plus en plus problématique dans les pays à revenu élevé où la hausse des coûts, les contraintes financières qui pèsent sur les budgets publics et les considérations d'ordre

économique liées à la compétitivité internationale rendent politiquement prioritaires les réformes de la protection sociale de la santé.

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 9). 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 les 100% sauf dans les pays où l'assurance maladie privée est obligatoire pour certains groupes de population (OCDE 2006).⁷

Figure 9. Dépenses de santé par habitant, dépenses publiques et privées, pays de l'OCDE, 2004



1. 2003. 2. Pour le Danemark, le chiffre correspond aux dépenses courantes publiques et privées ainsi qu'à l'investissement total, qui ne peut pas être ventilé entre secteur public et secteur privé. Source : Données sur la santé, OCDE, juin 2006.

Dépenses publiques : rouge foncé

Dépenses privées : bleu ciel

Source : OCDE (2006) (<https://www.oecd.org/dataoecd/5/27/36984860.pdf>)

Les problèmes auxquels sont confrontées les populations des pays à revenu élevé sont notamment le vieillissement démographique et les modifications des structures des maladies et de l'invalidité qui lui sont liées. Des questions telles que l'invalidité due à des maladies chroniques sont en partie liées au vieillissement, d'où, souvent, l'obligation de dispenser des soins de longue durée onéreux et nécessitant une main-d'œuvre importante. 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 2020.⁸ Alors que la plupart des pays à revenu élevé fournissent, sous une forme ou une autre, des services de soins de santé professionnels de longue durée, 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.

Dans les pays de l'OCDE, 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

⁷ Ces pays sont les Pays-Bas et la Suisse, où l'assurance maladie est obligatoire. Les citoyens ont la possibilité de choisir entre différents assureurs, et leurs cotisations, forfaitaires, sont indépendantes de leur capacité de paiement.

⁸ Statistisches Bundesamt (2003).

personnes plus jeunes.⁹ 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 2000-2050.¹⁰

Selon l'OCDE, 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.¹¹ Les recettes publiques constituent la principale source de financement.

C'est un formidable défi pour les systèmes de santé des pays industrialisés. Il faut trouver de nouvelles façons d'investir dans la prévention de la dépendance de soins chroniques de longue durée et dans le financement des soins si l'on veut pouvoir éviter la résurgence de la pauvreté des personnes âgées ou leur dépendance d'œuvres charitables dans les pays industrialisés. Il faut aussi, en même temps, redéfinir la signification de la notion de solidarité dans le financement des soins de longue durée afin d'éviter qu'un financement solidariste des soins individuels ne conduise la prochaine génération dans l'impasse.

Les constatations susmentionnées montrent que la structure nationale des systèmes de financement des soins de santé a un impact non seulement sur la santé de la population mais aussi sur le niveau et la sécurité de ses revenus. 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 payer des coûts de soins de santé élevés en cas de maladie.

⁹ OCDE, 2005a.

¹⁰ OCDE, 2004.

¹¹ OCDE, 2005b.

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 .¹²

Cette définition de la couverture se réfère à l'extension de la protection sociale de la santé au sens de la taille de la population qui peut avoir accès aux services de santé et à la mesure dans laquelle les coûts des services fournis sont remboursés, 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 limitée.

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 auquel ils appartiennent. Cela ne devrait pas pour autant exclure que, lors de la mise en oeuvre 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.

La "couverture" dont il est question implique un *accès* effectif au service de santé correspondant médicalement à la structure de la morbidité de la population couverte. Par rapport à la couverture juridique qui implique des droits ou une admissibilité formelle, la couverture effective se rapporte à la disponibilité physique, financière et géographique des services.

L'OIT préconise que les ensembles de prestations (c'est-à-dire les ensembles de services de santé mis à la disposition des populations couvertes) soient conçus de telle sorte qu'ils permettent de maintenir, 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 ensembles de prestations figurent la structure et le

¹² 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 stipule 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 oeuvre, 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, stipule 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".

volume de la charge de la maladie, l'efficacité des interventions, la demande et la capacité de 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. La protection financière inclut les mesures prises pour éviter que les paiements directs ne réduisent l'accessibilité économique des services.

Par *accessibilité* ou *non accessibilité* économique aux services, il faut entendre la non existence ou l'existence d'obstacles financiers à l'accès à ces services pour les individus, les groupes d'individus et les sociétés dans leur ensemble.

S'agissant de certains *groupes particuliers*, l'accessibilité économique concerne avant tout les pauvres et elle a pour but d'éviter qu'ils ne soient acculés à davantage de pauvreté encore pour des raisons de santé. Elle devrait être définie en relation avec la part maximum du coût des soins de santé nécessaires par rapport au revenu total du ménage moins les dépenses de subsistance ; par exemple, le coût des soins de santé pourrait être considéré comme économiquement abordable s'il est inférieur à 40% du revenu du ménage moins les dépenses de subsistance.¹³

L'OMS considère que lorsque les dépenses de santé directes sont inférieures à ce pourcentage, elles ne constituent pas des dépenses catastrophiques pour un ménage normal. La couverture universelle est donc associée à l'équité dans le financement, ce qui implique que l'on devrait seulement demander aux ménages de contribuer aux dépenses en fonction de leurs capacités de paiement.¹⁴ Étant donné que le BIT n'a pas fixé de niveau de référence pour ce qui doit être considéré comme économiquement abordable, nous suggérons d'utiliser pour le moment le niveau de référence de l'OMS.

L'accessibilité macroéconomique 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. Bien que le BIT ne recommande aucun pourcentage de référence pour les dépenses publiques de santé abordables au niveau macroéconomique, il reconnaît que plusieurs autres points de référence en la matière ont été fixés par d'autres organisations et commissions internationales, par exemple US\$12 par habitant pour les pays à faible revenu, comme le suggère la Banque mondiale et US\$34 par habitant comme le suggère la Commission macroéconomique créée par l'OMS.

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

Par rapport à la définition de la couverture dans d'autres domaines de la protection sociale, la notion de couverture par la protection sociale de la santé est donc relativement complexe et multidimensionnelle. C'est la raison pour laquelle il convient de prendre en compte les

¹³ Cette définition se réfère à celle que l'OMS donne des "dépenses de santé catastrophiques".

¹⁴ Evans (2007), p.9.

différents aspects de cette couverture lorsque l'on cherche à mesurer le pourcentage de la population qui bénéficie de la protection sociale de la santé. Étant donné la complexité du sujet, aucune mesure statistique de la couverture ne saurait être parfaite. La seule chose que nous puissions espérer pouvoir utiliser est une série d'indicateurs – toujours imparfaits. On trouvera dans la section suivante de ce chapitre des informations sur les tendances et les niveaux actuels de la couverture par la protection sociale de la santé, tirées des statistiques existantes.

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 cent ans, les dépenses privées – les paiements directs – constituaient le seul mécanisme de financement disponible. Plus tard, de petits systèmes de mise en commun des risques ont été mis sur pied, mais aucun véritable concept de la protection sociale de la santé ne s'est fait jour avant 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, et où 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 1b).

Les tendances de la couverture formelle par la *protection sociale de la santé* qui peuvent être déterminées sur la base des sources d'information existantes laissent à penser qu'il existe un lien ¹⁵ entre l'élévation des niveaux de revenu des pays et le recours accru 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 tel ou tel type de financement de la protection sociale de la santé disposent encore pour ce faire d'une marge de manœuvre considérable.

Dans de nombreux pays à faible revenu, les paiements directs sont le principal mécanisme de financement des soins de santé – ils sont utilisés pour financer jusqu'à 80% du total des dépenses de santé dans des pays tels que le Myanmar, la République démocratique du Congo, la Guinée et le Tadjikistan. Les dépenses restantes sont habituellement financées par l'impôt et, dans une moindre mesure, par des régimes d'assurance maladie sociaux et communautaires (annexe II, tableau 1b). 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 gouvernemental et l'assurance maladie publique (annexe II, tableau 1b). Dans au moins 22 pays (dont la Chine et l'Inde, voir annexe II, tableau 1b), les paiements directs représentent 50% ou plus du total des dépenses de santé.

¹⁵ Banque mondiale, 2006b.

Dans les pays à faible revenu et à revenu moyen, la couverture formelle par la protection sociale de la santé est donc encore loin d'être une couverture universelle, même lorsque le premier régime d'assurance y a été mis en place il y a déjà plusieurs années (par exemple en Amérique latine). À El Salvador, par exemple, la couverture formelle par les régimes publics et privés confondus ne concerne qu'environ la moitié de la population (tableau 1).

Aux tableaux 1 et 2, la "couverture" est mesurée en termes de population *formellement* couverte par la protection sociale de la santé, par exemple en application de la législation, sans référence à l'accès effectif aux services de santé, à la qualité des services ou à d'autres dimensions de la couverture telles que mentionnées ci-dessous.

Tableau 1. Couverture formelle par la protection sociale de la santé en pourcentage de la population, dans plusieurs pays d'Amérique latine et pour plusieurs années entre 1995 et 2004

Pays	Régime public	Assurance sociale	Assurance privée	Autre	Total (%)
Argentine	37.4	57.6	4.6	1.4	100
Bolivie	30.0	25.8	10.5	0.0	66.3
Colombie	46.7	53.3			100
Équateur	28.0	18.0	20.0	7.0	73
El Salvador	40.0	15.8	1.5		57.3
Haïti	21.0		38.0		60.0
Honduras	52.0	11.7	1.5		65.2
Nicaragua	60.0	7.9		0.5	68.4

Source: Mesa-Lago (2007).

La *couverture* formelle par la protection sociale de la santé, 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 2).

Tableau 2. Couverture formelle par la protection sociale de la santé dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie

Pays	Régimes d'assurance	Couverture formelle estimée en pourcentage de la population totale
Chine	- Urban workers	10
	- Basic insurance	
	- RCMS (new)	
Inde	- EISIS	20
	- CGHS	
	- CBHI	
Indonesie	- ASKES	20
	- JAMSOSTEK	
	- CBHI	
Kenya	- NHIF	7
République démocratique populaire du Lao	- CCS	5
	- SSO	
	- CBHI	
Mongolie	- National scheme	78
Philippines	- Phil Health	55
	- CBHI	
Sénégal	- IMPs	11.4
	- MOH	

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

Comme nous l'avons déjà mentionné, alors que dans certains cas il peut exister des liens entre l'élévation du niveau de revenu national et l'utilisation accrue de mécanismes de prépaiement et de mise en commun des risques dans le domaine des soins de santé, il est impossible de démontrer l'existence d'un véritable lien de ce type dans un nombre important de pays. Les données présentées en annexe II, tableau 1b, laissent à penser que l'extension de la protection sociale de la santé n'est pas forcément directement liée au niveau de revenu d'un pays :

- Le Burundi et la République-Unie de Tanzanie – pays dont le PIB par habitant est respectivement de US\$100 et US\$90 – couvrent formellement environ 13 et 14,5% de leurs populations respectives, alors que la République démocratique du Congo – dont le PIB par habitant est similaire – n'en couvre que 0,2%.
- Au Ghana (PIB par habitant : US\$320), 18,7% de la population est formellement couverte par un régime de protection de la santé, alors que les taux correspondants sont nettement inférieurs au Togo (0,3%, PIB par habitant US\$310) et au Burkina Faso (0,2%, PIB par habitant US\$300).
- Un pays où le PIB par habitant est légèrement plus élevé, le Kenya (US\$390), couvre formellement par la protection sociale de la santé un quart de sa population, et Haïti, avec un PIB par habitant de US\$380, en couvre même 60%. Dans des pays où le PIB par habitant est encore plus élevé, comme en Bolivie (US\$890, taux de couverture 66%) et en Guinée-Bissau (US\$920, taux de couverture 1,6%), les taux de couverture formelle sont également très différents.

Ces statistiques confirment que si l'on veille à tenir compte de la situation particulière du pays et si l'on bénéficie notamment d'une volonté politique forte permettant de définir les priorités, l'extension de la protection sociale de la santé est possible dans un bien plus grand nombre de pays que l'on ne le pense généralement, et que la couverture de la population est dans une certaine mesure indépendante de leurs niveaux de revenus.

L'évolution passée des pourcentages nationaux de couverture dans les pays à revenu élevé conforte également ce point de vue. Dans de nombreux pays, il faut plusieurs dizaines d'années pour parvenir à des niveaux de couverture importants alors que dans d'autres, où les niveaux de PIB par habitant sont tout aussi faibles, une couverture totale est atteinte en quelques décennies ou même en quelques années seulement.

On trouvera ci-après une comparaison chiffrée des cas de l'Autriche, du Canada, de la France, de l'Allemagne, du Japon, de la République de Corée, du Luxembourg et de la Norvège (voir tableau 3) : 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 pourcentage de couverture compris entre 90 et 100% ; à titre comparatif, le PIB par habitant allait de US\$1 997 en Autriche à US\$3 985 au Canada. En 1980, la République de Corée couvrait environ 30% de sa population totale, avec un PIB par habitant de US\$1 632 ; en 2000, elle avait atteint un taux de couverture formelle de 100%, avec un PIB par habitant de US\$9 671. Ce taux de couverture avait donc été atteint avec un PIB par habitant inférieur d'un tiers à celui des autres pays choisis à titre de comparaison.

Tableau 3. Évolution historique de la couverture formelle par la protection sociale de la santé

Pays	Année	Nombre total de personnes assurées en pourcentage de la population totale	PIB par habitant/ / taux de change avec le US\$
Autriche	1920	18.3	
	1923	32.7	
	1924	34	
	1925	34.3	
	1970	91	1 997
Canada	1980	99	10 530
	2000	99	23167
	-	-	
France / Alsace-Lorraine	1970	100	3 985
	1980	100	10 843
	2000	100	22 708
France	1921	22.9	
	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
Japon	2000	100	23 954
	1927	3.3	
	1970	100	1 971
	1980	100	9 164
République de Corée	2000	100	37 544
	-	-	
	1970	-	272
	1980	29.8	1 632
Luxembourg	2000	100	9 671
	1922	16,6	
	1970	100	3 728
	1980	100	14 433
Norvège	2000	-	43 083
	1920	21.3	
	1925	21.6	
Norvège	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).

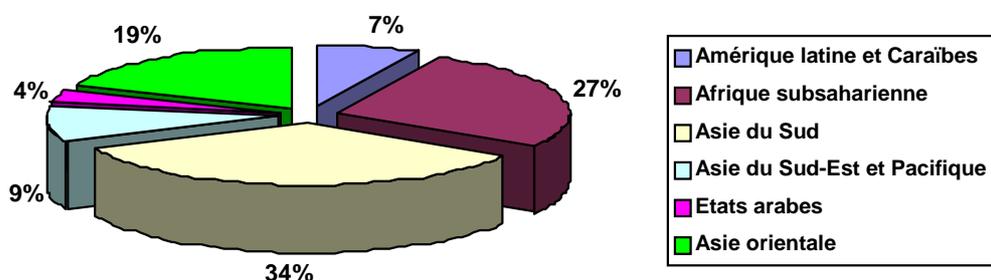
c. Tentative d'estimation de l'ampleur du déficit d'accès dans le monde

Il n'existe malheureusement que peu de statistiques sur l'accès aux services de santé comparables au niveau mondial, et les rares dont nous disposons sont trop incomplètes pour que l'on puisse les utiliser à des fins de comparaisons internationales.

Selon les données recouvrées par l'OMS, 1,3 milliards de personnes, dans le monde entier, 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.¹⁶

Selon le Rapport 1997 des Nations Unies sur le développement, on estime que 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 10).

Figure 10. Personnes pauvres n'ayant pas accès aux services de santé (en pourcentage du nombre total de pauvres dans les pays en développement).



Source : PNUD (1997).

Malgré l'importante action engagée par de nombreuses institutions nationales et internationales pour recouvrer et diffuser des données sur l'accès aux services de santé – en particulier l'accès des pauvres – les informations disponibles restent fragmentées et ne sont souvent pas comparables. Or de telles données sont essentielles pour élaborer et faire adopter des stratégies visant à la couverture universelle, du fait du lien étroit qui existe entre l'accès aux services de santé et le manque de couverture par la protection sociale de la santé.

De nombreuses questions conceptuelles et méthodologiques entrent en ligne de compte dans l'obtention de données sur la couverture et l'accès ; qui plus est, les données disponibles aux niveaux national et international ne sont souvent que des données nationales très spécifiques et non comparables, et elles ne permettent pas de procéder à des évaluations de la couverture et de l'accès effectifs. Idéalement, l'approche la plus utile pour mesurer la couverture par la protection sociale de la santé consisterait à se servir d'un indicateur combiné de différents indicateurs significatifs de la situation dans un pays, au nombre desquels :

- le nombre de personnes formellement/légalement couvertes par la protection sociale de la santé ;

¹⁶ OMS (2004b), p.2.

-
- les dépenses que doivent encourir les personnes légalement couvertes pour obtenir les soins dont elles ont besoin, par exemple les paiements directs ;
 - le coût des dépenses de santé publiques et privées non financé par les paiements directs privés des ménages ;
 - les dépenses publiques totales en prestations de santé, en pourcentage du PIB ;
 - l'accès physique aux services de santé.

Or un tel indicateur combiné n'existe pas et d'autres travaux de recherche sont nécessaires pour combiner de façon utile les données nationales fragmentées. 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 notions de 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 soins de santé indispensable 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 ; mais 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 de la mère et de l'enfant 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 approximative de l'accès aux soins de santé, en sachant cependant qu'ils impliquent un risque d'incohérence dans les conclusions :

- les données comparatives sur la densité des professionnels de la santé ;

et

- la proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié.

Nous suggérons donc qu'une utilisation parallèle du nombre des professionnels de santé par rapport à la population totale et du pourcentage des naissances ayant lieu avec l'assistance d'un professionnel qualifié permet d'obtenir une série de valeurs relatives susceptible de servir d'indicateur brut de l'accès ou du non-accès aux services de santé. Cette série de valeurs peut également être utilisée pour créer un indicateur du déficit d'accès estimé dans un pays. Ce déficit est estimé d'une part par l'indicateur approximatif que constitue le nombre de femmes qui accouchent en l'absence de personnel de santé qualifié, et d'autre part en comparant la densité des professionnels de santé qualifiés dans un pays (population par professionnel de la santé, c'est-à-dire les médecins, les infirmières et les sages-femmes) à cette densité en Thaïlande (313 personnes par professionnel de la santé en 2004). Des pays tels que l'Algérie, l'Équateur, la République de Corée, le Mexique, la Namibie, la République arabe syrienne et la Turquie ont des densités semblables (c'est-à-dire comprises entre 280 et 330 personnes par professionnel de la santé).

Tableau 4. Densité des professionnels de la santé

Pays	Population par professionnel de la santé
Algérie	297
Bolivie	262
Burkina Faso	129
Tchad	3113
Égypte	388
France	92
Ghana	932
Mexique	348
Royaume-Uni	66

Source: Calculs du BIT (2007).

Alors que l'indicateur basé sur la présence ou l'absence des professionnels de santé lors d'une naissance ne fait que transposer à l'ensemble de la population le manque d'accès des femmes enceintes à des soins de santé qualifiés, l'indicateur de déficit d'accès basé sur la densité utilise une autre méthode. Le déficit d'accès est mesuré comme la différence relative entre les densités nationales et la densité de référence retenue, celle de la Thaïlande. Cette mesure est bien évidemment une estimation minimum et prudente du déficit d'accès. Si par exemple, les professionnels de la santé sont répartis de façon très inégale dans un pays, le déficit *de facto* 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 celui que ne laissent supposer les moyennes nationales.

Les tableaux 1a et 1b de l'annexe II donnent une idée – quoique imparfaite – de nos connaissances actuelles des statistiques nationales relatives à la couverture. Ils reflètent les deux indicateurs du déficit d'accès, dans les différents pays, en donnant d'autres informations telles que celles relatives à la population, au PIB, à l'indice de pauvreté humaine, au coefficient de Gini, à la couverture formelle, aux paiements directs et aux dépenses totales de santé. Il convient de souligner que les indicateurs suggérés permettent seulement d'estimer le déficit d'accès national dans les différents pays et de mieux connaître l'ampleur des insuffisances de la couverture effective par la protection sociale de la santé en relation avec les autres variables liées à cette couverture. On peut toutefois effectuer d'intéressantes analyses de régression sur la base de ces tableaux.

La figure 11 montre la corrélation entre le déficit d'accès national lié aux effectifs du personnel de santé et l'indice de la pauvreté humaine (IPH). Il vaut la peine de mentionner ici que l'IPH, qui fournit une indication du niveau de vie dans un pays, est basé sur quatre composantes : la probabilité, à la naissance, de ne pas survivre après l'âge de 60 ans ; le pourcentage d'illettrisme ; le chômage de longue durée et le pourcentage de personnes vivant en-dessous de la demi-médiane de revenu disponible des ménages.

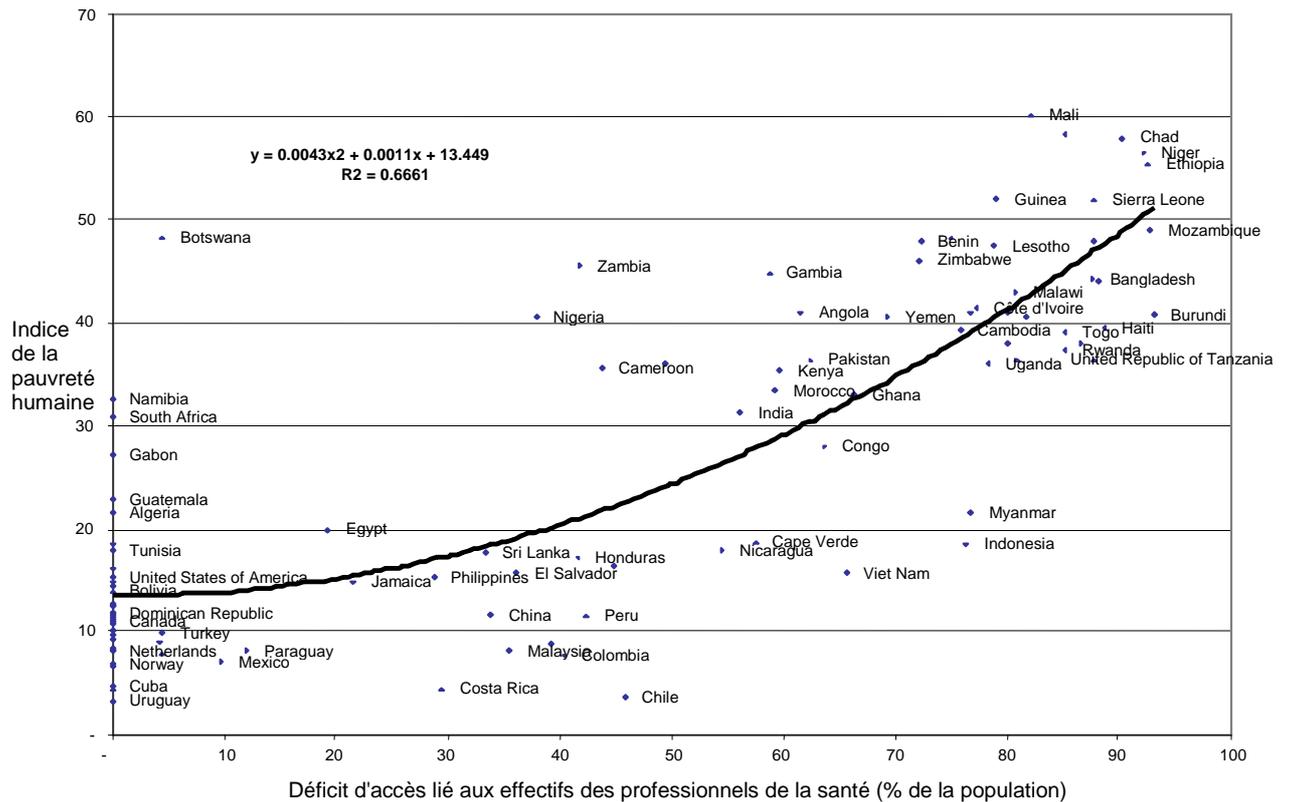
Les pays dans lesquels l'IPH est faible ont tendance à avoir un déficit limité d'accès national lié aux effectifs du personnel de santé. Il n'est donc pas surprenant de constater que la plupart des pays développés se trouvent dans la partie gauche du bas de la figure 11. Inversement, il existe une corrélation entre un niveau de pauvreté élevé et un déficit d'accès important. Des pays tels que le Tchad, l'Éthiopie et le Bangladesh en sont une bonne illustration.

Dans certains pays, cependant, la situation s'écarte de façon importante de la tendance générale. Au Botswana, par exemple, le déficit d'accès est relativement faible par rapport

au 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 gauche du haut de la figure 11, bénéficie d'un niveau d'accès aux soins de santé relativement plus élevé que ce que son niveau de pauvreté pourrait laisser à penser. L'inverse est vrai pour les pays du bas de la partie droite de la figure.

La corrélation entre le déficit d'accès et l'indice de la pauvreté humaine ne prouve pas qu'un déficit d'accès national général faible réduise la pauvreté mais illustre le fait qu'habituellement ces deux éléments vont de pair.

Figure 11. Régression entre le déficit d'accès et l'indice de la pauvreté humaine



On peut se livrer au même type d'analyse avec l'indice du développement humain (IDH). Cet indice est une mesure comparative de l'espérance de vie, du taux d'alphabétisation, du niveau d'éducation et du niveau de vie des pays du monde entier. Il recoupe dans une certaine mesure de nombreux éléments constitutifs de l'indice de la pauvreté humaine. Il est donc normal de constater des tendances comparables à celles de la figure 6 bien que certains pays présentent d'importantes interrelations différentes.

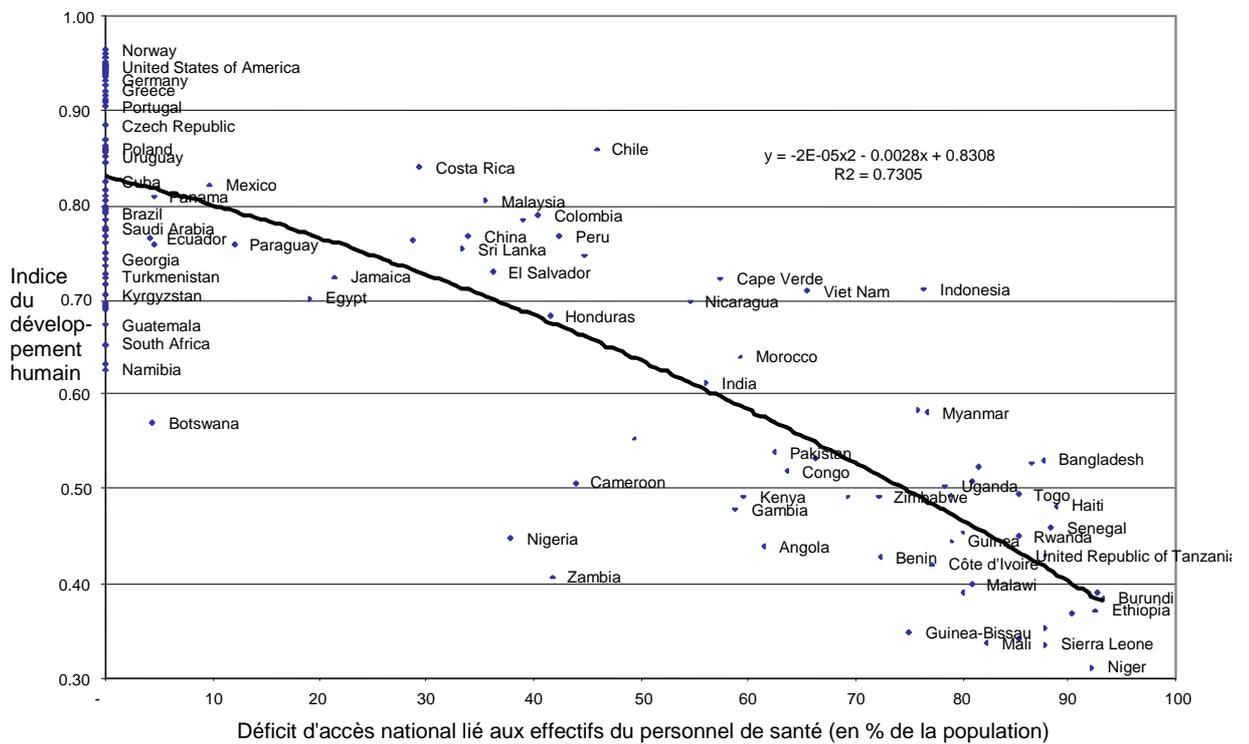
La corrélation qui ressort de la figure 12 est toutefois légèrement plus marquée que celle constatée avec l'IDH. Cela signifie qu'en moyenne le niveau de développement est un meilleur indicateur du déficit d'accès national lié aux effectifs du personnel de santé que le niveau de pauvreté.

De la même façon, les régressions entre le PIB par habitant et le déficit d'accès national général nous permettent d'obtenir des informations intéressantes. Un PIB par habitant élevé a une corrélation avec un déficit en soins de santé faible.

La régression effectuée avec le coefficient de Gini, qui est une mesure du degré d'inégalité de la distribution des revenus, est moins concluante. Nous observons que la corrélation est

plus faible même si les calculs montrent qu'une plus grande inégalité a une corrélation avec un déficit d'accès aux soins de santé plus importante.

Figure 12. Régression entre le déficit d'accès et l'indice du développement humain



Bien que l'indicateur de déficit d'accès susmentionné puisse servir à obtenir des données comparables au niveau mondial, il est certain qu'il ne produit pas de données entièrement cohérentes et il fait ressortir un certain nombre de divergences si l'on compare ces données à celles des travaux de recherche menés par les différents pays concernés. Cela s'explique par plusieurs raisons, et notamment par le fait qu'il ne tient pas compte :

- de la différenciation qu'il convient de faire en fonction de l'ampleur et de la portée de la couverture, et notamment des variations entre les ensembles de prestations et des variations dans la qualité ;
- de la diversité des définitions utilisées dans les différentes statistiques utilisées, par exemple en ce qui concerne la sécurité sociale, la protection sociale de la santé et autres termes pertinents ;
- des différences géographiques, socioéconomiques et socioculturelles au sein des pays et entre eux ;
- de la difficulté d'évaluer les régimes de prestations de santé communautaires et de petite taille en termes de quantité et de couverture. La plupart des données disponibles sont axées sur le nombre de ces régimes et sur le nombre moyen ou la fourchette de leur nombre de membres, mais elles ne fournissent aucune information précise quant au nombre des affiliés et des bénéficiaires. Dans les pays africains, surtout, les régimes de prestations de santé communautaires couvrent aussi bien les travailleurs du secteur formel que les bénéficiaires actifs dans l'économie informelle du pays.

Tout en étant conscients des limites que peut présenter l'INDICATEUR DE DÉFICIT D'ACCÈS, nous l'avons calculé pour la première fois, pour un nombre important de pays. Le pourcentage estimé du déficit d'accès général est compris entre 30 et 36%, en prenant comme référence la Thaïlande. Cela signifie que plus d'un tiers de la population mondiale ne bénéficie pas de soins de santé de la qualité de ceux qui pourraient leur être dispensés par un réseau de professionnels de la santé suffisamment nombreux. Si l'on prend pour référence des pays tels que l'Irlande, le déficit d'accès général concerne alors plus des deux tiers de la population mondiale.

La comparaison des déficits d'accès par pays fait ressortir d'importants écarts même lorsque l'on retient la Thaïlande comme pays de référence : en Chine, l'estimation du déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé fait ressortir que l'équivalent de 34% de la population n'a pas accès aux services de santé. En Colombie, ce déficit est de 40%. Ce chiffre est comparable à celui des Philippines (42%).

Tableau 5. Déficit d'accès estimé dans plusieurs pays

	Déficit d'accès estimé	
	Déficit lié aux effectifs du personnel de santé % de la population	Déficit d'accès lié aux naissances avec assistance d'un professionnel de santé en % des naissances d'enfants vivants
Burkina Faso	85	43
Chine	34	17
Colombie	40	9
Ghana	66	53
Philippines	29	40
Ouganda	78	61

Source: Annexe II, Tableaux 1a et 1b.

d. Le déficit d'accès général : quelques précisions

En dépit d'insuffisances manifestes dans la disponibilité et la fiabilité des données, et des limites de telle ou telle méthode employée, l'approche retenue pour estimer les déficits d'accès aux services de santé dans le monde a permis de faire ressortir une série d'évolutions intéressantes et qui constituent une source de défi pour toute une série de pays du monde.

L'effet de la couverture par la protection sociale de la santé sur les paiements directs est très hétérogène. Par exemple, il n'y a qu'une différence relativement faible, en ce qui concerne la part des paiements directs, entre la Tunisie, qui a une couverture légale pratiquement universelle, le Nicaragua, où presque 70% de la population bénéficie d'une protection formelle de la santé, et le Niger, où moins de 1% de la population est formellement couvert. Les paiements directs ne représentent qu'environ 10% en Slovaquie et en Afrique du Sud, alors qu'ils atteignent 26,8% en Ukraine et 41,1% en Tunisie, bien que tous ces pays aient réussi à mettre en place une couverture légale universelle. Et pour les ménages pratiquement sans protection en Ouganda, la charge des paiements directs n'est que légèrement plus lourde qu'au Turkménistan, où plus de 80% de la population sont couverts.

Ces résultats font clairement ressortir que la portée des ensembles 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 couverts par quelque système que ce soit de prépaiement des soins de santé. En d'autres termes, la protection sociale de la santé devrait fournir un niveau raisonnable de protection financière pour éviter que la population n'ait à encourir des dépenses privées élevées et ne soit acculée à la pauvreté.

En dépit de l'existence de systèmes publics de santé, un nombre croissant de pays prévoient de mettre en place, ou ont récemment instauré, *une assurance maladie publique universelle*. Parmi ces pays figurent l'Égypte, le Ghana et le Kenya. Bon nombre de ces pays disposent également de services publics de santé qui, bien que plus restreints et détériorés suite à la mise en œuvre de politiques d'ajustement structurel, à des coupes sombres dans les dépenses publiques et à des privatisations, jouent encore un rôle important. Par exemple, la couverture formelle concerne 47,6% de la population en Égypte et 25% au Kenya, et le déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé atteint 19% en Égypte et 60% au Kenya.

De nombreux régimes communautaires connaissent un taux de fluctuation élevé et le nombre de leurs affiliés est souvent relativement instable. Au Sénégal, la variation de l'affiliation a été supérieure à 20% dans trois régimes d'assurance maladie communautaires sur cinq, et quatre bénéficiaires sur cinq n'ont pas payé leurs cotisations dans les délais impartis. Les données relatives à l'Inde montrent que la proportion des travailleurs de l'économie informelle (travailleurs non organisés) couverts par des dispositions de sécurité sociale – dans le cadre aussi bien de régimes publics que des régimes privés à but non lucratif – est de l'ordre de 8%. Sur un total de 370 millions de travailleurs de l'économie informelle indienne, environ 30 millions sont couverts par la protection sociale, y compris la protection de la santé. ¹⁷

Les informations dont on dispose ne sont valables que jusqu'à une certaine date ; on ne dispose également que de moyennes, et une analyse plus approfondie montre qu'une très importante quantité de données relatives au taux de couverture des régimes de protection sociale de la santé est basée sur des travaux de recherche qui n'ont qu'une valeur limitée pour l'estimation du nombre total des bénéficiaires. En définitive, les statistiques sur la couverture de la population par les régimes de prestations de santé devraient être interprétées avec prudence et en tenant compte de la diversité des situations qu'elles représentent.

Dans la plupart des pays en développement, les régimes d'assurance mis en place par les employeurs ne sont pas très fréquents ; ils sont toutefois relativement courants dans le monde arabe. Les systèmes de santé des entreprises fournissent habituellement des soins directs dispensés dans des services et installations de santé installés dans l'entreprise et qui sont la propriété de l'employeur, ou ils signent des contrats avec des fournisseurs et établissements extérieurs. Ces régimes d'assurance professionnels sont très exclusifs puisque seuls sont couverts 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 République arabe syrienne, par exemple, pratiquement toutes les entreprises publiques et la plupart des grandes entreprises privées offrent gratuitement à leur personnel des ensembles de prestations de santé relativement complets ; les personnes à la charge des employés sont parfois couverts par le régime lui-même, sinon ils le sont 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

¹⁷ Kannan (2006).

régimes de prestations de santé allant d'un système de remboursements forfaitaires assez peu élevés à un ensemble de prestations complètes, et les dépenses moyennes par personne varient entre 10 et 450 euros.¹⁸

Les exemples africains comprennent les soins médicaux fournis par l'employeur en Zambie et au Nigéria, ainsi que dans les forêts de caoutchoutiers au Libéria et en République démocratique du Congo.¹⁹ Les régimes des prestations de santé des entreprises sont souvent révélateurs d'une relation paternaliste entre l'employeur et les salariés, qui repose en partie sur des décisions individuelles et ponctuelles et non sur des droits acquis. Plus important encore, la taille de ces régimes, dans bien des cas, est trop faible pour qu'ils puissent fournir une couverture efficace des 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 de plans de prévoyance, tandis que d'autres administrent des mutuelles relativement autonomes par rapport aux syndicats et ouvertes aussi bien aux syndiqués qu'aux non syndiqués.²⁰

Les exemples susmentionnés montrent également la grande hétérogénéité des politiques nationales de protection de la santé et de leurs approches de l'élargissement de la couverture et de l'amélioration de l'accès. Chaque fois que l'on a l'intention de mettre en place, à une échelle importante, les stratégies de couverture de la santé recommandées aux niveaux national et international, il faut incorporer, dans la mesure du possible, ces systèmes nationaux, régionaux et communautaires. Les nouvelles stratégies devraient tirer parti des fondements existants et non les détruire. Il a fallu bien trop d'efforts pour construire les régimes en vigueur et tout cela n'aurait servi à rien si les nouvelles politiques devaient supprimer ces régimes. "Construisez, ne détruisez pas" est le credo de la politique des systèmes de santé recommandés par l'OIT, telle qu'elle est exposée dans le chapitre suivant.

¹⁸ Schwefel et coll. 2005, pp.66f.

¹⁹ Develtere et Fonteneau (2001), p.29.

²⁰ Idem, p.30.

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

Les données empiriques et les éléments de preuve recueillis 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. Dans la plupart des cas, la protection sociale évolue pendant de nombreuses années et même, parfois, durant des décennies, en fonction des développements historiques et économiques, des valeurs sociales et culturelles, des contextes institutionnels, de la volonté politique et du type de conduite des affaires. Mais la façon dont les pays combinent les diverses fonctions de génération des ressources, de mise en commun des risques, de fourniture des soins de santé et de financement n'est pas neutre pour l'efficacité et l'équité des systèmes de santé. 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 qui, même, se chevauchent, alors que d'autres sous-groupes sont laissés sans aucune couverture.

L'objectif général des politiques nationales de protection sociale de la santé devrait consister à élaborer une stratégie pragmatique visant à rationaliser l'utilisation des divers systèmes de financement de la santé pour parvenir à une couverture universelle et à un accès égal pour tous.

Nous suggérons ici que les pays élaborent leurs stratégies tendant à la couverture universelle :

- en tenant compte en premier lieu de l'ensemble des mécanismes de financement existants dans le pays ;
- en évaluant ensuite les déficits d'accès persistants, et
- en établissant 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. Il faut pour cela établir un cadre juridique global et adopter des mesures visant à garantir un financement suffisant et la fourniture de prestations complètes.

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* de la protection sociale de la santé, qui se réfère en particulier à l'objectif consistant à intégrer la partie non couverte de la population en tenant compte de ses besoins et de sa capacité à payer. L'OIT est également favorable à ce que les partenaires sociaux jouent un rôle important, en particulier par le dialogue social et une *large participation* aux processus politiques et à la gouvernance des régimes, y compris par une participation de la société civile, des partenaires sociaux, des assurés et des autres intervenants dans la protection sociale de la santé.

Lors de l'établissement du plan de couverture, *tous les types de mécanismes de financement* – y compris 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 doit permettre une conception cohérente de la couverture nationale de la santé par des systèmes de financement pluralistes et des systèmes de fourniture des services composés de sous-systèmes tels que les régimes d'assurance maladie nationaux et sociaux, les régimes d'assurance privés, les prestations financées par l'impôt, etc., afin que la couverture universelle puisse opérer dans un cadre de compétences bien défini et desservir des sous-sections précises de la population. Les objectifs du plan de couverture consistent donc, notamment :

- à mettre sur pied un sous-système de couverture pour l'ensemble des sous-groupes de population ;
- à 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 compensation du risque financier entre les différents sous-systèmes) ;
- à concevoir des séries de prestations adaptées aux besoins et la protection financière correspondante pour chaque sous-système ;
- à optimiser l'efficacité institutionnelle et administrative de chaque sous-système et de l'ensemble du système ;
- à fixer une date butoir pour la réalisation de la couverture universelle.

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 des comptes nationaux de la santé, le montant total des ressources disponibles – impôts, cotisations et primes – pour financer les soins de santé, et estimer les 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 comme un 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 combine les différents mécanismes en établissant des droits légaux aux prestations.

L'approche consistant à appliquer simultanément 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 est la stratégie la plus prometteuse pour parvenir à la couverture universelle. Ce devrait être une approche intégrée, qui respecte la couverture et les dispositions de financement existantes et qui puisse être ajustée 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 comprenant 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 déficit d’accès au moyen d’enquêtes et de travaux de recherche approfondis sur la santé au niveau national et par des analyses régionales désagrégées de la couverture légale formelle par chaque sous-système de financement de la santé.

ii. L’élaboration d’un plan national de couverture

L’élaboration d’un tel plan implique un certain nombre d’activités que nous décrivons brièvement ci-après.

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 existants 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 suivante :

Figure 13. Carte de la couverture par les soins de santé et de l’accès à ces soins

Carte de la couverture par les soins de santé et de l'accès à ces soins - Spécimen

Groupe de population	Proportion du groupe pouvant avoir accès aux soins de santé		TOTAL	Proportion du groupe pour lequel les services de soins de santé sont fournis / financés par :						TOTAL	
	Services de santé gouvernementaux	Services de santé du secteur privé		Recettes générales	Sécurité sociale	Systèmes communautaires	Régimes mis en place par les employeurs	Assurance privée	Paiements directs		Soustraction du double décompte
Salariés du secteur public											
Salariés du secteur privé											
travailleurs											
personnes à charge											
Travailleurs indépendants hors secteur agricole											
travailleurs											
personnes à charge											
Travailleurs indépendants du secteur agricole											
travailleurs											
personnes à charge											
Chômeurs en âge de travailler											
Enfants non couverts par d'autres dispositions											
Personnes ayant atteint l'âge de la retraite et non couvertes par d'autres dispositions											
Total											

Cette carte pourrait alors être utilisée pour les projections des progrès que l’on prévoit d’accomplir chaque année dans le cadre du plan de couverture pluriannuel.

Établissement d'un budget national de la santé

Lors de l'élaboration du plan de couverture, il faut tenir compte des 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 développement. Ce budget recense en premier lieu l'ensemble des dépenses et recettes du secteur de la santé sous forme d'un compte national de la santé pouvant être structuré en tableaux semblables à celui ci-dessus, pour une année de départ donnée, et être utilisé pour la carte de couverture. On trouvera un modèle générique de budget de la santé dans la trousse à outils de l'OIT, en annexe III au présent document. Nous décrivons dans l'encadré ci-après la méthode et les résultats d'une budgétisation abrégée de la santé à laquelle le BIT avait procédé en 2004 en collaboration avec le Programme international de politique de la santé thaïlandais.

Un budget de la santé pour la Thaïlande

La structure de base du modèle est décrite sous forme de graphique à 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, on a exclu les parties d'un budget social sans relation avec la santé et l'analyse budgétaire a été limitée au secteur de la santé et à son impact sur le budget gouvernemental.

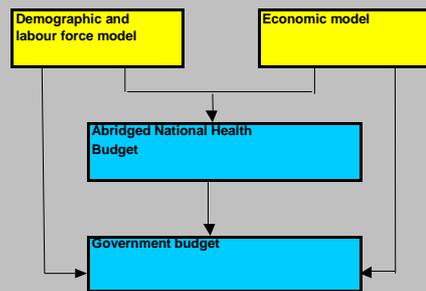
Le modèle permet d'obtenir des projections classiques et pragmatiques de type conséquentiel, c'est-à-dire qu'il dépend d'hypothèses démographiques et économiques exogènes dont il simule ensuite l'impact sur les dépenses et les recettes de la santé et sur le budget gouvernemental. Les années d'observation 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 main-d'œuvre 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 (UC, SSO, CSMBS et les soins de santé financés par le secteur privé) et les recettes du secteur de la santé (cotisations au SSO et au WCS, paiements directs et autres paiements privés, et fiscalité générale). Les deux principales variables des résultats sont les dépenses nationales générales de santé et les ressources qu'il est nécessaire de tirer des recettes générales.
- Le quatrième et 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 budgétaires gouvernementales. La principale variable des résultats est le déficit budgétaire annuel du gouvernement.

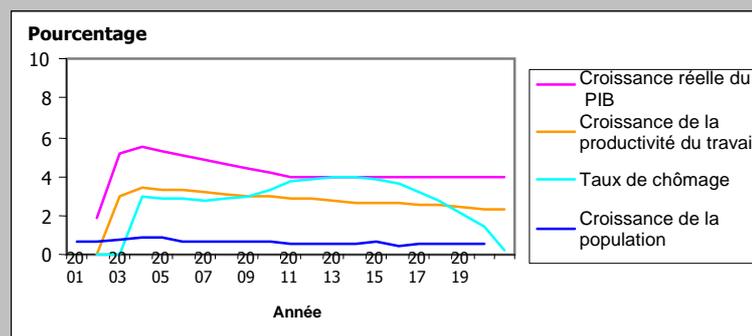
Ce modèle (abrégé) de budget de la santé permet ainsi de déterminer quels sont les effets des changements dans le système de fourniture et de financement des soins de santé sur les dépenses nationales générales de santé et l'équilibre budgétaire gouvernemental, c'est-à-dire sur l'indicateur de la performance générale du système de santé et l'indicateur de la performance des finances publiques. Deux types de modèles ont été élaborés : le premier (scénario du statu quo ou variante) reflète la situation légale actuelle ; le deuxième (réforme ou scénario UC ou variante) utilise des hypothèses démographiques et économiques identiques à celles du premier modèle 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 à la figure B.2.

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



Les projections du budget gouvernemental 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 non déterminés par les salaires (donc, par exemple, à l'exclusion de l'impôt sur le revenu), et ne sont pas importés du sous-modèle abrégé du budget de la santé. Les différentes hypothèses sont documentées dans le modèle lui-même.

Les principaux résultats des projections sont résumés par les statistiques présentées ci-après. Les estimations du modèle montrent que les dépenses générales des 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 importants 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 par malade inscrit ayant un effet d'endiguement des coûts sur l'ensemble du système de financement de la santé. On s'attend à ce que les dépenses nationales totales augmentent légèrement jusqu'en 2002 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 de santé totales 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 l'équilibre budgétaire général reste positif tout au long de la période de projection. Mais le modèle suggère (prudemment) que le budget gouvernemental restera négatif 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 positif 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 UC, sur la base d'impôts sur l'alcool et les cigarettes. Ses effets sont une baisse de la part des recettes générales dans le financement des soins de santé au cours des vingt prochaines années, qui atteindrait le niveau de 1,5% du PIB en 2020, et une augmentation du déficit public général d'environ 1,5% du PIB ; l'équilibre 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, cela a pour effet de faire passer de 2,17 à 1,99% du PIB, d'ici à la fin de la période de projection, la subvention publique au budget des soins de santé. 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

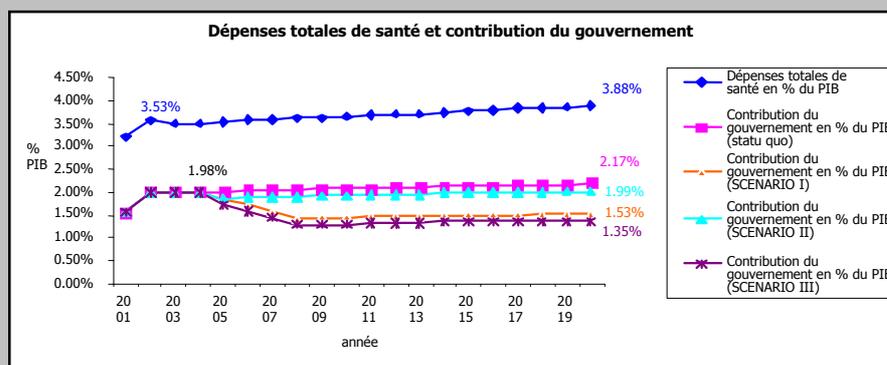
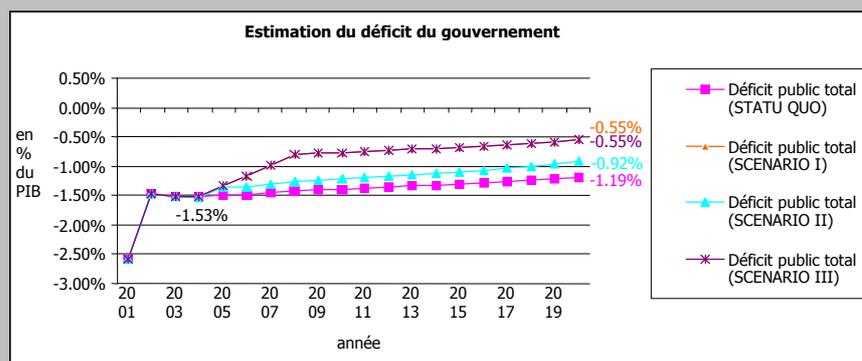


Figure B.4



L'amélioration des mécanismes de financement de la santé

Il est par ailleurs important que les pays élaborent des politiques *visant à améliorer les mécanismes de financement de la santé, à concevoir des ensembles de prestations adaptées aux besoins – y compris une protection financière – et à renforcer l'efficacité institutionnelle et administrative.*

Les questions liées à l'amélioration des mécanismes de financement de la santé et à l'établissement des liens nécessaires entre ces mécanismes doivent être résolus en fonction des résultats du budget national de la santé. Il existe en gros 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 assortis de conditions de ressources (assistance sociale), financés par les recettes générales de l'État ;
- encourager la création et le développement de régimes de micro-assurance ;
- rendre obligatoire l'assurance maladie privée.

Au niveau des pays, les avantages et les inconvénients de chacune de ces options doivent être étudiés avec soin compte tenu de ce qui précède. La faisabilité et le degré de réussite des différents mécanismes doivent être jugés sur la base :

- de leur capacité à mobiliser des fonds ;
- de leur efficacité dans le ciblage des fonds publics sur les pauvres ;
- de leur 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 ;
- de leur niveau de respect des obligations redditionnelles et de la qualité de leur budgétisation.

Les critères de choix des mécanismes pour tel ou tel sous-groupe particulier 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 des impôts, la taille de l'économie informelle, l'ampleur de la présence des maladies, les infrastructures disponibles, la capacité de recouvrement des impôts/cotisations/primes, la capacité de gestion, les possibilités de renforcement de la législation, la réglementation et ses impacts sur l'équité.

On trouvera ci-après un aperçu général des avantages et inconvénients des différents mécanismes de financement.

Aperçu général : avantages et inconvénients des principaux mécanismes de financement de la protection sociale de la santé

Protection de la santé financée par l'impôt/Assurance maladie publique/Régimes de micro-assurance et régimes communautaires/Assurance maladie privée

Avantages/Inconvénients

Mise en commun des risques pour l'ensemble de la population/Risque de financement instable et sous-financement fréquent dû à la concurrence pour l'obtention des dépenses publiques/Stabilité des recettes/Exclusion des pauvres à moins d'une contribution gouvernementale/Peuvent être étendus au secteur informel/Les pauvres risquent d'être exclus à moins d'une contribution du gouvernement/Préférable aux paiements directs/Frais de gestion élevés

Potentiel d'efficacité administrative et de contrôle des coûts/Inefficacité en raison du manque de dispositions incitatives et de supervision publique rigoureuse/Ferme soutien de la population (fréquemment)/Les cotisations sur les salaires risquent de réduire la compétitivité et de faire augmenter le chômage/En mesure d'aider les segments de la population les plus proches de la pauvreté/Risque de vulnérabilité financière en l'absence de subventions publiques nationales/Permet d'accroître la protection financière et l'accès aux services de santé des personnes en mesure de payer/Inefficace pour réduire la pression des coûts sur les systèmes publics de financement de la santé

Permet une redistribution, au sein de la population couverte, entre risques élevés et risques faibles et entre revenus élevés et revenus faibles/Donne accès à un large éventail de services/Gestion complexe – risque de problèmes de gouvernance et de non-respect de l'obligation redditionnelle/Le contrôle étroit qu'exercent les groupes de population concernés limite les abus et la fraude et accroît le degré de confiance dans le régime/Habituellement, couverture limitée à un petit pourcentage de la population/Encourage la fourniture de soins de santé de meilleure qualité et d'un meilleur rapport coût-efficacité/Inéquitable sans primes subventionnées ou réglementation de la nature et du prix de l'assurance

Implication des partenaires sociaux/Risque d'escalade des coûts à moins que ne soient instaurés des mécanismes efficaces d'engagement par contrat/Forte incitation à l'exclusion des personnes présentant les risques les plus élevés/Nécessite une infrastructure et une capacité administratives et financières

Redistribution, au sein de la population couverte, entre risques élevés et risques faibles et entre revenus élevés et faibles revenus/Ces régimes peuvent être associés avec un manque de professionnalisme dans la gouvernance et l'administration.

En général, les impôts sont considérés comme une source de recettes efficace et équitable pour le secteur de la santé. On estime qu'il s'agit de ressources permettant 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 contrôle des coûts.

En revanche, la possibilité d'utiliser les impôts pour contribuer au financement des soins de santé dépend en grande partie de la performance macroéconomique nationale et de la concurrence d'autres secteurs, de la qualité de la gouvernance, de la taille de l'assiette des impôts, et de la capacité humaine et institutionnelle du gouvernement à recouvrer les impôts et à superviser le système. Dans la pratique, les régimes gouvernementaux ont tendance à n'être pas suffisamment financés, avec un risque de pénurie de biens et de services, de paiements "au noir" et de gouvernance inefficace.

La réussite des *régimes publics d'assurance maladie* dépend de la génération de recettes stables, du ferme soutien de la population (ce qui est souvent le cas), de la fourniture d'un large éventail de services, de l'implication des partenaires sociaux et de la redistribution entre les groupes de risque et les groupes de revenu. Ce sont cependant des régimes administrativement complexes et qui peuvent présenter des problèmes de gouvernance et de respect de l'obligation redditionnelle. 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 nécessaire 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 protégé ne soit désavantagé.

Les régimes spéciaux tels que les régimes d'assurance maladie communautaires privés peuvent être efficaces dans le recouvrement de cotisations non liées aux salaires et la réduction des coûts pour les pauvres aux points de fourniture des services. Il est fréquent, cependant, qu'ils rencontrent des problèmes de couverture et qu'ils éprouvent donc des difficultés pour obtenir une mise en commun suffisante des risques, organiser les affiliés en provenance de différents groupes ethniques, acquérir des capacités de gestion suffisantes et pouvoir disposer des ressources nécessaires.

Une des tendances actuellement observées dans des pays à faible revenu est entre autres l'accroissement du rôle des mutuelles d'assurance maladie et des caisses publiques d'assurance maladie dans la rationalisation des politiques en faveur des pauvres appliquées à la protection sociale de la santé et dans la résolution des questions liées aux prix trop élevés 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 séries de prestations offertes et de la protection financière correspondante, ainsi que de la qualité des services. L'intérêt accru pour ces régimes tient au fait qu'ils couvrent les travailleurs de l'économie informelle et leurs familles. Les problèmes les plus importants eu égard à la pérennité de ces régimes, par exemple ceux concernant la capacité de payer et la sélection adverse, 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; c'est le cas, en Inde, du régime Yeshasvini, qui couvre environ 2 millions de travailleurs et leurs familles. Dans d'autres pays, cependant, la couverture reste encore limitée.

On trouve également dans de nombreux pays des régimes d'assurance maladie privés à but lucratif. C'est le cas aussi bien dans des pays de l'OCDE que dans des pays en développement tels que le Pérou et les Philippines (annexe II, tableau 1b). 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. Leur nature exclusive et le coût élevé de leur gestion ont souvent été critiqués, mais la bonne qualité de leurs services est appréciée.

Les avantages et les inconvénients des différents mécanismes de financement peuvent être respectivement optimisés et minimisés en améliorant les différentes approches retenues et en établissant des liens entre elles. 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 générer, de façon équitable, des recettes suffisantes et durables permettant de fournir à l'ensemble de la population des prestations adaptées à ses besoins ainsi que la protection financière correspondante.

Cette évaluation étant très particulière au pays concerné, 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 se constituer. Il est toutefois conseillé de suivre

un certain nombre de principes directeurs lors de la mise sur pied du système, au nombre desquels :

- L'équité et la solidarité dans le 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 ;
- L'intégration dans le système de l'ensemble des citoyens, sans aucune discrimination basée sur le sexe, l'ethnie, la religion, etc.

On trouvera dans l'encadré ci-après une liste de contrôle pour l'élaboration de la politique de financement de la santé.

Liste de contrôle : principales politiques en matière de financement des soins de santé

- mobilisation de ressources suffisantes pour atteindre les objectifs politiques ;
- 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 ;
- dans les régimes d'assurance : instauration de systèmes de subventions gouvernementales pour les pauvres et les travailleurs du secteur informel et leurs familles (subventions directes ou subvention des cotisations/ primes) ;
- minimisation des paiements directs ;
- instauration de services payants en fonction de la capacité financière des intéressés ;
- amélioration de la pérennité financière ;
- 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 ;
- mesures permettant de garantir un usage efficace et efficient des ressources.

Habituellement, l'extension de la protection sociale de la santé nécessite de pouvoir disposer de davantage de fonds et implique notamment une augmentation des dépenses publiques dans ce domaine. Toutefois, dans de nombreux pays à revenu moyen ou élevé, le recouvrement des recettes basées sur les fonds publics et l'impôt sur les salaires est souvent considéré comme un système qui a ses limites. Les dépenses de santé sont perçues comme un coût improductif qui fait obstacle au développement économique. Dans de nombreux pays à faible revenu, l'espace budgétaire et les recettes internes sont considérés comme trop limités pour garantir à la majorité de la population un accès aux services de santé.

De plus, la mobilisation de ressources gouvernementales supplémentaires exige généralement que l'économie formelle fonctionne bien, alors que 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.²¹ Ce type de situation est observé même dans les pays où la croissance de l'économie formelle est élevée.

L'augmentation de l'espace budgétaire est essentielle pour améliorer la durabilité des systèmes de protection sociale de la santé. Cela implique souvent des changements de la politique gouvernementale 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 modifiant les politiques gouvernementales 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 trouver de nouvelles sources de financement du budget national de la santé.

De telles approches nécessitent un engagement politique fort, la détermination 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 redevable. Dans ce contexte, il est essentiel de veiller à ce que la gestion soit démocratique et fondée sur une gouvernance tripartite. D'où, également, la nécessité d'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.

L'établissement de liens rationnels entre les sous-systèmes

Une autre approche de l'amélioration des mécanismes de financement de la santé consiste à établir des liens financiers entre les différents régimes. Ces liens permettent d'obtenir un effet redistributeur, par exemple au moyen 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/prime, les audits et contrôles mutuels, la conclusion commune de contrats avec les fournisseurs et le partage de l'information.

Lorsque l'on établit de nouveaux liens entre les différents mécanismes de financement de la santé, il faut, pour trouver des solutions durables, procéder à des tests, des évaluations et un suivi des mécanismes intégrés qui relient les régimes les uns aux autres.

²¹ ADB (2006).

Liste de contrôle :

politiques d'établissement de liens rationnels entre les différents mécanismes de financement de la santé

- instauration de subventions ;
- mise sur pied d'un système commun et national d'honoraires tarifés ;
- institution d'un système de péréquation des risques et de caisses de solidarité, si le besoin s'en fait sentir ;
- optimisation de la mise en commun des risques par l'augmentation du nombre des membres ;
- dans les régimes d'assurance : instauration de subventions gouvernementales pour les pauvres et les travailleurs du secteur informel et leurs familles (subventions directes ou subvention des cotisations/des primes) ;
- adoption de mesures pour que les assurances privées, les hôpitaux et autres établissements de santé couvrent obligatoirement les services de soins de santé dispensés aux pauvres ;
- encouragement à la création de caisses de réassurance et de caisses de garantie ;
- sélection 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 mutuels d'audit et de contrôle.

Conception d'ensembles de prestations adaptés aux besoins

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

En général, les problèmes de santé que visent à traiter les ensembles de prestations de la protection sociale de la santé ne sont pas les mêmes dans les pays à faible revenu, à revenu moyen et à revenu élevé :

- dans les pays à faible revenu, les principaux problèmes de santé à résoudre sont notamment les maladies infectieuses telles que le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, ainsi que les problèmes liés aux soins obstétricaux ;
- dans les pays à revenu moyen, les questions de santé englobent en partie celles susmentionnées pour les pays à faible revenu, mais aussi les maladies cardiovasculaires, la toxicomanie et l'abus de tabac ;
- dans les pays à revenu élevé, la liste des problèmes reprend en partie les éléments susmentionnés mais comprend également les syndromes liés au stress et les soins de santé de longue durée pour les personnes âgées.

La détermination des services couverts par l'ensemble de prestations et la protection financière devrait se faire sur la base d'un consensus qui serait le fruit de larges consultations avec l'ensemble des parties prenantes à la protection sociale de la santé, permettant de prendre en compte les points de vue divergents de la profession médicale, des différents groupes de population – par exemple les pauvres, les personnes âgées, les minorités – et autres. Le mécanisme politique de définition des besoins en soins de santé devrait donc être un dialogue national – englobant le dialogue social – sur les priorités à fixer dans ce domaine.

Si la taille de l'ensemble de prestations implique le respect d'un équilibre entre les coûts et la protection contre les risques, il est également recommandé de définir cet ensemble – y

compris la protection financière – de manière à assurer un accès équitable à une gamme complète de services, tels qu'ils sont énumérés dans les conventions et recommandations de l'OIT, et au nombre desquels figurent les soins de santé primaires, les soins en établissement, les soins préventifs et maternels, sans qu'il s'agisse de définir un "ensemble de prestations minimum".

Cette recommandation découle de la politique générale de l'OIT visant à garantir un accès universel en tout temps et à tous les établissements, et à faire en sorte que personne ne se voie refuser des soins en raison de leur coût ou à cause du lieu de résidence de l'intéressé. Les soins devraient être dispensés sans discrimination et dans des conditions de dignité, en veillant à tenir compte des traditions et préférences locales.

Liste de contrôle : Principales priorités en matière d'ensembles de prestations adaptées aux besoins et de protection contre les dépenses catastrophiques

- mise en place d'ensembles de prestations complètes et complémentaires, fournies par différents régimes, avec 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 l'équité et la qualité, du point de vue de leurs avantages et de leurs inconvénients respectifs ;
- 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 relatifs à la quantité, à la correspondance aux besoins et à la qualité ;
- minimisation des paiements directs ;
- fourniture d'un accès aux soins primaires, secondaires et tertiaires (en mettant sur pied des systèmes d'orientation des malades vers les services compétents), 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 ;
- résolution du problème de la perte de revenus par l'instauration de prestations en espèces suffisante.

Aux termes de la Convention No.102 de l'OIT, les prestations en cas de maladie doivent comprendre au moins : les soins de praticiens de médecine générale, y compris les visites à domicile, les soins de spécialistes, la fourniture de produits pharmaceutiques et l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire.

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'élargissement des systèmes sociaux de protection de la santé, il s'avère 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 à une première étape de l'élargissement de la protection sociale de la santé, par exemple aux services déjà disponibles, et d'accorder ultérieurement un accès complet.

Étant donné que les dépenses de santé privées sont l'une des causes premières de l'appauvrissement, les ensembles de prestations devraient être conçus dans le but de minimiser les paiements directs. 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 se réfèrent par conséquent à l'impératif d'adapter les services de santé couverts par l'ensemble de prestations afin qu'ils répondent aux besoins et de faire en sorte qu'ils soient les plus complets possible, en incluant dans ces services la protection financière contre l'appauvrissement, en particulier celui dû à des dépenses de santé catastrophiques.²²

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 en prestations a davantage d'importance que le choix des systèmes de financement (par exemple par l'impôt, par des cotisations ou par des 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 : alors que les prestations universelles contribuent davantage à l'équité qu'à la réduction de la pauvreté, les prestations ciblées ont un effet inverse.

²² Définies comme le coût des soins de santé dépassant la capacité de paiement d'un ménage.

Améliorer l'efficacité institutionnelle et administrative

Le plan de couverture pour l'extension de la protection sociale de la santé nécessite également que l'on améliore l'efficacité institutionnelle et administrative.

L'OIT considère que l'on peut y parvenir en mettant l'accent sur "*la bonne gouvernance*". L'Organisation définit cette bonne gouvernance dans le domaine de la protection sociale de la santé en se référant 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 de l'OIT pour une prise de décision participative et intégrante sont notamment ses propres conventions 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 des parties prenantes telles que les assurés – lorsque cela est faisable – et les membres de la société civile, la supervision par le gouvernement des administrations concernées et des caisses et assurances privées, et la responsabilité du gouvernement dans la couverture des 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 garantir la qualité des assurances et de suivre les progrès accomplis et les résultats. Ces instruments sont notamment les suivants :

- la budgétisation sociale ;
- les dépenses de protection sociale et les examens de performance ;
- l'enquête sur la sécurité sociale ;
- les outils STEP pour les assurances communautaires.

La *séparation financière et administrative* entre les caisses d'assurance maladie et les Ministères de la santé et du travail est essentielle à la satisfaction des critères de bonne gouvernance. En règle générale, les recettes consacrées à la protection sociale de la santé devraient être séparées des budgets gouvernementaux et il conviendrait de s'assurer que les cotisations ne sont utilisées que pour le financement des prestations de soins de santé et la gestion du régime et qu'elles ne servent pas à financer certaines fonctions du Ministère de la santé ; il est particulièrement important de veiller à ce que les cotisations de soins de santé ne soient pas utilisées pour la couverture d'autres risques.

Une tendance récente à la réorganisation de la protection sociale de la santé pour un gain en efficacité implique l'adoption de différentes formes de *décentralisation* des responsabilités, ces dernières étant transférées des gouvernements nationaux aux pouvoirs publics locaux et à d'autres institutions sous-nationales. Or ce transfert de la charge financière au niveau local s'avère souvent problématique, car les fonds transférés du niveau national peuvent s'avérer insuffisants, d'où un accroissement des inégalités d'accès,

par exemple pour les pauvres.²³ 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.²⁴

L'augmentation de l'efficacité concerne également l'achat des 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, qui consiste par exemple à plafonner les dépenses annuelles ;
- la conclusion de contrats avec les fournisseurs en fonction de leur performance, et l'accréditation des fournisseurs sur la même base ;
- l'adoption de méthodes de paiement des fournisseurs tels qu'un salaire, une rémunération par malade inscrit, un paiement par groupe de maladies et un 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 qui pourrait avoir pour conséquence des changements importants dans la disponibilité et l'accessibilité économique des services, en particulier pour les couches les moins aisées de la population.

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 ;
- minimiser les frais administratifs,
- 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, des districts 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 vers les services compétents ;
- 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.

²³ OCDE (2006a).

²⁴ OIT (2006d).

iii. Le renforcement des capacités nationales de mise en œuvre

Outre les deux éléments examinés ci-dessus, à savoir l'évaluation du déficit de couverture et du déficit d'accès et l'élaboration d'un plan de couverture, un autre élément majeur de *la nouvelle stratégie de l'OIT pour la rationalisation de l'utilisation de mécanismes de financement pluralistes afin de parvenir à une couverture universelle par la protection sociale de la santé* consiste à renforcer les capacités nationales pour pouvoir élargir la protection sociale de la santé.

L'acquisition de capacités, dans ce contexte, consiste en particulier à former le personnel et à mettre à niveau ses capacités dans les domaines de la conception, de la mise en œuvre, du suivi, du développement du savoir, par exemple grâce à la recherche et à des échanges d'expériences.

L'acquisition de compétences administratives grâce à la formation et à 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 l'application de la réforme, de même que l'efficacité du suivi, une bonne gouvernance et une fourniture fiable des services, dépendent du niveau de formation, de l'efficacité et du dévouement du personnel.

De surcroît, le renforcement de la capacité technique et administrative institutionnelle est essentiel pour s'assurer que les conditions nécessaires sont réunies pour garantir une bonne adéquation aux besoins des membres et la viabilité des régimes nationaux de sécurité sociale. Cela permet aussi d'améliorer les systèmes de conception, de mise en œuvre et d'essai de la protection sociale de la santé pour mieux garantir sa 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 l'ensemble de la gouvernance et de 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 obtenir un consensus des différents niveaux et entités du gouvernement, des partenaires sociaux, de la société civile et d'autres intervenants. Vu la diversité des intérêts de ces différents acteurs, l'obtention du 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 décisions ont été limitées.²⁵ Il pourrait en résulter un manque de soutien en ce qui concerne la mise en œuvre, le contrôle et le financement, ainsi que le respect des nouvelles lois et réglementations, ce qui pourrait conduire à un échec complet des importantes réformes lancées, 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.

²⁵ 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

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, d'encourager 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'incorporation de tous les sous-systèmes de couverture et de financement en vigueur dans un pays en un seul système national pluraliste pragmatique, à condition que les sous-systèmes existants et le système dans son ensemble remplissent un certain nombre de critères quant aux résultats à obtenir et aux méthodes à employer.

Le système devrait être conçu de façon à :

- permettre de parvenir à une couverture universelle de la population dans un délai réaliste ;
- fournir, de façon efficace et efficiente, des ensembles de prestations correspondant aux besoins – y compris une protection financière pour tous - mais sans qu'il s'agisse obligatoirement d'ensembles de prestations uniformes ;
- fonctionner harmonieusement grâce à un mécanisme de gouvernance qui refléterait la responsabilité générale du gouvernement dans la gestion de l'ensemble du système mais dans lequel seraient également impliqués les personnes couvertes, les "financiers" du système (cotisants et contribuables, y compris les employeurs et les travailleurs de l'économie formelle et informelle) et les fournisseurs de soins ;
- être budgétairement et économiquement abordable.

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 insuffisances dans l'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 résoudre le problème des limites. Nous estimons que la stratégie suggérée peut conduire à la couverture universelle de la santé.

Annexe I

Expériences nationales : bref aperçu général

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

a. Afrique

Bénin²⁶

Selon une étude du BIT sur les dépenses de protection sociale au Bénin, 6,21% de la population active du pays perçoivent une pension de retraite et 5,15% bénéficient d'une couverture des soins de santé.

Les fonctionnaires sont couverts à 80% pour les soins de santé, mais ils ne le sont pas pour le coût des produits pharmaceutiques, la pension de vieillesse du Fonds national de retraite du Bénin (FNRB) et les prestations familiales, considérés comme accessoires au salaire.

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.

Parallèlement, les autorités apportent de plus en plus leur soutien au lancement d'initiatives par les populations des zones rurales et périurbaines, qui s'organisent collectivement pour faire face aux risques financiers liés à la mauvaise santé. À ce jour, plus d'une centaine de régimes de microassurance maladie ont été créés. Selon les estimations, ils couvrent 100 000 personnes ; ils sont administrés par leurs membres et fonctionnent selon le principe de la solidarité.

Burkina Faso²⁷

Les régimes publics de sécurité sociale du Burkina Faso assurent moins de 10% de la population totale et leur couverture est limitée aux pensions de vieillesse, aux accidents du travail et à la maternité.

Depuis les années 1990, un grand nombre de nouvelles initiatives a été lancé sous des noms tels que *mutuelles de santé*, *caisses de solidarité*, *systèmes de prépaiement*, *couplage assurance santé-crédit*. En 2003, plus d'une centaine de mutuelles d'assurance maladie, de régimes de microassurance et d'autres régimes existaient dans le pays. Ces initiatives sont étroitement supervisées par l'État qui les soutient et qui a créé une *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 confirmé le rôle de la microassurance et son extension à la population de l'économie informelle, dans le cadre de la stratégie nationale. Cette stratégie

²⁶ Source: BIT/STEP (2006e).

²⁷ Source: BIT/STEP (2006e).

consiste à réformer en profondeur les mécanismes existants de la sécurité sociale publique afin d'améliorer leur gestion. Les pouvoirs publics soutiennent en outre fortement les régimes de microassurance afin qu'ils puissent augmenter leurs taux de couverture. Ce soutien prend la forme de 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.

Égypte ²⁸

En Égypte, le système de soins de santé est essentiellement financé par l'impôt et il est public, avec un petit secteur d'assurance sociale établi de longue date et un certain nombre de systèmes de financement et de prestations privés.

Le système public permet à l'ensemble de la population de bénéficier d'une certaine couverture par la protection sociale de la santé. L'assurance sociale fournit des prestations plus importantes à 8,4% de la population (il s'agit d'une moyenne, car le taux de couverture est compris entre seulement 3,4% dans le secteur où il est le plus faible et 12,7% dans celui où il est le plus élevé).

Les prestations offertes couvrent les soins de santé primaires, les services hospitaliers ambulatoires, les soins dentaires, les produits pharmaceutiques, l'appareillage médical, les soins hospitaliers et même l'évacuation dans les cas où une chirurgie spécialisée s'avère indispensable. Les personnes à charge ne sont généralement pas couvertes.

Les services sont fournis par une combinaison d'organismes 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 soins hospitaliers sont pour la plupart fournis dans des hôpitaux appartenant à l'Organisation de l'assurance santé (OAS).

La plus grande partie des hôpitaux appartient à l'OAS et est financée directement. Les contrats pour les soins dispensés par des fournisseurs privés sont pour la plupart basés sur le système de la rémunération à l'acte.

L'assurance maladie publique est financée par des cotisations égales à 4% des gains, payées à 75% par les employeurs et 25% par les salariés. Les retraités paient 1% et les veufs et veuves 2% de leurs revenus. Pour les fonctionnaires, les taux de cotisation sont de 1,5% pour le gouvernement et 0,5% pour le fonctionnaire. Le niveau de revenu utilisé pour le calcul des cotisations est plafonné et il existe de petits tickets modérateurs pour l'utilisation des services. L'OAS est subventionnée par le régime de prestations en cas d'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 indépendants, 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 domaines plus difficiles.

²⁸ Source : Weber et Normand (2007)

Le Ghana est divisé en dix régions avec 110 districts décentralisés qui constituent le niveau de base de l'administration politique du pays. En fait, les districts ou les assemblées de district sont des institutions autonomes chargées de l'exécution des fonctions administratives et de la gouvernance au niveau local.

L'économie du Ghana est surtout agraire, avec un secteur agricole dominant en termes d'emplois, de revenus et de gains à l'exportation. Ce secteur représente 50% de la main-d'œuvre et 42% du PIB. Les principales autres exportations sont les minerais (notamment l'or, les diamants, la bauxite et le manganèse). Le secteur du tourisme est en train de devenir lui aussi une importante source de devises étrangères.

En 2005, la croissance réelle du PIB était à la fois diversifiée et solide, et s'élevait à 5,9%. Le déficit budgétaire 2005 a été estimé à 2% du PIB. Ces dernières années, la devise nationale s'est fortement dépréciée et l'inflation a explosé, mais il y a eu plus récemment une stabilisation dans ces deux domaines, et l'inflation en particulier a commencé à baisser régulièrement.

En dépit d'une certaine amélioration de nombreux indicateurs de santé, au nombre desquels la mortalité et la morbidité, les indicateurs bruts continuent à prouver la nécessité de prendre de nouvelles mesures importantes. En 2004, l'espérance de vie à la naissance était de 56 ans pour les hommes et 58 ans pour les femmes, et l'espérance de vie en bonne santé de 49,2 ans et 50,3 ans respectivement (chiffres pour 2002).

Indicateurs de santé

Indicateur	Valeur (année)
Espérance de vie à la naissance pour les hommes (nombre d'années)	56.0 (2004)
Espérance de vie à la naissance pour les femmes (nombre d'années)	58.0 (2004)
Espérance de vie en bonne santé, à la naissance, pour les hommes (nombre d'années)	49.2 (2002)
Espérance de vie en bonne santé, à la naissance, pour les femmes (nombre d'années)	50.3 (2002)

Source: OMS, données nationales sur la santé, 2006.

Bien qu'au Ghana l'impact du VIH/SIDA soit moins prononcé que dans certains autres pays africains, on a observé récemment une augmentation régulière de sa prévalence. La mortalité des enfants de moins de 5 ans est élevée : 118 pour 1 000 pour les garçons et 109 pour 1 000 pour les filles.

Les dépenses totales de santé s'élevaient en 2003 à 4,5% du PIB, et environ 68% de ces dépenses étaient constituées par des paiements directs privés. Les dépenses totales de santé par habitant étaient de US\$98.

²⁹ BIT (2005b)

Indicateurs du financement de la santé au Ghana, 2003

Indicateur	Valeur (Année)
Pourcentage des dépenses totales de santé par rapport au produit intérieur brut	4.5
Pourcentage des dépenses générales de santé du gouvernement par rapport aux dépenses totales de santé	31.8
Pourcentage des dépenses privées de santé par rapport aux dépenses totales de santé	68.2
Pourcentage des dépenses générales de santé du gouvernement par rapport aux dépenses totales du gouvernement	5.0
Pourcentage des ressources extérieures pour la santé par rapport aux dépenses totales de santé	15.8
Pourcentage des paiements directs par rapport aux dépenses de santé privées	100.00
Dépenses de santé totales par habitant (dollar international)	98
Dépenses de santé du gouvernement par habitant au taux de change moyen (US\$)	5

Source: OMS, données nationales sur la santé, 2006.

Le niveau d'accès aux établissements de soins et le niveau d'utilisation de ces établissements ont été faibles. Une étude effectuée par le Service statistique du Ghana a révélé que 42,5% de la population urbaine et 54,7% de la population rurale n'avaient pas consulté de personnel médical en 1992 alors qu'ils étaient malades ou blessés. En 1998, le nombre des consultations médicales a augmenté, pour atteindre 46,6% pour la population urbaine et 69,2% pour la population rurale. Cette tendance est probablement liée au fait que de plus en plus de soins de santé sont devenus payants ces dernières années.

Le gouvernement du Ghana est conscient des problèmes associés au système de financement de la santé basé sur les paiements directs ("libre-service"). Il a par conséquent décidé de supprimer ce système de financement pour le remplacer par l'assurance maladie. L'objectif consiste à mettre en commun les risques, à réduire la charge financière individuelle et à obtenir de meilleurs taux d'utilisation, dans la mesure où les patients n'auraient plus à payer immédiatement en espèces sur le lieu de fourniture des soins. L'objectif déclaré est qu'au moins 50 à 60% des résidents au Ghana soient affiliés au nouveau régime d'assurance maladie dans les cinq à dix prochaines années.

Le nouveau régime national d'assurance maladie (National Health Insurance System, NHIS) est encore dans la première phase de sa mise en œuvre, après l'adoption de la législation correspondante en août 2003.³⁰ Ce système comprendra plus d'une centaine de régimes de mutuelles de santé de district financés par une combinaison de cotisations personnelles des travailleurs de l'économie informelle, une cotisation de 2,5% pour tous les membres de l'Institut de sécurité sociale et d'assurance nationale (Social Security National Insurance Trust, SSNIT) et un impôt-santé de 2,5% (un impôt indirect de type TVA).

Le nouveau système remplace le système "payant" ("libre-service") qui excluait de nombreux pauvres de tout accès aux soins de santé. Les jeunes enfants et les personnes âgées sont exemptés de cotisations.

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 reçoit le produit des cotisations et de l'impôt et le répartit ensuite entre les différentes mutuelles de district.

³⁰ Loi nationale sur l'assurance maladie, 2003 (Loi 650).

Malgré sa volonté de réforme et les mesures déjà adoptées, le Ghana est confronté à d'énormes problèmes dans l'extension de la protection sociale de la santé à l'économie informelle et aux zones rurales. Outre les contraintes financières, l'une des principales difficultés est l'insuffisance des liens entre les régimes de soins de santé nationaux et communautaires.

Le Ghana applique progressivement des mesures pratiques pour résoudre ces problèmes en utilisant pour ce faire 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.

Par ailleurs, la stratégie de lutte contre la pauvreté du Ghana témoigne de l'engagement du gouvernement à garantir l'accès aux soins de santé en améliorant les soins de santé de base pour les pauvres. 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 dispositions de financement appropriées qui protègent les pauvres et en renforçant l'efficacité de la fourniture des soins".³¹

Kenya³²

Depuis sa création, le système de santé du Kenya a été financé par les recettes gouvernementales. Le Kenya a été le premier pays d'Afrique à mettre en place une assurance maladie obligatoire, en 1966. Cette assurance est toutefois limitée aux travailleurs salariés et à leurs familles, qui ne représentent pas plus de 20% de la population. Les cotisations à la "Caisse d'assurance hospitalière" sont déduites des salaires et l'adhésion est obligatoire. La Caisse d'assurance hospitalière couvre les services hospitaliers, pour lesquels les membres doivent encore effectuer des paiements directs.

En 2004, la législation relative à la Caisse nationale publique d'assurance maladie (National Social Health Insurance Fund, NSHIF) a été soumise au Parlement. Il s'agit d'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 de l'assurance existante. Le but de la réforme proposée est de parvenir à une couverture universelle et donc de pouvoir dispenser à tous des soins de santé appropriés à un coût économiquement abordable. En agréant et rémunérant les fournisseurs de services privés, la Caisse devrait également regrouper les secteurs public et privé en une seule structure faîtière de financement. Mais 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 existante (National Hospital Insurance Fund) qui donnera naissance à la future NSHIF a déjà apporté des améliorations considérables au système actuel. Parmi ces améliorations figure 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.

³¹ Ghana (2003).

³² OMS/GTZ/BIT/KfW/DFID (2004).

Au Sénégal, 12 à 13% seulement de la population sont couverts par des régimes de sécurité sociale obligatoires ; il s'agit d'une part des salariés du secteur privé, d'autre part des fonctionnaires et des personnes à leur charge. Les travailleurs ruraux et ceux de l'économie informelle (70 à 80% de la population) ne bénéficient d'aucune forme de protection sociale organisée, sauf ceux qui sont membres d'une mutuelle (de santé). La population indigente (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.

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 spécifique au traitement des questions d'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 sur "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 regroupé des représentants de syndicats africains pour discuter 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 stipule que le gouvernement devrait concevoir et mettre en œuvre un régime de sécurité sociale pour la population rurale qui représente plus de 50% de la population du pays (5 millions de personnes).
- appliquant son Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP), le Sénégal a révisé sa stratégie et sa politique de protection sociale pour améliorer la couverture des travailleurs de l'économie formelle et informelle, et en particulier pour étendre la sécurité sociale aux personnes jusque-là 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 pourcentage de couverture par l'assurance maladie de 20 à 50% de la population totale d'ici à 2015.

En conformité avec ces initiatives, divers projets sont également en cours d'application pour étendre la sécurité sociale aux travailleurs ruraux et à ceux de l'économie informelle ; ils sont basés sur un nouveau type de régime qui comprend une structure centralisée au niveau national mais s'appuie sur des sections communautaires au niveau local (structurées

³³ Sources : Asfaw (2004), Wade (2007).

par zone géographique ou par profession). Mais l'extension de la couverture à la population employée dans l'économie informelle reste encore très problématique.

Tunisie³⁴

Depuis la fin des années 1950, deux Tunisiens sur trois sont assurés par deux régimes de sécurité sociale qui couvrent les fonctionnaires et les travailleurs des entreprises publiques et privées. Le gouvernement fournit en outre des services de soins de santé gratuits aux pauvres et à la population à faibles revenus dans des établissements publics gérés par le Ministère de la santé. De plus, certaines sociétés privées ou organismes publics offrent une assurance maladie privée à leurs employés, avec le même ensemble de prestations que l'assurance publique.

Dans les années 1990, le système d'assurance maladie tunisien s'est retrouvé confronté à une série de problèmes et de difficultés en matière d'efficacité, de qualité, d'équité et de satisfaction des parties prenantes et des usagers. La charge des cotisations des employeurs et des salariés n'était pas répartie de façon équitable.

La réforme en cours de l'assurance maladie a deux buts principaux. Les prestations des différents régimes d'assurance maladie devraient être harmonisés et il ne devrait plus y avoir qu'un seul organisme d'assurance maladie obligatoire, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Par ailleurs, des régimes complémentaires facultatifs devraient être créés pour couvrir les paiements directs qui pour l'instant ne sont pas remboursés.

Aujourd'hui, le débat national est axé sur des questions telles que la couverture de l'ensemble des prestations, l'endiguement des coûts (y compris les méthodes de paiement des fournisseurs), la garantie de qualité, les procédures de gestion, la réglementation et les directives générales.

b. Asie

Chine³⁵

La Chine bénéficie d'une croissance économique impressionnante et durable, et depuis le début des années 1980, 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 changements sociaux et économiques majeurs, mais son programme social reste encore incomplet, l'inégalité dans le domaine de la santé demeurant une préoccupation majeure. Jusqu'aux années 1970, 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, et les indicateurs de santé se sont donc détériorés. L'effondrement des régimes médicaux coopératifs dans les zones rurales et la ruine 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.

³⁴ Sources : Achouri (2007) et Asfaw (2004).

³⁵ Sources : Tang et coll. (2007) ; Hu (2007) ; Drouin et Thompson (2006).

Le gouvernement chinois se concentre aujourd'hui sur la constitution d'un "état protecteur modéré" et il a déclaré que l'amélioration des soins de santé était un élément essentiel de la croissance économique du pays. Le gouvernement central a augmenté les dépenses publiques de santé ainsi que les transferts sociaux en espèces. Grâce au niveau élevé de la croissance économique, certaines communautés ont créé des régimes locaux d'assurance maladie.

Dans les zones urbaines, les régimes d'assurance-emploi (RAE) et les régimes d'assurance-travail (RAT) couvrant les fonctionnaires et les travailleurs des entreprises d'État ont été remplacés en 1998 par un système d'assurance pour tous les salariés ouvert aux PME et aux travailleurs indépendants. Les réformes des RAE et des RAT ont été réalisées au niveau local ; elles comprennent l'introduction d'un système de partage des coûts par les bénéficiaires, la création d'une assurance en cas de maladie catastrophique et, dans certaines villes, l'application du système de la rémunération par malade inscrit. En 2005, l'assurance médicale de base (AMB) couvrait plus de 130 millions de bénéficiaires dans différentes villes chinoises.

Dans les zones rurales, les régimes communautaires ruraux d'assurance médicale (RCRAM) ont été remplacés, pour la plus grande part, par des régimes d'assurance privés, après le démantèlement des collectivités agraires. De ce fait, la plupart des exploitants agricoles ne peuvent pas payer une assurance privée et doivent donc procéder à des paiements directs importants. En 2002, le gouvernement a pris une « Décision de renforcement des activités de santé rurale » et a réintroduit les RCRAM sous la forme d'une assurance maladie locale facultative pour les exploitants agricoles indépendants. L'organisation et le financement de ce système sont encouragés et soutenus par le gouvernement central, et l'on s'attend à ce que la couverture soit étendue à 179 millions de bénéficiaires d'ici à la fin de 2005.

République de Corée ³⁶

La République de Corée est un exemple frappant de mise sur pied réussie d'un système d'assurance maladie universel. Il a fallu seulement 26 ans, après l'adoption par le pays de sa loi sur l'assurance maladie, en 1963, pour parvenir à une couverture universelle par l'assurance. Il convient de souligner que le PIB du pays par habitant, en termes réels, était encore inférieur à US\$1 600 – 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 14 premières années d'existence du système, on a mis davantage l'accent sur la construction de structures fonctionnelles que sur 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, avec la création du régime des salariés de l'économie formelle. La couverture par ce régime a progressé selon le principe de la taille des entreprises : initialement, l'assurance était obligatoire pour les entreprises de plus de 500 salariés, puis pour les entreprises plus petites de 300 salariés, puis de 100 et enfin de 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.

³⁶ Sources : Kwon (2002), Yang et Holst (2007).

Durant de nombreuses années, la couverture universelle par l'assurance sociale de la santé a figuré en tête de la liste des priorités de la politique gouvernementale. L'introduction et l'extension de la couverture par l'assurance maladie publique ont bien entendu été étroitement liées à la concurrence avec la République démocratique de Corée voisine et à la légitimité politique du régime militaire autoritaire de la République de Corée. L'affiliation aux programmes de protection sociale a été une question centrale dans la campagne électorale présidentielle de 1988. M. Noh Tae-woo, qui était alors le candidat du parti au pouvoir, a promis de couvrir les travailleurs indépendants par le régime d'assurance maladie avant 1991. Il a donc fallu surmonter l'obstacle majeur du recouvrement des cotisations auprès des bénéficiaires du secteur informel, dont les revenus sont irréguliers. Cet objectif a été pleinement atteint deux ans avant la date prévue et depuis 1989 l'assurance maladie est obligatoire pour tous les groupes de population. Il est certain que le développement économique considérable de la fin des années 1980 a joué un rôle important dans l'expansion rapide du système de sécurité sociale du pays.

Le système de santé de l'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 par cette assurance. La part des paiements directs était l'une des causes les plus importantes du faible niveau 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 au bout du compte conduit à la récente normalisation de l'assurance maladie et à l'application d'un système de paiement unique.

Inde ³⁷

En Inde, le secteur des soins de santé est en croissance rapide, suivant en cela le rythme du développement économique et social du pays. Toutefois, le pourcentage du PIB dépensé en soins de santé, qui est tout juste de 1%, reste relativement faible.

Tous les mécanismes de financement de la santé coexistent en Inde : les paiements directs constituent la principale forme de financement (87% des dépenses totales de santé).³⁸ La protection sociale de la santé s'appuie sur l'assurance maladie publique (l'Institution d'assurance sociale des travailleurs salariés – Employees State Insurance Scheme, ESIS – qui fournit une couverture obligatoire aux fonctionnaires et au personnel des grandes entreprises), sur le régime de protection de la santé du gouvernement central (Central Government Health Scheme, CGHS), sur des régimes professionnels, sur l'assurance maladie (commerciale) facultative et sur l'assurance maladie communautaire.

En dépit des mesures prises par le gouvernement pour soutenir les régimes d'assurance maladie, quelque 10% seulement de la population adhèrent à cette assurance. La majorité de la population ne peut bien entendu pas se permettre de payer des primes et des cotisations.

Les insuffisances dans la fourniture des prestations, les cotisations élevées, les tickets modérateurs importants et la qualité médiocre des fournisseurs 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 services de soins ambulatoires, des médicaments et des coûts indirects d'une maladie (par exemple les frais

³⁷ Sources: Gupta (2007), BIT (2003b), van Ginneken (2000).

³⁸ Source : BIT (2004c).

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.

Thaïlande³⁹

En octobre 2001, la Thaïlande a franchi une étape historique vers la couverture totale de sa population par les soins de santé en mettant sur pied un régime de soins de santé universel dénommé "régime UC" (également connu sous le nom de régime "30 bahts"). Ce régime offre à tout citoyen thaïlandais qui n'est affilié ni au régime d'assurance maladie de la sécurité sociale (Social Security Health Insurance Scheme, SSO), ni au régime de prestations médicales des fonctionnaires (Civil Servants Medical Benefits Scheme, 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). Les ayants-droit doivent s'immatriculer auprès de ces réseaux, obtenir une carte d'assurance gratuite et payer un ticket modérateur nominal de 30 bahts (environ US\$0,75⁴⁰) pour chaque visite ambulatoire ou admission à l'hôpital. Les médicaments sont fournis gratuitement sur présentation d'une ordonnance. Au cours des deux années qui ont suivi sa création, ce système a remarquablement bien fonctionné du point de vue de la couverture de la population. Quant à sa pérennité budgétaire à long terme, on ne sait pas encore si elle est assurée.

Les cinq principaux éléments constitutifs du système national thaïlandais de financement des soins de santé sont les suivants :

- 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 d'ayants-droit (quelque 3 millions de fonctionnaires et environ 4 millions de personnes à charge ayants-droit, à savoir les enfants, les conjoints et les parents) ;
- le régime UC dont le nombre total de membres immatriculés est de 46,5 millions ; les bénéficiaires de l'UC appartiennent à deux groupes : 24,3 millions de bénéficiaires exemptés du ticket modérateur de 30 bahts (US\$0,75) par visite, et 22,2 millions de bénéficiaires qui doivent payer un ticket modérateur de 30 bahts au point 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.⁴¹

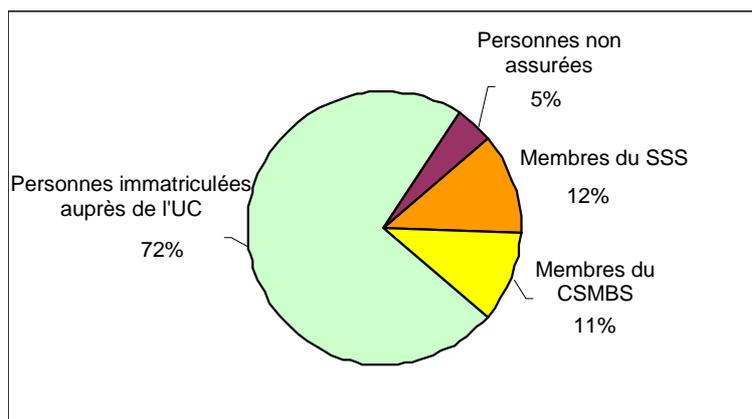
On trouvera aux figures 14 et 15 une estimation de la composition de la couverture de la population et du budget national des soins de santé en Thaïlande en 2003. En ce qui concerne l'accès aux soins de santé, la couverture de la population peut être considérée comme pratiquement complète.

³⁹ Source : BIT (2004c).

⁴⁰ Taux de change : 40 bahts = US\$1.

⁴¹ Surasinangsang (2004)

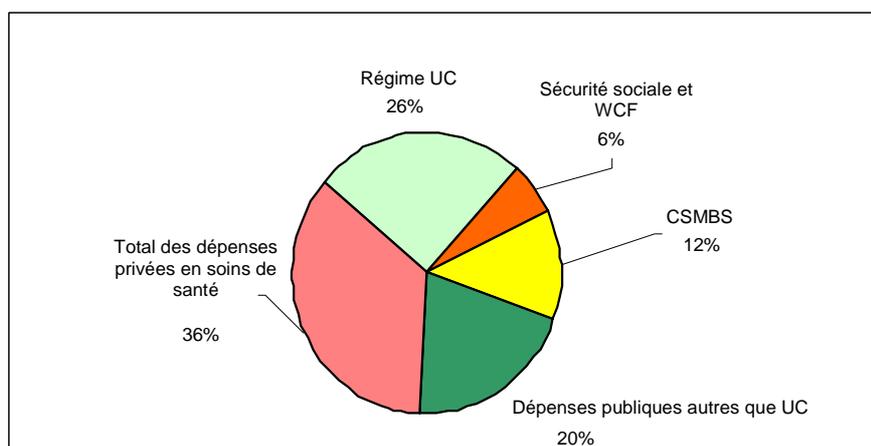
Figure 14. Estimation de la structure de la couverture des soins de santé – Thaïlande 2003



Source : Estimations du BIT et de la mission IHPP, 15-20 mai 2004, Genève.

L'UC est un nouveau régime en ce sens qu'il instaure pour tous les résidents en Thaïlande un droit d'accès légal spécifique aux services de santé et qu'il supprime pratiquement tous les obstacles financiers à cet accès dans la mesure où les tickets modérateurs sont faibles et où les nécessiteux en sont même exemptés. Si ce droit peut s'exercer, c'est parce qu'il s'appuie sur un nouveau mécanisme d'allocation des ressources publiques en soins de santé, la rémunération par malade inscrit, 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 UC n'est manifestement pas un régime d'assurance maladie au sens plein du terme puisqu'il n'est pas financé par des cotisations. Il s'agit plutôt d'une variante d'un système de financement des soins de santé de type "Service national de santé", qui combine 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).

Figure 15. Estimation de la composition du budget national de la santé, Thaïlande 2003



Source : Estimations du BIT et de la mission IHPP, 15-20 mai 2004, Genève.

Théoriquement, le régime UC 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 l'UC 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. 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. Il semblerait qu'environ le tiers du groupe des personnes à revenus élevés ait tendance à utiliser le régime UC comme régime minimum garanti.

Il est évident que les modifications dont le régime UC a fait l'objet en 2001 ont accru les dépenses gouvernementales en soins de santé. Le montant effectif de ces dépenses est difficile à déterminer puisque l'on ne peut pas recourir à un raisonnement contrefactuel (consistant à déterminer quelles auraient été les dépenses de santé du gouvernement en l'absence du nouveau régime UC) faute de pouvoir chiffrer la situation virtuelle inverse. Mais l'augmentation du niveau des dépenses entre 2000 et 2003 permet de conclure que le coût supplémentaire du régime pourrait être de l'ordre de 25 millions de bahts par an. Cet ordre de grandeur est confirmé par les estimations de l'IHPP relatives au montant des économies des ménages en paiements directs des soins de santé. Selon les estimations, ce montant serait de 10 à 13 milliards de bahts pour l'ensemble des ménages nouvellement couverts par le système de tiers payant de l'UC. 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, et cela 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. Les fonds qui lui ont été alloués ont dû être renégociés dans le cadre du processus annuel de budgétisation gouvernementale. Du point de vue de sa durabilité, il est dans l'intérêt de l'UC de "rétrécir" le plus possible en concédant des "parts de marché" aux deux ou trois autres régimes. Il semble en même temps logique d'essayer de trouver des sources de revenus à affectation spéciale protégées contre la concurrence budgétaire annuelle. C'est ce qui a été fait en 2005, puisqu'une certaine partie des impôts sur le tabac et l'alcool a été allouée au financement du régime UC, ce qui a permis de sauvegarder les ressources utilisables pour les soins de santé dispensés aux couches de la population les plus défavorisées du point de vue économique, en période de difficultés budgétaires. Mais la situation financière du régime UC ne peut être stabilisée à long terme 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.

c. Amérique latine

Chili ⁴²

Le système de soins de santé chilien est apparu sur le devant de la scène comme l'un des premiers modèles orientés vers le marché, avec la création en 1981 de caisses d'assurance maladie privées dont le but était de gagner en efficacité et de faire sauter les goulots d'étranglement dans la fourniture et le financement des prestations. 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. Mais 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.

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

⁴² Source : Holst et coll. (2004).

Le Chili est parvenu à une couverture universelle par la protection de la santé en combinant en un système de paiements unique un système basé sur des cotisations, de type Bismarck, et un système de santé financé par l'impôt couvrant les pauvres.

- les salariés du secteur formel et certains travailleurs indépendants paient des cotisations liées au revenu pour obtenir un ensemble de prestations complet. Les indigents sont couverts par la Caisse publique d'assurance maladie, la FONASA, qui reçoit à cet effet d'importantes subventions elles-mêmes financées par les recettes fiscales ;
- les personnes immatriculées mais exemptées de cotisations n'ont pas droit au service de santé privé dont bénéficient les personnes qui paient des tickets modérateurs importants. Mais comme l'affiliation à la FONASA est gratuite, elles sont protégées contre toute discrimination et dépréciation lorsqu'elles se font dispenser des soins de santé par les fournisseurs publics.

Colombie⁴³

Avant la réforme du secteur de la santé en Colombie en 1993, les régimes publics d'assurance maladie liés à l'activité professionnelle couvraient environ le tiers de la population. Les travailleurs du secteur formel étaient obligatoirement immatriculés auprès de régimes exclusifs de mise en commun des risques et payaient des cotisations obligatoires. La caisse la plus importante, l'Institut de sécurité sociale (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 sus des deux grandes caisses du secteur public (Cajanal, pour les salariés du gouvernement central, et Caprecom pour les travailleurs des entreprises d'État du secteur des télécommunications, de la télévision et des postes), le système de mise en commun générale des risques comprenait plus d'un millier de petits régimes d'assurance.

La réforme de 1993 a été inspirée par les changements fondamentaux dont le système de santé chilien avait fait l'objet 12 ans plus tôt. Mais les Colombiens ont essayé d'éviter les effets manifestement non souhaités 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 est basé sur des cotisations obligatoires équivalant à 12% du salaire (8% payés par l'employeur, 4% par le salarié).

Pour éviter l'effondrement du marché et un comportement concurrentiel inefficace 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 sont mises en commun dans une seule caisse de compensation, qui alloue ensuite aux assureurs une prime au régime communautaire, ajustée au risque, pour chaque personne immatriculée, en fonction de son âge, de son sexe et de son lieu de résidence (zone urbaine/zone rurale). Ainsi, les immatriculés paient en fonction de leur capacité de financement, mais les assureurs reçoivent des cotisations basées sur le risque individuel des assurés. De plus, les Colombiens ont créé un ensemble de prestations standard assorti d'une détermination des services couverts/exclus et des périodes donnant droit à une

⁴³ Sources : Castaño et Zambrano (2005).

couverture à taux plein, avec définition des montants 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, il vaut la peine de mentionner la création d'un système subventionné qui vient s'ajouter au régime contributif. Les citoyens qui n'ont pas les moyens de payer des cotisations 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.

Afin de mieux cibler les pauvres et les personnes dans le besoin, la Colombie a mis sur pied un système d'identification des bénéficiaires (SISBEN) basé sur des questionnaires complets et des contacts individuels avec les travailleurs sociaux. Pour bénéficier du système subventionné, il faut répondre aux conditions posées par le SISBEN. Le financement du système subventionné repose sur les recettes fiscales et sur les cotisations 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. L'ensemble de prestations couvert par le régime de solidarité est plus limité que l'ensemble complet du système contributif ; pour les bénéficiaires du système de solidarité, le principal avantage est qu'ils sont exemptés de ticket modérateur lorsqu'ils s'adressent à des fournisseurs de soins de santé publics.

Costa Rica⁴⁴

Au Costa Rica, 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 1940 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 donnent des résultats qui ressemblent à ceux de l'Europe, des États-Unis et du Canada, et non à ceux généralement constatés pour des pays ayant un revenu par habitant semblable (US\$1 750). La couverture de la population s'est élargie et l'accès aux services de santé de la CCSS est aujourd'hui plus ou moins universel.

Le Ministère de la santé (17% des dépenses totales en 1990) supervise la promotion de la santé, la prévention des maladies et la santé environnementale. La CCSS (80% des dépenses totales) fournit des soins curatifs et des soins de réadaptation, des services de prévention individuelle (par exemple les vaccinations) et certains services éducatifs. L'Institut national d'assurance (INS) couvre le traitement, la réadaptation et l'indemnisation des titulaires d'une police d'assurance 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 ils font partie du système national de santé. La qualité des soins en établissement est considérée comme très élevée, mais celle des soins ambulatoires est de plus en plus décriée.

⁴⁴ Source : Weber et Normand (2007).

Les fournisseurs de santé qui travaillent avec le Ministère de la santé et la CCSS sont la plupart du temps salariés, mais la CCSS a expérimenté d'autres solutions, au nombre desquelles un régime de médecine d'entreprise (l'entreprise paie le salaire du médecin et met une clinique à la disposition de ses salariés) et une rémunération forfaitaire par patient des médecins ou des cliniques coopératives.

Annexe II

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

Pays *	Population		PIB ¹		Indice du développement humain	Indice de la pauvreté humaine	Indicateur Gini	Déficit d'accès estimé	
	Total (2003) ⁴	Population urbaine (%) (2004) ⁵	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
Burundi	7	10	1	100	0.38	41	33	93	75
Cambodge	14	19	4	310	0.58	39	40	76	68

Pays *	Population		PIB ¹		Indice du développement humain	Indice de la pauvreté humaine	Indicateur Gini	Déficit d'accès estimé	
	Total (2003) ⁴	Population urbaine (%) (2004) ⁵	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)
* (ordre alphabétique anglais)									
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
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	-	-

Pays *	Population		PIB ¹		Indice du développement humain	Indice de la pauvreté humaine	Indicateur Gini	Déficit d'accès estimé	
	Total (2003) ⁴	Population urbaine (%) (2004) ⁵	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)
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	-	-
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	-	-

Pays *	Population		PIB ¹		Indice du développement humain	Indice de la pauvreté humaine	Indicateur Gini	Déficit d'accès estimé	
	Total (2003) ⁴	Population urbaine (%) (2004) ⁵	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)
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
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	49	30	14	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

Pays *	Population		PIB ¹		Indice du développement humain	Indice de la pauvreté humaine	Indicateur Gini	Déficit d'accès estimé	
	Total (2003) ⁴	Population urbaine (%) (2004) ⁵	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)
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	-	-
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	-	-

Pays *	Population		PIB ¹		Indice du développement humain	Indice de la pauvreté humaine	Indicateur Gini	Déficit d'accès estimé	
	Total (2003) ⁴	Population urbaine (%) (2004) ⁵	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)
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	62	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
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

¹ Banque mondiale (2006b), pp, 292-295. ² Rapport 2006 sur le développement humain (2006), pp, 283-286. ³ Idem, pp, 292-295. ⁴ Toutes ces données proviennent de la Banque mondiale (2005), pp, 256ff. sauf pour Cuba. ⁵ Rapport 2006 sur le développement humain (2006), pp, 297-299.

Tableau 1 b. 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 ¹	Dépenses de santé de la sécurité sociale en % des dépenses de santé générales du gouvernement ¹	Paiements directs en % des dépenses de santé privées ¹
	Total (%)	État (%) ²	Assurance maladie publique (%)	Assurance maladie privée (%)	Autre (%)	Régime professionnel / syndical					
Albanie	...							58.2	6.5	25.1	99.8
Algérie	85.0	17 ³	68 ⁴	0				18.3	4.1	28.4	95.3
Angola	...							15.8	7.1	89.2	71.1
Argentine	99.9	37.3 ⁵		13.6 ⁶	0.2 ⁷	48.8 ⁸		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 ⁹				22	8.9	56.8	55.6
Autriche	98.1	3.8 ¹⁰	94.2	0.1 ⁹				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 ¹¹						23.2	3.6	0.0	96.8
Belgique	100.0		99	57.5 ⁹				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 ¹²		24.5				35.1	7.6	0.0	64.2
Bulgarie	100		100 ¹³					44.8	7.5	51.6	98.4
Burkina Faso	0.2		0 ¹⁴				0.2	52.2	5.6	1.0	98.1
Burundi	13		13 ¹⁵				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 ⁹			0	14.9	9.9	2.1	49.6
Cap-Vert	65.0		26.7 ¹⁶				0	26.7	4.6	35.5	99.7
République Centrafricaine	6.0						6.03	58.5	4.0	...	95.3
Tchad	...						0.01	57.9	6.5	...	96.3
Chili	96.0	25 ¹⁷	43.8	17.6	9.6		0	23.7	6.1	32.1	46.2
Chine	23.9		10.0 ¹⁸				13.9	55.9	5.6	53.4	87.6

Pays *	Couverture formelle						MAM Total	Paiements directs en % des dépenses de santé totales	Dépenses totales de santé en % du PIB brut ¹	Dépenses de santé de la sécurité sociale en % des dépenses de santé générales du gouvernement ¹	Paiements directs en % des dépenses de santé privées ¹
	* (ordre alphabétique anglais)	Total (%)	État (%) ²	Assurance maladie publique (%)	Assurance maladie privée (%)	Autre (%)					
Colombie	31.3		30.5 ¹⁹			0.7 ²⁰	0.13	7.5	4.0	...	95.3
Congo	...						0	35.8	2.0	0.0	100
Costa Rica	100.0		87.8 ²¹	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 ²²				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 ⁹			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 ²³	20	7		0	54.1	5.1	31.9	88.1
Égypte	47.6	34.3 ²⁴	12.9 ²⁵	0.44			0	53.5	5.8	27.1	93.2
El Salvador	59.6	40	18.1 ²⁶	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 ²⁷			0	10	1.5	0.0	80.5
Gabon	55.0	14.4 ²⁸	23 ²⁹	4.7 ³⁰	12.9 ³¹		0	33.4	4.4	1.7	100
Gambie	99.9						0	40.2	8.1	0.0	67.0
Georgia	55.0		14 ³²				0	74.7	4.0	59.2	98.2
Allemagne	101.6	3.9 ³³	85.7 ³⁴	10 ³⁵	2 ³⁶		0	10.4	11.1	87.4	47.9
Ghana	18.7						18.7	68.2	4.5	...	100
Grèce	99.5			10 ⁹			0	46.5	9.9	32.0	95.4
Guatemala	72.6	26	16.6 18.2 ³⁷	30		> 0.008 ³⁸		55.4	5.4	50.5	91.9
Guinée	1.1						1.09	82.9	5.4	1.5	99.4

Pays *	Couverture formelle						MAM Total	Paiements directs en % des dépenses de santé totales	Dépenses totales de santé en % du PIB brut ¹	Dépenses de santé de la sécurité sociale en % des dépenses de santé générales du gouvernement ¹	Paiements directs en % des dépenses de santé privées ¹
	* (ordre alphabétique anglais)	Total (%)	État (%) ²	Assurance maladie publique (%)	Assurance maladie privée (%)	Autre (%)					
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 ⁹				16.5	10.5	36.5	100
Inde	5.7		5.2 ³⁹	0.04 ⁴⁰			0.48	72.9	4.8	4.2	97.0
Indonésie	54.6	16.6 ⁴¹	36.1 ⁴²	1.9 ⁴³				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 ⁹				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 ⁹				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 ⁴⁴				0.015	50.6	4.3	10.0	82.6
Corée, République de	94.0		94 ²⁷	n.a. ⁹				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
Rép. dém. Pop. Lao	16.1		15.9 ⁴⁵				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 ⁴⁶	26.1 ⁴⁷	12.6 ⁴⁸	11.1 ⁴⁹		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 ⁵⁰	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

Pays *	Couverture formelle						MAM Total	Paiements directs en % des dépenses de santé totales	Dépenses totales de santé en % du PIB brut ¹	Dépenses de santé de la sécurité sociale en % des dépenses de santé générales du gouvernement ¹	Paiements directs en % des dépenses de santé privées ¹
	* (ordre alphabétique anglais)	Total (%)	État (%) ²	Assurance maladie publique (%)	Assurance maladie privée (%)	Autre (%)					
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 ⁵¹	47 ⁵²	3 ⁵³				50.5	6.2	66.9	94.2
Moldova, République of	78.6		100 ⁵⁴					43.7	7.2	1.1	96.1
Mongolie	100	57.6 ⁵⁵	78.5 ⁵⁶					33	6.7	37.8	91.1
Maroc	41.2		35 ⁵⁷	0.4	0.5 ⁵⁸	5.3 ⁵⁸		50.9	5.1	0.0	76.1
Mozambique	...							14.9	4.7	0.0	38.8
Myanmar	...							80.4	2.8	1.3	99.7
Namibie	22.5		10 ⁵⁹	12.5 ⁶⁰				5.8	6.4	1.9	19.2
Népal	0.1					0.008 ⁶¹	0.13	66.6	5.3	0.0	92.2
Pays-Bas	100		76.3	28 ⁹				7.8	9.8	93.0	20.8
Nouvelle-Zélande	100.0	100		35 ⁹				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 ⁹				15.6	10.3	17.9	95.4
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 ⁶²	12.4		0.18 ⁶³	3.59	51.1	7.3	39.8	74.6
Pérou	71.0	11.7 ⁶⁴	27.2 ⁶⁵				0.34	40.8	4.4	42.4	79.0
Philippines		37.7 ⁶⁶	21.1 ⁶⁷					44	3.2	21.8	78.2
Pologne	...			0 ⁹			0	26.4	6.5	86.0	87.8
Portugal	100.0	100.0		14.8 ⁹			0	29	9.6	6.5	95.7
Roumanie	100.0		100 ⁶⁸				0	33.5	6.1	85.8	90.4
Féd. de Russie	88		88 ⁶⁹				0	29.2	5.6	43.7	71.1
Rwanda	36.6	2.6 ⁷⁰	8.9 ⁷¹				25.1 ⁷²	23.6	3.7	9.8	41.7

Pays *	Couverture formelle							Paiements directs en % des dépenses de santé totales	Dépenses totales de santé en % du PIB brut ¹	Dépenses de santé de la sécurité sociale en % des dépenses de santé générales du gouvernement ¹	Paiements directs en % des dépenses de santé privées ¹
	* (ordre alphabétique anglais)	Total (%)	État (%) ²	Assurance maladie publique (%)	Assurance maladie privée (%)	Autre (%)	Régime professionnel / syndical				
Arabie saoudite	...						0	6.9	4.0	...	28.6
Sénégal	11.7		7 ⁷³				4.72	55.5	5.1	15.8	95.3
Serbie et Monténégro	96.2		96.2 ⁷⁴				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 ⁹		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 ⁷⁵		17 ⁷⁶ 15.1 ⁷⁷			0	10.5	8.4	4.6	17.1
Espagne	98.9			2.7 ⁹			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 ⁹			0	31.5	11.5	69.3	76.0
République arabe syrienne	29.2	100 ⁷⁸	0	0.005 ⁷⁹		18 ⁸⁰	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 ⁸¹				0.005	36.2	4.3	2.6	81.1
Thaïlande	97.7	75.3 ⁸²	22.4 ⁸³				0	28.7	3.3	32.0	74.8
L'ex-Rép. youg. de Macédoine	100.0		100 ⁸⁴				0	15.5	7.1	97.8	100
Togo	0.4						0.44 ⁸⁵	66.2	5.6	14.6	88.0
Tunisie	99.0	33 ⁸⁶	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 ⁸⁷					0	26.8	5.7	0.0	78.6
Royaume-Uni	100.0	100		10 ⁹			0	11	8.0	0.0	76.7
États-Unis	100	32.4 ⁸⁸		71.9 ⁹ 66.4 ⁸⁹			0	13.5	15.2	28.4	24.3

Pays *	Couverture formelle						Paiements directs en % des dépenses de santé totales	Dépenses totales de santé en % du PIB brut ¹	Dépenses de santé de la sécurité sociale en % des dépenses de santé générales du gouvernement ¹	Paiements directs en % des dépenses de santé privées ¹	
	* (ordre alphabétique anglais)	Total (%)	État (%) ²	Assurance maladie publique (%)	Assurance maladie privée (%)	Autre (%)					Régime professionnel / syndical
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 ⁹⁰			1.17	53.6	5.4	16.6	74.2
Yémen	6.3		0	0.03 ⁹¹	4.65 ⁹²	1.5 ⁹³	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

1 Organisation mondiale de la santé (2006), Annexe statistique (<http://www.who.int/whr/2006/annex/en>). 2 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. 3 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. 4 En 2004, la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale des Travailleurs Salariés (CNAS) comptait 7 750 045 bénéficiaires. En octobre 2006, le nombre des 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 maladie 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 Tseden, 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 Tseden 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 Itaipú par " Seguro Itaipú " (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 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).

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.

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.

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.

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.
- 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://zope0.itcilo.org/socpro/pacific/db/Reports/>).
- 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).
- Ammar, Walid; Fakha, Hisham; Azzam, Osmat; Khoury, Rita Freiha; Mattar, Charbel; Halabi, Maher; Aoudat, Doried; Srouf, 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).
- 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://www.cmhealth.org/docs/wg3_paper1.pdf).
- Arnaudova, Alben. 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.
- 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://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/707sp1.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).
- . 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/322040World0Development0Report02006.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).
- 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/resources/Documents/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/public/english/bureau/inf/pr/1999/41.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://www3.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>
f)

- ___ 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://www3.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/download/67p1.pdf>).
- ___ 2003a. *An Inventory of Micro-Insurance Schemes in Nepal*. Katmandou/Genève
(<http://www.ilo.org/amin/download/publ/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://www3.ilo.org/public/english/protectio/socsec/step/download/70p1.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/amin/download/publ/831p1.pdf>).
- ___ 2005a. *Improving Social Protection for the Poor: Health Insurance in Ghana. The Ghana Social Trust pre-Pilot Project*. Rapport final, Genève.
(<http://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/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).
- ___ 2006a. *Social security for all- Investing in global social and economic development. A consultation*. Questions de protection sociale. Document de travail 16. Genève
(<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/publ/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/1215 sp1.pdf>).
- ___ 2006c. *Ghana: Technical note on Financial Assessment of the National Health Insurance Fund*. Genève
(<http://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/1559sp1.pdf>).
- ___ 2006d. *The social protection perspective of micro-insurance*, Genève
- ___ 2006e. *Rapport d'avancement, ILO/STEP en Afrique de l'ouest*, Genève

- 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/1191_sp1.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/StiftungsWebsite/Projects/Microinsurance/2006Microinsurance/Microinsurance_Compndium.htm
- 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/rblac/documents/poverty/mdg/MDGs-libro70.pdf>).
- 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-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2002/11/01/000094946_02102204203143/Rendered/PDF/multi0page.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://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/1511sp1.pdf>).
- Estivill, Jordi. 2003. *Concepts and Strategies for Combating Social Exclusion. An overview*. BIT-STEP/Portugal, Genève (<http://www3.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).
- 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://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/455sp1.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.phrplus.org/Pubs/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.

-
- 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).
- 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://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/1503p1.pdf>).
- 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.
- 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).
- Kutzin, Joseph. 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://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/509sp1.pdf>).
- 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>)
- 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).
- . 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).
- . 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).
- 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).
- . 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

Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE). 2001. *Towards Asia's Sustainable Development. The Role of Social Protection*. Paris (<http://213.253.134.43/oced/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)

___ . 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.

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/>).

___ . Données nationales 2003 sur la santé.

___ . 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).

___ . (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).

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

___ . 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).

___ . 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.

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://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/1023sp1.pdf>)
- 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://crted.org/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).
- 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://www1.worldbank.org/publications/pdfs/15041intro.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 cas n° 1*
(http://www.microfinancegateway.com/files/22462_file_SERVIPER_.pdf).
- 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 Jakarta.
- . 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.gtz.de/de/dokumente/en-health-insurance-assessments-ye.pdf>; www.who.int/entity/health_financing/countries/yemen_en1-1_9-front_execsum.pdf).
- 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.unngls.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/verbaende/05orga/07jahresberichte/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>).
- 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.phrplus.org/Pubs/prim2.pdf>).
- 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_medicaid/).
- 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).
- 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/RessShowRessource.do?ressourceId=168&longTitle=default&author=default&ressYear=0000>).
- Waelkens, Maria-Pia; Criel, Bart. 2004. *Les mutuelles de santé en Afrique sub-saharienne. 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).

Witter Sophie. 2002. *Health Financing in Developing and Transitional Countries*. Document d'information pour OXFAM GB, Université de York, York.
(<http://projects.ics.hawaii.edu/strev/ics614/files/health%20financing%20methods%20-%20oxfam%5B1%5D.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)

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.