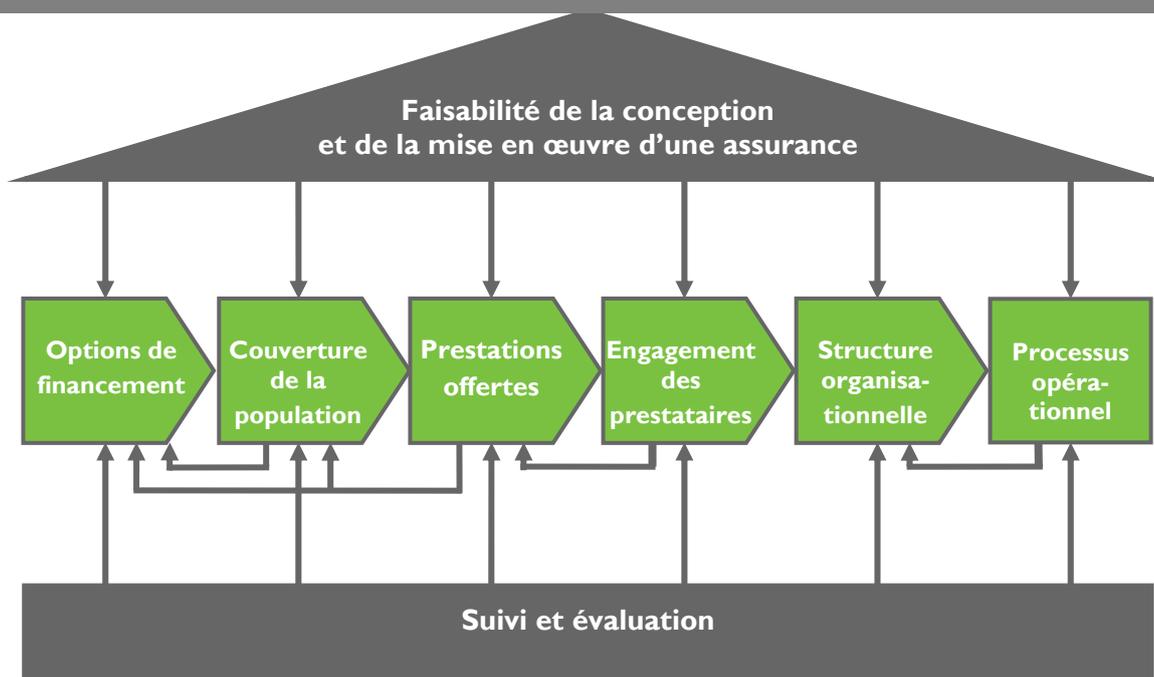




USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MANUEL SUR L' ASSURANCE MALADIE COMMENT L'OPERATIONNALISER



Mai 2010

Cette version préliminaire a été rédigée et revue par l'Agence des États-Unis pour le développement international. Projet Health Systems 20/20.

CLAUSE LIMITATIVE DE RESPONSABILITÉ

Les opinions de l'auteur présentées ici ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ou du gouvernement des États-Unis.



Mission

L'accord de coopération Health Systems 20/20, financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) de 2006 à 2010, aide les pays appuyés par l'USAID à surmonter les obstacles qui entravent l'accès à des services de santé prioritaires qui sauvent des vies. Le projet Health Systems 20/20 œuvre à renforcer les systèmes de santé grâce à des approches intégrées visant à améliorer le financement, la gouvernance et les opérations, tout en consolidant de manière durable les capacités des institutions locales.

Mai 2010

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires du présent rapport, veuillez écrire à l'adresse info@healthsystems2020.org ou visiter notre site Web à l'adresse www.healthsystems2020.org.

N° d'accord de coopération : GHS-A-00-06-00010-00

Référence bibliographique recommandée : Mai 2010. Manuel Sur l' Assurance Maladie Comment L'Opérationnaliser – Version française. Bethesda, Maryland : Rédacteurs en chef : Catherine Connor et Hong Wang. Auteurs : Hong Wang, Kimberly Switlick, Christine Ortiz, Catherine Connor et Beatriz Zurita. Projet Health Systems 20/20, Abt Associates Inc.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue | Suite 800 North
| Bethesda, Maryland 20814 | T. : 301.347.5000 | F. : 301.913.9061
| www.healthsystems2020.org | www.abtassociates.com

En collaboration avec :

| Fondation Aga Khan | Université BRAC | Broad Branch Associates | Deloitte Consulting, LLP
| Forum One Communications | RTI International | Training Resources Group | Faculté de
santé public et de médecine tropicale de l'Université Tulane

MANUEL SUR L' ASSURANCE MALADIE COMMENT L'OPERATIONNALISER

DISCLAIMER

The author's views expressed in this publication do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development (USAID) or the United States Government

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	ix
Sigles et acronymes	xi
Introduction	I
ÉLÉMENT 1. Faisabilité du système d'assurance maladie	5
1.1 Objectifs.....	5
1.2 Principaux concepts	5
1.3 Aspects importants à prendre en compte.....	6
1.4 Exemple : Évaluation de la faisabilité de l'assurance sociale au Kenya.....	10
1.5 Élément 1 : Diaporama	11
1.6 Autres éléments de lecture.....	12
ÉLÉMENT 2. Sélection des mécanismes de financement....	13
2.1 Objectifs.....	13
2.2 Principaux concepts	13
2.3 Aspects importants à prendre en compte.....	15
2.4 Exemple : Une combinaison de regimes d'assurance maladie au Rwanda	19
2.5 Étapes relatives à cet élément	20
2.6 Diaporama	20
2.7 Autres éléments de lecture.....	21
ÉLÉMENT 3. Couverture de la population.....	23
3.1 Objectifs.....	23
3.2 Principaux concepts	23
3.3 Aspects importants à prendre en compte.....	25
3.4 Exemple : La couverture de Péruviens démunis grâce a des subventions conditionnées au test de moyens.....	30
3.5 Étapes relatives à cet élément	31
3.6 Diaporama	32
3.7 Autres éléments de lecture.....	32
ÉLÉMENT 4. Prestations et maîtrise des coûts.....	33
4.1 Objectifs.....	33
4.2 Principaux concepts	33
4.3 Aspects importants à prendre en compte.....	34
4.4 L'exemple de la Bolivie.....	40
4.5 Étapes relatives à cet élément	40
4.6 Diaporama	41
4.7 Autres éléments de lecture.....	42
ÉLÉMENT 5. Recrutement, sélection et paiement des prestataires de santé.....	43
5.1 Objectifs.....	43

5.2 Principaux concepts	43
5.3 Aspects importants a prendre en compte.....	45
5.4 Exemple pays : L'impact des modes de rémunération sur les coûts et la qualité en Chine.....	50
5.5 Exemple pays : Synergies entre le financement basé sur la performance et le régime d'assurance maladie communautaire au Rwanda	51
5.6 Étapes relatives à cet élément	51
5.7 Diaporama	52
5.8 Autres éléments de lecture.....	53
ÉLÉMENT 6. Structure organisationnelle	55
6.1 Objectifs.....	55
6.2 Principaux concepts	55
6.3 Aspects importants à prendre en compte.....	56
<i>Structure et taille de l'organisation</i>	60
6.4 Exemple pays : L'Inde.....	63
6.5 Étapes relatives à cet élément	65
6.6 Autres éléments de lecture.....	65
ÉLÉMENT 7. Mise en œuvre de l'assurance maladie.....	67
7.1 Objectifs.....	67
7.2 Concepts fondamentaux.....	67
7.3 Aspects importants a prendre en compte.....	68
7.4 Etapes relatives a cet element	75
7.5 Autres éléments de lecture.....	77
ÉLÉMENT 8. Suivi et évaluation des régimes d'assurance maladie	79
8.1 Objectifs.....	79
8.2 Concepts fondamentaux.....	79
8.3 Considérations notables	79
8.4 Cas de la Chine et du Rwanda	84
8.5 Etapes pour gerer cet élément.....	87
8.6 Autres éléments de lecture.....	87
Annexe A. Assurance maladie et services prioritaires : comment ça marche ?.....	89
Annexe B. Exemples de prestations.....	103
Annexe C : Prestations actuelles et futures	127

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Avantages et risques potentiels du développement de l'assurance Maladie	1
Tableau 2 : Principaux types d'assurance maladie.....	14
Tableau 3 : Principaux avantages et défis des différents modèles d'assurance maladie.....	18
Tableau 4 : Défis et stratégies relatifs à l'assurance des populations difficiles à atteindre.....	26
Tableau 5 : Matrice des services offerts à la population et type de financement dans les années 1980 et 1990 en Chine	29
Tableau 6 : Matrice des services offerts à la population et type de financement en Chine en 2008.....	29
Tableau 7 : Quels services couvrir ?	36
Tableau 8 : L'équilibre des sources de financement.....	37
Tableau 9 - Modes de paiement des prestataires de santé : caractéristiques résumées	48
Tableau 10 : Principaux indicateurs de l'efficacité administrative des régimes d'assurance.....	82
Tableau 11 : Indicateurs du rendement financier.....	83
Tableau 12 : Résultats économiques : abordabilité, Rwanda.....	86

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Éléments à considérer dans la conception d'un régime d'assurance maladie.....	4
Figure 2 : Exemple de matrice de cartographie politique : projet Clinton de réforme du système de santé	7
Figure 3 : Couverture de la caisse nationale d'assurance maladie obligatoire du Kirghizistan	28
Figure 4 : Impact de 3 types de méthodes de partage des coûts sur la répartition des frais médicaux au sein de la population des assurés.....	38
Figure 5 : La maîtrise des coûts permet une couverture élargie des prestations ou de la population.....	39
Figure 6 : Exemple de structure d'organisation d'un régime d'assurance maladie.....	61

Figure 7 - Modèle d'assurance : Le régime national d'assurance maladie de l'inde.....	63
Figure 8 - Le modèle d'autoassurance : Yeshasvini (Inde)	64
Figure 9 : Agencement du contrôle et de l'évaluation du régime d'assurance maladie	80
Figure 10. Évolution de la sollicitation des soins de santé, de l'état de santé déclaré et des dépenses médicales grâce à l'assurance maladie mutuelle en chine rurale	85

REMERCIEMENTS

La présente publication a été financée par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Les auteurs tiennent à remercier Chris Atim, François Diop et Rena Eichler de leur contribution à ce manuel. Ils remercient également Michael Adelhardt, Beverly Johnston, David Newman, Barbara O'Hanlon, Ligia Paina et Alex Todd de leurs commentaires et suggestions sur la première édition. Un grand merci à Laurel Hatt du projet Health Systems 20/20, dont l'aide précieuse a été essentielle à la finalisation du manuel et des feuilles de travail des ateliers. Merci également à Linda Moll, Maria Claudia De Valdenebro et Manisha Tharaney de leur aide pour la révision, la présentation et la recherche.

AIDEZ-NOUS À AMELIORER LE MANUEL

Cette deuxième édition a été révisée grâce aux précieux commentaires et remarques fournis par les participants du premier atelier sur l'assurance maladie pour la région Afrique qui s'est tenu au Ghana en octobre 2009¹. N'hésitez pas à nous transmettre vos observations et suggestions.

¹ <http://www.healthsystems2020.org/section/topics/finance/healthinsuranceworkshop>

SIGLES ET ACRONYMES

AMC	Assurances Maladies Communautaires (Rwanda)
AMM	Assurance médicale militaire (Rwanda)
ARS	<i>Administrador de Regimen Subsidiado</i> (Administrateur système subventionné) (Colombie)
DRG	Diagnostics regroupés pour la gestion
ENAHO	<i>Encuesta Nacional de Hogares</i> (Enquête nationale sur les ménages) (Pérou)
EPS	<i>Empresas Promotoras de Salud</i> (Entreprises de promotion de la santé) (Colombie)
EsSALUD	Caisse de sécurité sociale (Pérou)
FBR	Financement basé sur les résultats
FESE	<i>Ficha de Evaluación Socioeconómica</i> (fiche d'évaluation socio-économique) (Pérou)
NHIA	<i>National Health Insurance Authority</i> (Agence nationale de l'assurance maladie) (Ghana)
NHIF	<i>National Hospital Insurance Fund</i> (Caisse nationale d'assurance hospitalisation) (Kenya)
NHS	<i>National Health Service</i> (Service national de santé) (Royaume-Uni)
NSHIF	<i>National Social Health Insurance Fund</i> (Caisse nationale d'assurance maladie) (Kenya)
NHIS	<i>National Health Insurance Scheme</i> (Système national d'assurance maladie) (Ghana)
OMD	Objectif de développement pour le Millénaire
PA	Protocole d'accord
PF	Planification familiale
RA	Rémunération à l'acte
RAMA	Rwandaise d'assurance maladie
RAMC	Régime d'assurance santé communautaire
SBS	<i>Seguro Básico de Salud</i> (système d'assurance maladie de base) (Bolivie)
S&E	Suivi et évaluation
SIG	Système d'information d'appui à la gestion
SIS	<i>Seguro Integral de Salud</i> (programme d'assurance maladie intégrale) (Bolivie)
SISBEN	<i>Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios Sociales</i> (Système national de ciblage) (Colombie)
SISFOH	<i>Sistema de Focalización Hogares</i> (Système national de ciblage des ménages) (Pérou)
SNMN	<i>Seguro Nacional de Maternidad y Niñez</i> (Programme national d'assurance maternelle et infantile) (Bolivie)
SUMI	<i>Seguro Universal Materno Infantil</i> (Système d'assurance maternelle et infantile universelle) (Bolivie)
TPA	Tiers administrateur

INTRODUCTION

POURQUOI CE MANUEL ?

De nombreux pays qui adhèrent aux objectifs de développement pour le Millénaire (OMD) se sont engagés à assurer un accès aux services de santé de base à leurs citoyens. L'assurance maladie est considérée et promue comme l'un des principaux mécanismes de financement permettant d'améliorer l'accès aux services de santé, tout en offrant une protection contre les risques financiers.

En Afrique, déjà plusieurs pays s'emploient à mettre sur pied et financer des programmes d'assurance maladie. L'Éthiopie, le Ghana, le Kenya, le Nigeria, le Rwanda et la Tanzanie en sont quelques exemples. Cependant, beaucoup de ces régimes, qu'ils soient publics ou privés, ne couvrent qu'une petite partie de la population. De plus, les personnes pauvres sont celles qui sont les moins susceptibles d'être couvertes. En fait, à moins qu'elle ne soit conçue en portant une attention particulière aux populations pauvres, une assurance maladie risque d'accroître les inégalités, puisque les groupes ayant des revenus élevés sont plus susceptibles d'être assurés et d'utiliser les services de soins de santé, en tirant profit des avantages offerts par leur couverture.

Malgré les nombreux avantages que l'assurance maladie peut offrir, le chemin à parcourir permettant la mise en œuvre et la réalisation des prestations est laborieux, long et risqué (voir tableau I). Les décideurs et les techniciens qui soutiennent le développement et l'extension de l'assurance maladie doivent trouver des solutions pour augmenter les capacités de financement de leur pays, en vue d'étendre la couverture de l'assurance maladie aux populations reculées, d'élargir les prestations et d'améliorer la performance des régimes existants.

TABLEAU I : AVANTAGES ET RISQUES POTENTIELS DU DEVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

Avantages potentiels	Risques potentiels
1. Éviter que les ménages s'appauvrissent en raison de dépenses de santé élevées qu'ils auraient à payer eux-mêmes.	<ul style="list-style-type: none">Le système de santé pourrait mettre l'accent sur les soins curatifs coûteux plutôt que sur les soins de base et les soins préventifs, si les régimes d'assurance ne considèrent pas ces derniers comme un moyen de minimiser les coûts de l'assurance maladie à long terme.
2. Accroître l'accessibilité et l'utilisation de services pour lesquels un paiement est normalement requis au moment où l'on en a besoin.	<ul style="list-style-type: none">Les institutions et les systèmes qui ne sont pas encore en mesure de faire face au poids de la mise en œuvre de l'assurance pourraient trouver le processus irréalisable ou particulièrement inefficace et coûteux.
3. Influencer le comportement du prestataire et de l'utilisateur afin d'améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficacé du service.	<ul style="list-style-type: none">Certaines méthodes de paiement des prestataires n'ont pas de répercussions positives sur la qualité, l'efficacité et l'efficacé. Leurs limites pourraient empêcher de rentabiliser le coût de leur mise en œuvre.
4. Utiliser les compétences des prestataires privés pour atteindre les objectifs nationaux en matière de santé.	<ul style="list-style-type: none">Les niveaux de paiement peu élevés risquent de ne pas être attractifs pour les prestataires de qualité.L'organisme assureur pourrait ne pas disposer des capacités suffisantes pour contrôler la qualité des prestataires privés.Faiblesse dans la maîtrise des coûts pourrait entraîner la caisse d'assurance à la faillite.Les retards de paiement des prestataires privés pourraient susciter une frustration.
5. Générer des ressources supplémentaires et stables pour la santé.	<ul style="list-style-type: none">Étant donné que les régimes d'assurance maladie disposent de ressources propres, les gouvernements pourraient envisager de réaffecter des fonds du budget général destinés à la santé à d'autres secteurs, ce qui laisserait

Avantages potentiels	Risques potentiels
6. Augmenter les ressources des services de santé prioritaires et en élargir l'accès aux populations défavorisées.	<ul style="list-style-type: none"> • inchangé le niveau de ressources du secteur, voire le réduirait. • En l'absence d'une surveillance et d'une responsabilisation suffisantes, les caisses d'assurance peuvent devenir des proies faciles pour la corruption. • Les avantages accrus offerts pourraient profiter à ceux qui s'en sortent déjà mieux, car leur accès à l'assurance y est déjà favorisé. • Dans le cas des populations pauvres, les avantages offerts pourraient n'être que des promesses non tenues si l'assurance n'a pas été conçue pour être destinée en particulier à cette couche de la population et si le financement est insuffisant.
7. Aider à la redistribution des ressources en matière de santé, afin de remédier aux inégalités socio-économiques et géographiques.	<ul style="list-style-type: none"> • Les gouvernements peuvent mettre en place des prestations étendues, mais coûteuses, qui ne sont pas financièrement viables, les obligeant ensuite à limiter la couverture et réduire ainsi les attentes à néant. • Les régimes de redistribution peuvent mécontenter les groupes ayant des revenus élevés, puisqu'ils paient pour la redistribution des ressources.

OBJECTIF DU MANUEL

L'objectif du manuel est de fournir aux décideurs et aux concepteurs de l'assurance maladie une assistance pratique, axée sur l'action, qui leur permettra d'affiner leur compréhension des concepts de l'assurance maladie et qui les aidera à repérer les défis que constituent tant la conception que la mise en place d'un système d'assurance maladie, puis à fixer des étapes réalistes du développement et de l'élargissement de régimes d'assurance maladie équitables, efficaces et durables. Il propose aux décideurs et aux concepteurs de l'assurance maladie une série d'aspects à prendre en compte et de tâches à accomplir étape par étape. Le manuel a pour principe de NE PAS être dogmatique, idéologique ou normatif.

Il a été conçu dans le but de servir de support à un atelier régional d'une durée de six jours. De toute évidence, la conception d'un système d'assurance maladie est un processus politique et technique intensif dont la mise en place nécessite beaucoup plus que six jours. À l'issue de l'atelier, les participants de chaque équipe devront connaître clairement quelles seront les étapes suivantes à mettre en œuvre une fois de retour chez eux en vue de mobiliser d'autres intervenants et de s'engager vers une extension et une amélioration de la performance de l'assurance maladie dans leur pays.

PUBLIC VISÉ PAR LE MANUEL

Le manuel est principalement destiné aux pays en développement qui disposent déjà de régimes d'assurance maladie pour les aider à renforcer et à élargir ces régimes, ainsi qu'aux pays qui envisagent de mettre en place un régime d'assurance maladie. Il a été rédigé à l'attention des pays à revenu faible et intermédiaire et s'appuie sur les expériences et les enseignements tirés dans le monde entier. Nous prévoyons que, progressivement au fil du temps, ce manuel sera perfectionné et enrichi pour répondre aux besoins en constante évolution de ces pays. Nous envisageons également d'adapter le manuel aux différents contextes géographiques afin de le rendre plus pertinent au cas par cas.

Au sein même des pays, le manuel s'adresse à un éventail de parties prenantes qui mettent sur la table des perspectives variées nécessaires à la conception et à la mise en œuvre de l'assurance maladie, qu'il s'agisse des ministères de la Santé, de la Planification ou des Finances, d'organismes qui supervisent ou réglementent les établissements de santé et les compagnies d'assurance, de spécialistes de la santé publique, de prestataires de soins de santé, de représentants de la société civile, d'organismes du secteur privé et de sociétés d'assurance maladie. Il fournit des outils visant à aider les parties prenantes à prendre collectivement des décisions servant l'intérêt général.

STRUCTURE DU MANUEL

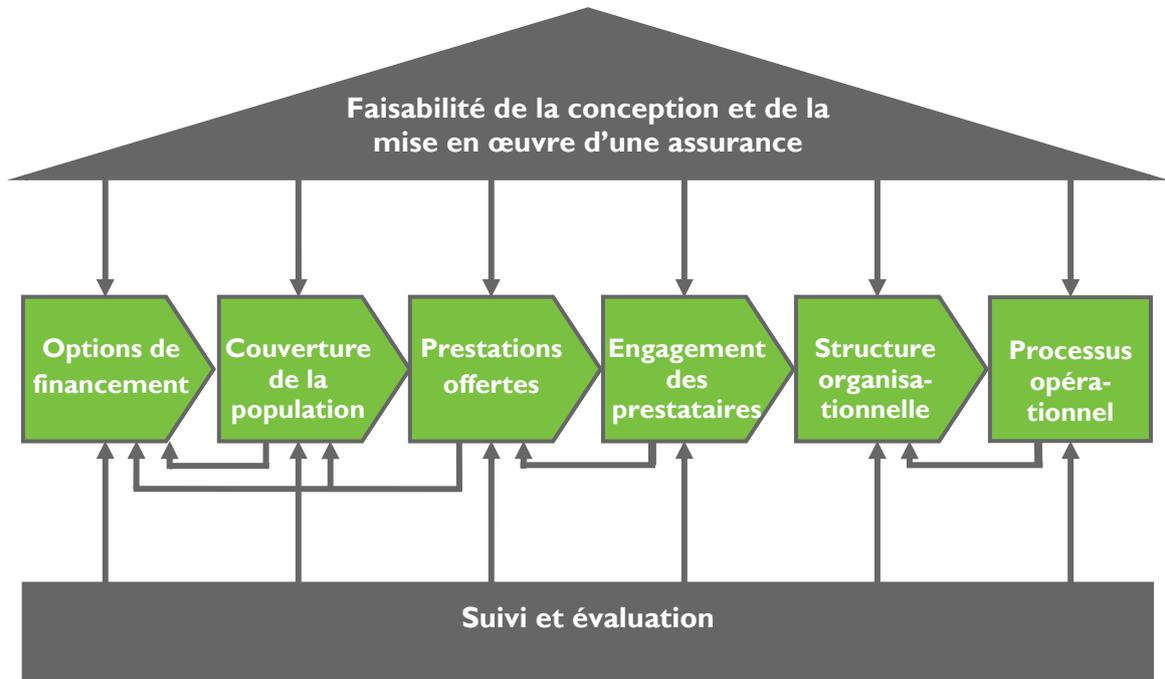
Afin de faciliter le processus de conception, le manuel propose de diviser le sujet complexe de l'assurance maladie en huit éléments. L'objectif n'est pas l'exhaustivité, mais plutôt de présenter les principaux concepts et les options envisageables permettant de traiter chaque élément, les avantages et les inconvénients de chaque option (y compris savoir dans quelle mesure elles prennent en compte les populations pauvres) et les enseignements tirés de l'expérience des autres pays.

- Élément 1 : Faisabilité de la conception et de la mise en œuvre d'un système d'assurance
- Élément 2 : Sélection des mécanismes de financement
- Élément 3 : Couverture de la population
- Élément 4 : Prestations offertes
- Élément 5 : Recrutement, sélection de prestataires de soins de santé et passation de marchés dans la cadre de l'assurance maladie.
- Élément 6 : Structure organisationnelle
- Élément 7 : Mise en place opérationnelle de l'assurance maladie
- Élément 8 : Suivi et évaluation des régimes d'assurance maladie

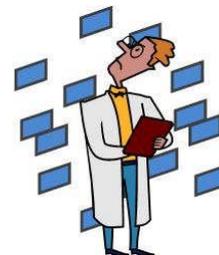
La figure 1 illustre les rapports qui unissent ces éléments. La faisabilité par rapport à la situation politique, économique et socioculturelle du pays constitue la clé de voute de l'ensemble. Le suivi et l'évaluation devraient en constituer les fondations. Bien que ce manuel présente ces éléments de conception de manière séquentielle en vue d'aider les décideurs et autres parties prenantes à traiter chaque élément étape par étape, elles entretiennent toutes entre elles un rapport étroit. Les intervenants prenant part au processus de conception doivent être conscients de cette interdépendance, car chaque décision prise aura une incidence sur plusieurs éléments simultanément.

Pour chacun des éléments, le manuel offre des clés permettant d'identifier les opportunités et les obstacles politiques, économiques, sociaux et institutionnels, ainsi que des approches alternatives, afin que les décideurs et les techniciens puissent mettre en place dans leur pays un système d'assurance maladie respectant une démarche rationnelle, réalisable et adaptée.

FIGURE I : ÉLÉMENTS A CONSIDÉRER DANS LA CONCEPTION D'UN REGIME D'ASSURANCE MALADIE



ÉLÉMENT I. FAISABILITÉ DU SYSTÈME D'ASSURANCE MALADIE



I.1 OBJECTIFS

À la fin de cette partie, vous devriez être en mesure :

- d'identifier les principales conditions politiques, financières et socioculturelles qu'il faut réunir pour être en mesure de mettre sur pied ou d'élargir un système d'assurance maladie dans votre pays ;
- d'évaluer les fossés et les obstacles au développement de l'assurance maladie en fonction du contexte politique, financier et socioculturel de votre pays ;
- de préparer le terrain pour combler ces fossés, renverser les obstacles et développer ou étendre l'assurance maladie, en comprenant notamment le processus politique, les stratégies de financement et les questions socioculturelles.

I.2 PRINCIPAUX CONCEPTS

L'analyse des fossés permet de comparer les conditions, les performances ou les capacités réelles avec ce qui serait possible ou souhaitable. Elle sert de base au calcul des investissements nécessaires en matière de temps, d'argent, de connaissances et de ressources humaines pour atteindre un résultat fixé.

L'appui politique correspond au soutien et à l'engagement (verbal, financier ou autre) des décideurs et des dirigeants sur une question en particulier.

La faisabilité politique définit dans quelle mesure les responsables et les décideurs sont disposés à accepter une politique publique donnée et à la transposer en loi ou projet de règlement. On considère que le système d'assurance maladie est politiquement réalisable lorsque les principales parties prenantes parviennent à obtenir un consensus sur les principaux aspects de la conception et de la mise en place du système.

La cartographie politique est une technique de documentation et d'analyse de l'échiquier politique et des alliances entre les différents acteurs et parties prenantes, au sein d'une arène politique donnée.

Les facteurs socioculturels renvoient aux caractéristiques (pratiques culturelles, ethnicité, solidarité communautaire, statut socio-économique, etc.) qui sont déterminées par la société et la culture. Il est essentiel de tenir compte des principaux facteurs socioculturels pour s'assurer que l'assurance maladie soit acceptée par le grand public. Ces facteurs auront une incidence sur la faisabilité politique des approches de conception et de mise en œuvre des approches.

La capacité financière désigne la capacité d'un organisme ou d'une entité politique à recueillir, dépenser et gérer des fonds de manière efficace. Elle est définie en fonction des fonds disponibles et des relations complexes liant les parties prenantes qui leur permettent de gérer ces fonds de manière efficace.

La capacité des prestataires fait référence à la capacité des professionnels de la santé, des centres et des organismes de santé à répondre à la demande concernant les services couverts par l'assurance maladie. La capacité des prestataires inclut la capacité matérielle (y a-t-il un nombre suffisant de médecins, d'infirmières et de lits d'hôpitaux à proximité du lieu de résidence de la population assurée ?), la capacité clinique (y a-t-il assez de prestataires pour fournir les services couverts tout en respectant des normes de qualité ?) et la capacité de gestion (les prestataires sont-ils en mesure d'identifier correctement les personnes assurées, de facturer sans commettre d'erreurs et de se faire payer de manière efficace ?).

I.3 ASPECTS IMPORTANTS A PRENDRE EN COMPTE

ÉVALUATION DE LA FAISABILITÉ

La conception et la mise en œuvre d'un système d'assurance santé nationale relèvent d'un processus autant politique que technique. Les perspectives des parties prenantes et l'ampleur de leur soutien influenceront la manière d'aborder les sept autres éléments de conception et la faisabilité du système en général. La mise en place d'un système d'assurance maladie dans les pays en développement nécessite l'intervention conjointe et simultanée de plusieurs ministères, des prestataires de soins de santé, des bénéficiaires, des employeurs et des donateurs. Les décideurs et les experts techniques doivent travailler ensemble pour gérer les attentes, s'assurer que les décisions soient basées sur des faits et une analyse technique, et trouver un terrain d'entente pour des groupes dont les intérêts sont divergents. Les décideurs doivent comprendre et être capables d'expliquer :

- dans quelle mesure l'assurance contribuera à atteindre l'ensemble des objectifs nationaux ;
- dans quelle mesure l'assurance permettra de lutter contre la pauvreté et contribuera à renforcer l'équité ;
- qui sont les principales parties prenantes et de quelle manière elles se positionnent vis-à-vis de la mise en place ou de l'élargissement de l'assurance maladie ;
- quels sont les obstacles politiques potentiels ;
- quelles sont les stratégies d'atténuation possibles ;
- la manière de former une coalition politique en vue de favoriser la mise en place de réformes de l'assurance maladie et de parvenir à les maintenir au sein de l'agenda du gouvernement.

FORMATION D'UN CONSENSUS POLITIQUE

Une *cartographie politique* peut permettre d'identifier quels sont les appuis politiques envisageables pour chaque aspect de la conception et de la mise en œuvre du système d'assurance maladie. Elle permet également de repérer quels sont les appuis déjà existants, quels sont ceux qui font défaut et quelles stratégies peuvent s'avérer nécessaires pour parvenir à un consensus.

Une telle cartographie peut être réalisée de différentes façons. La figure 2 montre un exemple de matrice de cartographie politique autour du programme de réforme du système de santé défendu par le président Clinton aux États-Unis dans les années 1990. Les principales parties prenantes apparaissent dans la matrice tout au long du spectre en fonction de leur appui ou leur opposition au programme. Le président Clinton soutenait fermement le programme ; il était également soutenu par le ministère de la Santé et des Services sociaux, mais dans une moindre mesure. La plupart des républicains, des petites entreprises et un certain nombre d'autres personnes y étaient complètement opposés.

FIGURE 2 : EXEMPLE DE MATRICE DE CARTOGRAPHIE POLITIQUE : PROJET CLINTON DE REFORME DU SYSTEME DE SANTE

Cartographie politique : Réforme proposée par les Clinton

Appui fort	Appui moyen	Appui faible	Non mobilisé	Opposition faible	Opposition moyenne	Opposition forte
Ira M. Hillary Pres.	DHHS Démocrates	Les syndicats	Médias Ministère du Travail Gouvernements des Etats Les non-assurés Les assurés	AMA (Association des médecins)	Les partisans du système national d'assurance (ex le Canada) Bureau du Budget (Congrès)	Républicains PMA (Assoc. des pharmaciens) Industrie de la biotech. Bob Dole PME Assureurs privés

Source : <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/48236/04%20Presentation%203-Intro%20to%20PolicyMaker%209.21.pdf>

Une telle cartographie permet d'évaluer le degré de soutien et de repérer qui sont les alliés ou les adversaires influents, ainsi que les alliances qui pourraient se former en faveur ou contre le programme. Elle peut également aider à la conception de stratégies visant à recueillir des appuis, à réduire les obstacles et à saisir les occasions. Tout groupe de décideurs et de techniciens dirigeant le processus de mise en place ou d'élargissement d'un système d'assurance maladie doit, pour former un consensus politique, réunir les ingrédients suivants :

- un solide leadership politique ou des « ambassadeurs » capables d'articuler une vision, d'impliquer des techniciens, de motiver des partisans, de faire des compromis avec l'opposition, de former un consensus malgré des intérêts divergents et de garantir la mise en œuvre opérationnelle de programmes et d'accords.
- un projet de système d'assurance maladie qui soit clairement compatible avec les autres objectifs du pays en matière sociale et de santé,
- une perspective sur les différents compromis envisageables (par exemple, le fait de demander à la population aisée de financer le programme d'assurance pour tout un chacun dans le pays risque d'entamer le soutien de cette tranche de la population vis-à-vis du programme d'assurance),

Encadré I : Qui défend les populations pauvres ?

L'assurance maladie ne vise pas forcément le bien-être des populations pauvres. Pour ce faire, il est nécessaire de disposer de la volonté politique, d'une acceptation du projet de la part des différentes couches de la société et de moyens financiers. De plus, il est nécessaire que le système d'assurance maladie ait été conçu avec pour objectif de remédier aux inégalités. Les groupes cibles prioritaires tels que les habitants des bidonvilles urbains, les populations rurales pauvres, les veuves et les orphelins souffrent d'une mauvaise organisation et ne disposent pas des moyens nécessaires pour influencer le processus politique. Par conséquent, une réforme de l'assurance maladie qui se présente officiellement comme favorable aux populations pauvres pourrait ne pas effectivement atteindre cette tranche de la population, du fait que d'autres groupes d'influence en conçoivent les détails et la mise en œuvre. Le présent manuel met l'accent sur des options politiques favorables aux populations pauvres pour chaque élément de conception.

- des consultations fréquentes auprès des différentes parties prenantes en vue de valider les hypothèses du groupe de décideurs et de techniciens sur ce qui est politiquement et techniquement réalisable.

Souvent, les pays aspirent à une « couverture universelle » qui offre à l'ensemble de la population un accès à tous les services de santé. Cet aspect concerne les éléments 2 et 3 relatives à la couverture de la population et aux prestations. Une planification et une mise en œuvre minutieuses des autres éléments de la conception (le financement, les prestataires de services, les structures organisationnelles et les opérations) vont déterminer s'il est possible d'étendre la couverture des services et de la population afin d'aboutir *in fine* à une couverture universelle.

CAPACITÉ FINANCIERE

Concernant un pays qui souhaite aujourd'hui assurer le financement de son système d'assurance maladie, sa capacité financière dépend de sa situation économique actuelle et à venir (PIB par habitant), de la taille du secteur structuré de l'économie pouvant être imposé ou qui peut apporter sa contribution sous la forme d'un système d'assurance maladie des salariés, de l'efficacité du système de santé actuel et du niveau actuel des dépenses de santé des ménages, dont une partie peut être utilisée pour financer l'assurance maladie. L'élément 2 aborde en détail le financement de l'assurance maladie. La capacité financière dépend également de la capacité organisationnelle et opérationnelle du pays à percevoir, consolider et dépenser des fonds² de façon efficace. Ces aspects sont abordés dans le cadre des éléments 6 et 7.

Les ministères des Finances et de la Santé doivent collaborer ensemble en vue d'évaluer quelle est la capacité et l'engagement du gouvernement à financer l'assurance maladie. Des économistes, des actuaires et des comptables peuvent fournir des informations sur cette question à partir de l'analyse de différents scénarios relatifs à la capacité financière du pays et à la conception de l'assurance.

FACTEURS SOCIOCULTURELS ET SOLIDARITÉ NATIONALE

La faisabilité d'une conception particulière de l'assurance maladie sera fonction de dimensions éthiques, comportementales et socioculturelles. Par exemple, le système d'assurance maladie communautaire a plus de chances de fonctionner dans les pays où les groupes ethniques ou géographiques affichent une forte cohésion sociale. Un régime d'assurance maladie sociale pourrait mieux convenir à un pays comptant un nombre élevé de personnes employées dans le secteur formel de l'économie, ou dont le sentiment de solidarité nationale est fortement développé au sein de la population.

Encadré 2 : Les assurances ont mauvaise réputation

Lorsque la mise en place des premiers régimes d'assurance maladie communautaire en Afrique de l'Ouest a été initiée, les organisateurs ont évité d'utiliser le terme d'« assurance », en raison d'expériences malheureuses de certains dans le domaine de l'assurance de biens, de l'assurance vie et divers autres types d'assurance, les remboursements affichant des délais importants, voire n'étant pas honorés. Le terme de « mutuelle » était socialement plus acceptable, parce qu'il insistait sur la cohésion sociale et sur le fait que les gens font état d'expériences positives avec les sociétés d'entraide mutuelle.

² Les trois fonctions traditionnelles du financement de la santé sont la collecte des revenus, la mise en commun des risques, et l'achat des soins (OMS, 2000).

La mise en œuvre de l'assurance maladie a plus de chances de réussir quand les décisions techniques de la conception correspondent aux attentes de la population. Par exemple, si un gouvernement prévoit un niveau de contribution de la part des citoyens qui est supérieur à ce que la population en général est prête à payer, il est probable que les perceptions ne seront pas acceptées et donc pas respectées. Pour pallier ce problème, les décideurs pourraient être amenés à évaluer les attentes de la population et sa volonté de contribuer au financement de l'assurance, au travers, par exemple, d'une enquête auprès des ménages ou par le biais de méthodes qualitatives de collecte de données.

Les normes culturelles peuvent fortement influencer l'efficacité de la mise en œuvre d'un programme d'assurance. Par exemple, certaines personnes minimisent les risques pour leur santé tandis que d'autres s'en inquiètent particulièrement. Dans certaines sociétés, les croyances selon lesquelles le fait de prévoir l'éventualité d'une situation négative, comme la maladie, peut porter malheur, sont fortement enracinées. L'opinion publique sur le fait que l'équité sociale ou économique doit être un objectif national important, ou que les soins apportés aux pauvres et aux malades doivent être à la charge de l'ensemble de la population varie énormément selon les cultures. Ces opinions fortement ancrées dans la structure sociale définissent les limites de ce qu'il est culturellement possible de faire dans le cadre d'un programme national d'assurance maladie. Dans certains cas, la coexistence de plusieurs types d'assurances et de prestataires de soins de santé est le résultat de ce qui a été considéré comme socialement et économiquement acceptable pour les différents groupes. Une manière possible de réduire cette fragmentation pourrait être d'établir un paquet minimum de services visant un groupe vulnérable que la société accepte d'aider, comme, par exemple, les personnes pauvres, sans emploi, à faible revenu, handicapées ou âgées, les enfants ou les femmes.

Encadré 3 : Solidarité nationale et attitudes à l'égard des mécanismes de redistribution

Des exemples récents (aux États-Unis, au Kenya, au Nigeria et en Côte d'Ivoire) montrent que le manque de solidarité nationale peut entraver les chances de réussite d'une réforme de l'assurance maladie. En revanche, le cas de l'Europe, en particulier de l'après-guerre, illustre de manière exemplaire combien une forte solidarité nationale peut faciliter la mise en œuvre de ces réformes.

De même, l'acceptation de taux d'imposition marginaux relativement élevés constitue sans doute un facteur qui facilite la réussite de ce type de réformes, d'autant que de tels impôts touchent plus fortement les populations aisées. Les impôts progressifs constituent souvent une condition préalable à une assurance maladie sociale financièrement viable comme on en voit en Europe, ou même au Ghana et au Rwanda.

DISPONIBILITÉ ET QUALITÉ DU SERVICE, CAPACITÉ DES PRESTATAIRES

La disponibilité du service et la capacité des prestataires ont une influence sur le système d'assurance maladie à deux niveaux :

- 1) La présence de professionnels de la santé et de centres de santé à proximité des populations cibles et leur capacité à offrir des services de qualité couverts par l'assurance (ont-ils les compétences et le matériel nécessaires ?). Si les décideurs ne parviennent pas à résoudre les problèmes de disponibilité et de qualité du service, les inégalités existantes risquent de s'accroître, si le financement se limite aux prestataires déjà en place dans les zones urbaines les plus riches du pays.
- 2) La volonté des prestataires de participer au programme d'assurance. Les prestataires peuvent ne pas être disposés à participer si, par exemple, les paiements de l'assurance sont considérés comme insuffisants, si le nombre de patients augmente de manière importante, tandis que les salaires des professionnels de la santé restent les mêmes, ou si l'assurance réduit les revenus provenant des paiements des frais de santé (de manière officielle ou non). Au Vietnam, les prestataires ont commencé à refuser de fournir des services aux patients inscrits au régime d'assurance parce que le taux de remboursement était beaucoup plus bas que le coût réel et que les prestataires perdaient de l'argent en acceptant des personnes

assurées. Au Ghana, le nombre élevé de patients associé à un salaire fixe a conduit à une grève des professionnels de la santé en 2005.

Les éléments 5 (l'engagement des prestataires), 6 (la structure organisationnelle) et 7 (les opérations) présentent des méthodes pour résoudre ces problèmes.

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE ET OPÉRATIONS

Généralement, l'appareil législatif et l'exécutif doivent collaborer étroitement en vue de définir les politiques générales régissant le régime d'assurance au regard du financement et de la couverture de la population, ainsi que pour déterminer quel sera l'organisme qui gèrera le régime d'assurance (un ministère responsable ou un organisme semi-autonome, tel qu'une caisse d'assurance).

L'administration responsable du régime d'assurance peut alors définir en détail quelles seront les prestations offertes, les normes de qualité des prestataires, les critères d'admissibilité des bénéficiaires, les normes applicables à la communication avec les bénéficiaires, etc., ou déléguer les décisions y afférant qui seront promulgués par le régime d'assurance.

La réussite de la mise en œuvre d'un système d'assurance maladie nationale dépend en grande partie de la capacité opérationnelle dont dispose déjà le pays pour assurer un certain nombre de fonctions techniques, notamment l'analyse actuarielle, la promotion, la communication, le recrutement, la gestion des adhésions, la perception des fonds, la gestion des demandes d'indemnité, l'assurance de la qualité et la gestion financière. Les problèmes opérationnels nuisent souvent à l'efficacité du système d'assurance maladie : les indemnités ne sont pas versées en temps voulu et les prestataires se désistent ; les bénéficiaires ne comprennent pas bien les prestations auxquelles ils ont droit et n'accèdent pas aux services ; les systèmes d'information sont lents et peu efficaces, de sorte que personne ne sait quel est l'état du bilan de la caisse et quel est réellement son passif.

Si la présence exhaustive de l'ensemble de ces fonctions opérationnelles n'est pas une condition nécessaire à l'efficacité du système (cela n'est le cas d'aucun pays !), les processus d'administration et de gestion doivent néanmoins être pris en compte au moment de la conception et de la mise en œuvre d'un régime d'assurance. Ces questions sont abordées plus avant dans le cadre des éléments 6 et 7.

I.4 EXEMPLE : ÉVALUATION DE LA FAISABILITE DE L'ASSURANCE SOCIALE AU KENYA³

Le gouvernement kenyan œuvre progressivement à l'adoption d'une loi relative à la caisse nationale d'assurance maladie (NSHIF) qui garantira à terme une couverture universelle des soins de santé à ses citoyens. Dans un article paru en 2007 dans le *South African Medical Journal*, Carrin et coll. affirment qu'il est possible de mettre en œuvre une couverture universelle au Kenya, mais seulement après une période de transition adéquate largement acceptée et soutenue par le gouvernement⁴. L'étude de Carrin a évalué la faisabilité de la NSHIF en examinant les difficultés rencontrées par la Caisse nationale d'assurance hospitalisation (NHIF) créée dans les années 1960. Face à des problèmes économiques et administratifs, ainsi qu'à des lacunes au niveau des centres et des services de santé, la NHIF a tenté d'élargir le réseau de prestataires de soins de santé accrédités afin d'étendre l'accès aux soins. La NHIF a également essayé d'accroître l'efficacité administrative. Les opérations auparavant manuelles ont été informatisées et des progrès ont été réalisés en matière de

³ Résumé des ouvrages : Njeru, Enos, Robert Arasa et Mary Nguli. 2004. *Social Health Insurance Scheme for All Kenyans: Opportunities and Sustainability Potential*. Document de travail de l'IPAR, n° 060 ; Carrin, Guy et coll. Février 2007. Health financing reform in Kenya: assessing the social health insurance proposal. *South African Medical Journal*. http://findarticles.com/p/articles/mi_6869/is_2_97/ai_n28448859/. Page consultée le 11 septembre 2009.

⁴ Carrin, Guy et coll. Février 2007. Health financing reform in Kenya: assessing the social health insurance proposal. *South African Medical Journal*. http://findarticles.com/p/articles/mi_6869/is_2_97/ai_n28448859/. Page consultée le 11 septembre 2009.

décentralisation. La NHIF a par ailleurs tenté d'être plus réactive aux besoins des cotisants et des parties prenantes à travers des campagnes de communication (à des fins de construction d'image de marque et de communication répondant aux questions du public), la recherche, le développement, l'assurance de la qualité et la poursuite des fraudes.

L'évaluation de la faisabilité a permis de repérer plusieurs investissements et étapes préparatoires nécessaires au lancement d'une caisse nationale d'assurance maladie :

- Augmenter la rémunération des prestataires de soins de santé en vue d'améliorer leur moral et de les responsabiliser davantage.
- Investir dans l'infrastructure matérielle, car la majorité des centres de soins de santé ont besoin de rénovations.
- Moderniser les procédures administratives, qui en l'état rendent le système vulnérable à la corruption.
- Changer la perception qu'a le public de la réactivité du gouvernement vis-à-vis de ses besoins et de la capacité de ce dernier à fournir des services de manière adéquate.

L'étude des expériences passées de la NHIF a permis au Kenya d'évaluer la faisabilité de l'élargissement de son assurance maladie. Certaines parties prenantes pensent que la NSHIF succombera aux mêmes faiblesses que la NHIF. Le ministère de la Santé doit collaborer étroitement avec les employeurs, les syndicats, les prestataires de santé, les organismes d'assurance existants et les autres ministères pour concevoir et planifier le nouveau régime, répondre aux préoccupations et renforcer le soutien au projet de la NSHIF.

1.5 ÉLÉMENT I : DIAPORAMA



**Assurance Maladie :
Comment l'Opérationnaliser**

ISGALI RWANDA
30 MAI - 4 JUIN 2010

ELEMENT 1.

Faisabilité de la conception et de la mise en œuvre de l'assurance

Présenté par : Chris Atim

Mai 2010



I.6 AUTRES ELEMENTS DE LECTURE

- Carrin, Guy. Février 2002. Social health insurance in developing countries: A continuing challenge. *International Social Security Review* 55. <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/66D2F06B-1846-4CC2-8F38-7C2DBC559DBF/0/Socialhealthinsuranceindevelopingcountries>.
- Hsiao, William et Paul Shaw. 2007. *Social Health Insurance for Developing Nations*. Banque mondiale.
- Mills, Anne. 2007. Strategies to achieve universal coverage: are there lessons from middle income countries? Analyse documentaire réalisée à la demande du Réseau de connaissances sur les systèmes de santé créé dans le cadre de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. 30 mars 2007.
- Normand, Charles et Axel Weber. 1994. *Social Health Insurance: a guidebook for planning*. Non publié. Organisation mondiale de la santé. WHO/SHS/NHP/94.3. <http://whqlibdoc.who.int/publications/50786.pdf>.
- Reich, Michael. 1994. *Political Mapping of Health Policy: A Guide for Managing the Political Dimensions of Health Policy*. Data for Decision Making Project. Harvard School of Public Health. Juin 1994.

ÉLÉMENT 2. SELECTION DES MECANISMES DE FINANCEMENT



2.1 OBJECTIFS

À la fin de cette partie, vous devriez être en mesure :

- de comprendre les différents mécanismes de financement de l'assurance maladie et la façon dont ils sont combinés par de nombreux pays ;
- de réaliser que l'assurance maladie ne permet pas d'améliorer automatiquement la protection financière et l'accès aux soins pour les populations pauvres ;
- de comprendre les forces et les faiblesses de chaque mécanisme de financement, en particulier en fonction des objectifs de votre pays en matière de système de santé et de financement de la santé.

2.2 PRINCIPAUX CONCEPTS

Les régimes d'assurance maladie communautaires (RAMC) sont des systèmes d'assurance maladie privée à but non lucratif fondés sur une éthique d'entraide mutuelle entre personnes dans le secteur informel de l'économie et en milieu rural. Le RAMC collecte et met en commun les primes versées par ses membres au sein d'un fonds collectif qui est géré par les membres. Plusieurs États ont adopté le système du RAMC et des cadres de politique et administratifs pour les appuyer (par exemple au Ghana et au Rwanda). Il a été prouvé que les régimes d'assurance maladie communautaire garantissent efficacement l'inclusion des populations marginalisées et permettent d'accroître l'accès aux soins de santé des travailleurs à faible revenu des zones rurales et du secteur informel de l'économie.

La protection contre les risques financiers protège contre les dépenses catastrophiques découlant d'un événement couvert (maladie, incendie, accident de voiture, etc.). C'est l'un des avantages offerts par les assurances.

La marge de manœuvre budgétaire désigne la capacité d'un gouvernement à augmenter ses recettes sans mettre en péril la viabilité de sa situation financière ou la stabilité de l'économie (en provoquant par exemple de l'inflation). Un État peut augmenter ses recettes grâce aux impôts, à la vente de ressources naturelles, à des dons étrangers, en diminuant ses dépenses ou en empruntant⁵.

L'assurance maladie constitue une entente formelle aux termes de laquelle les assurés (les bénéficiaires) sont protégés des coûts liés à des prestations médicales qui sont couvertes par le régime d'assurance maladie (les prestations). Plus la mise en commun des risques est étendue et plus les risques de santé associés à la population couverte sont diversifiés (c'est-à-dire lorsque les personnes en bonne santé sont en mesure de payer pour les personnes malades), plus l'assurance maladie est efficace. Sous certains régimes, les subventions croisées des riches vers les pauvres peuvent constituer un objectif supplémentaire. L'assurance maladie peut être financée et gérée de

⁵ <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2005/06/basics.htm>

plusieurs façons. Nous avons conçu une typologie regroupant quatre grandes approches, qui sont souvent combinées les unes entre elles (tableau 2).

TABLEAU 2 : PRINCIPAUX TYPES D'ASSURANCE MALADIE

Types d'assurance	Source de financement	Gestion	Pays
Assurance maladie nationale.	Régime d'imposition général.	Secteur public.	Canada, Costa Rica, Grande-Bretagne.
Assurance maladie sociale.	Cotisations sociales payées par les employeurs et les salariés.	Caisse de sécurité sociale ou caisse(s) d'assurance maladie.	Colombie, Allemagne, Japon, Corée du Sud, États-Unis (Medicare).
Assurance privée facultative – système commercial.	Primes payées individuellement ou par les employeurs et les salariés.	Compagnie d'assurance commerciale, à but lucratif ou non lucratif.	Afrique du Sud, États-Unis, Namibia.
Assurance maladie communautaire.	Primes payées individuellement ou par les communautés.	La communauté ou une association.	Chine, Inde, Philippines, Rwanda, Sénégal.

L'assurance maladie nationale est une assurance gérée par l'État et financée par le régime d'imposition général. Il s'agit habituellement d'une couverture obligatoire pour tous les citoyens. Souvent, l'État fournit également directement les services de santé. Le Service national de santé britannique (NHS) constitue l'exemple le plus cité. Cette approche est également connue sous le nom de modèle Beveridge initialement présenté dans le rapport Beveridge en 1942.

La prime correspond au montant à payer en fonction de la couverture d'assurance offerte. La prime dépend des prestations couvertes par l'assurance, du coût de ces prestations et de l'estimation de la probabilité qu'une personne ou un groupe assuré ait recours à ces prestations.

La mise en commun des risques correspond aux fonds perçus auprès des membres d'un groupe pour financer le coût d'un événement donné (incendie, maladie, accident de voiture, etc.). Elle permet que les risques financiers découlant de coûts imprévisibles soient supportés par tous les membres du groupe, et non pas par une seule personne. Par là même, elle protège chaque membre du groupe contre les dépenses catastrophiques. Dans le cas de l'assurance maladie, chaque membre est protégé contre les dépenses de santé catastrophiques. Plus grand et plus diversifié est le groupe (c'est-à-dire qu'il comprend à la fois des personnes pauvres et riches, des hommes et des femmes, des personnes jeunes et âgées, des personnes malades et en bonne santé, etc.), plus l'assurance maladie pourra répartir les risques de manière efficace.

L'assurance maladie privée facultative est offerte par des compagnies d'assurance privées à but lucratif ou non lucratif. Les primes sont généralement calculées en fonction du risque que représente le bénéficiaire plutôt qu'en fonction de sa capacité à payer. Cette assurance est facultative et peut être contractée individuellement ou par un groupe. Elle peut servir de couverture primaire ou elle peut être contractée pour compléter une autre police d'assurance maladie (« assurance maladie complémentaire »). Si elle n'est pas réglementée, l'assurance maladie privée facultative peut conduire à une escalade des coûts, à une concurrence pour assurer les populations riches et en bonne santé (sélection) et à l'abandon des populations pauvres et malades. Cependant, si elle est bien réglementée, elle permet une concurrence entre les prestataires de soins de santé, conduisant à une amélioration de l'efficacité, de qualité et du service à la clientèle.

Encadré 4 : Les sources de financement ne déterminent pas le fonctionnement de l'assurance

Il est important de noter que même si les types d'assurance maladie sont principalement définis par leur source de financement, ce **n'est pas** nécessairement cette dernière qui détermine la façon dont un pays traite les autres éléments de l'assurance maladie : la couverture de la population, les prestations, les prestataires, la structure organisationnelle et les opérations. Les pays devraient envisager un large éventail de politiques possibles et ne pas s'en tenir à des formules rigides ou à des solutions toutes faites.

L'assurance maladie sociale⁶ présente généralement quatre caractéristiques : 1) une gestion indépendante ou quasiment indépendante de la caisse d'assurance (par une caisse de sécurité sociale ou une caisse d'assurance maladie, par exemple) ; 2) des cotisations sociales obligatoires destinées à financer l'assurance maladie ; 3) un lien direct entre les cotisations et les prestations médicales offertes à la population assurée ; 4) la notion de solidarité sociale. L'assurance maladie sociale est parfois appelée modèle Bismarck, indiquant ainsi son origine allemande. Des pays comme l'Allemagne, la Colombie et la Corée du Sud ont prolongé leurs régimes d'assurances couvrant les salariés en vue de constituer une assurance maladie sociale visant à inclure d'autres tranches de la population, l'État finançant l'adhésion des groupes à faible revenu.

2.3 ASPECTS IMPORTANTS A PRENDRE EN COMPTE

QUE PEUT-ON ENVISAGER DU POINT DE VUE DU FINANCEMENT ?

Il convient de rappeler qu'en dehors de ressources naturelles et des aides de l'étranger, les sources de revenus d'un pays proviennent de sa population. Par conséquent, les pays à faible revenu sont considérablement limités quant à leurs possibilités d'augmenter leurs recettes en vue de financer la santé en général et l'assurance maladie en particulier. Par ailleurs, ces pays sont les plus susceptibles d'afficher des taux de fécondité élevés qui conduisent à une population majoritairement âgée de moins de 15 ans. C'est ce qu'on appelle un « taux de dépendance » élevé, quand il y a beaucoup de personnes à charge (enfants et personnes âgées) qui coûtent plus qu'elles ne contribuent, par rapport à la population d'âge actif qui, généralement, contribue plus qu'elle ne coûte.

Les recettes fiscales des États correspondent en moyenne à environ 15 % du PIB dans les pays à faible revenu, par rapport à 20 % dans les pays à revenu élevé. Si tous les pays d'Afrique subsaharienne étaient en mesure d'atteindre les objectifs d'Abuja et d'allouer 15 % du financement public à la santé, 23 pays ne parviendraient néanmoins pas à atteindre le niveau de 34 dollars de dépenses de santé par habitant, ce qui équivaut au coût du programme de base des interventions sanitaires essentielles, selon l'estimation de la Commission Macroéconomie et Santé de 2001. Une analyse des prévisions montre que même si les hypothèses optimistes concernant la croissance économique, la croissance démographique et la perception des recettes fiscales se concrétisaient, la majorité des pays d'Afrique subsaharienne ne seraient toujours pas en mesure de dépenser 34 dollars par habitant d'ici à 2020⁷.

Outre le niveau des recettes, le financement est limité par la taille du secteur formel de l'économie, puisque c'est ce secteur qui permet de percevoir des impôts et des cotisations sociales. La mobilisation du financement pour la santé a tendance à être facilitée dans les pays les plus urbanisés, là où la densité de population élevée simplifie l'enregistrement des contribuables et la collecte de l'impôt.

⁶ Définition adaptée à partir de l'ouvrage : Gottret, P. et G. Schieber. 2006. *A Practitioner's Guide: Health Financing Revisited*. Banque mondiale.

⁷ Atim, C. Health Systems 20/20. 2008.

QUELS SONT LES OBJECTIFS DE VOTRE PAYS EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ ?

Au moment de la conception du système d'assurance maladie, il est essentiel que les décideurs veillent à ce que l'assurance maladie s'intègre de manière adéquate à l'ensemble du système national de la santé et respecte les objectifs de financement de la santé du pays. Comme le suggère le Rapport sur la santé dans le monde de l'OMS (2000), les objectifs de financement de la santé pourraient comprendre⁸ :

1. La promotion de la protection universelle contre les risques financiers causés par les problèmes de santé (Élément 2).
2. La promotion d'un financement plus équitable des services de santé, c'est-à-dire des contributions fondées sur la capacité financière (Éléments 2 et 3).
3. La promotion d'une utilisation et d'une offre de services équitables par rapport aux besoins ; c'est-à-dire un accès aux services en fonction des besoins et non pas de la capacité de payer (Éléments 2, 3, 4 et 5).
4. La promotion de prestations efficaces et de qualité (Éléments 4 et 5).
5. L'amélioration de la transparence et de la responsabilisation (Éléments 6 et 7).
6. Amélioration de l'efficacité de l'administration du système de financement de la santé (Éléments 6 et 7).

Encadré 5 : Assurance et gratuité des soins

De nombreux pays ont aboli le paiement de frais de santé dans les centres de santé publics (par exemple l'Ouganda en 2001, le Liberia en 2005 et la Zambie en 2006), ce qui a permis d'améliorer l'accès à ces services des populations pauvres. Tant l'assurance maladie que les politiques de gratuité des soins réduisent les obstacles financiers au point de service. L'interaction entre les deux approches est complexe et particulière à chaque pays. Le meilleur conseil qu'on puisse donner est de s'assurer que les deux approches se complètent de manière adéquate dans le cadre de la politique globale de financement de la santé de votre pays.

COMMENT FAIRE POUR QUE LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE SOIT AXÉ SUR LES POPULATIONS PAUVRES ?

Étant donné les niveaux peu élevés de dépenses publiques pour la santé dans les pays à faible revenu, il n'est pas surprenant qu'une part importante des dépenses de santé soit payée directement par les ménages. En raison de cette part importante de paiements directs, il arrive que les ménages se trouvent confrontés à des dépenses de santé catastrophiques et à un manque de protection financière. L'équité est une priorité politique dans de nombreux pays en raison du lien étroit entre la charge de morbidité et la pauvreté. L'assurance maladie peut favoriser l'équité selon trois grands axes :

I. Le mode d'imposition :

- L'utilisation d'un régime d'imposition général progressif (les personnes aisées paient des taux d'imposition sur les revenus ou d'impôts fonciers plus élevés ; aucune taxe de consommation sur produits de base telle que la nourriture).
- La perception de taxes destinées au financement de la santé (taxes sur les produits de luxe).
- L'exemption du paiement des frais de santé ou des tickets modérateurs par les populations pauvres ; le paiement des frais déterminé en fonction des revenus ; la subvention des primes.

⁸ Kutzin, J. OMS. 2008.

- La sollicitation de fonds de donateurs étrangers pour subventionner les primes des populations pauvres.

2. La mise en commun :

- La mise en place d'une couverture universelle obligatoire, afin que les personnes aisées ne puissent pas se retirer de la mise en commun des risques.
- Une redistribution entre les divers fonds mis en commun, par exemple, les quartiers plus riches paient pour les quartiers les plus défavorisés.

3. Achat des soins:

- L'exclusion des soins haut de gamme, coûteux et facultatifs du paquet de bénéfices.
- Une quantité adéquate de prestataires et de centres de santé dans les endroits où vivent les populations pauvres.
- La mise en place de mesures incitatives pour les prestataires qui s'occupent des populations pauvres.
- L'utilisation de coupons ou d'autres mesures incitatives pour pousser les personnes pauvres à utiliser les services prioritaires.
- Le retrait du financement de prestations inefficaces (par exemple, les hôpitaux avec faible taux d'occupation).

D'autres détails sont présentés dans le cadre de l'élément 4 (prestations) et de l'élément 5 (prestataires).

AVANTAGES ET INCONVENIENTS DES DIFFERENTS MODÈLES D'ASSURANCE MALADIE

Le tableau 3 présente en résumé les avantages et les défis relatifs aux quatre types d'assurance maladie les plus courants. Veuillez noter que si certains pays favorisent une seule approche, la plupart ont recours à une combinaison des types d'assurance maladie présentés ci-dessous. Par exemple, même si la Grande-Bretagne est connue pour son système national de santé, une assurance privée complémentaire est également offerte dans ce pays et elle est devenue populaire chez les classes moyennes et supérieures qui souhaitent éviter les files d'attente pour accéder aux soins. En outre, un régime peut également combiner différents mécanismes de financement : par exemple, au Rwanda et en Chine, les programmes d'assurance maladie communautaire sont souvent financés à la fois par les bénéficiaires (par le biais de cotisations) et par le gouvernement (par le biais de subventions).

**TABLEAU 3 : PRINCIPAUX AVANTAGES ET DEFIS
DES DIFFERENTS MODELES D'ASSURANCE MALADIE**

Modèle d'assurance maladie	Avantages	Défis	Exemples
<p>Financé par l'État (Beveridge).</p> <p>Sources de financement : Régime d'imposition général.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture complète de la population. • Imposition progressive. • Source de financement étendue. • Mode de gouvernance simple. • Efficacité administrative possible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Financement soumis à des pressions politiques et aux recettes fiscales disponibles. • Inefficacité potentielle de la prestation des soins de santé en raison du manque de concurrence et de choix du prestataire. 	<p>Grande-Bretagne, Canada, Costa Rica.</p>
<p>Assurance sociale (Bismarck).</p> <p>Sources de financement : Cotisations sociales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation de ressources pour la santé auprès des employeurs. • Financement généralement destiné à la santé. • Mode de financement pouvant être progressif. • Appui important de la population couverte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture limitée aux personnes travaillant dans le secteur structuré de l'économie. • Modèle moins progressif si les cotisations sont plafonnées. • Le poids des cotisations sociales peut faire augmenter le taux de chômage. • Complexité de la gestion. • Les travailleurs pourraient quitter le secteur formel de l'économie en vue d'éviter de payer les cotisations sociales. 	<p>Colombie, Allemagne, Japon, Thaïlande.</p>
<p>Communautaire (microassurance ou mutuelles).</p> <p>Sources de financement : Primes payées par les ménages.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponible pour les groupes à faible revenu et les travailleurs du secteur non structuré de l'économie. • Complément utile aux autres mécanismes de financement, tels que le paiement des frais et l'assurance maladie sociale. • Modèle facilitant le financement par l'État ou des donateurs de subventions des primes pour des populations visées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Protection financière limitée pour les membres. • Taille réduite de la mise en commun des risques limitant la viabilité du modèle (les faillites sont courantes). • Exclusion des plus pauvres s'il n'y a pas de subventions. • Effet limité sur les prestations de santé. 	<p>Chine, Philippines, Rwanda, Sénégal, Ghana avant 2003.</p>
<p>Facultatif (privé).</p> <p>Sources de financement : Primes payées par les ménages ou par les employeurs et les salariés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Protection financière visant la population à revenu élevé. • Complément à la couverture de l'État ou de l'assurance sociale. • Renforcement possible des capacités locales dans la gestion de l'assurance professionnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Accès généralement restreint aux populations à revenu élevé. • Concurrence pour assurer les membres les plus fortunés et en bonne santé (sélection). • Augmentation des écarts dans l'accès aux prestations en fonction des revenus. • Coûts administratifs élevés. 	<p>Namibie, Afrique du Sud, États-Unis.</p>

Source : Tableau adapté de l'ouvrage : Gottret, P. et G. Schieber. 2006. *A Practitioner's Guide: Health Financing Revisited*. Banque mondiale.

Les systèmes d'assurance maladie sociale ou nationale nécessitent une collecte efficace des impôts. Plus nombreux seront les personnes travaillant dans le secteur formel de l'économie, plus large sera l'assiette fiscale et donc la capacité de générer des recettes destinées au système de santé et à subventionner les groupes à faible revenu. Un pays prospère, doté d'un nombre limité de personnes travaillant dans le secteur informel de l'économie, est plus à même d'appuyer un système d'assurance maladie sociale. L'instauration de cotisations sociales augmente nécessairement le coût du travail dans tous les domaines, cette option devrait donc être soigneusement soupesée, car elle peut nuire

à certains marchés du travail, augmenter l'évasion fiscale et rendre le secteur informel de l'économie plus attractif⁹. Les personnes travaillant dans le secteur informel de l'économie peuvent être en mesure de mettre en place des régimes communautaires, nécessitant généralement un sens de solidarité mutuelle entre les bénéficiaires du groupe.

L'approche idéale du système d'assurance maladie n'existe pas. Chaque modèle ne s'applique pas de la même manière au sein des pays. Cette variété d'application illustre la clairvoyance des décideurs lorsqu'ils doivent concevoir un régime d'assurance maladie en fonction de la situation particulière de leur pays et en adaptant le mécanisme aux besoins spécifiques de la population de leur pays.

2.4 EXEMPLE : UNE COMBINAISON DE REGIMES D'ASSURANCE MALADIE AU RWANDA¹⁰

En vue d'offrir une couverture universelle, le Rwanda recourt à plusieurs mécanismes d'assurance pour étendre la protection financière de sa population. Les trois régimes primaires du Rwanda sont la Rwandaise d'assurance maladie (RAMA), la *Military Medical Insurance* (l'Assurance médicale militaire ou MMI) et les Assurances maladies communautaires (AMC).

La RAMA est un régime d'assurance maladie sociale obligatoire pour les employés du gouvernement. Les salariés du secteur privé peuvent également participer au régime s'ils le désirent. Le taux de cotisation s'élève à 15 % du salaire de base. Les cotisations sont partagées à parts égales entre le salarié et l'employeur. La MMI est également un régime d'assurance maladie sociale, mais elle est destinée aux militaires. Le taux de cotisation s'élève à 22,5 % (5 % à la charge du salarié et 17,5 % à celle de l'État).

Les AMC sont des mutuelles dont les membres habitent principalement en milieu rural et travaillent dans le secteur informel de l'économie. Autrefois considérées comme une solution partielle au financement de la santé, mais ayant peu de chances d'aboutir à une couverture universelle, les AMC ont rencontré un succès inattendu au Rwanda. Bien que l'adhésion aux AMC soit facultative, en 2007, ces dernières couvraient 5,7 millions de Rwandais, soit 75 % de la population. Cette réussite est en partie attribuable à une volonté politique forte de la part des dirigeants du Rwanda ; à une sensibilisation des communautés assurée par des « animateurs de santé » pour que les gens adhèrent aux AMC ; au rôle complémentaire joué par le ministère de la Santé qui gère et finance les prestations (centres de santé et hôpitaux de district d'une part, et système de financement axé sur les résultats d'autre part) et par le ministère des Collectivités locales qui administre les AMC. Le financement des AMC provient à 50 % de primes annuelles versées par les membres, l'autre moitié est subventionnée par l'État (grâce aux recettes du régime d'imposition général) et par des donateurs. Le réseau national des mutuelles distribue efficacement le financement de l'État, des donateurs et des ONG, car les primes subventionnées servent à couvrir les personnes les plus pauvres.

Les indicateurs du financement de la santé du Rwanda ont montré de nombreuses améliorations, notamment une plus grande disponibilité des ressources financières pour la santé (34 dollars par habitant en 2007 par rapport à 13 dollars en 1999), un élargissement de la couverture de la population du secteur rural et du secteur non structuré de l'économie (cette couverture est passée de 1,2 % en 1999 à 75,6 % en 2007) et la diminution des paiements directs (ils sont passés de 24,7 % du total des dépenses de santé en 2000 à 15,9 % en 2005). Pourtant, le pays doit encore relever des défis, il doit notamment rendre les cotisations plus abordables pour les personnes les plus pauvres, faire face aux problèmes liés à l'antisélection, réduire les coûts de promotion et de réinscription annuelle, et améliorer la gestion financière. Le Rwanda tente également de mettre en place diverses

⁹ Gottret, P. et G. Schieber. 2006. *A Practitioner's Guide: Health Financing Revisited*, Banque mondiale : 91.

¹⁰ Carrin, G., O. Doetinchem, J. Kirigia, I. Mathauer et L. Musango. 2009. *Social health insurance: how feasible is its expansion in the African region?* <http://www.iss.nl/DevISSues/Articles/Social-health-insurance-how-feasible-is-its-expansion-in-the-African-region>.

approches pour réduire la fragmentation des différents mécanismes de financement, notamment en concevant un cadre juridique national régissant l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

2.5 ÉTAPES RELATIVES À CET ÉLÉMENT

1. Identifier les différents modèles d'assurance maladie actuellement utilisés dans votre pays pour financer les soins de santé.
2. Identifier les forces et les faiblesses de ces types d'assurance.
3. Voir si d'autres mécanismes de financement ne pourraient pas aider votre pays à surmonter les défis qu'il doit relever.
4. Déterminer ce dont votre pays a besoin pour améliorer la façon dont l'assurance maladie y est financée :
 - a. Des ressources supplémentaires ?
 - b. Des systèmes de collecte plus efficaces ?
 - c. D'une gestion des dépenses plus efficace ?
 - d. De la participation d'autres parties prenantes, comme le secteur privé ?
5. Identifier les questions politiques, sociales et les considérations liées à la mise en œuvre dont il faudrait tenir compte pour atteindre les objectifs définis à l'étape 4.

2.6 DIAPORAMA



ELEMENT 2.
Choix du Mécanisme de Financement de l'Assurance

Présenté par : François Diop

Mai 2010



2.7 AUTRES ELEMENTS DE LECTURE

- Atim, Chris, Lisa K. Fleisher, Laurel Hatt, Stephen Musau et Aneesa Arur. Mai 2008. *Health Financing in Africa Today: Challenges and Opportunities*. Washington DC : Africa's Health in 2010, Academy for Educational Development, et Bethesda, Maryland : Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc.
- Brookings Global Economy and Development. Octobre 2007. *Towards Universal Health Coverage in Rwanda*. Notes de synthèse de la réunion préparatoire de Carline Kayonga, Secrétaire permanente du ministère de la Santé du Rwanda.
- Busse, Reinhard et coll. Février 2007. *Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High Income Countries. A Comprehensive Framework Approach*. Document de travail SNP. Banque mondiale.
- Gottret, P. et G. Schieber. 2006. *A Practitioner's Guide: Health Financing Revisited*. Banque mondiale.
- Hsiao, W.C. et coll. 2007. *Social Health Insurance for Developing Nations*. Banque mondiale.
- Kutzin, Joseph. 2008. *Health financing policy: a guide for decision-makers*. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.
- Preker, A.S. et G. Carrin. 2004. *Health Financing for Poor People: Resource Mobilization and Risk Sharing*. Banque mondiale.
- Preker, A.S., P. Zweifel et O. Schellekens (Rédacteurs en chef). 2010. *Global Marketplace for Private Health Insurance: Strength in Numbers*. Banque mondiale.
- Yazbeck, Abdo. 2009. *Attacking Inequity in the Health Sector: a synthesis of evidence and tools*. Banque mondiale.
<http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resoures/Publications/YazbeckAttackingInequality.pdf>.

ÉLÉMENT 3. COUVERTURE DE LA POPULATION



3.1 OBJECTIFS

À la fin de cette partie, vous devriez être en mesure :

- de déterminer les différents types de populations devant être couverts par l'assurance maladie (les bénéficiaires) ;
- de déterminer la façon de couvrir les populations difficiles à atteindre, notamment les personnes à faible revenu, vivant en milieu rural ou travaillant dans le secteur informel de l'économie ;
- de comprendre les compromis possibles entre l'élargissement de la couverture de la population et les prestations offertes (élément 4).

3.2 PRINCIPAUX CONCEPTS

L'antisélection correspond au principe selon lequel les personnes représentant un risque élevé décident plus souvent de s'assurer que les autres. Dans le cas de l'assurance maladie, l'antisélection se produit lorsque, parmi les personnes qui décident de contracter une assurance maladie, le nombre de celles risquant d'avoir besoin de frais de santé élevés (par exemple des personnes ayant des problèmes de santé ou âgées) est plus élevé que le nombre de personnes nécessitant peu de frais de santé (personnes en bonne santé ou jeunes). L'antisélection ne peut avoir lieu que dans le cas de régimes d'assurance facultatifs, quand les personnes peuvent décider d'y adhérer ou non. Cela peut réduire le partage des risques et conduire à une escalade des primes, puisque le coût des services se révèle plus élevé que prévu.

Le bénéficiaire est la personne assurée ; c'est-à-dire la personne couverte par le régime d'assurance maladie. Les termes « adhérent » ou « membre » peuvent également être utilisés.

La population bénéficiaire désigne la population couverte par l'assurance maladie.

L'aide directe aux groupes cibles consiste en la fourniture d'une couverture d'assurance maladie gratuite ou à prix réduit offerte à certaines catégories de la population en fonction d'une évaluation du niveau de revenus. Le paiement des primes de la population cible par des donateurs ou des organismes de bienfaisance en est un exemple. Dans de nombreux pays africains, l'évaluation des ressources se fait généralement au moment de la prestation de services. Il est difficile d'identifier les personnes admissibles dans les endroits où les registres de salaire et d'imposition sont souvent inaccessibles ou inexistant. Les administrateurs des établissements doivent avoir recours à leur pouvoir discrétionnaire pour déterminer quelles sont les personnes qui ne sont pas capables de payer les frais, ce qui entraîne l'utilisation d'une évaluation informelle des ressources qui s'appuie sur des indicateurs indirects de revenus. En raison du manque de temps des administrateurs et des médecins, des pressions exercées par l'entourage pour bénéficier de l'exonération des frais et de la réticence du personnel à accorder des exonérations quand leur établissement a besoin de revenus supplémentaires, l'admissibilité à l'exonération des frais n'est au final pas déterminée de manière méthodique.

L'éligibilité correspond au fait de remplir certaines conditions permettant d'accéder à un programme. En ce qui concerne l'assurance maladie, l'éligibilité peut correspondre aux

caractéristiques requises pour l'adhésion à un régime d'assurance maladie, comme la capacité de payer, le fait d'être employé par une entité particulière ou le fait de se trouver en dessous du seuil de pauvreté. Elle peut également correspondre aux caractéristiques requises pour accéder à un avantage particulier lié à l'assurance maladie, comme l'obtention d'une subvention. Chaque programme d'assurance maladie doit définir ses propres critères d'éligibilité.

L'adhésion correspond au fait de s'assurer. L'adhésion peut être passive (quand la législation prévoit que tous les citoyens sont automatiquement couverts) ou active (quand les gens doivent prendre des mesures pour adhérer, comme de s'inscrire et payer des frais d'adhésion ou une prime).

Le secteur formel de l'économie correspond au secteur de l'emploi dans lequel les travailleurs ont des horaires réguliers et reçoivent un salaire ou une rémunération, sur lesquels ils doivent payer des impôts sur le revenu.

L'équité en santé correspond à l'absence de disparités systématiques en matière de santé (ou dans les principaux déterminants sociaux de la santé) entre les groupes appartenant à différents niveaux sociaux avec les désavantages ou avantages qui leur sont propres, comme la richesse, le pouvoir ou le prestige. Par opposition, les inégalités en matière de santé désavantagent systématiquement la santé des groupes qui sont déjà socialement défavorisés (par exemple, parce qu'ils sont pauvres, ou encore parce que ce sont des femmes ou des membres de groupes raciaux, ethniques ou religieux privés de leurs droits).

Le secteur informel de l'économie fait référence aux travailleurs qui sont employés en dehors du secteur formel de l'économie ou dont l'activité économique tend à être irrégulière.

L'adhésion obligatoire correspond à un système dans lequel toutes les personnes admissibles doivent s'inscrire et payer la prime ou l'impôt correspondant à la couverture. Par exemple, tous les citoyens du Royaume-Uni sont inscrits au Service national de santé.

L'adhésion facultative signifie que les gens peuvent choisir d'être couverts ou non par le régime d'assurance maladie. Lorsque l'adhésion est facultative, le risque d'antisélection est élevé, car les gens qui risquent le plus d'avoir besoin des services médicaux sont également plus susceptibles de s'inscrire que les gens qui sont en bonne santé. Dans le cas de l'adhésion facultative, il faut également prévoir de promouvoir le régime auprès des personnes admissibles et éventuellement des mesures d'incitation à l'adhésion afin de réduire l'antisélection.

3.3 ASPECTS IMPORTANTS A PRENDRE EN COMPTE

MISE EN PLACE D'UNE COUVERTURE UNIVERSELLE

En mai 2005, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la résolution n° WHA58.33 qui invitait les États membres à œuvrer à la mise en place d'une couverture universelle et à veiller à ce que l'ensemble de leur population ait accès aux interventions de santé nécessaires, sans risquer une catastrophe financière¹¹. Selon cette résolution, la couverture universelle comprend deux dimensions complémentaires, qui s'ajoutent à la protection contre les risques financiers : l'étendue de la population couverte et l'étendue de la couverture des services de santé (les prestations qui sont couvertes ; ce point est traité dans le cadre de l'élément 4).

Seuls quelques pays offrent une couverture universelle, par exemple le Danemark, la France, l'Allemagne, le Portugal et le Royaume-Uni. Dans la plupart des pays, l'assurance maladie ne couvre que certains groupes sélectionnés. C'est généralement parce que les pays ont d'abord mis l'accent sur les groupes « faciles » à

assurer : ceux qui travaillent dans le secteur formel de l'économie. Par exemple, l'assurance maladie financée par l'État est d'abord mise en place pour les fonctionnaires et les militaires. Dans le secteur privé, les grandes entreprises peuvent décider d'assurer leurs employés et éventuellement les personnes à la charge de ces derniers. Les personnes fortunées, en particulier les professionnels comme les avocats, les comptables et les médecins, peuvent choisir de contracter une assurance privée commerciale. Cependant, les pays en développement ont souvent une forte proportion des populations suivantes, qui sont généralement plus difficiles à atteindre :

- Les personnes pauvres habitant en milieu rural : les agriculteurs, les ouvriers agricoles, les mineurs, les éleveurs et les pêcheurs.
- Les travailleurs indépendants ou les personnes travaillant dans le secteur informel de l'économie : les marchands ambulants, les propriétaires de kiosques, les chauffeurs de taxi, les gardiens, les domestiques, les agents de santé communautaire, les sages-femmes, les guérisseurs traditionnels.
- Les personnes employées dans de petites entreprises du secteur formel de l'économie : les personnes travaillant dans des pharmacies, des magasins, le secteur de l'industrie légère comme le textile, des écoles privées, des cliniques privées, le secteur de la sécurité, des bureaux de taille réduite.
- Les populations vulnérables : les personnes sans abri, les enfants de la rue.

ÉTENDRE LA COUVERTURE DE L'ASSURANCE AUX POPULATIONS « DIFFICILES A ATTEINDRE »

Pour que l'assurance maladie réduise les inégalités, il faut qu'elle soit conçue de manière à atteindre les populations pauvres et marginalisées. Les populations peuvent être regroupées en fonction de caractéristiques qui favorisent ou entravent l'accès à l'assurance maladie :

Encadré 6 : Recours aux subventions en Colombie pour élargir l'assurance maladie sociale

La Colombie a réussi à faire passer la part de la population couverte par l'assurance sociale de 23 % en 1993 à 62 % en 2003 en subventionnant les primes des personnes pauvres grâce à un fonds d'action financé par les recettes du régime d'imposition général et les charges sociales. Le taux de mortalité infantile est tombé de 44 décès pour 1 000 naissances à 15 décès pour 1 000 naissances parmi les assurés.

Source : Escobar. 2005. Cité dans Gottret P. et G. Schieber. 2006.

¹¹ Carrin, Guy, David Evans et Ke Xu. Septembre 2007. Designing health financing policy towards universal coverage. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, vol. 85 (9).

1. Les personnes pouvant contribuer de manière relative à l'assurance maladie, tant au niveau des revenus des ménages que de la possibilité de percevoir leurs cotisations. Les salariés du secteur formel de l'économie peuvent plus facilement contribuer à l'assurance maladie, car ils disposent de revenus stables qui peuvent être imposés à cet effet. Ils sont généralement aussi plus faciles à identifier et à imposer.
2. Les populations présentant des caractéristiques politiques, sociales ou culturelles qui peuvent aider ou entraver la mise en œuvre de l'assurance maladie. Les différences ethniques peuvent constituer un frein à la solidarité. Les communautés qui ont souffert de la guerre civile peuvent manquer de la cohésion sociale nécessaire à l'assurance maladie communautaire. En revanche, une administration régionale forte peut servir de plate-forme organisationnelle pour mettre en œuvre une assurance maladie communautaire.
3. L'éloignement des prestataires peut limiter l'inclusion réelle d'une population à l'assurance maladie (voir élément 5).
4. L'âge, le sexe et l'état de santé influencent les types de services de santé nécessaires et leur coût (voir élément 4).
5. L'adhésion à des organismes professionnels ou sociaux tels que des syndicats, des associations, des groupes de la société civile ou des réseaux. Ces organismes peuvent également servir de plate-forme pour faciliter l'élargissement d'un régime d'assurance.

Encadré 7 : Une couverture étendue de la population au Rwanda

Le secteur informel de l'économie et le secteur rural sont très importants au Rwanda, cependant le pays a été en mesure d'étendre la couverture de l'assurance maladie à plus de 75 % de sa population grâce à des mutuelles de district gérées par l'administration de chaque district, en partenariat avec les centres de santé publics, et financées à la fois par des donateurs, le gouvernement et les paiements des bénéficiaires.

Le tableau 4 présente différentes stratégies permettant de surmonter ces défis.

TABLEAU 4 : DEFIS ET STRATEGIES RELATIFS A L'ASSURANCE DES POPULATIONS DIFFICILES A ATTEINDRE

Caractéristiques présentant des défis	Stratégies
La dispersion géographique.	Utiliser des représentants, comme les « animateurs » du Rwanda, pour faire du « porte-à-porte » (ou aller d'une habitation à l'autre), afin de sensibiliser la population. Inscrire les populations par l'entremise d'associations professionnelles, de syndicats ou de coopératives.
Difficulté à communiquer le concept et les avantages de l'assurance maladie en raison du faible taux d'alphabétisation et de l'absence de la notion de prépaiement et de partage du risque.	S'appuyer sur les systèmes existants de mutuelles funéraires, de prêts solidaires ou de microfinancement. Organiser des réunions communautaires. Utiliser des représentants, comme les « animateurs » du Rwanda, pour faire du « porte-à-porte » (ou aller d'une habitation à l'autre), afin de sensibiliser la population.
Les personnes vivant sous le seuil ou près du seuil de la pauvreté, ce qui limite la possibilité de payer des primes ou des tickets modérateurs.	Prévoir la perception des primes au moment des récoltes. Subventionner les primes. Les prestataires de soins de santé, les autorités municipales ou des dirigeants communautaires disposant d'un statut social peuvent faciliter l'utilisation des méthodes d'évaluation des ressources.
Le manque d'accès à des prestataires de santé, en particulier en milieu rural.	Étendre l'offre de services couverts en investissant dans les infrastructures ou en renforçant les compétences médicales. Décentraliser les services tant au niveau des installations que du personnel (délégation des tâches). Mobiliser et utiliser les ressources privées existantes. Créer des partenariats public-privé.

L'un des risques de la segmentation de la population est qu'elle pourrait produire un système à plusieurs vitesses offrant des prestations inéquitables entre les différents groupes. Un autre risque est que chaque segment a tendance à être homogène, ce qui limite les possibilités de subventions croisées parmi les divers groupes. Cependant, la redistribution des ressources entre les fonds d'assurance peut s'effectuer à des niveaux supérieurs.

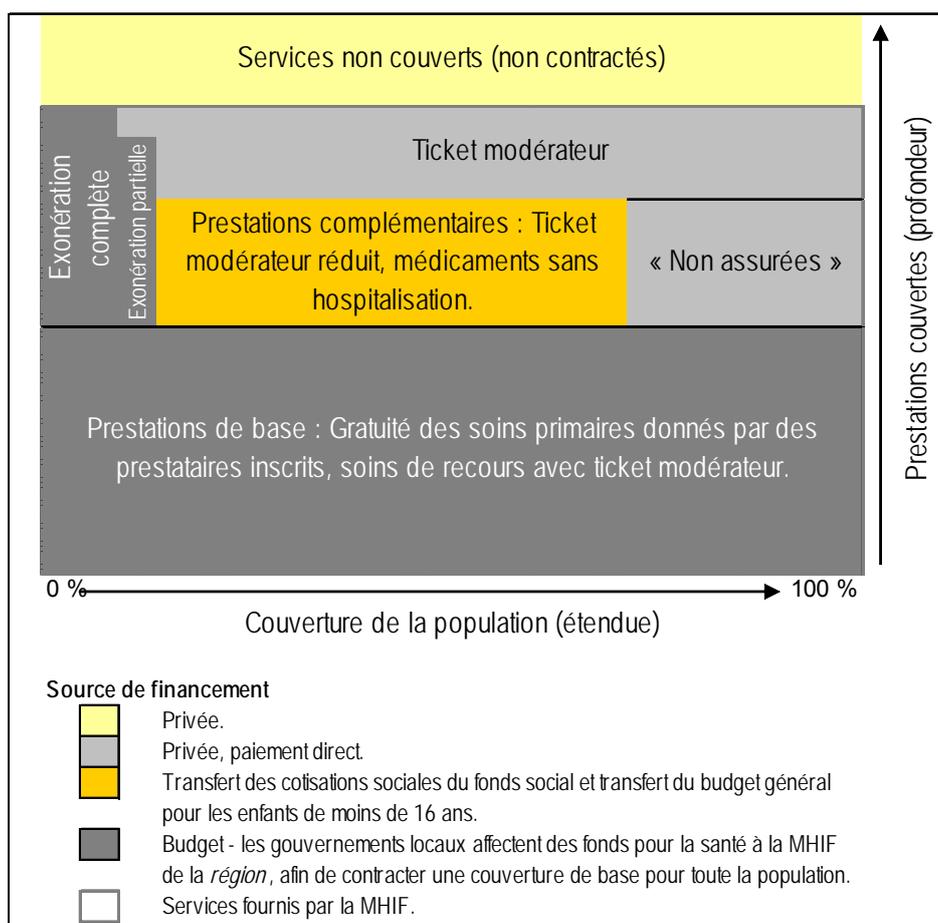
LIENS ENTRE LA COUVERTURE DE LA POPULATION, LES MÉCANISMES DE FINANCEMENT ET LES PRESTATIONS OFFERTES

Les assureurs doivent faire un compromis entre l'élargissement de la couverture aux populations à faible revenu et à haut risque et la couverture de prestations supplémentaires. Aucun pays en développement n'a les moyens financiers d'élargir les deux en même temps. Facturer plus que le coût des services aux populations aisées est une méthode qui peut être utilisée pour subventionner des services entièrement couverts pour les personnes pauvres. Les assureurs peuvent également réduire les coûts administratifs ou augmenter l'efficacité des prestations, ce qui permet d'étendre la couverture de la population ou des prestations avec le même niveau de financement. Les éléments 4 et 5 présentent des approches permettant de maîtriser les coûts.

Le Kirghizistan a créé une caisse nationale d'assurance maladie obligatoire (MHIF) pour couvrir les prestations de soins de santé primaires de base de l'ensemble de sa population avec des exonérations de cotisations (subventions) pour les prestations complémentaires de la population à faible revenu (voir la figure 3 ci-dessous¹²). La MHIF ne couvre pas les prestations complémentaires (« non assurées ») des populations à revenu élevé, elle fait payer des tickets modérateurs pour les services plus sophistiqués à tout le monde sauf aux plus pauvres et elle ne couvre pas du tout les services de santé tertiaires.

¹² Kutzin, J. 2009.

FIGURE 3 : COUVERTURE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DU KIRGHIZISTAN



Une matrice des services offerts à la population (voir les tableaux 5 et 6) peut aider les pays à visualiser les liens entre les différents groupes cibles, mécanismes de financement et choix de prestations. Les colonnes indiquent les populations que le pays souhaite offrir un accès à l'assurance maladie. Les lignes indiquent les différents types de prestations (élément 4). Le code couleur des cellules au centre permet de refléter le type de financement (élément 2) utilisé pour couvrir la population correspondante et le niveau des services.

Les tableaux 5 et 6 donnent en exemple des matrices des services offerts à la population en Chine. Dans les années 1980 et 1990, la population couverte était limitée et les prestations dépendaient du régime d'assurance maladie et de la population couverte (tableau 5). L'assurance maladie des salariés couvrait l'ensemble du secteur public et certains salariés du secteur privé. L'État offrait certaines prestations aux personnes pauvres en milieu rural ou urbain. L'assurance maladie privée était disponible pour les personnes aisées qui avaient les moyens de payer une couverture d'assurance maladie plus complète. Le tableau 6 montre de quelle façon, au cours des dix dernières années, la Chine a étendu la couverture de l'assurance maladie aussi bien en ce qui concerne le nombre de personnes que les prestations couvertes.

TABEAU 5 : MATRICE DES SERVICES OFFERTS A LA POPULATION ET TYPE DE FINANCEMENT DANS LES ANNEES 1980 ET 1990 EN CHINE

Niveau des services	Population urbaine			Population rurale		
	Salariés du secteur public	Salariés du secteur privé	Travailleurs indépendants/ chômeurs	Salariés du secteur public	Salariés du secteur privé	Travailleurs indépendants/ fermiers
Ensemble complet de prestations de santé.						
Prestations de santé de base étendues.						
Prestations de santé de base.						

Il y a beaucoup de cellules vides, ce qui signifie qu'une grande partie de la population n'est pas couverte.

TABEAU 6 : MATRICE DES SERVICES OFFERTS A LA POPULATION ET TYPE DE FINANCEMENT EN CHINE EN 2008

Niveau des services	Population urbaine			Population rurale		
	Salariés du secteur public	Salariés du secteur privé	Travailleurs indépendants/ chômeurs	Salariés du secteur public	Salariés du secteur privé	Travailleurs indépendants/ fermiers
Ensemble complet de prestations de santé.						
Prestations de santé de base étendues.						
Prestations de santé de base.						

- G+I** Imposition (G = financement du gouvernement + I = financement individuel).
- E+S** Emploi (E = financement de l'employeur + S = financement du salarié).
- I+G** Assurance communautaire subventionnée (I = financement individuel + G = financement du gouvernement).
- I+E** Assurance individuelle privée (I = financement individuel + E = financement de l'employeur).

PHASES D'ÉLARGISSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE À DE NOUVEAUX BÉNÉFICIAIRES

Adopter une approche progressive pour étendre la couverture de la population représente probablement la solution la plus accessible politiquement et financièrement. Une fois que la couverture actuelle du pays a été analysée et que les objectifs politiques et techniques à atteindre ont été fixés, l'étape suivante la plus logique consiste à dresser une liste des groupes devant être couverts de façon prioritaire, puis à élaborer un calendrier progressif des élargissements de couverture.

3.4 EXEMPLE : LA COUVERTURE DE PÉRUVIENS DÉMUNIS GRÂCE À DES SUBVENTIONS CONDITIONNÉES AU TEST DE MOYENS

De 1997 à 2009, le système de financement de la santé péruvien est passé d'un système regroupant plusieurs programmes d'assurance maladie ciblant des tranches établies de la population à un système universel couvrant également les pauvres.

La caisse de sécurité sociale péruvienne (EsSALUD) offre depuis les années 1930 une couverture des soins de santé aux travailleurs du secteur formel de l'économie, ainsi qu'aux personnes qui sont à leur charge (conjoint et enfants de moins de 18 ans), aux retraités et à certains travailleurs indépendants. L'EsSALUD est financée par des cotisations sociales de 9 % payées par les employeurs. Les retraités et les travailleurs indépendants doivent contribuer au paiement des primes, même si ce n'est pas le cas des salariés. En 2006, la couverture combinée de l'EsSALUD, des forces armées et de la police atteignait 5,8 millions de personnes, soit environ 20 % de la population péruvienne. Peu de familles pauvres étaient couvertes.

En 1997, le ministère péruvien de la Santé a pris un premier train de mesures pour étendre l'assurance maladie publique aux personnes pauvres, il a appelé le programme « subvention de la demande de soins de santé ». Le programme a d'abord visé un groupe facilement identifiable, les enfants scolarisés. Le programme d'assurance scolaire gratuite (Seguro Escolar Gratuito) prévoyait des exemptions du coût des consultations et des médicaments pour tous les enfants âgés de 5 à 17 ans, inscrits dans les écoles publiques. Afin d'étendre encore la couverture, un programme d'assurance maladie maternelle et infantile a été lancé en 1998 et a fourni des services de base gratuits aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans. Ce programme a débuté comme projet pilote dans cinq districts, puis il a été étendu à huit districts en 2000.

Les programmes ont fusionné en 2001 pour devenir le programme d'assurance maladie complet (Seguro Integral de Salud ou SIS), et la couverture a été étendue à l'ensemble du pays. Le programme ciblait ceux qui pouvaient démontrer qu'ils avaient besoin d'une aide financière grâce à un processus de sélection qui a été amélioré en 2004 (voir l'encadré sur le test des moyens ci-dessous). L'éligibilité a été étendue à tous les enfants de moins de 18 ans (qu'ils soient inscrits ou non à l'école), aux femmes enceintes et aux adultes ayant besoin de soins urgents, dans la mesure où ils étaient éligibles sur la base du test des moyens.

En 2009, l'éligibilité a été étendue aux familles ayant un revenu inférieur à la limite fixée et n'ayant aucune autre couverture d'assurance. La couverture est gratuite pour ceux qui sont considérés comme vivant dans la pauvreté. Elle est offerte à un tarif subventionné aux personnes ayant des revenus éligibles (moins de 200 \$ par mois pour les personnes vivant seules ou moins de 500 \$ par mois pour les familles¹³). La SIS, principalement financée par les recettes fiscales¹⁴, est passée de

¹³ http://www.sis.gob.pe/a_produ_minim.html

¹⁴ <http://www.paho.org/english/sha/prflper.htm>

5,86 millions de bénéficiaires en 2002 à 10,35 millions en 2008, sur une population 29 millions d'habitants¹⁵.

En 2009, le Pérou a adopté une loi relative à l'assurance maladie universelle, qui fixe un cadre général pour la réforme de l'assurance maladie dans le pays. Cette politique comporte une stratégie à deux volets : i) accroître l'étendue de la couverture d'assurance en augmentant le nombre de personnes ayant réellement accès à des services de santé et à une protection contre les risques financiers de qualité, en mettant l'accent sur les personnes pauvres ; ii) accroître l'étendue des prestations couvertes en augmentant la gamme et la qualité des prestations de santé en fonction du profil démographique actuel et à venir et des besoins épidémiologiques de la population.

Évaluation des ressources pour définir et subventionner l'assurance des personnes pauvres

Encadré 8 : Méthode du test des moyens du SIS

La situation économique des ménages est estimée à partir d'un ensemble de variables qualitatives et quantitatives liées notamment à la consommation, à la propriété de biens durables et au potentiel humain. Sur la base de l'Enquête nationale portant sur 25 000 ménages (ENAHO), l'indice de bien-être des ménages a été calculé en utilisant l'algorithme statistique des moindres carrés alternés et de l'échelle optimale (principales composantes qualitatives). Cet algorithme fournit i) une mesure pour les différentes catégories de variables recueillies au cours de l'enquête dans chaque zone géographique ; ii) le poids de chaque variable en fonction de leur contribution à la première composante principale du système (qui correspond à l'indice non observable qui doit être élaboré).

Les variables finales sélectionnées par l'algorithme ont été celles qui étaient les plus efficaces pour prédire les différences relatives au bien-être des ménages et la pauvreté. Le SIS a facilement recueilli ces renseignements au cours d'entretiens rapides, grâce à l'utilisation de la fiche d'évaluation socio-économique (*Ficha de Evaluación Socioeconómica* ou FESE). À l'aide d'un logiciel personnalisé, le SIS calcule les scores de bien-être des ménages et effectue le classement des bénéficiaires potentiels.

En 2004, la SIS, avec l'assistance technique de l'équipe du projet Partners for Health Reform^{plus} financé par l'USAID, a mis au point un indice du test des moyens, afin que les subventions destinées à la santé soient attribuées aux populations pauvres. La méthode utilisée est similaire à celle du système national de ciblage utilisé en Colombie¹⁶. Elle détermine l'admissibilité à la SIS en fonction de l'estimation d'un indice composite de bien-être économique des ménages (voir encadré 8).

Plusieurs évaluations ont montré que ces indices permettent de manière raisonnablement efficace de déterminer l'admissibilité aux programmes sociaux. Bien qu'ils n'éliminent pas complètement le problème du manque de couverture, ils limitent les risques que les groupes aisés bénéficient des subventions, augmentant ainsi les moyens disponibles pour réduire la pauvreté.

La méthode s'est révélée une telle réussite, que le bureau du premier ministre et le ministère de l'Économie l'ont adoptée comme base du Système national de ciblage des ménages (le SISFOH établi par le décret DS 30-2004-EF), qui doit être utilisé par un large éventail de programmes sociaux subventionnés pour faire en sorte que les aides soient attribuées uniquement aux personnes pauvres.

3.5 ÉTAPES RELATIVES À CET ÉLÉMENT

- I. Déterminer quelles sont les personnes actuellement couvertes par l'assurance maladie dans votre pays.

¹⁵ <http://www.sis.gob.pe>

¹⁶ L'efficacité du système par rapport l'évaluation des ressources dépendra de la qualité de l'ajustement et des propriétés prédictives hors de l'échantillon du modèle statistique ou du modèle d'étalonnage. Elle peut être améliorée en estimant ou en étalonnant séparément la moitié la plus pauvre de la population, des régions précises, ainsi que les zones urbaines et rurales.

- a. Déterminer quelles sont les prestations que ces personnes reçoivent de l'assurance et la façon dont cette dernière est financée.
2. Déterminer quels sont les autres groupes de la population que vous souhaiteriez être en mesure de couvrir avec une assurance maladie.
3. Identifier les options dont vous disposez pour financer l'extension de l'assurance maladie à ces populations (compte tenu des différentes options de prestations que vous avez repérées et dont il est question dans l'élément 4).
4. Déterminer certains des aspects opérationnels qui doivent être traités afin de pouvoir étendre l'assurance à ces nouveaux groupes. Par exemple l'adhésion, la perception, les prestations de services, l'engagement et le paiement des prestataires, ainsi que le traitement des demandes (ces questions sont abordées avec plus de détails dans les éléments 6 et 7).

3.6 DIAPORAMA

ATELIER
 CLUB L'Assurance
 Maladie
 EN AFRIQUE

Assurance Maladie :
 Comment l'Opérationnaliser

ESGRI RWANDA
 30 MAI - 4 JUIN 2010

ELEMENT 3 :
Couverture de la Population

Présenté par : Cheikh Mbengue

Mai 2010

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

MLI Missional Leadership Initiative FOR GLOBAL HEALTH

World Health Organization

THE WORLD BANK

HSO Financing

HEALTHY SYSTEMS 2012

3.7 AUTRES ELEMENTS DE LECTURE

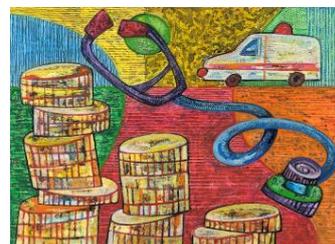
Brookings Institution : Global Economy and Development. Octobre 2007. *Towards Universal Health Coverage in Rwanda*. Notes de synthèse de la réunion préparatoire de Carline Kayonga, Secrétaire permanente du ministère de la Santé du Rwanda.

Carrin, G., I. Mathauer, K. Xu et D. Evans. 2008. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, vol. 86.

Kutzin, J., A. Ibraimova, M. Jakab et S. O'Dougherty. 2009. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, vol. 87.

Preker, A.S., P. Zweifel et O. Schellekens. 2010. Global Marketplace for Private Health Insurance: Strength in Numbers. Banque mondiale.

ÉLÉMENT 4. PRESTATIONS ET MAÎTRISE DES COÛTS



4.1 OBJECTIFS

À la fin de cette partie, vous devriez être en mesure :

- De déterminer les services qui devraient, dans l'idéal, être couverts par l'enveloppe des prestations ;
- De comprendre les méthodes de maîtrise des coûts ;
- De comprendre les compromis entre prestations, couverture de la population et méthodes de maîtrise des coûts.

4.2 PRINCIPAUX CONCEPTS

L'analyse actuarielle correspond aux calculs statistiques utilisés pour déterminer la prime d'assurance à appliquer sur la base des prévisions d'utilisation des services et de coûts. Les actuaires utilisent des données d'utilisation historiques, telles que les données sur les demandes d'indemnisation, pour prédire les futures tendances d'utilisation. Toutefois, dans de nombreux pays en développement, les données sur les demandes d'indemnisation ne sont pas disponibles. Dans ces cas, d'autres sources de données, comme les enquêtes auprès des ménages, les données fournies par les établissements concernés ou d'autres données indirectes peuvent être nécessaires pour calculer les primes.

Le paquet de bénéfiques désigne les services et produits de santé couverts par le régime d'assurance maladie. Les prestations couvertes sont l'un des principaux facteurs influençant le coût total de l'assurance santé, le niveau d'acceptation politique du programme ainsi qu'à quel degré elles peuvent être commercialisées auprès des consommateurs.

Les demandes d'indemnisation font référence à chaque recours à une prestation couverte par l'assurance et générant un paiement à l'assuré ou à un prestataire de service (p. ex. médecin, garage automobile). Le volume des demandes au titre de l'assurance automobile, immobilier et vie est relativement faible par rapport aux demandes générées par l'assurance maladie.

La coassurance désigne le paiement par l'assuré d'un pourcentage des coûts pour les services de santé utilisés et couverts par l'assurance. Par exemple, un régime d'assurance peut couvrir 80 % des coûts d'un séjour hospitalier, les 20 % restants étant à la charge de l'assuré.

Le ticket modérateur désigne un paiement forfaitaire défini dans la police d'assurance et payé par l'assuré à chaque fois qu'il utilise un service médical.

La maîtrise des coûts comprend plusieurs techniques visant à promouvoir l'efficacité des prestations de services et de leur utilisation tout en évitant les dépenses inutiles et le gaspillage.

La franchise est le montant fixe devant être pris en charge par l'assuré sur une année donnée avant que l'assureur couvre ses dépenses.

Les risques assurables correspondent à des événements imprévisibles, peu courants et habituellement très coûteux, comme des accidents de voiture ou un cancer, que l'assurance maladie

visé traditionnellement à couvrir. De nombreux services constituant des priorités de santé publique, tels que la vaccination, le planning familial ou l'éducation en matière de santé, ne sont **pas** des risques assurables car leur fréquence est prévisible et une majorité de la population y a recours.

Les biens tutélaires sont similaires aux biens publics mais ils génèrent des prestations à la fois publiques et privées. Étant donné que leur intérêt global pour la société est supérieur à leur avantage privé, ils ont tendance à être sous-consommés. Ils comprennent, entre autres, les vaccinations, les moustiquaires traitées aux insecticides et les préservatifs pour lutter contre le VIH. Les biens de santé publics et tutélaires ne sont généralement **pas** considérés comme des risques assurables mais constituent des investissements très rentables pour le système de santé.¹⁷

Il y a un risque moral lorsque le comportement d'un assuré change, ce qui se traduit habituellement par de plus grandes prises de risque, car ce dernier n'a plus à payer l'intégralité des coûts de ses actions. Ainsi, une fois assurée, une personne est susceptible d'avoir recours à plus de services médicaux simplement du fait qu'elle n'a plus à payer tous les frais associés à ces services. Le risque moral peut entraîner une utilisation inutile des services et une augmentation des coûts pour le système de santé. Toutefois, l'utilisation accrue de certains services de santé prioritaires (p. ex. l'aide à l'accouchement) peut constituer un objectif politique dans les pays en développement.

Les biens publics sont des biens dont la consommation par une personne n'en réduit pas la disponibilité pour une autre personne et dont la consommation ne peut être refusée à quiconque. Citons par exemple la propreté de l'air, la défense nationale et l'élimination des moustiques pour prévenir la malaria. Étant donné que les avantages des biens publics ne peuvent être refusés à personne, les individus sont habituellement moins disposés à payer pour les recevoir.

La réassurance désigne l'assurance souscrite par les compagnies d'assurance. Les assureurs payent une prime pour être protégés contre le risque de demandes coûteuses et inattendues. La réassurance permet à un programme d'assurance de couvrir des risques trop importants pour être pris en charge par un seul programme.

4.3 ASPECTS IMPORTANTS A PRENDRE EN COMPTE

QUE COMPORTE UN RELEVÉ D'UN PAQUET DE BÉNÉFICES?

Le paquet de bénéfices est généralement présenté sous la forme d'une liste ou d'un tableau détaillant les différentes catégories de soins (p. ex. consultations externes et soins en hôpitaux) avec des informations concernant le niveau de couverture pour chaque catégorie. Ces informations peuvent comprendre le type de prestataire, les services ou conditions spécifiques couverts ou exclus, les plafonds éventuels (p. ex. nombre de jours d'hospitalisation) ainsi que les éventuels tickets modérateurs et franchises (voir la section sur la maîtrise des coûts ci-dessous). Vous trouverez des exemples de prestations pour le Ghana, l'Inde et les États-Unis en Annexe B.

QUELS CRITÈRES DOIVENT ORIENTER LA CONCEPTION DU PAQUET DE BÉNÉFICES?

En 2001, la Commission Macroéconomie et Santé (CMS) a recommandé quatre critères de sélection des interventions de santé essentielles à inclure dans les paquets de bénéfices : « (1) elles doivent être efficaces sur le plan technique et de l'offre ; (2) les maladies visées doivent représenter une lourde charge pour la société, en tenant compte de la maladie en elle-même et de ses conséquences sociales (comme les épidémies et les effets économiques néfastes) ; (3) les avantages sociaux doivent être supérieurs aux coûts de l'intervention (à la fois en termes d'années de vie préservées et de conséquences comme la réduction du nombre d'orphelins ou l'accélération de la croissance

¹⁷ Les polices d'assurance qui couvrent ces risques non assurables sont désignés par le terme de polices prépayées car le bénéficiaire paye à l'avance pour un service qu'il a de forte chance d'utiliser.

économique) ; et (4) les besoins des pauvres doivent être pris en compte. »¹⁸ Outre les critères définis par la CMS, les autorités doivent également prendre en compte les priorités des groupes de population qui apportent la plus grande contribution financière et qui pourraient retirer leur soutien politique à un programme d'assurance qui ne couvre pas les services dont ils ont le plus besoin.

QUELLES PRESTATIONS DEVRAIENT ETRE COUVERTES PAR VOTRE REGIME D'ASSURANCE ?

Malheureusement, au vu des faibles ressources disponibles, la plupart des pays en développement doivent faire des choix difficiles entre la couverture des services les plus susceptibles d'améliorer la santé de la population ou des services permettant d'éviter aux ménages des dépenses de santé catastrophiques.

Pour améliorer la santé globale, les autorités devraient prendre en compte l'incidence des maladies sur la population, la démographie (âge, sexe, lieu et revenus), les taux de mortalité et de morbidité, les tendances épidémiologiques, les données historiques sur l'utilisation des services ainsi que les résultats des interventions les plus rentables¹⁹. Un grand nombre de ces services s'accompagnent de volumes élevés, de faibles coûts et d'un fort impact potentiel sur la santé (p. ex. le planning familial, le traitement des infections respiratoires et des maladies infectieuses). Nombre d'entre eux correspondent à des biens publics ou tutélaires présentant d'importants avantages sociaux (comme la vaccination) et l'assurance peut contribuer à compenser la faible volonté de la population à payer pour ces services. Toutefois, ces services ne sont pas considérés comme des « risques assurables » car ils ne sont ni ponctuels ni imprévisibles. Une couverture totale de ces services peut s'avérer très coûteuse. Par exemple, la prévention, les tests et le traitement du VIH/SIDA ont une grande valeur en termes de santé publique mais le besoin pour ces services est fréquent et très prévisible dans les zones où le VIH est répandu et où un grand nombre de personnes sont susceptibles d'utiliser ces services.²⁰

Encadré 9 : Baisse des coûts pour les pauvres grâce à la réforme des prestations et du financement au Kirghizistan

L'enveloppe des prestations du Kirghizistan comprenait la gratuité des soins de santé primaires pour toute la population et un ticket modérateur pour les hospitalisations. Suite à ces réformes, les capacités hospitalières excédentaires sont passées de 1464 bâtiments à 784 entre 2001 et 2004, ce qui s'est accompagné d'une réduction des coûts. Sous réserve d'hospitalisation, les 40 % les plus pauvres ont bénéficié d'une légère baisse des paiements directs.

Source : Yazbeck, A.J. 2009

Pour éviter aux ménages (en particulier aux ménages pauvres) des dépenses catastrophiques, les enquêtes et les données fournies par les établissements de santé peuvent être utilisées pour analyser le schéma actuel des dépenses de santé directes des populations cibles : quels sont les services médicaux utilisés et lesquels génèrent des dépenses catastrophiques pour les ménages au sein de la population cible ? En général, les ménages privilégient les soins curatifs et les médicaments. Afin de réduire les dépenses directes et de garantir la protection financière, les prestations devraient couvrir les services de traitement externe, les médicaments et les soins en hôpitaux. Toutefois, il convient de ne pas encourager des hospitalisations inutiles ou une utilisation excessive de médicaments.

Le tableau 7 présente une synthèse des caractéristiques des principales catégories de services. Il convient de noter que les soins primaires comprennent les soins préventifs, la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), les soins maternels et les soins externes.

¹⁸ Commission Macroéconomie et Santé de l'Organisation mondiale de la santé. Dec 2001. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Genève : OMS, p. 10.

¹⁹ Voir <http://www.who.int/choice/results/en/> et <http://www.dcp2.org/page/main/BrowseInterventions.html>

²⁰ Voir en Annexe, « Assurance maladie et services prioritaires » pour une discussion plus approfondie sur la question de savoir si l'assurance santé devrait être axée sur les services de santé de base ou sur les dépenses catastrophiques comme celles associées aux services d'hospitalisation ou au traitement du SIDA.

TABLEAU 7 : QUELS SERVICES COUVRIR ?

Type de service	Public bien ou privé ?	Prévisibilité de l'utilisation	Rare ou fréquent ?	Coût unitaire
Vaccins	Les deux	Élevée	Fréquent	Faible
PCIME	Les deux	Élevée	Fréquent	Faible
Planning familial	Les deux	Élevée	Fréquent	Faible
Soins maternels	Privé	Élevée	Fréquent	Variable
Soins externes	Privé	Faible	Dépend du service	Variable
Prévention du VIH/SIDA	Les deux	Varie selon les pays	Varie selon les pays	Faible
Traitement du VIH/SIDA	Les deux	Varie selon les pays	Varie selon les pays	Élevé
Hospitalisation	Privé	Faible	Rare	Élevé
Médicaments	Les deux	Varie selon les médicaments	Dépend du médicament	Variable
Diagnostic	Privé	Faible	Dépend du service	Variable

Les ministères de la Santé peuvent soutenir l'intégration des soins de santé primaire dans un régime d'assurance afin d'élargir l'accès à et l'utilisation des établissements de santé. Cette mesure peut également faciliter la transition pour un pays d'une budgétisation basée sur les intrants des établissements de santé à un système basé sur les résultats dans le cadre duquel les fonds « suivent l'utilisateur » et les services sont payés en fonction de leur utilisation. De nombreux programmes communautaires (comme ceux du Rwanda) offrent des paquets de bénéfices de base comprenant certains soins de santé primaires.²¹ Par ailleurs, si le coût des services de santé primaires est faible en termes relatifs, il peut être catastrophique pour les plus démunis.

PAQUET DE BÉNÉFICES ET VIABILITÉ FINANCIÈRE

Considérations financières : La sélection d'un paquet de bénéfices adéquat nécessite une analyse financière. Comme indiqué ci-avant, les enquêtes et les données fournies par les établissements de santé peuvent être utilisées pour analyser le schéma actuel des dépenses de santé directes des populations cibles. Les autorités peuvent ensuite formuler un projet de paquet de bénéfices proposant une couverture équilibrée des services les plus coûteux et des services qui auront le plus grand impact sur la santé.

Les actuaires de santé peuvent aider à estimer le coût de l'enveloppe proposée afin de déterminer si les ressources disponibles sont suffisantes pour la financer. Ils peuvent estimer les coûts des services sur la base des données d'utilisation historiques (p. ex. consultations médicales, enquêtes auprès des ménages, données des établissements de santé) et déterminer le taux potentiel d'augmentation de l'utilisation des services après la mise en place de l'assurance maladie qui influencera le coût global du programme. Les estimations de coûts doivent être comparées aux prévisions de revenus. Si les revenus ne sont pas adaptés, les frais médicaux doivent être réduits en retirant des services du paquet de bénéfices, en ajoutant des méthodes de maîtrise des coûts (voir ci-dessous) ou en réduisant la population couverte (sans réduire les revenus). Ces calculs permettent de garantir des taux de cotisation pour les participants au programme (pour les systèmes d'assurance sociale et volontaire) ou des recettes fiscales (pour les systèmes d'assurance maladie nationaux) qui soient à la fois raisonnables, politiquement acceptables et suffisants pour assurer leur viabilité à long terme.

²¹ Brookings Institution Global Economy and Development. Oct 2007. Towards Universal Health Coverage in Rwanda. Notes de synthèse de la réunion préparatoire de Carline Kayonga, Secrétaire permanente du ministère de la Santé du Rwanda.

TABLEAU 8 : L'ÉQUILIBRE DES SOURCES DE FINANCEMENT

Revenus d'assurance et autres				Dépenses (pourcentages indicatifs)		
Primes individuelles	Cotisations sociales de l'employeur	Fonds gouvernementaux ou des donateurs	Intérêts	Frais médicaux 85-90%	Frais administratifs 5-10%	Prime de réassurance Moins de 1 %

Le tableau 8 illustre l'équilibre à atteindre entre les revenus et les dépenses au sein du système d'assurance. Les revenus de l'assurance maladie peuvent provenir du paiement des primes individuelles, des contributions des employeurs notamment sous la forme de cotisations sociales, et du financement du gouvernement ou de donateurs. Les assureurs perçoivent généralement les revenus des primes avant d'encourir des frais médicaux et sont donc en mesure d'investir ces fonds pour générer des intérêts qui constituent une source de revenus supplémentaire.

Vous pouvez réduire les frais médicaux en transférant une partie des coûts au bénéficiaire par le biais de tickets modérateurs, de franchises ou de plafonds.

Les dépenses d'assurance maladie comprennent les frais médicaux, qui désignent les paiements aux prestataires ou les remboursements aux patients, les frais administratifs et le paiement de primes de réassurance pour protéger l'assureur contre le risque de demandes supérieures à la moyenne (le réassureur accepte de couvrir les frais médicaux dépassant un seuil défini en échange d'une faible contribution. Les premiers calculs de l'OIT indiquent que la prime s'élèverait à 0,075 dollar par famille et par mois pour couvrir des risques jusqu'à 1000 dollars²²). Les frais médicaux sont estimés sur la base de leur montant pour l'année précédente majoré d'une augmentation annuelle.

$$\text{Frais médicaux prévus (remboursements)} = \text{Dépenses de l'année précédente} \times (1 + \text{taux d'augmentation annuelle}) \times \text{Taux de remboursement}$$

Les dépenses de santé de l'année précédente associées à l'utilisation des services est un élément clé pour estimer les frais médicaux de l'année à venir. Les dépenses de santé peuvent être réparties entre soins en hôpitaux et soins externes, ou entre des groupes de diagnostics, sur la base de la conception du paquet de bénéfices et du système de paiement des prestataires (voir élément 5). Si votre pays n'a pas suffisamment de données sur les dépenses de santé de l'année précédente, les estimations peuvent être formulées sur la base des données pour un pays similaire. Les augmentations annuelles sont attribuables à plusieurs facteurs dont : la hausse des prix (taux de paiement aux prestataires), une augmentation de la demande (utilisation des services), une utilisation accrue de la technologie et des changements dans le mécanisme de paiement des prestataires (voir élément 5).

Considérations politiques : L'acceptabilité politique revêt une grande importance dans la conception du paquet de bénéfices, en particulier pour les personnes qui vont payer pour être assurées. Dans le cadre d'un programme volontaire, si les bénéficiaires doivent payer une prime, ils doivent comprendre le concept de l'assurance et considérer que les prestations présentent des avantages qu'ils sont prêts à payer pour avoir. Dans de nombreux régimes d'assurance maladie communautaires, les membres discutent et votent pour les avantages qu'ils souhaitent inclure. Si le gouvernement finance un régime d'assurance obligatoire par le biais des recettes fiscales générales, les objectifs de santé nationaux sont susceptibles d'influencer la conception du paquet de bénéfices. De plus, les prestations doivent être perçues comme utiles par les contribuables afin de préserver leur soutien politique au régime national. Les priorités et le pouvoir politique de la population payant pour avoir accès à l'assurance peuvent être en contradiction avec ceux de la population pauvre qui ne paye pas pour ces services, ce qui exige l'adoption d'une approche progressive et consensuelle pour élargir la couverture de l'assurance aux populations non-payantes (éléments 1, 2 et 3).

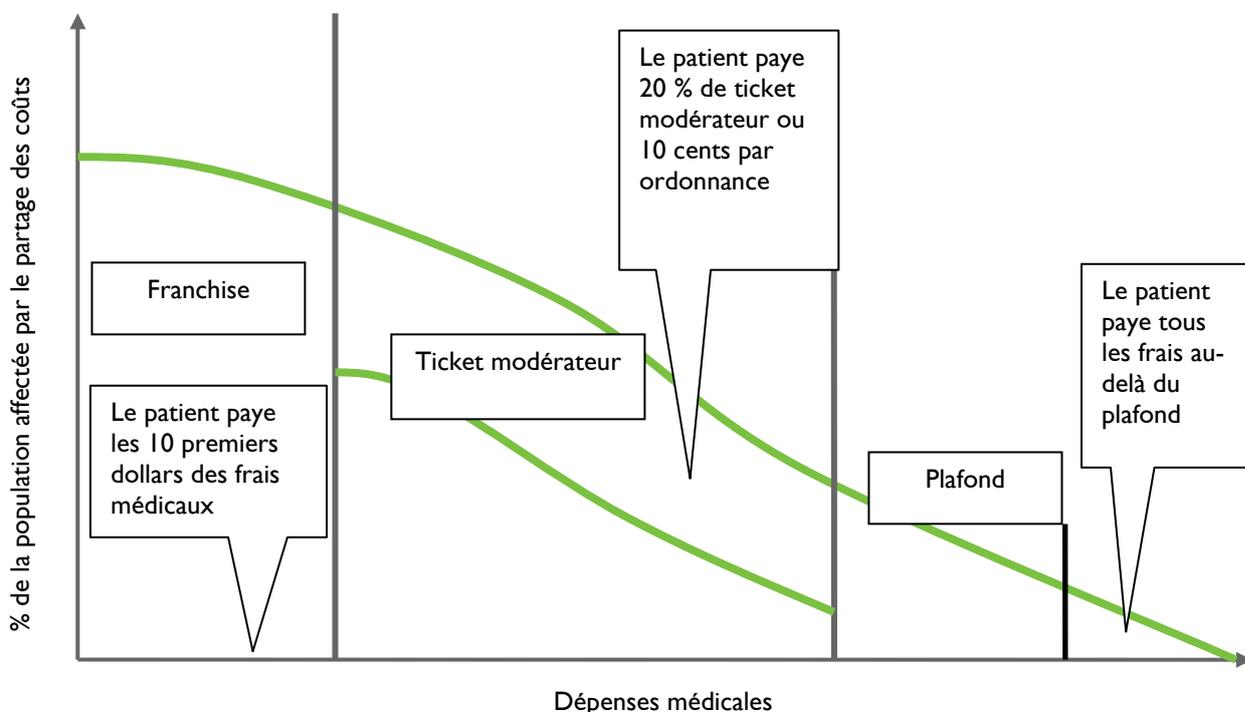
²² <http://www.ilo.org/public/english/bureau/inf/magazine/44/socialre.htm>

COMMENT LIMITER LE COUT DES PRESTATIONS ?

La maîtrise des coûts a pour objectif de rendre le régime d'assurance solvable et financièrement autonome. Dans le cadre des prestations, les méthodes de maîtrise des coûts visent à éviter les dépenses inutiles et le gaspillage afin de libérer plus de fonds pour les services de santé nécessaires. Certaines méthodes favorisent la qualité alors que d'autres peuvent la détériorer et doivent être suivies de près. La maîtrise des coûts a un prix. La plupart des méthodes sont contraignantes pour les bénéficiaires et les prestataires, et leur mise en œuvre nécessite des systèmes administratifs et du personnel. Les décideurs doivent s'assurer que les économies générées par la méthode de maîtrise des coûts utilisée sont supérieures aux coûts associés à sa mise en œuvre et à son suivi.

Le processus de définition des prestations lui-même peut contribuer à la maîtrise des coûts. De nombreux régimes d'assurance maladie limitent leurs coûts par le biais de franchises et de tickets modérateurs (figure 4) car ces mécanismes tendent à limiter l'utilisation excessive des services de santé (risque moral). Toutefois, ces franchises et tickets modérateurs sont parfois hors de portée des groupes les plus pauvres. Certains régimes fixent un plafond sur les prestations dont une personne peut bénéficier sur une période donnée (une année par exemple), bien que ces limites puissent exposer les bénéficiaires au risque de dépenses catastrophiques. De nombreux assureurs ne couvrent pas les services coûteux tels que les greffes d'organes et les dialyses. D'autres couvrent uniquement les médicaments génériques ou une liste de médicaments essentiels. Toute modification des prestations ou revue des nouveaux produits, interventions et technologies à inclure dans le régime doit être basée sur des processus clairs et rationnels reposant sur des preuves de rentabilité.

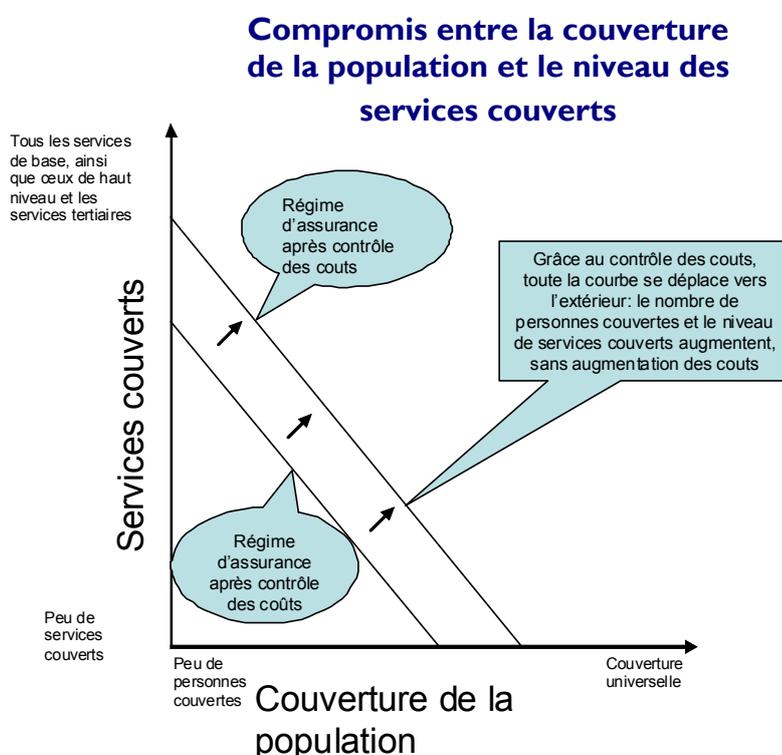
FIGURE 4 : IMPACT DE 3 TYPES DE METHODES DE PARTAGE DES COUTS SUR LA REPARTITION DES FRAIS MEDICAUX AU SEIN DE LA POPULATION DES ASSURES



Source : Feldstein, Paul. 1993. *Health Care Economics*. Delmar Publishers Inc.

Des politiques de maîtrise des coûts efficaces et des mesures favorisant une offre de services efficace peuvent même permettre aux décideurs d'étendre les prestations sans ressources supplémentaires (figure 5).

FIGURE 5 : LA MAÎTRISE DES COÛTS PERMET UNE COUVERTURE ÉLARGIE DES PRESTATIONS OU DE LA POPULATION



Source : Wang, Hong. Health Insurance Workshop 2009. Abt Associates Inc.

Parmi les autres méthodes de maîtrise des coûts, citons :

- Les politiques d'adhésion obligatoire et d'éligibilité qui diversifient le risque et limitent l'antisélection en exigeant une adhésion de toute la famille et pas seulement des malades et des personnes âgées (éléments 2 et 3)
- Les périodes d'attente avant que les bénéficiaires puissent recourir à certaines prestations afin d'empêcher les gens d'adhérer au régime juste après un diagnostic ou lorsqu'ils ont besoin d'un service (élément 3)
- Les méthodes de sélection et de paiement des prestataires qui récompensent la qualité et l'efficacité (élément 5)
- La nomination d'un référent (gate-keeper), le plus souvent un médecin généraliste, chargé d'autoriser l'accès de l'assuré aux tests et services spécialisés couverts par le régime d'assurance. Le référent détermine si le patient remplit les conditions pour être référé à des services spécialisés, le niveau de service approprié et parfois le lieu où les services doivent être prodigués (élément 5)
- Une communication efficace entre les parties prenantes, à savoir l'assureur, les bénéficiaires et les prestataires, afin qu'ils comprennent leurs rôles et leurs responsabilités, leurs droits au titre du régime et les façons dont ils peuvent collaborer pour éviter des dépenses inutiles (éléments 6 et 7)

- Contrôler les fraudes ou les abus des bénéficiaires et/ou des prestataires (élément 7)
- Promouvoir l'utilisation de protocoles ou de directives cliniques parmi les prestataires afin de standardiser l'offre de services pour certains diagnostics ou types de soins dans le but de maîtriser les coûts et d'améliorer la qualité (éléments 5 et 7)
- Gestion au cas par cas des maladies chroniques pour promouvoir la santé et éviter les hospitalisations (éléments 5 et 7)

4.4 L'EXEMPLE DE LA BOLIVIE

La Bolivie est un excellent exemple de l'utilisation d'un régime d'assurance maladie en tant que mécanisme permettant d'améliorer l'accès à un service prioritaire. Jusqu'en 1996, seuls les travailleurs du secteur formel et ceux ayant souscrit à une assurance privée bénéficiaient d'une couverture maladie. Les taux de mortalité maternelle et infantile (indicateurs clés des ODM 4 et 5) étaient pourtant parmi les plus élevés de la région. Les autorités ont alors décidé de renforcer l'utilisation des services de santé maternelle et infantile en éliminant les obstacles financiers grâce à l'assurance maladie.

La loi sur l'assurance nationale maternelle et infantile (*Seguro Nacional Materno Infantil*) a été adoptée en juillet 1996²³. La population couverte comprenait les femmes enceintes, les femmes en période de post-partum et les enfants de moins de cinq ans. Quatre-vingt douze services essentiels relatifs à l'accouchement, aux soins postnataux et aux enfants de moins de cinq ans étaient pris en charge. Le secteur public, les organismes à but non lucratif du secteur privé et les prestataires de la Sécurité sociale ont initialement participé à l'offre de services. L'initiative a été financée par les recettes fiscales nationales (*Ley de Participación Popular*) canalisées par les municipalités. Les services étaient remboursés sur une base de rémunération à l'acte et les paiements ont été effectués par une entité nationale (*Unidad Nacional de Gestión*) par l'intermédiaire des municipalités au profit des prestataires publics de districts.

Bien que l'assurance maternelle et infantile ait eu un impact significatif sur les indicateurs de santé correspondants (p. ex. la mortalité infantile est passée de 94/1000 en 1989 à 54/1000 en 2003), le taux d'utilisation, et par conséquent la couverture, des services clés par les mères et les enfants indigènes restaient faibles²⁴. Afin de remédier à cette situation, la couverture de ce groupe de population a été étendue en janvier 2002. Le *Seguro Básico Indígena e Originario* visait à exploiter le succès de l'assurance maternelle et infantile pour renforcer l'utilisation des services modernes par les mères et les enfants indigènes. Ce nouveau régime de prestations couvrait les 92 services initiaux plus 10 maladies « indigènes » comme le mauvais œil (*mal de susto*) et la remise du placenta à la mère pour l'enterrement (*entrega de la placenta*).

Fin 2002, une nouvelle loi a été adoptée (*Seguro Universal Materno Infantil*), renforçant nettement les prestations pour les femmes et rendant toutes les femmes de 5 à 60 ans éligibles au programme. Une attention particulière a été accordée au cancer du col de l'utérus (frottis), aux services du planning familial et au traitement des maladies sexuellement transmissibles.²⁵

4.5 ÉTAPES RELATIVES A CET ÉLÉMENT

- I. Identifier les priorités de santé qui devraient selon vous être couvertes par le régime d'assurance maladie.
 - a. Évaluer l'importance respective de la couverture des dépenses catastrophiques et/ou de l'accès aux soins de base.

²³ Tania Dmytraczenko, Susan Scribner, Charlotte Leighton et Kathleen Novakl. Février 2000. *Reducing Maternal and Child Mortality in Bolivia*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.

²⁴ http://saludpublica.bvsp.org.bo/ass/analisis_situacion/bolivia/perfil-bolivia-2004.pdf

²⁵ <http://www.sns.gov.bo/direcciones/seguros/seguro/PRESENTACION%20SUMI.pdf>

- b. Si la priorité est accordée aux soins de base, définissez les conséquences de ce choix dans votre cas particulier.
2. Examinez la couverture actuelle de votre système d'assurance maladie national ou des programmes de santé publique de votre pays.
 - a. Identifiez où et comment la couverture des prestations d'assurance pourrait être modifiée pour mieux répondre aux objectifs de votre pays. Évaluez la qualité et l'accessibilité des soins.
3. Déterminez comment élargir la couverture :
 - a. Quel sera le coût du nouveau régime de prestations ?
 - b. Comment sera-t-il financé ?
 - c. Qui fournira les services ?
 - i. La population bénéficiaire a-t-elle accès aux prestataires de services ?
 - d. Comment le nouveau système de santé garantira-t-il une offre suffisante des nouveaux services ? (Ce point est particulièrement pertinent pour certains services prioritaires comme le planning familial, les soins maternels ou la vaccination.)
 - e. Comment les prestataires seront-ils payés pour les nouveaux services intégrés au régime de prestations ?
 - f. Comment le risque moral sera-t-il réduit suite à l'introduction des nouveaux services ?
 - i. Des méthodes de maîtrise des coûts peuvent-elles être intégrées pour réduire le risque moral et le coût global du régime d'assurance ?

4.6 DIAPORAMA



ICGALL RWANDA
30 MAR - 4 JUIN 2010

ELEMENT 4 : Garanties et Limitation des Coûts

Présenté par : François Diop

Mai 2010



4.7 AUTRES ÉLÉMENTS DE LECTURE

Bobadilla, J.L., P. Cowley, P. Musgrove et H. Saxenian. 1994. Design, Content and Financing of an Essential Package of Health Services. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, vol. 72 (4) : 653-662.

Eichler, Rena et Elizabeth Lewis. 1999. *LAC Health Sector Reform Initiative Social Insurance Assessment Tool (SIAT)*. Management Sciences for Health.

Gottret P, G. Schieber, et H. Waters, éditeurs. 2008. *Good Practices in Health Financing (Overview)*. Banque mondiale.

Wong, Holly et Ricardo Bitrán. Oct. 1999. Module 5: Designing a benefits package. Préparé dans le cadre de la formation sur la réforme du secteur de la santé et le financement durable. Banque mondiale.

ÉLÉMENT 5. RECRUTEMENT, SELECTION ET PAIEMENT DES PRESTATAIRES DE SANTE



5.1 OBJECTIFS

À la fin de cette partie, vous devriez être en mesure :

- De comprendre comment préparer le terrain pour identifier, sélectionner et s'adjoindre les services des prestataires de santé ;
- De comprendre comment tous les systèmes de paiement favorisent (ou freinent) l'amélioration de la qualité, l'efficacité et l'inclusion des pauvres ;
- De définir les conséquences opérationnelles et financières des différents systèmes de paiement des prestataires (informations supplémentaires dans l'élément 7).

5.2 PRINCIPAUX CONCEPTS

L'accréditation des organismes de santé est définie comme une évaluation externe de la performance de l'ensemble de l'organisme par rapport à une série de normes prédéfinies, objectives et mesurables. Contrairement à l'octroi de licences qui est généralement axé sur la capacité à fournir des services de santé, l'accréditation privilégie la qualité et la sécurité des services. L'accréditation est limitée dans le temps et l'organisme doit régulièrement être réévalué pour s'assurer qu'il respecte toujours les normes afin de conserver son accréditation. Non seulement l'accréditation favorise un processus d'amélioration continue, mais elle l'exige²⁶.

La structure du marché désigne les caractéristiques et la force relative des acheteurs et des vendeurs sur un marché. Sur le marché de la santé, les acheteurs sont des particuliers et des organismes acheteurs (payeur national unique ; payeurs régionaux) et les vendeurs sont des prestataires individuels et des organismes de prestations de services (comme les réseaux ou les associations de services de santé). La structure du marché influence les types de méthodes de paiement qui peuvent être mis en œuvre.

La méthode de paiement est le mécanisme utilisé par l'acheteur (assureur, gouvernement, etc.) pour allouer les ressources au prestataire. Elle a un impact sur la quantité et la qualité des soins et sur les coûts de transaction. Elle peut être basée sur les intrants (p. ex. salaires ou médicaments), les extrants (p. ex. visites des patients, jours d'hospitalisation, cas traités) ou les résultats (p. ex. pourcentage d'enfants totalement vaccinés dans une circonscription). *Les méthodes de paiement spécifiques sont décrites ci-après :*

- I. Rémunération à l'acte: paiement pour le service fourni. Cette méthode peut être conçue pour couvrir tous les frais encourus par le prestataire ou uniquement pour encourager les prestataires à consacrer leurs efforts aux services prioritaires sans lien avec les coûts effectifs qu'ils encourent. Avec cette méthode, les prestataires sont encouragés à augmenter le nombre de services fournis, parfois au-delà du niveau médicalement nécessaire (demande

²⁶ Shwark, Thomas. 2005. *Concept for a Hospital Accreditation Program for Georgia*. Bethesda, MD: CoReform Project, Abt Associates Inc. (http://www.abtassociates.com/reports/0858_Concept_Hospital_Accreditation_Georgia_ENG.pdf)

alimentée par l'offre), et les remboursements augmentent. Pour pallier cette situation, un plafond peut être imposé sur les coûts ou le nombre de visites médicales par an. La rémunération à l'acte peut également encourager les prestataires à fournir les services nécessaires ou à rallonger leur temps de travail, ce qui peut être approprié pour certains groupes de population. Cette méthode est souvent utilisée dans le secteur privé et est appliquée dans plusieurs pays comme le Canada, la Chine, le Ghana, le Japon et les États-Unis.

2. **Indemnités journalières** : paiement fixe aux hôpitaux par lit et par jour. Cette méthode de paiement encourage les prestataires à augmenter le nombre d'hospitalisations et la durée des séjours, et peut même entraîner un transfert de certains soins externes vers les hôpitaux. Comme la rémunération à l'acte, les indemnités journalières sont associées à une augmentation des coûts. Pour y remédier, un plafond peut être imposé sur le coût total ou le nombre de jours par an. Cette méthode est simple à mettre en place et le taux quotidien peut être ajusté au cas par cas. Les taux quotidiens tenant compte des cas traités peuvent être un moyen d'opérer une transition vers un système de paiement au cas par cas (voir ci-dessous).
3. **Salaires** : c'est la principale méthode utilisée lorsque les prestataires sont des employés directs, comme par exemple dans le secteur de la santé publique et au sein des organisations de soins de santé intégrées (p. ex. Kaiser en Californie). Le versement d'un salaire aux prestataires peut les encourager à ne pas fournir des soins excessifs ou insuffisants mais il peut également réduire leur motivation en termes de productivité et de qualité, et se traduire par un important absentéisme. Combiner le paiement de salaires et un financement basé sur la performance peut permettre de limiter ces impacts négatifs.
4. **Capitation** : le prestataire reçoit à l'avance un montant prédéfini pour fournir une série de services bien précis à chaque bénéficiaire enregistré auprès de lui pour une période donnée. Le paiement n'est pas associé aux frais encourus par le prestataire pour traiter un patient donné, ni au volume des services. Le risque est donc transféré au prestataire. Si les coûts du prestataire sont supérieurs à la rémunération forfaitaire, il enregistre une perte. S'ils lui sont inférieurs, le prestataire garde l'excédent. Cette méthode incite le prestataire à être efficace mais peut également entraîner une baisse de la qualité ou un refus de fournir les soins nécessaires. Si les bénéficiaires sont libres de choisir leur prestataire, les prestataires seront encouragés à attirer des bénéficiaires aisés.
5. **Paiement au cas par cas** : paiement fixe par catégorie de « cas médical » défini selon le coût moyen par cas, indépendamment des frais effectivement engagés par le prestataire. Cette méthode de paiement encourage les prestataires à réduire les intrants et les coûts par cas, par exemple en réduisant la durée des séjours hospitaliers ou en transférant des soins d'un service interne à un service externe. Cette méthode peut également entraîner une augmentation du nombre de cas par le biais de la multiplication des admissions et des

Encadré 10 : Paiement en fonction des résultats

En République tchèque, les prestataires de soins de santé primaires reçoivent un taux par habitant ajusté en fonction de l'âge plus une prime s'ils arrivent à maintenir le nombre des orientations vers des spécialistes et des tests diagnostics en dessous d'une certaine limite.
Source : Langenbrunner, J. 2009

Au Rwanda, les cliniques de soins de santé primaires reçoivent un budget fixe plus une prime pour des services spécifiques. Selon une récente évaluation, cette approche aurait un impact plus prononcé sur les services sous le contrôle du prestataire (p. ex. le vaccin contre le tétanos) et les services présentant un taux d'incitation élevé comme ceux relatifs au VIH/SIDA. Par exemple, les accouchements en clinique s'accompagnent du paiement le plus élevé (4,59 dollars), ce qui pousse les prestataires à encourager les femmes à accoucher dans leur établissement lors des visites prénatales et pousse également les représentants communautaires des services de santé à contacter les femmes enceintes.
Source : Basinga J. 2010

réadmissions inutiles. Les catégories de diagnostics regroupés pour la gestion utilisées par le programme d'assurance Medicare aux États-Unis sont un exemple de paiement au cas par cas.

6. **Budget par poste** : allocation d'un montant fixe à un prestataire pour couvrir des postes spécifiques (coûts des intrants) tels que les frais de personnel, les frais liés aux services d'utilité publique (eau, électricité, etc.), les médicaments et les fournitures pour une période donnée (p. ex. un an). Il s'agit de la méthode la plus couramment utilisée par les systèmes publics de soins de santé primaires notamment au Bangladesh, en Égypte, au Mozambique et au Viet Nam. Les budgets par poste ne sont pas basés sur les résultats, tels que le nombre de visites, mais ils peuvent être ajustés d'année en année pour refléter leur évolution.
7. **Budget global** : un budget global correspond à un plafond de dépenses fixe, défini par le payeur, pour un groupe donné de services de santé²⁷. La taille du budget peut être définie par une évaluation des besoins de santé prévus ou en fonction d'un indicateur objectif, comme en proportion du produit intérieur brut. Par exemple, les provinces du Canada allouent des budgets annuels aux hôpitaux chaque année. Les budgets globaux pour la santé visent à limiter à la fois le niveau et le taux d'augmentation des frais de santé en les contrôlant directement. Les institutions sanitaires ou les systèmes bénéficiant d'un budget global ont tout intérêt à maîtriser leurs coûts et à opérer efficacement. Toutefois, les pressions politiques peuvent rendre cette méthode difficile à appliquer. Par ailleurs, si la responsabilité en cas de dépassement du budget est collective, les prestataires individuels ne sont pas encouragés à limiter leurs coûts.
8. **Rémunération basée sur la performance** : également désignée sous le terme de « paiement à la performance » ou de « financement basé sur les résultats », cette méthode crée un lien explicite entre la rémunération et la réalisation d'un objectif ou d'un résultat prédéfini. Elle offre une récompense financière aux prestataires de santé qui obtiennent des résultats mesurables. Dans de nombreux pays en développement, cette méthode a été interprétée comme une offre de paiements supplémentaires aux prestataires (en plus des salaires et du financement basé sur les intrants) pour fournir des services prioritaires. Elle donne également lieu à des récompenses pour la réalisation d'objectifs de performance ou d'amélioration de la qualité. Cette méthode est actuellement appliquée à travers le monde, mais pas toujours dans le cadre d'un système d'assurance maladie.

Un **contrat de prestation** est un accord légal écrit entre un acheteur et un prestataire de services de santé pour l'offre des soins couverts par l'assurance.

L'**achat** désigne le transfert de ressources de l'acheteur au prestataire en échange de la fourniture de services aux bénéficiaires.

Un **Tiers administrateur** (TPA) est une société qui fournit des services administratifs aux compagnies d'assurance ou aux régimes de santé autofinancés.

5.3 ASPECTS IMPORTANTS A PRENDRE EN COMPTE

OBJECTIFS DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

Tous les modes de paiement créent des incitations qui affectent le comportement des prestataires. La première étape de la sélection des prestataires et du choix de leurs modes de paiement consiste à examiner les objectifs du régime d'assurance maladie (accès, qualité, revenu, efficacité, simplicité administrative), avant de choisir le ou les modes de paiement qui créeront des incitations conformes aux objectifs du régime. Par exemple, si l'objectif du régime d'assurance maladie est de développer

²⁷ Mathematica Inc. http://www.mass.gov/Eeohhs2/docs/dhcfp/pc/2009_03_13_Global_Budgets_final-C5.pdf

l'utilisation des services de santé primaires, vous pourrez décider de rémunérer les prestataires à l'acte pour chaque prestation de santé primaire, tout en fixant aux hôpitaux des budgets globaux extrêmement stricts. Il est important d'anticiper la manière dont vous allez évaluer les effets des modes de paiement retenus (voir élément 8), afin de pouvoir faire des modifications si nécessaire.

SYSTÈME DE SANTÉ PRÉEXISTANT

La sélection des prestataires est un élément important de l'élaboration d'un régime d'assurance maladie car le comportement des prestataires est un élément déterminant de la satisfaction des assurés et des coûts de santé. Un pays devra d'abord analyser la structure existante du marché couvert par les prestataires de santé, en tenant spécialement compte de la population cible et des prestations envisagées. Parmi les aspects à considérer on peut citer les suivants. À qui les patients s'adressent-ils pour se faire soigner : à des prestataires privés ou à des prestataires publics ? Quels sont les écarts de coût et de qualité entre les services rendus par le secteur public et ceux rendus par le secteur privé ? Quelle est la répartition géographique des prestataires publics comme privés ? Quelle perception la population a-t-elle des prestataires publics comme privés ?

Il est recommandé aux décideurs de procéder à une analyse de l'offre de prestations de santé en fonction des critères énumérés ci-dessous. Cette analyse répond à plusieurs objectifs : vérifier que la couverture envisagée est réalisable, décider comment sélectionner les prestataires afin de maximiser l'accès des bénéficiaires prospectifs, comment payer les prestataires, quels liens établir entre les prestataires opérant aux différents niveaux du système de santé (système de référence), identifier les gains de productivité réalisables en améliorant les modes de paiement des prestataires (exemple : fermeture des services hospitaliers sous-utilisés). Les critères de décision seront les suivants :

- Comment les prestataires de santé sont-ils organisés : médecins indépendants ou en réseau, prestataires institutionnels, système de référence ?
- Où les prestataires sont-ils installés, notamment par rapport à la population visée ?
- A qui appartiennent en général les institutions de santé : secteur public, institutions religieuses, ONG, secteur privé à but lucratif, coopératives ?
- Quels sont les types de pratiques les plus fréquents, et leur taille : exercice en cabinet individuel, exercice en cabinet de groupe, réseaux, cliniques, hôpitaux ?
- À quels niveaux du système de soins de santé les différents types de prestataires se situent-ils : primaire, secondaire ou tertiaire ?
- Dans quelle mesure les prestations sont-elles intégrées : prestations isolées, services généraux de santé, programmes verticaux ?
- Quelle est la réputation des différents prestataires de santé ? Comment sont-ils perçus par les consommateurs ?

Les données relatives aux caractéristiques ci-dessous sont souvent difficiles à obtenir, mais extrêmement utiles lorsqu'elles existent :

- Dans quelle mesure les différents prestataires gèrent-ils les services de santé de manière appropriée ?
- Quelle est la qualité des services rendus ?
- Quelle est l'efficacité des différents prestataires ?

LE CHOIX DES PRESTATAIRES

Dans les régions où il existe plusieurs types de prestataires, l'une des principales décisions à prendre lors de l'élaboration du régime d'assurance concerne le degré de liberté donné aux assurés dans le choix des prestataires. Pourront-ils aller dans une clinique privée ? Pourront-ils aller directement à l'hôpital ou chez un spécialiste, où devront-ils être recommandés par un médecin du système de santé primaire ? La réponse à ces questions influence la satisfaction des assurés (chacun préfère choisir lui-même son médecin) et les coûts (les assurés tendent à demander des soins plus chers si le coût n'est pas directement à leur charge). Le choix des consommateurs pourra être plus étendu si l'assureur a la possibilité de passer des accords contractuels avec les prestataires privés et en maîtrisant les coûts. De nombreux assureurs encouragent les assurés à faire appel au système de santé primaire, en faisant de celui-ci un point de passage obligatoire qui détermine ou non le besoin d'être référé vers les hôpitaux et les spécialistes.

La pénurie d'institutions et de personnels de santé constitue un défi sérieux dans de nombreux pays. Les personnels de santé sont parfois trop peu nombreux dans certaines régions. Les centres urbains sont souvent les mieux dotés, alors que les options sont limitées, voire inexistantes, dans les zones rurales. Être assuré est vide de sens lorsqu'il n'y a pas de prestataires de santé. Il arrive aussi que la qualité des prestataires soit tellement médiocre que les malades renoncent à leurs services. Là aussi, l'assurance est vide de sens si la population refuse d'utiliser les services en raison de leur médiocrité. C'est la raison pour laquelle certains pays, par exemple la Thaïlande, ont réalisé des investissements importants pour améliorer la gamme et la qualité des soins proposés par le système de soins de santé primaires et les districts sanitaires.

LA QUALITÉ DES PRESTATAIRES

L'assurance maladie dispose d'outils puissants pour améliorer la qualité des prestations, en faisant évoluer le paiement des prestataires en fonction des normes qualité et des résultats des soins. Plusieurs approches sont possibles pour établir ce lien. L'assureur peut :

- exiger que les prestataires soient accrédités pour pouvoir participer au régime d'assurance ;
- traiter avec diligence les plaintes des assurés relatives à la qualité des soins ;
- exiger que les personnels de santé appliquent des protocoles cliniques, ou qu'ils suivent des programmes de formation permanente. Ce sera plus souvent le cas lorsque les personnels de santé sont employés par l'assureur, par exemple dans le cadre d'un système national de santé, d'un régime d'assurance appartenant aux prestataires (par exemple la coopérative de santé UNIMED au Brésil), ou d'une organisation privée intégrée de santé (exemple la HMO Kaiser Permanente en Californie).

La régulation du secteur et l'accréditation des prestataires pourront être assurées par l'État, une association de prestataires, ou une entité indépendante reconnue par l'État. Lorsqu'aucun régime de ce type n'existe, l'assureur pourra en favoriser l'introduction et faire en sorte que les exigences correspondantes soient systématiquement prévues dans les accords contractuels avec les prestataires. L'Inde, par exemple, ne dispose d'aucun système officiel d'accréditation des prestataires privés. Les compagnies d'assurance peuvent donc établir des normes de qualité obligatoires pour qu'un prestataire puisse participer au régime d'assurance.

MODES DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES

Les modes de paiement constituent l'un des points les plus importants pour les institutions et le personnel de santé, car ils affectent directement leurs intérêts économiques²⁸. Plusieurs modes de

²⁸ Anne Mills, 2007. Strategies to achieve universal coverage: are there lessons learned from middle income countries? [Stratégies pour une couverture universelle : y-a-t-il des leçons à apprendre des pays à revenu moyen ?] Health Systems Knowledge Network.

paiement sont envisageables et il est possible de les combiner. Les tarifs pourront couvrir un acte précis ou un ensemble de prestations. Il convient de noter que le paiement à la performance peut être combiné avec **tous** les autres modes de rémunération. Comment les décideurs choisissent-ils le mode de rémunération le mieux adapté ? Le tableau 9 présente les caractéristiques, avantages et inconvénients des principaux modes de paiement des prestataires de santé.

**TABLEAU 9 - MODES DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES DE SANTE :
CARACTERISTIQUES RESUMÉES
(TOUTES LES METHODES PEUVENT ETRE COMBINÉES)**

Mode de rémunération	Unité de calcul de la rémunération	Nature des Risques financiers pour les prestataires	Effet incitatif du point de vue du prestataire			Complexité administrative
			Volume des prestations	Qualité des prestations	Maîtrise des coûts	
Rémunération à l'acte	Chaque prestation	Pour le prestataire : faible Pour l'assureur: élevé	Tendance à multiplier les soins	Contribue à une bonne qualité	Médiocre	Moyenne
Salaire	Rémunération mensuelle ne dépendant pas des prestations fournies	Faible	Pas d'effet significatif sur le volume des prestations	Pas d'effet significatif sur la qualité des prestations	Forte	Minimale
Capitation	Par patient	Pour le prestataire: élevé Pour l'assureur: faible	Tendance à limiter les soins	La qualité risque d'être sacrifiée afin de limiter leur risque financier	Forte	Moyenne
Rémunération au cas	Pour chaque cas correspondant à un diagnostic différent	Modéré	Pas d'effet significatif sur le volume des prestations ; tendance à augmenter le nombre de cas	Peut contribuer à une meilleure qualité	Moyenne	Élevée
Budget par type de dépense	Ligne budgétaire	Faible	Tendance à limiter les soins	La qualité risque d'être sacrifiée afin de réduire les coûts	Moyenne	Minimale
Budget global	L'ensemble des prestations	Pour le prestataire : élevé Pour l'assureur: faible	Tendance à limiter les soins	La qualité risque d'être sacrifiée, afin de réduire les coûts	Forte	Moyenne
Rémunération à la performance :	Contrôle des résultats, en fonction d'objectifs prédéterminés	Élevé	Peut être combinée avec chacune des méthodes décrites ci-dessus, afin de récompenser les prestataires qui atteignent des objectifs quantifiables			Élevée

Source : A. Wouters, 1998. *Alternative Provider Payment Methods: Incentives for Improving Health Care Delivery.* [Méthodes alternatives de rémunération des prestataires : incitations à l'amélioration des prestations de santé.] - Introduction au PHR pour les décideurs politiques, Bethesda, Maryland. Partnerships for Health Reform (PHR), Abt Associates Inc.

Rémunération basée sur la performance : également connue sous le nom de paiement à la performance, ou financement basé sur les résultats, cette méthode crée un lien explicite entre la rémunération et la réalisation d'un objectif ou d'un résultat prédéfini. Elle offre une récompense financière aux prestataires de santé qui obtiennent des résultats mesurables. Dans de nombreux pays en développement, cette méthode a été interprétée comme une offre de paiements supplémentaires aux prestataires (en plus des salaires et du financement basé sur les intrants) pour fournir des services prioritaires. Elle donne également lieu à des récompenses pour la réalisation d'objectifs de performance ou d'amélioration de la qualité. Cette méthode est actuellement appliquée à travers le monde, mais pas toujours dans le cadre d'un système d'assurance maladie.

1. Taïwan a adopté un système de rémunération à la performance pour régler les problèmes créés par le système du paiement à l'acte, qui s'était traduit par une prolifération d'ordonnances et de services, et avait failli causer la faillite du Fonds National d'Assurance Maladie en 2002. Dénommé « honoraires aux résultats », le régime d'assurance maladie de Taïwan rémunère les prestataires de santé sur la base des processus cliniques mis en œuvre et des résultats obtenus au titre de cinq pathologies majeures dans le cadre d'un effort plus vaste de maîtrise des coûts et d'amélioration de la qualité²⁹.
2. Le régime d'assurance sociale des Philippines, PhilHealth, a augmenté le remboursement aux hôpitaux qui améliorent leurs performances. PhilHealth évalue les hôpitaux en utilisant un système de tests de connaissances, reposant sur des cas théoriques permettant de vérifier comment les médecins effectuent les diagnostics et recommandent les traitements. Les médecins sélectionnés pour passer ces tests sont choisis au hasard. La rémunération de l'hôpital augmente si les résultats des tests sont meilleurs que ceux de la période précédente.
3. Le régime national d'assurance maladie de Belize accorde des incitations financières aux centres de santé et aux hôpitaux, afin qu'ils accroissent leur efficacité, améliorent la gestion et la communication des données sur la santé, et augmentent la satisfaction des usagers. Ces primes s'ajoutent aux paiements par capitation. Pour minimiser l'utilisation excessive des services de santé et maîtriser les coûts, les incitations sont liées à la réalisation d'objectifs portant sur le nombre moyen d'ordonnances, d'analyses de laboratoire et d'utilisations de l'imagerie médicale, par visite. Les institutions de santé sont également récompensées lorsque les résultats des enquêtes de satisfaction des patients s'améliorent, et lorsque dossiers médicaux et le « reporting » sont exacts.
4. L'Argentine a fait du financement basé sur les résultats un élément du transfert des ressources fédérales aux provinces, dans le cadre d'un régime d'assurance maladie pour les femmes et enfants en situation de pauvreté. Les provinces reçoivent des transferts de l'État fédéral en fonction du nombre de femmes et d'enfants en situation de pauvreté qui s'inscrivent au régime, et de la performance des provinces au titre de dix prestations de santé jouant un rôle d'indicateurs. Les provinces passent des contrats avec des prestataires de santé, afin qu'ils fournissent leurs services à cette population défavorisée. Les prestataires sont rémunérés à l'acte pour les prestations couvertes par le régime d'assurance.

RELATIONS CONTRACTUELLES AVEC LES PRESTATAIRES DE SANTÉ

Les assurances maladie peuvent décider de sous-traiter l'exécution des prestations de santé pour différentes raisons : pour axer leur action sur leur mission d'acheteur (séparation de la fonction d'assurance et de la fonction de prestataire de santé), pour permettre aux assurés de choisir des prestataires du secteur privé, ou pour faire participer des prestataires choisis en fonction de leur implantation géographique ou des services qu'ils proposent. L'assureur et les prestataires doivent signer des accords contractuels écrits, afin de définir clairement les prestations couvertes, les prix et tarifs applicables, les modes de rémunération, la qualité minimale attendue, les incitations à la

²⁹ Cheng, 2003

performance en termes d'efficacité et de qualité, et les procédures administratives (documents, cycles de facturation). Le processus contractuel fonctionne mieux lorsqu'il reflète un partenariat entre les intervenants, plutôt qu'une relation conflictuelle nécessitant des précautions juridiques. Les assureurs doivent indiquer clairement, et de manière spécifique, leurs objectifs en matière de politique d'assurance maladie, et exiger que les prestataires de santé précisent comment leurs prestations répondent à ces objectifs. Des informations complémentaires sur l'aspect contractuel des relations entre les assureurs et les prestataires de santé sont fournies à l'élément 6.

CONTRAINTES OPÉRATIONNELLES ET D'INFORMATION

Pour sélectionner les prestataires de santé et faire le choix des modes de rémunération, il est important que les décideurs déterminent de manière réaliste l'existant en termes d'informations fiables et disponibles relatives aux coûts médicaux, aux taux d'utilisation des services, au mix des cas traités, et aux caractéristiques de la population et des prestataires de santé. Certains modes de rémunération nécessitent des informations très complètes, contrairement à d'autres (voir Tableau 9-Complexité administrative). D'autres considérations importantes sont à prendre en compte, notamment la capacité technique des prestataires et de l'entité d'assurance (l'organisme payeur) à utiliser de nouveaux documents, respecter/faire respecter les nouvelles procédures, et collecter des données exactes. Certains pays en développement ne disposeront pas des données, de la capacité ou du temps nécessaires pour élaborer un système de paiement optimal. Il sera donc parfois préférable de commencer avec un système simplifié, afin que l'assureur évite tout retard dans le règlement des prestataires. De tels retards sapent la confiance et la coopération nécessaires pour travailler avec les prestataires sur le long terme. Enfin, pour que l'assurance reste abordable, les modes de rémunération et les systèmes de gestion doivent être économiquement justifiés, et s'accompagner de coûts de transaction raisonnables. Des informations complémentaires sur ces aspects opérationnels sont présentées aux éléments 6 et 7.

5.4 EXEMPLE PAYS : L'IMPACT DES MODES DE REMUNERATION SUR LES COÛTS ET LA QUALITÉ EN CHINE³⁰

Les leçons tirées de l'expérience de la Chine confirment que les décideurs politiques responsables de la réforme des systèmes de santé doivent se garder de négliger l'impact profond des modes de rémunération sur le comportement des médecins. À partir de la fin des années 1970, les médecins de village en Chine rurale ont été rémunérés à l'acte par les patients. En outre, le gouvernement chinois avait mis en place un système de rémunération permettant aux médecins de réaliser une marge de 15 à 25% sur les médicaments prescrits. Le paiement à l'acte et la politique de marge sur les médicaments ont incité les médecins à adopter des pratiques contre-productives : inflation des ordonnances, préférence donnée aux médicaments plus coûteux, et multiplication injustifiée des actes les plus rémunérateurs. Ces comportements se sont naturellement traduits par une augmentation des coûts et une baisse de la qualité du service.

A partir de 2003 et afin de pallier à l'absence d'assurance maladie, le gouvernement chinois a mis en place un nouveau système de coopératives de santé dans l'ensemble de la Chine rurale. Bien que cette approche ait subventionné les primes de manière très importante, et qu'elle ait rencontré un succès remarquable en termes de couverture de la population rurale, elle n'a cependant pas réglé les problèmes causés par le paiement à l'acte et par la politique de marge sur les médicaments.

En 2003, un système de rémunération du type « salaire plus primes » a été mis en place dans la province de Guizhou, dans le cadre d'un programme pilote subventionné d'assurance maladie communautaire appelé « Rural Mutual Health care » (i.e. mutuelle rurale de santé). Cette expérience

³⁰ Résumé de : Zhang, L., H. Wang, W. Yip, et W. Hsiao : *Impact of Provider Payment Incentive on Village Doctor Behavior: Experiences and Lessons from Rural China* [Impact des paiements incitatifs sur le comportement des médecins de village : expériences et leçons tirées de la Chine rurale]. Health Affairs. Publication prévue en 2009.

a pris fin en 2006. Son analyse indique que le mode de rémunération mixte adopté avait permis de réduire le coût des services de santé, par rapport à la méthode traditionnelle du paiement à l'acte. L'analyse de l'enquête auprès des ménages montre que le coût des services de santé au niveau du village avait diminué de 12 % après modification du mode de rémunération, le coût par visite diminuant de 20 %, et celui des médicaments prescrits de 25 %. Il est intéressant de noter que les économies réalisées concernaient principalement les patients qui n'étaient pas en mauvaise santé, et non les patients en mauvaise santé. Cette information indique donc que la modification du mode de rémunération a eu pour effet de réduire les services superflus plutôt que les soins nécessaires. L'exemple de la province de Guizhou montre que des incitations bien conçues peuvent être utilisées comme un outil de maîtrise des coûts pour améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources.

5.5 EXEMPLE PAYS : SYNERGIES ENTRE LE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE ET LE REGIME D'ASSURANCE MALADIE COMMUNAUTAIRE AU RWANDA³¹

Le Rwanda exploite les synergies entre le financement basé sur la performance (FBP) et les régimes d'assurance maladie communautaire (RAMC) (voir section 2 : Exemple Pays). Dans le modèle FBP des centres de santé, la rémunération à la performance versée aux institutions est basée sur le volume et la qualité des prestations fournies. Le volume des prestations est mesuré chaque mois tandis que la qualité est mesurée chaque trimestre au moyen d'une liste de contrôle détaillée. Les centres de santé peuvent accroître leur performance, et donc leur rémunération, en augmentant soit leur volume de prestations, soit la qualité des services, ou soit les deux éléments. La rémunération est maximisée lorsque l'augmentation concerne à la fois le volume et la qualité des prestations.

L'augmentation du nombre de visites, résultant de l'élimination des barrières financières grâce aux RAMC, améliore les indicateurs quantitatifs du FBP. Ceci a pour effet d'augmenter les avantages financiers perçus par les centres de santé et leur personnel, ce qui réduit la propension de ces derniers à vouloir générer des revenus à partir des soins curatifs. Les obstacles financiers à l'accès des plus démunis à la santé sont également réduits dans la mesure où un certain nombre d'indigents reçoivent gratuitement des cartes d'assurance mutuelle et ont ainsi un accès aux soins de santé. Qui plus est, la facilité de l'accès aux soins signifie également que les bénéficiaires se font soigner plus tôt, ce qui réduit le risque de complications. Cette bonne pratique permet de réduire les charges liées au coût des médicaments. Par ailleurs, les institutions médicales augmentent leurs recettes grâce aux paiements effectués directement par les patients non assurés, et aux tickets modérateurs versés par les patients assurés. Ces ressources peuvent être affectées aux dépenses de fonctionnement. Enfin, les règlements des prestations par les RAMC et le mécanisme de FBP forment un socle de ressources prévisibles et durables, qui permet aux institutions de santé et à leurs administrateurs de planifier sur le long terme leurs activités, leurs investissements, les salaires et les primes du personnel ainsi que l'assistance technique.

5.6 ÉTAPES RELATIVES À CET ÉLÉMENT

- I. Examinez votre régime actuel d'assurance maladie, en notant comment les prestataires sont sélectionnés et rémunérés.
 - a. Analysez la répartition géographique des prestataires participant au régime. Sont-ils suffisamment nombreux pour fournir les prestations dont les assurés ont besoin ?
 - b. Identifiez les normes utilisées pour sélectionner les prestataires du régime d'assurance maladie.

³¹ Banque Mondiale et Ministère de la santé, 2010. *Rwanda : A Country Status Report on Poverty and Health - Chapter 11*. [Rwanda: rapport sur la pauvreté et la santé dans le pays – Chapitre 11] (à paraître).

- c. Identifiez les incitations — et les éléments contre-productifs — créés par le ou les modes de rémunération des prestataires de santé.
 - d. Déterminez l'impact de ces éléments sur les coûts et la performance de votre régime d'assurance maladie.
2. Déterminez si les modes actuels de rémunération des prestataires de santé contribuent à assurer la qualité des soins et à minimiser les coûts.
 3. Si les coûts ne sont pas minimisés, ou si la qualité des soins reste un problème, analysez la capacité actuelle de votre pays dans les domaines opérationnels et de la gestion de l'information, et expliquez comment des modes de rémunération différents pourraient être utilisés pour améliorer la qualité de votre système de santé.
 4. Déterminez les modes de rémunération qui pourraient être mis en œuvre à court terme.
 - a. Déterminez le mode de rémunération qui semble le mieux adapté à long terme.

5.7 DIAPORAMA



**Assurance Maladie :
Comment l'Opérationnaliser**

IGALI RWANDA
30 MAI – 4 JUIN 2010

ELEMENT 5 : Engagement, sélection et paiement des prestataires de soins de santé

Présenté par : Cheikh Mbengue

Mai 2010








5.8 AUTRES ÉLÉMENTS DE LECTURE

- Rena Eichler et Susna De. Déc. 2008. *Paying for Performance in Health: A Guide to Developing the Blueprint* [Rémunération à la performance dans les systèmes de santé : guide pour l'élaboration d'un schéma]. Bethesda, Maryland. Health Systems 20/20, Abt Associates Inc.
<http://healthsystems2020.org/content/resource/detail/2088/>
- William Hsiao et Paul Shaw, 2007. *Social Health Insurance for Developing Nation* [Régime social d'assurances maladie pour les nations en développement]. Banque mondiale.
- John C. Langenbrunner, Cheryl Cashin et Sheila O'Dougherty, 2009. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems. How-To Manuals* [Élaborer et mettre en œuvre un système de rémunération des prestataires de santé – Guide pratique]. Banque mondiale et USAID.
- A. Wouters, 1998. *Alternative Provider Payment Methods: Incentives for Improving Health Care Delivery*. [Méthodes alternatives de rémunérations des prestataires : incitations à l'amélioration des prestations de santé]. Introduction au PHR pour les décideurs politiques, Bethesda, Maryland. Partnerships for Health Reform (PHR), Abt Associates Inc.
- Paulin Basinga, Paul J. Gertler, Agnes Binagwaho, Agnes L.B. Soucat, Jennifer R. Sturdy, Christel M.J. Vermeersch, 2010. *Paying primary health care centers for performance in Rwanda* [Rémunération à la performance dans les centres de santé du Rwanda]. {0>Policy Research working paper ; no. WPS 5190.<}0{>Document de travail de recherche politique n°5190. Banque mondiale.
{0><http://go.worldbank.org/PEL86WUFK0><}0{><http://go.worldbank.org/PEL86WUFK0>

ÉLÉMENT 6. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

6.1 OBJECTIFS

À la fin de cette partie, vous serez capables d'accomplir les tâches suivantes :

- Comprendre les fonctions indispensables à l'administration d'un régime d'assurance maladie, et la gamme de structures organisationnelles envisageables ;
- Évaluer de manière critique les institutions existantes de votre pays, afin d'établir comment développer l'acquis existant et combler les insuffisances ;
- Identifier les caractéristiques organisationnelles fondamentales permettant à l'assurance maladie de se développer dans un environnement de responsabilité.

6.2 PRINCIPAUX CONCEPTS

La responsabilité renvoie à la relation entre le titulaire d'un droit, y compris un droit légitime à règlement (par exemple un consommateur, un assuré ou un médecin), et les personnes ou administrations (par exemple un fonds d'assurance) chargées de faire respecter les droits en question ou de traiter la demande de règlement. Les mécanismes de responsabilité doivent obéir à trois principes :

- la transparence : les décisions sont prises et mises en œuvre de manière ouverte, et des informations suffisantes sont disponibles pour permettre aux autres agences et au public de vérifier que les procédures ont bien été suivies ;
- l'obligation de rendre compte : l'agence responsable doit justifier de ses actes et de ses décisions ;
- le contrôle : l'agence est tenue responsable de ses actes et de ses décisions.

L'audit fait référence à la vérification officielle des comptes d'une organisation, afin de s'assurer que les fonds ont été dépensés de manière appropriée, c'est-à-dire conformément aux règles, normes et règlements applicables. Les institutions nationales et régionales d'audit contribuent de manière fondamentale à la bonne gouvernance, en détectant les insuffisances de gestion et l'utilisation inappropriée des fonds publics. On citera notamment le rôle joué par les inspections générales, les services d'audit, les contrôleurs d'État, les médiateurs, les « *Tribunales de Cuentas* », les Cours des Comptes, etc. On peut considérer que les institutions d'audit jouent un rôle de contrôleur indépendant et spécialisé pour le compte des contribuables.

Des conflits d'intérêt se font jour lorsqu'une personne ayant une responsabilité formelle au service du public dispose d'un intérêt dans une activité susceptible d'affecter son jugement professionnel, son objectivité ou son indépendance. Cette activité, par exemple une entreprise privée, servira souvent des intérêts personnels, avec un risque d'influence néfaste sur l'objectivité de l'exercice de ses fonctions officielles par l'individu concerné.

Une réclamation est une plainte officielle de la part d'un consommateur ou d'un prestataire, qui demande à l'organisme payeur du régime d'assurance maladie de répondre officiellement à sa demande.

Une demande de règlement dans le domaine de l'assurance maladie est un relevé détaillé des prestations de santé fournies par un hôpital, un cabinet médical ou tout autre prestataire de santé, accompagné de la facture du prestataire. Selon le modèle d'assurance, les demandes de règlement des dépenses seront soumises à l'assureur soit par l'assuré, soit par le prestataire de santé. Certains modes de rémunération des prestataires, par exemple la capitation ou les budgets globaux, ne donnent lieu à aucune demande de règlement.

Un régime de soins gérés est un régime de gestion des prestations ayant pour objectif de maîtriser les coûts. Les régimes de soins gérés s'articulent généralement autour d'un médecin référent, dont l'intervention est obligatoire pour permettre au patient d'obtenir d'autres prestations de santé, par exemple pour consulter un spécialiste, se faire opérer ou bénéficier d'une rééducation.

Une structure organisationnelle est le cadre dans lequel une organisation aménage les liens hiérarchiques et responsabilités internes, les relations et principes de communication entre les participants, et leurs droits et devoirs respectifs. La structure organisationnelle détermine dans quelle mesure, et selon quelles procédures, les rôles, les responsabilités et les pouvoirs sont délégués, contrôlés et coordonnés, et la manière dont l'information circule entre les entités de l'organisation comme entre les différents niveaux de gestion. Cette structure dépendra des objectifs de l'organisation, de sa culture, et de la stratégie choisie pour atteindre les objectifs.

Réassurance – voir élément 4.

6.3 ASPECTS IMPORTANTS A PRENDRE EN COMPTE

Les éléments examinés précédemment sur le financement, les populations couvertes, les droits aux prestations et les mécanismes de rémunération des prestataires de santé ont permis d'évoquer de nombreuses tâches et fonctions, sans préciser qui était responsable de leur mise en œuvre. Nous allons maintenant examiner ce point essentiel. Qui va faire tout ce travail ? Quels contrôles doit-on mettre en place pour être certain que l'assurance maladie réponde aux objectifs politiques et que les fonds soient utilisés à bon escient ?

PRINCIPES D'ORGANISATION D'UN RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

Différents facteurs influencent la façon dont un régime d'assurance maladie doit être organisé et géré dans un pays. Il n'existe pas de modèle unique pour une structure organisationnelle optimale. Il existe en revanche deux principes de base :

- I. La structure organisationnelle doit refléter le principe de responsabilité. Assurez-vous que les entités soient tenues comptables de l'exécution efficace et honnête de leurs missions, grâce à des mécanismes de contrôle tels qu'une solide réglementation, la répartition des responsabilités, une définition claire des fonctions de gestion, et des contrats précis et engageants sur le plan juridique³². Le principe de responsabilité exige également des capacités institutionnelles suffisantes en termes de ressources humaines et de systèmes d'information. La liste ci-dessous fournit quelques exemples d'approches efficaces en matière de responsabilité :
 - La National Health Insurance Authority du Ghana (NHIA) est une agence publique autonome sous la tutelle d'un conseil représentant le Ministère de la santé et

³² W. Savedoff et P. Gottret, 2008. *Governing Mandatory Health Insurance: Learning from Experience* [La gestion des régimes obligatoires d'assurance maladie : le retour d'expérience]. Banque mondiale.

d'autres parties prenantes. La NHIA, et tous les systèmes au niveau des districts, sont soumis à des audits annuels³³.

- La loi du Rwanda relative à la RAMA (le régime d'assurance maladie des fonctionnaires) interdit tout conflit d'intérêts aux membres du conseil d'administration. Il leur est notamment interdit de posséder une entreprise recevant des fonds de la RAMA³⁴.
- En Argentine, le régime d'assurance des femmes et enfants en situation de pauvreté, le Plan Nacer, a mis en œuvre une approche de rémunération à la performance visant à renforcer le rôle de pilotage joué par le Ministère de la santé dans un contexte décentralisé. Les transferts de fonds aux provinces sont liés aux inscriptions au régime d'assurance, à la réalisation d'objectifs de performance, et à l'accès de la société civile à des informations permettant de contrôler l'action des provinces³⁵.
- Le Brésil a adopté des réformes importantes du secteur privé de l'assurance santé, après avoir maintenu pendant plusieurs dizaines d'années un environnement réglementaire laxiste autorisant les compagnies à abandonner des marchés, laissant ainsi des consommateurs sans couverture, et des prestataires de santé impayés. L'*Agência Nacional de Saúde Suplementar* (ANS) a été créée pour réglementer les régimes d'assurance privés, garantir leurs activités et protéger les consommateurs. L'ANS rend compte au ministère chargé de la santé, dans le cadre d'un contrat annuel de gestion³⁶.

2. Le régime d'assurance devra reposer sur les organisations existantes, et non pas être créé de toutes pièces. Identifiez les capacités et compétences existantes. Créer de nouvelles organisations n'est pas seulement dispendieux : une telle approche peut entraîner une course aux financements et à l'influence politique, et semer le doute quant aux rôles et responsabilités des différents intervenants. Deux exemples illustrent ce genre de difficultés :

- Pour séparer les fonctions de payeur de celles de prestataire de santé, comme cela lui avait été conseillé, l'Albanie a créé un régime indépendant d'assurance maladie dans les années 1990. Au cours d'une phase initiale, ce régime a fait concurrence au ministère de la Santé, autant au niveau du financement qu'en termes de rôle de pilotage.
- Le Rwanda a développé les mutuelles en définissant clairement des rôles complémentaires pour le ministère de l'Administration locale, chargé de la gestion financière et de la gestion des assurés, et le ministère de la Santé, responsable des fonctions liées à la gestion des prestataires de santé.

FONCTIONS ESSENTIELLES POUR L'ASSURANCE MALADIE

Plusieurs fonctions ou tâches se retrouvent de manière plus ou moins constante quel que soit le régime d'assurance retenu, des petites mutuelles locales aux plus grands régimes nationaux³⁷. Ces fonctions pourront être remplies de manière plus ou moins sophistiquée, rapide ou précise, avec un impact correspondant sur les coûts. Il existe aussi bien sûr des façons plus simples et moins coûteuses.

³³ Gouvernement du Ghana, Loi 650, http://www.nhis.gov.gh/_Uploads/dbsAttachedFiles/Act650original2.pdf

³⁴ http://www.moh.gov.rw/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=59&Itemid=14

³⁵ http://www.msal.gov.ar/hm/site_viejo/plan_nacer/index.asp

³⁶ <http://www.ans.gov.br/>

³⁷ Charles Normand et Axel Weber, 1994.

1. Fonctions réglementaires et de politique (voir éléments 1 et 2)

- Définir les principes du régime, y compris ses méthodes de financement, les critères de participation, et les prestations offertes ;
- Identifier l'organisme chargé de la gestion du régime (ministère d'exécution, régime d'assurance disposant d'une autonomie partielle, entité communautaire) ;
- Définir les normes de qualité auxquelles seront soumis les prestataires de santé ;
- Définir les principes de communication avec les assurés ;
- Mettre en place une réglementation financière visant à garantir la solvabilité des régimes et la protection des consommateurs (par exemple réserves obligatoires, réglementation relative à l'entrée/sortie sur le marché, procédures de réclamation ouvertes aux consommateurs comme aux prestataires).

→ Responsable

- Régime public d'assurance : en général, le législateur et l'exécutif travaillent ensemble pour établir les principes fondamentaux du ou des régimes, notamment en ce qui concerne leur financement, leur gestion, et les populations couvertes. Ces directives de politique tracent les grandes lignes du régime. Elles sont ensuite déclinées sous forme de textes législatifs et réglementaires définissant les missions et les obligations des différents intervenants (voir par exemple la loi sur le régime national d'assurance maladie du Ghana³⁸). L'autorité responsable du régime d'assurance peut ensuite définir les modalités pratiques de fonctionnement. Les caractéristiques de la couverture, les normes de qualité s'appliquant aux prestataires, les critères d'inscription au régime, les normes de communication avec les assurés, etc. pourront être définis par la loi (approche plus rigide mais peut-être plus transparente) ou par l'autorité responsable du régime d'assurance (approche plus flexible, mais peut-être moins transparente).
- Régime d'assurances privé : un organe de régulation pourra être créé par la loi, afin de faire respecter les règles garantissant la solvabilité des assureurs et la protection des consommateurs. Cet organe pourra être public ou indépendant.
- Assurances communautaires/mutuelles : un réseau ou une ONG pourra fournir une assistance technique, des services de gestion, ou organiser un mécanisme de réassurance pour soutenir la croissance et la pérennisation des mutuelles. Ainsi, l'Union Technique de la Mutualité est une ONG malienne qui apporte un soutien aux mutuelles. Son rôle d'appui à la mise en œuvre de la politique nationale de réglementation des mutuelles est reconnu officiellement par le gouvernement.

2. Gestion des prestataires de santé (voir élément 5)

- Sélectionner les prestataires ;
- Promouvoir la qualité grâce aux modes de rémunération, à l'accréditation des prestataires, aux audits de qualité et à d'autres méthodes ;
- Négocier avec les prestataires et autres entités, notamment en ce qui concerne les modes de rémunération ;
- Assurer le respect de paramètres fixés dans les engagements contractuels et les budgets ;
- Traiter les demandes de règlement (en cas de rémunération à l'acte), y compris : assurer le respect des taux de facturation et des normes de couverture, vérifier que les patients ont droit aux prestations concernées, et prendre les autres mesures nécessaires pour prévenir les fraudes et maîtriser les coûts ;

³⁸ National Health Insurance Act. http://www.nhis.gov.gh/_Uploads/dbsAttachedFiles/Act650original2.pdf

- Régler les prestataires en temps voulu, et conformément aux tarifs convenus.

➔ **Responsable** : ministère d'exécution (par exemple le ministère en charge de la santé), autorités de santé du district ou de la province, organisme/fonds national ou fédéral d'assurance maladie, caisse de sécurité sociale, organisme tiers chargé du traitement des demandes de règlement, assureur privé, ou organisation intégrée de santé (modèle HMO aux Etats-Unis).

3. Gestion financière (outre le règlement des prestataires de santé)

- Assurer une gestion et planification financière garante de la solvabilité du régime, y compris une gestion de la trésorerie garantissant le règlement des prestataires en temps voulu, et la rémunération des soldes positifs de trésorerie ;
- Effectuer les analyses actuarielles permettant d'anticiper et d'éviter les déficits éventuels du budget, en prenant des actions palliatives telles que l'augmentation des primes, la réduction des droits à prestations, la maîtrise des coûts ou la modification de la couverture de réassurance ;
- Effectuer un reporting financier exact et transparent, communiqué à toutes les parties prenantes, avec un audit annuel effectué par un cabinet d'expertise comptable indépendant ;
- S'il y a lieu, effectuer une répartition du risque sur plusieurs fonds d'assurance, par exemple en mutualisant les risques au niveau central, ou en redistribuant les ressources entre les districts, les communautés ou les caisses d'assurance maladie, de manière à compenser les différences entre les populations couvertes (par exemples les différences d'âge ou de revenu).

➔ **Responsable** : caisse de sécurité sociale, organisme/fonds national ou fédéral d'assurance maladie, assureur privé ou organisation intégrée de santé.

4. Communications avec les assurés/marketing, inscriptions, et encaissements

- Informer le public sur l'assurance maladie ;
- Encourager les inscriptions (régimes volontaires) ; sensibiliser les populations particulières ;
- Informer les membres de leurs droits à prestations ;
- Assurer l'inscription des assurés remplissant les conditions requises ;
- Encaisser les primes ou les charges sociales ;
- Instruire les réclamations et décider des suites à donner ;
- Faire en sorte que tous les employeurs inscrivent leurs employés et déduisent les cotisations conformément aux règles applicables.

➔ **Responsable** : pouvoirs publics locaux, caisse de sécurité sociale, organisme/fonds national ou fédéral d'assurance maladie ; ONG, communauté locale ou association civique ; assureur privé ou organisation intégrée de santé.

Encadré II : Toucher les communautés pauvres et rurales

La sensibilisation et l'inscription des assurés pourront être décentralisées et sous-traitées à des personnes mieux à même d'établir un rapport de confiance avec les membres de la communauté. Au Rwanda, des animateurs de santé se déplacent dans les villages. Aux Philippines, des administrations locales sont rémunérées pour inscrire les familles pauvres. Au Ghana, les bureaux de santé du district bénéficient de leur proximité des communautés rurales.

Il y aura parfois également avantage à décentraliser l'encaissement des primes, en confiant cette mission à une entité ancrée dans la communauté, notamment si elle dispose déjà d'un mécanisme d'encaissement. Ce sera, par exemple, le cas des institutions de micro-finance.

5. Systèmes d'information et suivi (voir élément 8)

- Concevoir (ou acheter) et exploiter les systèmes d'information, et utiliser l'information pour toutes les fonctions indiquées ci-dessus (gestion des prestataires de santé, gestion financière et gestion des clients) ;
- Saisir les données des prestataires en ce qui concerne :
 - l'utilisation des services ;
 - les diagnostics ;
 - les modes de traitement ;
 - les résultats cliniques.
- Analyser ces données afin de prendre les décisions relatives à l'amélioration de la qualité, de l'équité et de l'efficacité ;
- Développer des systèmes permettant de maîtriser les coûts et la qualité de l'assurance (par exemple des mécanismes d'autorisation préalable et de revue d'utilisation des services), et vérifier que les prestataires et les assurés respectent les règles relatives à l'orientation des patients, aux tickets modérateurs, aux délais d'attente et à la gestion des cas.

Outre les fonctions ci-dessus, qui sont spécifiques à l'assurance santé, toute organisation doit gérer les fonctions suivantes :

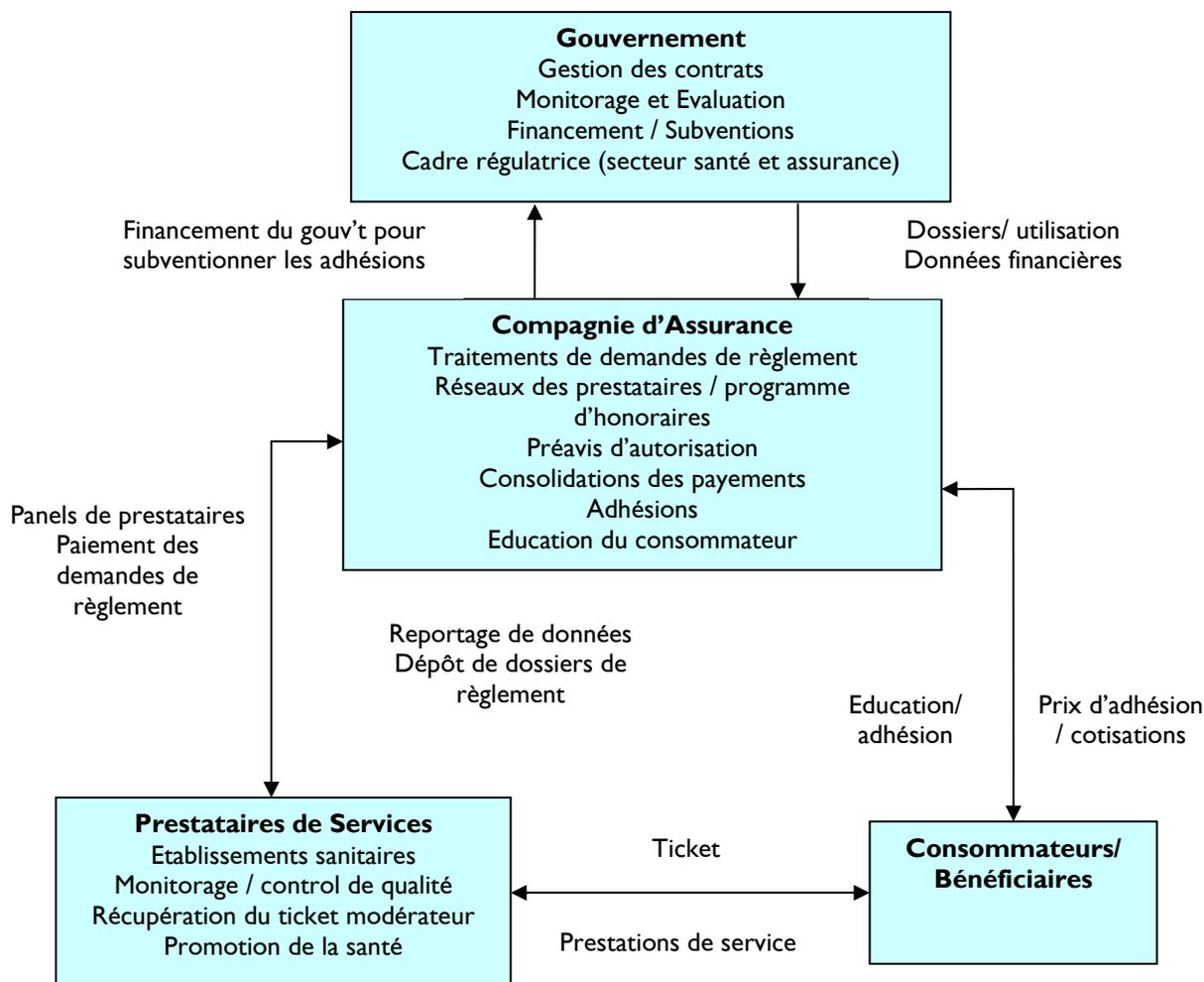
- Gestion du personnel, formation, développement de carrière et organisation ;
- Achat, gestion et entretien des bâtiments et du matériel nécessaire à l'exploitation des régimes d'assurance (technologies de l'information, mobilier, matériels, etc.).

STRUCTURE ET TAILLE DE L'ORGANISATION³⁹

Les structures organisationnelles varient selon les pays et les régimes d'assurance. Une agence nationale pourra être chargée du rôle d'animation du régime d'assurance maladie, avec la responsabilité de superviser les principales fonctions. C'est ainsi que la *National Health Insurance Authority* du Ghana (NHIA) a été créée en tant qu'agence publique autonome, chargée de la mise en œuvre de la politique nationale d'assurance maladie. La NHIA exerce les fonctions de gestion financière, de contrôle et de régulation tandis que les services de santé publique des districts assurent la gestion des prestataires et des bénéficiaires. Dans les années 1990, les Philippines ont créé une société d'assurance santé indépendante, PhilHealth, qui rassemble l'ancienne caisse d'assurance maladie de la sécurité sociale et les organismes publics de santé. Sa structure organisationnelle est similaire à celle présentée à la figure 6.

³⁹ Pour des raisons d'espace, nous ne prétendons pas décrire toutes les structures d'organisation possibles pour les différents mécanismes de financement. Toutefois, nous essayons d'introduire les concepts critiques à prendre en compte pour le choix de la structure d'organisation la plus appropriée.

FIGURE 6 : EXEMPLE DE STRUCTURE D'ORGANISATION D'UN REGIME D'ASSURANCE MALADIE



Remarque : ce schéma n'a pas la prétention d'imposer une structure organisationnelle. Il est présenté à titre de simple exemple, afin d'illustrer la façon dont un pays a organisé les différentes fonctions et parties prenantes de son système d'assurance maladie.

Dans l'exemple présenté ci-dessus, l'État est l'autorité de tutelle de la société d'assurance maladie. Il est responsable du suivi et de l'évaluation du régime dans son ensemble, et exerce les fonctions de régulation. Pour sa part, la société d'assurance interagit directement avec les prestataires et les consommateurs.

Une autre option existant dans de nombreux pays est celle où un prestataire privé assume le rôle de pilotage. Un hôpital privé ou une association de médecins pourront, par exemple, créer une organisation intégrée de santé (similaire aux HMO américaines), en combinant les fonctions d'assureur et de prestataire de santé. C'est ainsi que l'association de médecins UNIMED, fondée au Brésil en 1967, s'est développée pour former à travers le pays un réseau de 377 coopératives de santé à but non lucratif. Ces coopératives couvrent 15 millions de personnes et 73000 entreprises, selon un système comparable à celui des HMO aux Etats-Unis. Chaque coopérative UNIMED dispose de ses propres structures de gestion, et se présente sur le marché de sa région face à d'autres assureurs et prestataires de santé privés. L'Ouganda dispose, lui aussi, de plusieurs organisations d'assurance formées par des prestataires de santé.

La performance financière des régimes d'assurance maladie est influencée par la qualité et la motivation des équipes administratives et de direction, comme par le comportement des prestataires de santé. Le nombre optimal d'employés administratifs et de direction dépendra:

- de l'ampleur du régime d'assurance, en termes de population bénéficiaire et de couverture géographique : les régimes les plus développés réalisent des économies d'échelle en répartissant les frais fixes administratifs sur un plus grand nombre de membres ;
- du mode de financement du régime (il faut davantage de personnel pour obtenir que le secteur informel paye des primes que pour encaisser des charges sociales imposées sur les salaires) et du mode de rémunération des prestataires de santé (il faut davantage de personnel pour traiter des demandes de règlement que pour verser des salaires à des employés) - Voir éléments 2 et 5 ;
- le degré d'automatisation et l'utilisation des technologies de l'information.

LA GOUVERNANCE DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Sans bonne gouvernance, les efforts de développement de l'assurance maladie risquent de se traduire par un gaspillage de ressources, la perte de confiance du public, et l'échec de la politique poursuivie. La gouvernance de l'assurance maladie peut se définir comme l'existence de relations transparentes et basées sur la responsabilité entre les différentes parties prenantes : l'État, les assurés, les organismes payeurs, les prestataires de santé, et les autres assureurs. Plusieurs principes contribuent à la bonne gouvernance d'un régime d'assurance maladie⁴⁰:

- *La cohérence des structures de prise de décision* : les décideurs doivent disposer des pouvoirs, des outils et des ressources nécessaires pour accomplir leur mission, et être tenus responsables de leurs décisions. Ainsi, lorsque la loi rend les caisses d'assurance responsables de leur solvabilité à long terme, les gestionnaires des caisses doivent disposer des pouvoirs, des outils et des ressources nécessaires pour maîtriser les coûts, en décidant des rémunérations des prestataires de santé et de la couverture proposée, ou avoir la liberté d'augmenter les recettes en augmentant les primes.
- *La participation des parties prenantes* : les opinions des parties prenantes doivent être intégrées dans le processus de prise de décision et de supervision. Ainsi, le conseil chargé de superviser la NHIA (Ghana) se compose de représentants de l'État, des districts, du secteur privé et de la société civile.
- *L'information et la transparence* : l'information doit être à la disposition des décideurs comme des parties prenantes qui peuvent engager la responsabilité des décideurs. C'est ainsi que l'organisme de régulation des assureurs du secteur privé brésilien publie, sur son site web, une évaluation des performances de tous les assureurs privés. Les consommateurs ont accès à cette information, de même que les prestataires de santé. Cette publication a incité un assureur à payer les hôpitaux faisant partie de son réseau, afin qu'ils se fassent accréditer en fonction de l'amélioration de la qualité de leurs prestations⁴¹.
- *La supervision et la régulation* : les acteurs du système de santé doivent être tenus responsables de leurs actes et de leurs performances. Cette responsabilisation doit s'accompagner de sanctions en cas de mauvaises performances. Ainsi, un des États de l'Inde avait payé une société d'assurance pour couvrir pendant une année la population en situation de pauvreté. Mais la société d'assurance n'a pas informé les bénéficiaires de leurs droits, si bien que le nombre de prises en charge est resté très limité durant l'année concernée. La compagnie a donc pu capter l'essentiel des primes à titre de profit. Cet exemple illustre un échec de gouvernance dû au manque de supervision et à l'absence d'incitations encourageant l'assureur à promouvoir l'accès des bénéficiaires et l'utilisation de la couverture.

⁴⁰ W. Savedoff et P. Gottret, 2008.

⁴¹ <http://www.ans.gov.br/>

- *La stabilité et la continuité* : un régime d'assurance stable et constant permet d'éviter les inconvénients de l'incertitude réglementaire ou de la fluctuation des processus, ainsi que les perturbations liées aux changements politiques. La stabilité de la politique encourage les prestataires à réaliser des investissements à long terme, et encourage les consommateurs à s'assurer. À titre d'exemple, les prestataires privés seront davantage enclins à investir dans les technologies de l'information nécessaires pour améliorer la qualité et l'efficacité s'ils savent que les paiements qu'ils reçoivent du régime d'assurance maladie vont se poursuivre.

6.4 EXEMPLE PAYS : L'INDE

L'Inde est un bon exemple de pays où coexistent différents régimes d'assurance maladie, chacun avec une structure organisationnelle différente. Aucun de ces régimes n'est considéré comme parfait, et chacun présente des avantages et des inconvénients en termes de réalisation des objectifs de l'assurance maladie. Nous présentons ci-dessous le Régime national d'assurance maladie (RSBY) et un régime communautaire d'assurance maladie (Yeshasvini).

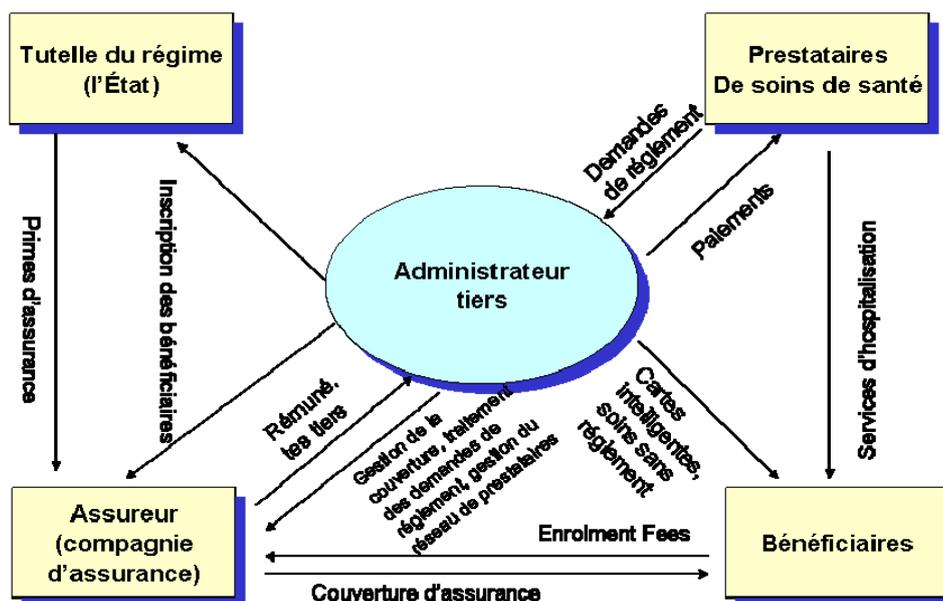
LE RÉGIME NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE (« NATIONAL HEALTH INSURANCE SCHEME »)

Le Régime national d'assurance maladie a été mis en place par le gouvernement indien en 2007. Son objectif est de protéger contre des coûts d'hospitalisation importants les travailleurs du secteur informel dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté. Le régime est financé par le gouvernement central et les gouvernements des États. Ces derniers concluent un contrat avec des compagnies d'assurance pour gérer le risque financier et les différents régimes.

Les prestations se limitent aux dépenses liées aux services d'hospitalisation et aux opérations chirurgicales. Le régime prend également en charge les procédures [chirurgicales?] ambulatoires, les dépenses pré et post opératoires, une indemnité de transport et les dépenses de maternité. Les bénéficiaires peuvent accéder gratuitement à un réseau de prestataires de santé, composé principalement d'hôpitaux privés. Ce réseau d'hôpitaux est établi par un organisme administrateur, désigné par l'assureur. L'organisme administrateur choisit les hôpitaux sur la base d'une série de normes de qualité des soins.

Le gouvernement central subventionne les primes de manière très importante. Les États prennent également en charge une partie des primes. Les bénéficiaires payent une cotisation annuelle minimale (30 roupies, soit 0,63 dollar). Les coûts administratifs additionnels qui ne sont pas couverts par les primes sont pris en charge par les États.

**FIGURE 7 - MODELE D'ASSURANCE :
LE RÉGIME NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE DE L'INDE**



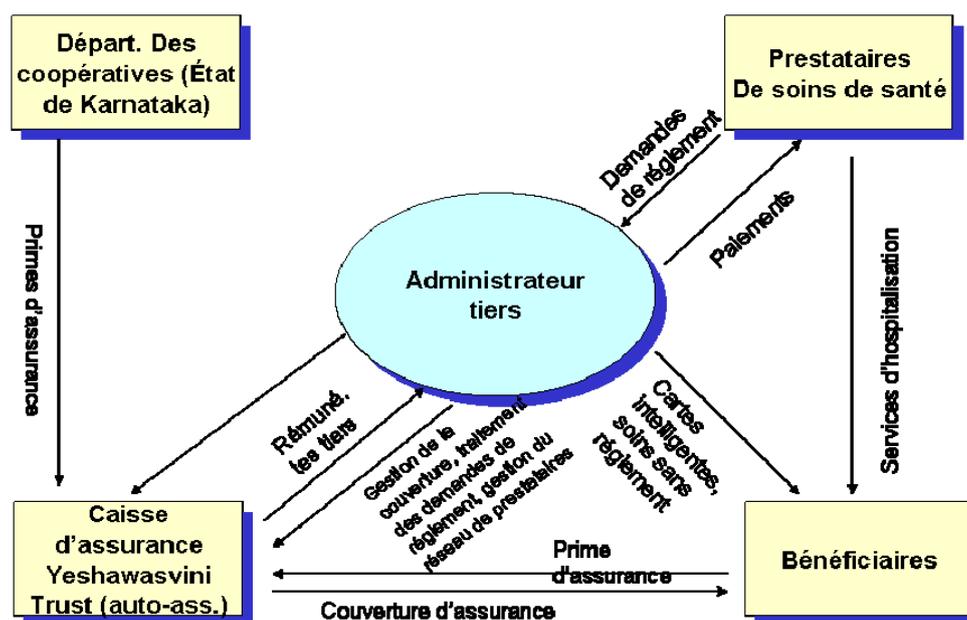
L'assureur sous-traite en général la gestion du régime à un organisme administrateur tiers. Celui-ci donne les accords préalables aux hospitalisations et aux interventions chirurgicales, traite les factures des prestataires, et gère le registre des assurés. Dans les États où ils n'utilisent pas les services d'un tiers administrateur, les assureurs exercent les fonctions habituellement confiées aux organismes de ce type.

REGIMES COMMUNAUTAIRES D'ASSURANCE MALADIE : L'EXEMPLE DE YESHASVINI

La coopérative agricole Yeshasvini (Figure 8) a lancé la Caisse agricole coopérative d'assurance maladie Yeshasvini en 2003, afin d'assurer les membres des coopératives de l'État de Karnataka. Les programmes et le financement reposent sur l'appui de plusieurs organismes, notamment l'État de Karnataka (subvention partielle des primes), le Département des coopératives de l'État de Karnataka (commercialisation de l'assurance), les coopératives (inscription des membres), les banques coopératives (appui à la collecte des primes), et un organisme administrateur tiers (gestion du régime). Le réseau de prestataires se compose, pour l'essentiel, de plus de 150 hôpitaux répartis à travers l'État de Karnataka. Ils ont été sélectionnés par l'organisme administrateur tiers après une évaluation de la qualité des soins. L'organisme administrateur tiers donne les accords préalables aux interventions chirurgicales, traite les demandes de règlement et gère le registre des assurés.

Jusqu'à présent, Yeshasvini a reçu des subventions de l'État au cours de chacun de ses exercices (c'est-à-dire depuis 2002). Une augmentation des primes payées par les assurés devraient permettre au régime d'acquiescer son autonomie financière d'ici trois ans.

FIGURE 8 - LE MODELE D'AUTOASSURANCE : YESHASVINI (INDE)



6.5 ÉTAPES RELATIVES A CET ELEMENT

1. Identifiez toutes les parties prenantes de votre régime d'assurance maladie, et l'entité responsable de sa gestion.
2. Identifiez les fonctions opérationnelles du régime d'assurance maladie, et faites-en la nomenclature en établissant leurs liens avec les différentes parties prenantes et avec l'entité de gestion.
 - a. Pour cette étape, il pourra être utile de tracer une carte ou un organigramme permettant de visualiser les différentes parties prenantes, et les liaisons entre elles. Cette étape s'accompagne généralement d'une consultation des parties prenantes, afin de déterminer comment répartir entre elles les diverses fonctions.
3. Si différentes options de structures organisationnelles sont envisagées ou discutées, évaluez les avantages et les inconvénients de chaque option selon différentes perspectives, par exemple du point de vue de l'organisme d'assurance, de l'État, des prestataires de santé et des assurés.
4. Organisez un dialogue pour garantir la mise en place de structures de gouvernance adéquates.
 - a. Votre système de santé tient-il compte des cinq éléments discutés ci-dessus ? Quels sont ceux déjà en place, et fonctionnent-ils bien ? Quels sont ceux qu'il convient d'améliorer ?
 - b. Quelles mesures pouvez-vous prendre pour assurer une gouvernance efficace dans l'ensemble de la structure organisationnelle (par exemple grâce à des accords contractuels, des procédures normalisées, ou d'autres documents ou processus favorisant une culture de transparence et de responsabilité) ?

6.6 AUTRES ÉLÉMENTS DE LECTURE

Centre de ressources pour la lutte contre la corruption: <http://www.u4.no/document/glossary.cfm> (en anglais)

D.M. Dror, A.S. Preker (éditeurs) : Social Reinsurance: A New Approach to Sustainable Community Health Financing [La réassurance sociale : une nouvelle approche du financement communautaire durable], Washington, Banque mondiale et OIT, septembre 2002

Charles Normand et Axel Weber, 1994. Social Health Insurance: A Guidebook for Planning [L'assurance sociale maladie : guide de planification]. Non publié. Organisation mondiale de la Santé, WHO/SHS/NHP/94.3
{0><http://whqlibdoc.who.int/publications/50786.pdf><}0{><http://whqlibdoc.who.int/publications/50786.pdf>

République rwandaise. Ministère de la Santé, Dr Jean Damascène Ntawukuliryayo, 2004. Mutual Health Insurance Policy in Rwanda [La politique des mutuelles de santé au Rwanda].
<http://www.grandslacs.net/doc/4062.pdf>

W. Savedoff et P. Gottret, 2008. Governing Mandatory Health Insurance: Learning from Experience [La gestion des régimes obligatoires d'assurance maladie : le retour d'expérience]. Banque mondiale.

Strengthening Micro Health Insurance Units for the Poor in India [Renforcer la micro-assurance santé pour les personnes en situation de pauvreté en Inde]. http://www.microhealthinsurance-india.org/content/index_eng.html

ÉLÉMENT 7. MISE EN ŒUVRE DE L'ASSURANCE MALADIE

7.1 OBJECTIFS

À la fin de cette séance, vous serez en mesure de :

- Comprendre les principales fonctions nécessaires pour administrer un régime d'assurance maladie ;
- Comprendre les options pour exécuter ces fonctions et les principales considérations à prendre en compte lors du choix de comment exécuter ces fonctions ;
- Déterminer les forces et les faiblesses opérationnelles de votre régime d'assurance maladie, et trouver les moyens de corriger les faiblesses relevées.

7.2 CONCEPTS FONDAMENTAUX

Le ciblage catégorique est la fourniture de prestations, gratuites ou à prix réduit, à des personnes spécifiques sans tenir compte de leur niveau de revenu (p. ex., personnes atteintes de certaines maladies contagieuses, certains groupes démographiques ou vulnérables, tels les enfants). Ces personnes sont alors automatiquement dispensées de paiement dans les centres de soins, une mesure qui les incite à bénéficier de certains services de santé.

La limitation des coûts consiste à limiter l'ampleur, les coûts et les types de soins de santé fournis dans le cadre d'un régime d'assurance maladie.

Le ciblage direct est la fourniture gratuite ou à prix réduit de prestations aux personnes dont le faible revenu ne permet pas d'en payer le coût total. La part payée par le bénéficiaire est souvent déterminée par une forme de test de moyens, qui aboutit parfois à une dispense. Dans un grand nombre de pays africains, le test de moyens est réalisé sur le lieu même de prestation du service. Il est rarement fait avant le moment du besoin pour les soins de santé. Dans ces pays, les relevés du traitement salarial et les dossiers d'impôt sont rarement consultables, voire inexistantes. Les responsables des établissements se fient donc à leur jugement pour déterminer si une personne a les moyens de payer ses prestations, ce qui se traduit par des tests de moyens de manière informelle par approximation de son revenu. Les responsables des établissements et les médecins sont continuellement soumis aux contraintes du temps, à des pressions pour dispenser leurs proches des frais des soins reçus, tout en étant réticents à octroyer ces dispenses, car leurs établissements ont besoin de revenus pour survivre. Pour toutes ces raisons, l'éligibilité aux dispenses des frais risque de ne pas obéir à des règles strictes.

La disposition de dégageement de responsabilité est une clause contractuelle qui interdit au prestataire d'exiger de ses patients une rémunération que le régime d'assurance maladie ne lui accorde pas pour une raison quelconque, notamment l'insolvabilité.

L'entité gestionnaire assume la direction de la mise en œuvre du régime d'assurance maladie. Selon le modèle d'assurance adopté, elle peut être publique ou privée.

La nécessité médicale est le cas où la prestation d'un service médical est jugée raisonnable, nécessaire ou appropriée à l'aune de normes factuelles de diligence clinique.

7.3 ASPECTS IMPORTANTS A PRENDRE EN COMPTE

Les composantes de conception qui ont précédé ont abordé les questions liées à la conception du régime d'assurance maladie et à son organisation. La présente séance aborde les systèmes opérationnels qui assurent la mise en œuvre harmonieuse du régime d'assurance maladie et la réalisation de ses objectifs.

Dans le contexte présent, les systèmes opérationnels sont les fonctions et les activités administratives et de gestion sur lesquelles repose l'administration du régime d'assurance maladie. Une fois que les fonctions essentielles du régime sont définies (dans la composante 6), il est nécessaire de déterminer le renforcement des capacités qui s'impose pour que les intervenants dans le régime d'assurance maladie puissent s'acquitter de leurs nouvelles responsabilités. Il peut également s'avérer nécessaire de former le reste des intervenants sur la structure générale de la gestion du régime et sur son fonctionnement. Toutes ces activités sont intégrables dans le plan d'action.

GESTION ET ACTIVITÉS FINANCIÈRES

Pour que le régime d'assurance maladie soit viabilisé, géré correctement et suivi de près, il est essentiel que ses recettes couvrent ses coûts de fonctionnement, que son équilibre financier soit maintenu et que la transparence y soit garantie. Dans la réalisation de ces conditions, la gestion financière joue un rôle capital. Elle prévoit notamment le maintien d'une réserve de fonctionnement qui couvre les coûts prévus et les risques imprévisibles à court terme. Il est également essentiel d'optimiser l'efficacité et l'efficience du régime d'assurance maladie quand plusieurs intervenants participent à sa mise en œuvre, et que les cotisations au régime proviennent de plusieurs sources (les bénéficiaires, les employeurs, l'État). Pour cela, il faut protéger l'intégrité des fonds du régime et les gérer adéquatement.

Le système de gestion financière doit contenir les trois volets suivants :

- Un système de budgétisation qui permet de prévoir tous les coûts occasionnés par le régime d'assurance maladie.
- Un système de suivi des dépenses qui permet de contrôler en interne les fonds du régime.
- Un système de gestion des coûts qui veille à ce que les prestations et les coûts du régime ne mettent pas en péril sa viabilité financière.

Systeme de budgétisation :

Le système de budgétisation s'occupe de la planification des dépenses encourues par le régime d'assurance maladie. Celles-ci comprennent les coûts administratifs, juridiques et mercatiques, ainsi que les coûts des réclamations et des prestations. Il est capital que tous ces coûts soient estimés et budgétisés lors de la phase de planification du régime d'assurance maladie afin de faire correspondre les cotisations aux dépenses.

Toute insuffisance de financement qui est constatée doit être corrigée. Pour ce faire, on peut modifier le paquet de bénéfices, rajuster les primes, réduire les frais administratifs, ou prendre d'autres mesures. En plus d'être difficiles à mettre en œuvre, ces changements prennent du temps pour leur résolution, car ils sont soumis, entre autres, à des obligations contractuelles.

Systeme de suivi des dépenses :

Le système de suivi des dépenses est un ensemble de mécanismes internes qui permettent de gérer les mouvements de fonds, notamment un système comptable performant, une gestion efficace de la trésorerie et des procédures de gestion des flux financiers et des comptes créditeurs. On ne peut surveiller l'usage qui est fait des fonds, découvrir les pratiques frauduleuses ou encore déterminer domaines où les coûts peuvent être réduits en l'absence d'un système fonctionnel de suivi des dépenses.

Le système de suivi des dépenses est susceptible d'être celui qui rassemble toutes les recettes et qui en gère l'exploitation pour le financement du régime d'assurance maladie. Ainsi, les cotisations versées par les bénéficiaires, les employeurs et l'État sont toutes regroupées dans ce système, qui en assure le suivi.

Gestion des coûts :

La gestion des coûts d'un régime d'assurance maladie est l'opération par laquelle les dépenses engagées par ce régime sont gérées et vérifiées. Cette opération est la boucle de rétroaction qui garantit que les coûts ne dépassent pas les dépenses budgétisées. Il est essentiel de gérer les coûts de manière efficace si l'on veut viabiliser le régime d'assurance maladie. Il faut notamment gérer l'utilisation des services, faire le suivi des dépenses et en rendre compte, et apporter les rectifications financières qui s'imposent lors de la mise en œuvre du régime.

Lorsqu'un régime d'assurance maladie est mis en place, le taux d'utilisation des soins de santé a toutes les chances d'augmenter en raison de l'aléa moral qui se manifeste et de la diminution du coût des soins de santé pour la population. L'apparition de l'aléa moral est inéluctable lorsqu'un service, qui est d'habitude coûteux et pour lequel existe une demande latente, devient financièrement abordable. Il est très difficile de prévoir l'ampleur de l'aléa moral que génère un nouveau régime d'assurance maladie. C'est pourquoi il est essentiel de contrôler les dépenses dès le démarrage du régime et de conserver la possibilité de rectifier, au besoin, les prestations offertes et les modalités de paiement des prestataires, car il sera probablement nécessaire de procéder à certaines rectifications pour respecter le budget établi. Ainsi, il peut s'avérer nécessaire de créer un système de co-paiement ou de coassurance qui augmente les cotisations au régime et limite le taux d'utilisation, ou encore de modifier le système de paiement des prestataires pour prévenir la sur-prescription des services.

Bien que plusieurs parties prenantes vont interagir avec le système de gestion des finances du régime, il est important que le principal organisme gestionnaire du régime conserve la responsabilité de la gestion de ce système, du contrôle de ses coûts, et qu'il accroisse son efficacité sans pour autant nuire à sa qualité. Quand plusieurs parties prenantes participent à la mise en œuvre du régime d'assurance maladie, l'organisme gestionnaire doit mettre en place des systèmes de collecte des données en temps opportun, notamment les données financières (les dépenses encourues dans la prestation des services, les dépenses administratives, les coûts du personnel), et les données sur les réclamations et l'utilisation des services.

GESTION DES CONTRATS

L'organisme qui administre le régime d'assurance maladie n'a souvent ni les compétences ni les moyens pour exécuter toutes les fonctions afférentes au régime. Il est parfois dans l'obligation de sous-traiter certaines d'entre elles dans le cadre d'accords contractuels.

Les dispositions des relations contractuelles dépendent de l'organisation du régime d'assurance maladie. La liste ci-dessous présente quelques exemples de ces relations contractuelles :

- L'organisme gestionnaire sous-traite à une compagnie d'assurance-maladie pour gérer les risques santé des bénéficiaires.
- L'assureur sous-traite à un tiers administrateur le traitement des réclamations et l'enregistrement des prestataires.
- L'assureur passe des contrats avec des prestataires pour la prestation des services conformément à des normes de qualité préétablies.
- Le tiers administrateur passe des contrats avec des prestataires pour la prestation des services.
- Le ministère de la Santé passe des contrats avec des prestataires pour la prestation des services.

À titre d'exemple, dans un régime public, l'État peut souhaiter ne pas gérer lui-même les réclamations ou exécuter certaines fonctions. Il sous-traite alors ces travaux à un tiers administrateur qui dispose des compétences nécessaires pour les assumer efficacement. Dans d'autres circonstances, l'État s'accorde avec des prestataires privés pour la prestation des services de santé assurés, ce qui fournit aux bénéficiaires un choix plus large de prestataires et présente le potentiel d'améliorer la qualité des soins offerts. Il est également possible qu'un groupe de médecins ou un hôpital sous-traite la gestion des coûts des services de soins de santé à un assureur ou à un organisme de gestion des soins.

L'entité gestionnaire n'est pas toujours le contractant en bout de chaîne. Certes, l'État sous-traite parfois l'administration du régime à une compagnie d'assurances, mais celle-ci sous-traite elle-même certaines fonctions à un tiers administrateur, comme le traitement des réclamations ou la souscription des bénéficiaires. Quelles que soient les parties contractantes, il faut toujours établir des contrats clairs qui précisent les modalités de mise en conformité à ses dispositions. Il ne suffit pas que les termes du contrat définissent les travaux qui sont sous-traités, il faut aussi qu'ils définissent les règlements auxquels est tenu le sous-traitant. C'est ainsi que les droits des autres parties prenantes sont protégés, notamment ceux des bénéficiaires.

Pour illustrer ces propos, prenons l'exemple d'un État où la décision est prise de sous-traiter la souscription des bénéficiaires et la gestion du risque financier à un assureur. Le rédacteur-gestionnaire du contrat a tout intérêt à ce que ce dernier contienne des lignes directrices claires et exécutoires qui précisent les éléments suivants :

- L'éligibilité (qui peut participer au régime).
- Les modalités de souscription au régime (lignes directrices de souscription, documents requis du bénéficiaire pour souscrire au régime, conditions de cotisation, exclusions pour cause d'affection préexistante, etc., et critères d'éligibilité qui ne réservent pas le régime aux bien-portants, tout en excluant les personnes malades).
- Les moyens de promotion du régime d'assurance maladie.
- Le paiement des prestations (l'intervalle entre la réclamation et le paiement de la prestation, les conditions de pré-autorisation, les procédures à suivre pour statuer sur les réclamations, etc.).
- La réparation des griefs (les responsables de la réparation des griefs, le traitement des griefs, la célérité de ce traitement, etc.).

Les prestataires constituent un autre exemple de ces propos. Un grand nombre d'organismes gestionnaires prévoient dans les contrats qu'ils établissent avec les prestataires une disposition qui met les bénéficiaires hors de cause au cas où le coût d'un service dépasserait le taux de remboursement convenu avec le prestataire. Par exemple, si le prestataire est rémunéré par capitation ou par cas (modèle des groupes de diagnostics ou DRG, p. ex.), mais que le coût du service fourni excède le montant payé au médecin, celui-ci pourrait exiger du bénéficiaire de prendre en charge la différence. La clause de «mise hors cause» interdit au prestataire d'agir ainsi, ce

qui est très important aux yeux du bénéficiaire, et peut contribuer à limiter le coût total des services.

Dans des régimes d'assurance maladie de plus en plus complexes, la gestion des contrats acquiert une importance particulière. Mais cela n'empêche pas les régimes les plus rudimentaires de conclure aussi des contrats de sous-traitance. La gestion des contrats devient alors déterminante pour la pérennisation du régime d'assurance et l'efficacité des services rendus.

Les fonctions susceptibles d'être sous-traitées sont :

- l'analyse actuarielle;
- le traitement des réclamations;
- la prestation des services de soins de santé;
- la réparation des griefs;
- la prise en charge du risque (l'État n'est parfois pas en mesure d'assumer le risque des services de soins de santé; il conclut alors un contrat avec un assureur doté d'un capital suffisant pour endosser le risque) ou la réassurance;
- la souscription des bénéficiaires et la collecte des cotisations;
- le service aux souscripteurs, le marketing et l'information des bénéficiaires.

MARKETING ET COMMUNICATION

La communication sur le régime d'assurance maladie vise plusieurs objectifs. Elle sert tout d'abord à informer la population sur le régime d'assurance et l'inciter à y souscrire (marketing). Elle sert ensuite à informer les bénéficiaires des prestations auxquelles ils ont droit, les modalités de sollicitation du régime, et leurs droits au titre de ce dernier.

Selon les intérêts des uns et des autres, différentes parties prenantes prennent en charge le marketing et la communication. Ainsi, lorsque le régime d'assurance maladie est pour l'essentiel privé, l'État a intérêt à informer les bénéficiaires de leurs droits au titre du régime. Les responsables des souscriptions ont, quant à eux, intérêt à promouvoir le régime pour augmenter le nombre de souscripteurs. Enfin, le marketing et la communication acquièrent une importance toute particulière dans le cas des régimes à souscription volontaire, car persuader la population de cotiser au régime d'assurance maladie est alors une priorité de taille.

Il est parfois nécessaire de réglementer les méthodes de marketing et de communication de façon à ce que les bénéficiaires connaissent parfaitement leurs droits et l'étendue de leur couverture médicale. Comme l'explique ci-dessus la composante 6, l'Inde a instauré un régime public d'assurance maladie, entièrement subventionné par l'État, à l'intention des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté. L'État a ensuite conclu un contrat avec un assureur pour l'administrer. Mais l'assureur n'était tenu qu'à un effort minime de marketing et de communication. Au final, après une année de fonctionnement, le régime n'a reçu que peu de demandes de règlement, les bénéficiaires ignorant qu'ils étaient couverts par un régime d'assurance maladie.

Certains pays disposent de directives très strictes en matière de marketing des régimes d'assurance. Le gouvernement des États-Unis, par exemple, lorsqu'il a promulgué les prestations pharmaceutiques au titre du régime Medicare, a décrété des lignes directrices strictes sur la façon dont les avantages que procurent ces prestations à la population devraient être promus, notamment par les pharmacies. Le *Center for Medicare and Medicaid Services* a même passé un contrat avec un organisme tiers pour que celui-ci définisse les lignes directrices de cette promotion et contrôle la conformité à ces dernières.

IDENTIFICATION ET SOUSCRIPTION DES BÉNÉFICIAIRES

La souscription des bénéficiaires au régime d'assurance maladie est parfois un obstacle majeur à l'efficacité de son fonctionnement. Le processus de souscription est coûteux sur le plan administratif. Les modalités de souscription ne sont pas non plus les mêmes selon le bénéficiaire. Il faut également informer les assurés potentiels sur la nature du régime d'assurance maladie, des avantages qu'il leur procure, et de ce qu'ils gagnent à y souscrire. Sans oublier de donner aux souscripteurs, individuels ou collectifs, une preuve de leur statut d'assurés, comme une carte d'assurance maladie. Enfin, il est nécessaire de prévoir des mesures de dissuasion de la fraude.

Déterminer l'éligibilité au régime d'assurance et aux subventions peut s'avérer très difficile. Si un segment de la population bénéficie d'un régime d'assurance maladie subventionné ou ciblé, l'organisme chargé des souscriptions doit être en mesure de distinguer les personnes éligibles au régime ou aux subventions de celles qui ne le sont pas. C'est d'ailleurs un facteur essentiel de la viabilité du régime, car il ouvre grande la porte à la fraude.

Le test des moyens (voire le cas du Pérou dans la composante 3), le ciblage direct, le ciblage catégorique, l'octroi de dispenses et d'exonérations sont tous des mécanismes de détermination de l'éligibilité aux avantages procurés par le régime, tels que les subventions réservées aux défavorisés. Il n'existe pas de règle absolue pour déterminer cette éligibilité, chaque mécanisme ayant ses avantages et ses inconvénients. Le régime d'assurance maladie risque même de laisser de côté des personnes assurables si la population visée par le régime n'est pas clairement définie. À contrario, le régime risque d'assurer un trop grand nombre de personnes si le mécanisme de ciblage n'est pas strictement défini.

Si des cartes d'assurance maladie sont distribuées aux assurés comme preuve de leur souscription, il faut prendre en compte certains aspects opérationnels. Tout d'abord, comment établir le lien entre la carte de l'assuré et les renseignements personnels de ce dernier? Ensuite, comment éviter la fraude et protéger les cartes de la falsification? Comment les prestataires feraient-ils pour s'y retrouver dans la multitude de régimes et de cartes d'assurance maladie et pour ne pas se tromper pour leur paiement? Enfin, comment imprimer et distribuer les cartes d'assurance maladie, surtout dans les régions aux moyens limités? Toutes ces interrogations ne sont que quelques-unes des questions auxquelles il faut répondre si l'on veut instaurer une carte d'assuré pour vérifier le statut de membre dans le régime d'assurance maladie.

COLLECTE DES COTISATIONS

Les bénéficiaires d'un régime d'assurance maladie contribuent à ce dernier par le versement d'une cotisation. La collecte des cotisations est un volet essentiel du régime, très difficile à exécuter si les moyens font défaut. Cette question a été plus ou moins abordée dans la composante 2, qui s'est penché sur les mécanismes de financement. Selon le modèle d'assurance adopté, les primes d'assurance sont recueillies par la taxation des biens et le prélèvement fiscal sur les personnes et les entreprises (dont les taxes sur les biens de consommation, l'impôt sur le revenu, l'impôt foncier, les taxes sur l'import et l'export), par la retenue sur les salaires, ou par le versement direct des cotisations par les bénéficiaires. Le financement du régime d'assurance par la taxation, l'imposition et la retenue salariale n'est possible que si le système de taxation et d'imposition est relativement fiable et que le secteur formel est de taille et disposé à contribuer au régime d'assurance.

Dans les pays caractérisés par un secteur formel modeste (peu de sociétés déclarées) ou un système de taxation et d'imposition non fiable, les cotisations doivent être recueillies directement auprès des bénéficiaires. Sur le plan logistique, il est ardu de parvenir jusqu'aux bénéficiaires ruraux, disséminés qu'ils sont sur de grandes superficies. Au Rwanda, par exemple, c'est par le porte-à-porte que l'on s'y prend. En outre, un grand nombre d'agriculteurs de subsistance ne possèdent que de l'argent liquide, à certaines périodes de l'année seulement. Ils ne peuvent cotiser qu'en période de récolte. En outre, les ménages qui avoisinent les établissements de santé sont bien plus susceptibles de cotiser que

ceux qui en sont éloignés, alors que c'est plutôt chez ces derniers que les besoins en soins de santé sont les plus importants.

Il est d'ordinaire plus pratique de recueillir les cotisations au moment de la souscription. Il est probablement moins compliqué sur le plan administratif et moins onéreux de le faire une fois par an pour une souscription de la même durée, et encore plus pratique si cela est fait dans le milieu rural en période de récolte, la saison où les agriculteurs sont le plus susceptibles de disposer d'argent liquide. Cependant, dans les milieux à faible revenu, verser ainsi la cotisation pour toute une année en une seule fois est prohibitif, et n'incite pas à souscrire au régime d'assurance. Dans certains pays, des organismes de microcrédit proposent aux bénéficiaires de payer leurs cotisations en prenant des microcrédits qu'ils remboursent sur la durée par des petits montants réguliers. L'existence préalable d'un mécanisme de remboursement des crédits simplifie cette façon de faire. De manière générale, il est important que des plans de communication vigoureux soient mis en œuvre pour que la population comprenne parfaitement où va son argent.

TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Par traitement des réclamations, on entend la réception, la vérification, l'approbation et le règlement des réclamations. Dans bien des régimes d'assurance maladie, l'organisme qui règle les réclamations n'est souvent pas en mesure de les traiter. Il doit alors faire appel à un tiers pour s'en charger (comme l'explique la section ci-dessus sur la gestion des contrats). La façon dont sont traitées les réclamations dépend également du modèle d'assurance adopté et du système de paiement des prestataires mis en place.

Dans les régimes d'assurance qui prévoient le traitement des réclamations, la responsabilité du dépôt des réclamations relève dans certains cas du prestataire et dans d'autres du bénéficiaire. Dans un système sans numéraire, l'assuré reçoit un service couvert par l'assurance sans rémunérer le prestataire (sauf quote-part ou service non couvert par l'assurance). C'est au prestataire de déposer une demande de règlement auprès du responsable des réclamations. Dans un système numéraire, l'assuré paie de sa poche le prestataire en contrepartie du service reçu. Il revient ensuite à l'assuré de déposer une réclamation, accompagnée des reçus correspondants, auprès du responsable des réclamations afin de se faire rembourser.

Les assurés préfèrent généralement le système sans numéraire, car il ne pose pas d'obstacle financier à l'accès aux soins de santé et n'exige aucune paperasserie. Les prestataires préfèrent, quant à eux, le système numéraire, car il élimine la bureaucratie et leur permet de se faire payer sur-le-champ (au lieu d'attendre leur paiement de la part d'un tiers, ce qui peut prendre du temps). Mais, dans les environnements où les moyens font défaut, le système numéraire est moins pratique à mettre en place que le système sans argent liquide, car payer à la réception du service et déposer ensuite une réclamation auprès de l'assureur présente certaines difficultés logistiques. Il faut donc étudier soigneusement les avantages et les inconvénients de chaque solution avant de décider de la nature du régime d'assurance à adopter.

Quel que soit le régime d'assurance maladie adopté, le responsable des réclamations doit déterminer l'éligibilité des réclamations en vertu de ce régime. Cette opération se prête potentiellement aux pratiques frauduleuses. C'est pourquoi le responsable des réclamations doit se conformer à des règles transparentes en la matière. De plus, celui-ci doit souvent faire appel à des médecins ou à des professionnels des soins de santé pour déterminer rétrospectivement d'un point de vue médical la nécessité ou non d'un soin, et pour découvrir les réclamations inconciliables. Ainsi, une réclamation déposée pour le paiement d'un accouchement par les voies naturelles et de soins post-abortum chez une même bénéficiaire devrait éveiller des soupçons, une accouchée ne pouvant nécessiter les deux types de soins à la fois. Le responsable des réclamations se doit alors d'enquêter sur chaque réclamation et de vérifier son bien-fondé. Ce faisant, il obtient toutes les données qui lui permettent de calculer le montant du règlement approprié.

Selon le modèle d'assurance adopté, l'organisme de règlement des réclamations et les prestataires conviennent en général d'un barème des taux, qui est une échelle de tarifs que le payeur ou l'assureur considèrent comme raisonnables pour un acte médical ou un service de santé, et que le médecin accepte comme paiement final (sont prises en compte les quotes-parts, la coassurance et les franchises le cas échéant). Le barème des taux prévoit parfois des tarifs individuels pour chaque service. Dans le cas des diagnostics regroupés, les taux sont fixes, forfaitaires ou calculés au cas par cas (p. ex., les groupes iso-ressources - DRGs). Ainsi, pour une femme qui accouche par césarienne, le taux forfaitaire couvre tous les services nécessités par l'acte médical (transfusion, chirurgie, anesthésie, médicaments, etc.). Bien que les rémunérations forfaitaires fassent appel à des méthodes avancées d'actuariat, de comptabilité et de paiement, elles sont souvent privilégiées, car elles présentent l'avantage de limiter les coûts.

Afin de minimiser le nombre de réclamations sur lesquelles ils doivent enquêter, certains assureurs exigent d'autoriser le moindre service avant sa prestation. Le prestataire est alors certain d'être payé, sauf remise en cause⁴².

En outre, et afin de simplifier le traitement des réclamations, il est nécessaire d'établir un système de codification où le prestataire affecte à chaque service de santé rendu un code numérique qui renseigne le payeur ou l'assureur sur ledit service. Il existe un grand nombre de systèmes de codification. Quel que soit celui qu'on choisit, il faut former les prestataires au remplissage des documents de réclamation afin de garantir leur exactitude et leur facilité de traitement.

SURVEILLANCE ET SYSTÈMES D'INFORMATION

L'organisme gestionnaire a l'importante responsabilité d'évaluer en permanence les résultats du régime d'assurance à l'aune de ses objectifs. Cette évaluation est indispensable pour toutes les composantes abordées ci-dessus⁴³. Elle doit être réalisée tant que le régime est en vigueur, et concerne aussi bien ses résultats (nombre de souscripteurs, taux de souscription, taux de réclamation, etc.) que ses processus de fonctionnement, l'objectif étant un fonctionnement harmonieux (voir élément 8).

Il faut également se doter d'un système d'information d'appui à la gestion fonctionnel (SIG), nécessaire pour la surveillance et l'évaluation in fine du régime d'assurance. Le SIG est un ensemble d'outils, de procédures et de canaux d'information. Il est soit manuel soit électronique, selon la technologie dont se dotent les différents niveaux du régime d'assurance. Dans certains régimes, des logiciels préexistants sont mis à profit pour gérer les données dans les administrations centrales et périphériques. Dans d'autres, la collecte des données sur le terrain se fait sur papier, et leur saisie sur ordinateur se fait ensuite à l'administration centrale. Dans l'idéal, la collecte et le suivi des données devraient se faire partout dans un seul système d'information électronique centralisé. Mais dans la réalité, cela n'est pas toujours possible.

Les procédures et les outils de surveillance administratifs et techniques communs à tous les SIG sont :

- les données sur les souscriptions et les cotisations;
- la coordination des prestations et des réclamations;
- la surveillance financière.

⁴² Dans les régimes d'assurance, il faut distinguer entre les consultations et les urgences. Ces dernières, comme le trauma, sont gérables par la négociation au préalable d'une réduction.

⁴³ La surveillance du régime d'assurance est abordée distinctement de son évaluation, en tant qu'élément des systèmes d'information du régime, car il s'agit d'un mécanisme de fonctionnement essentiel qui doit être géré tout au long de la conception et de la mise en œuvre. L'évaluation, quant à elle, est abordée dans l'élément de conception n° 8.

Données sur les souscriptions et les cotisations

Il est nécessaire de disposer d'une base de données où sont enregistrées les informations sur les souscripteurs, les personnes à leur charge, et les cotisations versées. Il faut également délivrer aux assurés des cartes de membre individuelles ou familiales, dotées d'un numéro d'identification, où figurent le nom, le genre et la date de naissance de chaque bénéficiaire. Il faut aussi recueillir auprès de chaque bénéficiaire certaines informations essentielles, comme son adresse, sa relation de parenté au chef de ménage et sa profession, et les saisir dans la base de données des membres. Les données sur les primes versées doivent être précisément enregistrées et mises sans délai à la disposition des prestataires. La liste ci-dessous décrit quelques-uns des outils et des documents qui servent au suivi des souscriptions :

- carte de membre indiquant les dates de début et de fin de la souscription;
- listes des membres mises à jour;
- listes actualisées des versements de primes;
- données sur le renouvellement des souscriptions.

Coordination des prestations et suivi des réclamations

Le suivi du traitement des réclamations au moyen du SIG devrait permettre de régler les réclamations avec exactitude et sans délai. Le SIG produit aussi des données désagrégées sur l'utilisation des soins et les coûts engagés par tranche d'âge, par sexe, par statut de membre, par diagnostic, par type de service rendu et par type de prestataire. Ces données serviront à orienter les décisions en matière de gestion. Les instruments (formulaires, lignes directrices, procédures) généralement utilisés pour le suivi du traitement des réclamations sont :

- les procédures de paiement;
- le registre des factures établies par les prestataires des soins de santé;
- le registre des réclamations;
- les listes des réclamations par type de prestataire;
- la fiche de suivi de l'utilisation et des coûts de services;
- la fiche de suivi du coût moyen des réclamations.

Gestion financière

Comme toute entreprise, qu'elle soit à but lucratif ou non, les régimes d'assurance mettent en pratique des systèmes et des procédés normalisés de gestion financière. La budgétisation, la comptabilité, la paye, la gestion de la trésorerie et la production d'états financiers vérifiables (compte de résultats, état des dépenses, bilan) en constituent quelques exemples.

7.4 ETAPES RELATIVES A CET ELEMENT

Systèmes financiers :

- I. Déterminer les sources auprès desquelles il faut recueillir les données financières. Par exemple :
 - a. Qui recueille les primes auprès des bénéficiaires? Comment est-ce géré? Quels moyens sont mis en œuvre?
 - b. Qui gère le traitement des réclamations?
 - c. Quelle est la démarche à suivre pour déposer les réclamations et recevoir les paiements?
 - d. Quel est le processus de paiement des prestataires?

Gestion des contrats :

1. Déterminer la capacité de l'organisme gestionnaire à prendre en charge les différentes opérations de mise en œuvre du régime d'assurance maladie. Quels sont les services qui devraient éventuellement être sous-traités? Pourquoi le devraient-ils?
2. À quels organismes devraient être sous-traités ces services? Quels avantages et inconvénients présente chaque option?

Marketing et communication :

1. Déterminer les objectifs du marketing et de la communication dans le régime d'assurance maladie.
2. Désigner les organismes qui se chargeront du marketing et de la communication.
3. Définir les lignes directrices susceptibles d'être adoptées par l'organisme gestionnaire pour garantir l'exactitude des données. Comment informe-t-on généralement les bénéficiaires sur l'assurance maladie?
4. Déterminer les méthodes de sensibilisation des bénéficiaires sur l'assurance maladie.

Souscription et cotisation :

1. Déterminer le fonctionnement du processus de souscription du côté des bénéficiaires et du côté du payeur.
 - a. Trouver des moyens d'améliorer le processus de souscription.
2. Désigner les personnes qui seront chargées de la souscription des bénéficiaires.
3. Définir les règles d'éligibilité des bénéficiaires. Sur la base de quels critères exonérer un bénéficiaire de la cotisation?
4. Définir la méthode de collecte des cotisations.
5. Énumérer les mesures à mettre en place pour garantir l'intégrité des fonds recueillis.
6. Déterminer le mécanisme par lequel les prestataires peuvent vérifier si une personne est assurée ou non avant de fournir le service médical.

Traitement des réclamations :

1. Quelle est l'efficacité du système de traitement des réclamations en vigueur? Qu'en est-il du point de vue des bénéficiaires, des prestataires et du payeur?
2. Décrire le déroulement du traitement des réclamations ou le mécanisme prévu à cet effet (le cas échéant).
3. Dresser la liste des organismes qui ont les capacités pour se charger du traitement des réclamations dans le pays, ou qui peuvent se doter de ces capacités.
4. Quel est le mode de codification des réclamations appliqué (le cas échéant)? Les prestataires se trompent-ils dans la codification? Déterminer les mesures à mettre en place pour réformer la codification des réclamations et leur traitement.
5. Déterminer les moyens disponibles dans le pays qui permettent de renforcer le traitement des réclamations.

7.5 AUTRES ELEMENTS DE LECTURE

Hsiao, W. et P. Shaw. 2007. *Social Health Insurance for Developing Nations*. La Banque mondiale.

Lohman, P. 1999. Optimizing revenues through effective contract management. *Healthcare Financial Management*.

Normand, Charles et Axel Weber. 1994. *Social Health Insurance: A Guidebook for Planning*. Non publié. L'Organisation mondiale de la santé, WHO/SHS/NHP/94.3.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/50786.pdf>.

Wager, K., F.W. Lee, et J. Glaser. 2005. *Managing health care information systems: a practical approach for health*. Jossey-Bass.

Willis, C. et C. Leighton. 1995. Protecting the poor under cost recovery: the role of means testing. *Health Policy and Planning* 10(3): 241-256.

ÉLÉMENT 8. SUIVI ET EVALUATION DES REGIMES D'ASSURANCE MALADIE

8.1 OBJECTIFS

À la fin de la partie, vous aurez réalisé ce qui suit :

- Vous serez au fait des indicateurs que les exploitants, les gestionnaires et les évaluateurs des régimes d'assurance maladie emploient pour en analyser le fonctionnement et en mesurer les avancées.
- Vous connaîtrez la provenance des données employées dans le contrôle et l'évaluation des régimes d'assurance maladie.
- Vous serez à même d'exploiter ces données pour prendre des décisions factuelles qui améliorent le fonctionnement du régime d'assurance maladie.

8.2 CONCEPTS FONDAMENTAUX

L'évaluation est une activité qui est d'ordinaire périodique. Elle consiste à coter systématiquement et objectivement les activités entreprises, qu'elles soient achevées ou en cours d'exécution, sur le plan de la conception, du fonctionnement et des résultats. Elle détermine le degré de réalisation des objectifs du régime d'assurance maladie.

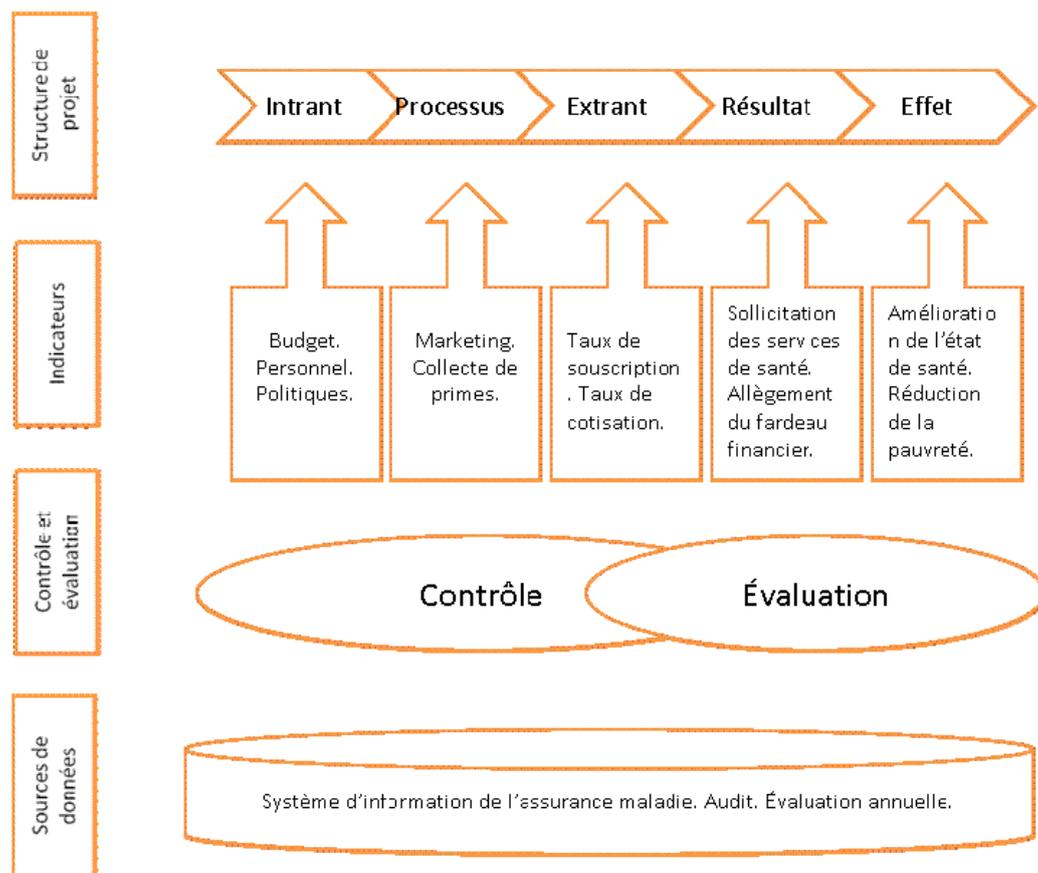
Le contrôle est une activité courante qui consiste à mesurer l'avancement des travaux planifiés. Il s'agit de veiller en permanence à l'exécution, dans les règles, des procédures en œuvre dans le régime d'assurance maladie et de produire en temps opportun les données qui contribuent à l'amélioration de la gestion.

8.3 CONSIDERATIONS NOTABLES

APERÇU

Le contrôle et l'évaluation sont deux opérations à la fois distinctes et complémentaires, qui tendent souvent vers des objectifs différents. La figure 9 montre l'agencement des principaux éléments du système de contrôle et d'évaluation.

FIGURE 9 : AGENCEMENT DU CONTRÔLE ET DE L'ÉVALUATION DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE



- **Les intrants** sont les moyens engagés dans la réalisation d'un groupe d'opérations, en l'occurrence un régime d'assurance maladie. Le temps, l'argent, les ressources humaines et les infrastructures sont tous des intrants.
- **Les processus** sont les actions mises en œuvre pour obtenir les extrants et atteindre les résultats visés. Les processus sont planifiés et soigneusement coordonnés.
- **Les extrants** sont les produits tangibles des actions mises en œuvre.
- **Les résultats** sont l'aboutissement de tous les efforts investis. Ils profitent d'habitude directement aux assurés.
- **Les effets** sont la résultante à long terme, au sens large, des actions entreprises. Ils ont généralement rapport aux objectifs d'ensemble. Les effets sont le prolongement, en partie, du régime d'assurance maladie, mais également d'autres facteurs. Ils sont difficiles à mesurer à court terme.

CONTRÔLE

Le contrôle permet de jauger en continu le fonctionnement du régime d'assurance maladie, en faisant notamment le suivi des intrants et des extrants, ce qui permet de comparer le déroulement réel du régime au fonctionnement prévu. Le contrôle ne peut être efficace sans un système d'information de gestion opérationnel (SIG)⁴⁴. Exploité au jour le jour, il simplifie le suivi des actions et des finances du régime d'assurance. Les données qu'il produit servent à l'équipe de gestion et aux auditeurs internes et externes dans l'évaluation du régime.

⁴⁴ Le SIG est décrit dans l'élément de conception n° 7.

ÉVALUATION

L'évaluation est l'opération qui révèle les résultats atteints par le régime d'assurance en mesurant les extrants et les effets. Elle permet de vérifier que le régime produit ses effets escomptés, et de savoir notamment s'il augmente l'accès aux soins de santé, s'il couvre un plus grand nombre de services de santé, s'il n'assure que les personnes admissibles et s'il réduit les dépenses personnelles. Si les résultats de l'évaluation sont satisfaisants, l'adhésion des politiques au régime d'assurance en est renforcée au fur et à mesure de son élargissement, et les demandes de souscription en sont augmentées. Sinon, les décideurs sont incités à revoir le modèle du régime, ou son fonctionnement, et à lui faire produire les résultats escomptés. L'évaluation détermine aussi si les démarches adoptées sont les plus économiques.

Les décideurs doivent réfléchir d'emblée à la façon dont il faut évaluer les effets et le rapport coût-efficacité du régime d'assurance. Pour obtenir rapidement des résultats fiables, probants et exploitables par les décideurs, il faut prendre en compte la dimension de l'évaluation dès la mise en œuvre du régime. Pour ce faire, on peut par exemple tester le régime dans un nombre de régions choisies au hasard et en comparer les résultats à ceux de régions témoins. Si, au contraire, le régime d'assurance est mis en place partout et en même temps, il est difficile de l'évaluer rétrospectivement de manière fiable. Les résultats d'un tel test peuvent aussi servir à corriger le modèle du régime avant de l'élargir à l'échelle nationale, mais aussi d'aplanir ses difficultés de fonctionnement.

La liste ci-dessous décrit quelques-unes des démarches adoptées dans l'évaluation des régimes d'assurance maladie :

- L'efficacité et l'efficience des technologies et des services de santé sont testées par une évaluation expérimentale. L'expérience consiste à attribuer à différents sujets différentes interventions au hasard (traitements ou diagnostics). Cette méthode est rarement employée dans l'évaluation des systèmes de soins de santé et des régimes d'assurance maladie en raison des difficultés liées à la randomisation. Deux exceptions sont à noter : l'évaluation d'un régime d'assurance du Nicaragua par des partenariats du secteur privé, le projet PSPOne,⁴⁵ et l'étude RAND sur l'assurance santé.⁴⁶
- L'évaluation quasi expérimentale ressemble à l'évaluation expérimentale et possède certaines des caractéristiques des évaluations reposant sur les interventions et les traitements. La principale différence réside dans l'absence d'attributions au hasard.
- L'évaluation avant-après est souvent utilisée dans l'évaluation des projets. Elle permet de comparer un ensemble d'indicateurs avant et après l'intervention, et de relever les évolutions imputables à cette dernière.
- L'évaluation par la comparaison des cas et des témoins est pratique pour déterminer les facteurs qui participent aux effets. Elle consiste à comparer les sujets du groupe d'intervention, les cas, et les sujets qui ne participent pas à l'intervention mais qui sont par ailleurs semblables à tous points de vue, les témoins.
- L'évaluation transversale consiste à comparer un groupe échantillon à différents autres groupes au travers de plusieurs variables indépendantes. Dans cette démarche transversale, on choisit une tranche de la population cible et on fonde ses conclusions sur les opinions et les comportements de cette tranche tout en prenant comme hypothèse qu'elle est représentative de l'ensemble de la population cible.

⁴⁵ Hatt, L., R. Thornton, B. Magnoni et M. Islam. Octobre 2009. Extending Social Insurance to Informal Sector Workers in Nicaragua via Microfinance Institutions: Results from a Randomized Evaluation. Bethesda, MD: Private Sector Partnerships-One project, Abt Associates Inc.

⁴⁶ http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9174/index.html

PRINCIPAUX INDICATEURS DES SYSTÈMES DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION

On peut classer ces indicateurs en trois catégories : l'efficacité administrative, le rendement financier et les effets. Les tableaux ci-dessous en présentent quelques exemples accompagnés d'une définition ou d'une illustration, ainsi que des sources possibles des données extractibles du SIG. Ces tableaux n'étant pas exhaustifs, il revient aux responsables du régime d'assurance de définir les indicateurs qui conviennent le mieux à leur situation.

Indicateurs de l'efficacité administrative :

Les indicateurs administratifs renseignent sur la vitalité du régime d'assurance. Le tableau 10 en énumère quelques exemples.

TABLEAU 10 : PRINCIPAUX INDICATEURS DE L'EFFICACITÉ ADMINISTRATIVE DES RÉGIMES D'ASSURANCE

Indicateurs	Illustration/Formule	Sources
Souscription		
Taux de couverture de la population	Pourcentage des souscripteurs par rapport à la population ciblée	Registre des membres
Taux de croissance des assurés	Pourcentage des nouveaux souscripteurs par rapport au nombre total des assurés pendant une période donnée	Registre des membres
Antisélection	L'antisélection est révélée en comparant l'état de santé des non-assurés à celui des assurés	Registre des membres Enquête-ménage
Taux de cotisation de l'État en faveur des pauvres	Pourcentage des coûts encourus par le quintile le plus pauvre de la population qui est subventionné par l'État, ou pourcentage des pauvres exonérés de prime	Registre des membres et des primes
Taux de réaffiliation	Nombre de réaffiliations / nombre de réaffiliations potentielles	Registre des membres Fiche de réaffiliation
Taux de désaffiliation	Nombre de désaffiliés / nombre de réaffiliations potentielles	Registre des membres
Taux de cotisation	Pourcentage du montant des primes versées par rapport au montant des primes dues	Registre des membres et des primes
Prestations et rémunérations		
Délai moyen de rémunération des prestataires	Temps écoulé entre le dépôt de la facture par le prestataire et son règlement	Bilan Déclarations du revenu et relevés des dépenses
Délai moyen de remboursement des assurés	Temps écoulé entre la réclamation (exacte) de l'assuré et son remboursement	Bilan Déclarations du revenu et relevés des dépenses
Réclamations mensuelles et variations saisonnières	Ensemble d'indicateurs qui montrent le taux de sollicitation des services, leurs coûts et leurs tendances (par type de service)	Factures du prestataire de soins Registre des réclamations Listes des réclamations par type de prestataire

Indicateurs du rendement financier :

Les indicateurs financiers servent à mesurer la capacité du régime d'assurance à s'autofinancer sur le long terme au moyen de ses seules recettes. Le tableau II en fournit quelques exemples.

TABLEAU II : INDICATEURS DU RENDEMENT FINANCIER

Indicateurs	Illustration/Formule	Sources
Taux de solvabilité	Taux de solvabilité = Actifs / Passifs. Ce taux mesure la solidité financière du régime et sa capacité à honorer ses engagements à court, moyen et long terme.	Bilan
Taux de liquidité	Taux de liquidité = Actifs courants / Passifs courants. Ce taux indique le numéraire disponible pour honorer les engagements à court terme du régime d'assurance.	Bilan
Taux de réclamations payées	Réclamations payées sur une période en pourcentage des primes encaissées sur la même période. Celle-ci peut correspondre à l'exercice fiscal ou toute autre période comptable.	Déclarations du revenu et relevés des dépenses
Taux de dépenses encourues	Dépenses encourues au cours d'une période sur les primes encaissées au cours de la même période.	Déclarations du revenu et relevés des dépenses
Rapport coûts de fonctionnement / recettes	Coût de fonctionnement en pourcentage des recettes	Déclarations du revenu et relevés des dépenses
Taux de couverture des dépenses	Taux de couverture des dépenses = Réserves / Dépenses mensuelles. Le total des réserves devrait évaluer la moyenne des réclamations sur un ou deux trimestres.	Déclarations du revenu et relevés des dépenses

Indicateurs des effets produits :

L'évaluation des effets du régime d'assurance maladie sur le plan de l'équité, de l'efficience et de l'efficacité nécessite l'emploi de méthodologies analytiques qu'il n'est pas possible de décrire intégralement dans ce court document. Mais, de façon succincte, il est possible de dresser un tableau exhaustif des effets du régime d'assurance en mesurant les changements qu'il induit dans l'état de santé, la protection contre le risque financier, l'accès aux soins de santé, l'efficacité de la prestation de services et la qualité des soins, sans oublier la satisfaction du public, un aspect non moins important. Il n'est pas possible de réaliser une évaluation complète d'un régime d'assurance en un temps court, car certains de ses effets, comme l'évolution de l'état de santé, ne se révèlent que sur le long terme.

La liste ci-dessous présente quelques exemples d'indicateurs par type d'effet produit :

1. Évolution de l'état de santé

- État de santé auto-évalué.
- Journées perdues de travail (mesure de productivité).

2. Protection contre le risque financier

- Paiements personnels annuels par situation socio-économique et par statut d'affiliation.
- Paiements personnels en pourcentage du revenu du ménage par situation socio-économique et par statut d'affiliation.
- Pourcentage de remboursement des dépenses médicales par situation socio-économique et par statut d'affiliation.

- Pauvreté imputable à la maladie, c.-à-d. les dépenses médicales qui amènent le ménage en dessous du seuil de pauvreté.

3. Satisfaction du public

- Évolution du souci de tomber malade et de l'anxiété qui en découle.
- Satisfaction par rapport aux services de santé (y compris l'accès aux services et leur qualité).
- Satisfaction par rapport à la gestion du régime d'assurance.

4. Évolution de l'accès aux soins

- Modification des taux de utilisation par les patients hospitalisés et non hospitalisés .
- Pourcentage de malades qui signalent leur incapacité à bénéficier de soins à cause d'obstacles financiers.
- Pourcentage de malades qui signalent leur incapacité à bénéficier de soins en raison de l'éloignement de l'établissement de santé.
- Pourcentage de malades qui signalent leur incapacité à bénéficier de soins à cause d'obstacles techniques (pénurie de médicaments, de matériel ou de personnel dans l'établissement de santé par exemple).
- Hospitalisations non obligatoires.

5. Gains ou pertes en efficacité dans la prestation des services

- Nombre de médicaments ou d'injections intraveineuses administrés par consultation pour certaines maladies courantes déterminées, comme la grippe.
- Tarif par consultation ou par journée d'hospitalisation pour un même diagnostic ou un même traitement.
- Tarif journalier du prestataire dans les centres médicaux et les hôpitaux régionaux.
- Nombre de patients traités par praticien dans les établissements de santé.
- Tarif par consultation pour les assurés et les non-assurés.

6. Qualité des services

- Prescription / vérifications du dossier médical.
- Directives cliniques.

8.4 CAS DE LA CHINE ET DU RWANDA

ASSURANCE MALADIE MUTUELLE EN CHINE RURALE (MÉTHODE QUASI-EXPÉRIMENTALE)

L'évaluation de l'assurance maladie mutuelle en Chine rurale a démontré une croissance des soins sans hospitalisation et une diminution de l'automédication et des hospitalisations. Elle a montré aussi une amélioration de l'état de santé déclaré, une diminution des problèmes de mobilité, des douleurs, de l'anxiété et des dépressions consécutive à la mise en place du régime d'assurance, ainsi qu'une réduction, dans l'ensemble, des dépenses de santé exorbitantes et de l'appauvrissement, comme l'illustre la figure 10.

FIGURE 10. ÉVOLUTION DE LA SOLLICITATION DES SOINS DE SANTÉ, DE L'ÉTAT DE SANTÉ DÉCLARÉ ET DES DÉPENSES MÉDICALES GRÂCE À L'ASSURANCE MALADIE MUTUELLE EN CHINE RURALE

Retombées de l'assurance maladie mutuelle en Chine rurale			
	Référence	Estima. effets	% changement
Sollicitation			
Consultation externe les deux dernières semaines (1/0)	0,173	0,120** (0,018)	69,36 %
Nbre de consultations externes les 2 dernières semaines	0,352	0,148** (0,040)	42,05 %
Automédication les 2 dernières semaines? (1/0)	0,056	-0,039** (0,013)	- 69,64 %
Hospitalisation les 12 derniers mois? (1/0)	0,033	-0,011 (0,011)	- 33,33 %
État de santé			
Une des 5 dimensions avec problème	0,49	-0,238** (0,026)	- 48,57 %
Mobilité (1=problème, 0=aucun problème)	0,08	-0,022 (0,014)	- 27,50 %
Autotraitement	0,05	0,001 (0,012)	2,00 %
Activité courante	0,11	-0,018 (0,015)	- 16,36 %
Douleur/gêne	0,31	-0,117** (0,023)	- 37,74 %
Anxiété/dépression	0,4	-0,217** (0,026)	- 54,25 %
Dépenses exorbitantes			
Dépenses de santé personnelles > 10 % revenu moins de	0,285	-0,091** (0,028)	- 31,93 %
>20 %	0,197	-0,054* (0,025)	- 27,41 %
>30 %	0,153	-0,062** (0,022)	- 40,52 %
Appauvrissement			
% en-dessous de 1 \$/jour : échantillon complet	0,201	-0,023 (0,020)	- 11,44 %
% en-dessous de 1 \$/jour : 25 % à plus faible revenu de l	0,621	-0,099* (0,046)	- 15,94 %

Observation : les écarts-types, entre parenthèses, sont le résultat de simulations autocentrées à 100 itérations. Les estimations des effets reposent sur la technique de la différence dans les différences, associée à l'appariement du score de propension comme méthode d'estimation. Les résultats présentés sont basés sur l'algorithme d'appariement de Kernel. Les analyses de sensibilité sont aussi basées sur des algorithmes d'appariement, comme les quatre plus proches voisins ou l'appariement linéaire local. Les résultats ne modifient pas les conclusions.

*Statistiquement significatif à 5 % **Statistiquement significatif à 1 %

Source : Yip, Winnie, Hong Wang, Jianmin Gao, Licheng Zhang, Lusheng Wang et William Hsiao. 2008. *Research to Strengthen Health System and Inform Policy Action: A Social Experiment in Rural China*. Document de travail.

MUTUELLES ET FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ AU RWANDA

Le tableau I2 présente les résultats chiffrés de la mise en place de l'assurance mutuelle au Rwanda sur l'économie, le système de santé et la politique, une expérience pilote dans ce pays. Ces résultats sont tirés de l'analyse statistique d'une enquête menée auprès des ménages et des informations de sortie d'hôpital des patients, données toutes intégrées à la méthode pilote quasi expérimentale. Ces données ont montré que plusieurs objectifs ont été atteints, notamment en matière d'abordabilité, de sollicitation et d'inclusion sociale. Elles suggèrent aussi que des progrès restent à faire dans d'autres domaines.

TABLEAU I2 : RÉSULTATS ÉCONOMIQUES : ACCÈS FINANCIER, RWANDA

Protection du revenu	
Paiement personnel par consultation	Les non-assurés ont dépensé 4 à 12 fois plus par consultation que les assurés. Les assurés les plus défavorisés ont dépensé 10 fois moins par problème médical que les non-assurés les plus défavorisés. Les assurés ont consommé moins de médicaments par consultation que les non-assurés. Les non-assurés ont dépensé 5 fois plus en soins à domicile et en soins traditionnels.
Abordabilité de la souscription	Difficultés signalées dans le versement annuel en une fois des primes. Les primés sont considérées trop élevées pour les célibataires.
Périodicité du versement des primes	Annuelle
Prime en % du revenu du ménage	En comptant le versement des primes, 1) les assurés à faible revenu ont dépensé 20 % du revenu de leur ménage sur les soins de santé contre 5 % pour les non-assurés; 2) les assurés à revenu élevé ont dépensé 9 % contre 6 % pour les non-assurés.
Répercussions sur le système de santé : comportement du patient	
Sollicitation des services de santé	
Consultations annuelles par tête	1,1 à 1,6 consultation par les non-assurés contre 1 à 3 consultations par les assurés
Sollicitation des services prioritaires par les malades externes	La fréquence de sollicitation de l'établissement de santé et des services de prévention par les assurés équivaut à plusieurs fois celle des non-assurés.
Sollicitation des services hospitaliers par les malades internes	Dans les établissements de santé, le nombre d'accouchements et de césariennes chez les assurées équivaut à plusieurs fois celui des non-assurées.
Effets politiques : Équité et inclusion sociale	
Pourcentage de la population assurée	6 à 10 % de la population dans les régions pilotes
Pourcentage d'assurés par groupe socio-économique	Les pourcentages des assurés du groupe socio-économique le moins favorisé et du groupe socio-économique le plus favorisé étaient presque équivalents. La souscription ne dépend ni du patrimoine ni du pouvoir économique. La souscription dépend du niveau d'instruction du chef du ménage et de la taille de la cellule familiale. Les assurés à faible revenu et ceux à revenu élevé sollicitent les services de santé à la même fréquence.
Pourcentage d'assurés par groupe démographique et par état de santé	25 % des assurés proviennent de ménages dirigés par la femme. Il y a à peu près autant d'assurés que d'assurées. Les enfants et les personnes âgées sont bien représentés parmi les assurés.
Pourcentage d'assurés subventionnés	3 000 veuves et orphelins sont subventionnés par une église dans une région pilote.

Source : Diop, Francois, Charlotte Leighton et Damascene Butera. Avril 2007. *Policy Crossroads for Mutuelles and Health Financing in Rwanda*. Brookings Global Health Financing Initiative. Document de travail.

8.5 ETAPES POUR GERER CET ELEMENT

1. Expliciter les raisons de contrôler et d'évaluer le régime d'assurance maladie : que cherche-t-on à savoir au travers de l'évaluation?
2. Déterminer les indicateurs indispensables au contrôle et à l'évaluation.
3. Élaborer des méthodes de mesure de ces indicateurs.
4. Définir les sources des données qui serviront à mesurer ces indicateurs.
5. Développer un plan de mise en œuvre du contrôle et de l'évaluation (quand, où, quoi, qui, comment).
6. Recruter du personnel compétent dans le contrôle et l'évaluation.
7. Faire une estimation des fonds nécessités par le contrôle et l'évaluation et les allouer selon les besoins.
8. Prendre des décisions factuelles en s'appuyant sur les résultats du contrôle et de l'évaluation.

8.6 AUTRES ELEMENTS DE LECTURE

Aday, L.A., C.E. Begley, D.R. Lairson et C.H. Slater. 1998. *Evaluating the Healthcare System: Effectiveness, Efficiency, and Equity*. Chicago : Health Administration Press.

Diop, Francois, Charlotte Leighton et Damascene Butera. Avril 2007. *Policy Crossroads for Mutuelles and Health Financing in Rwanda*. Brookings Global Health Financing Initiative. Document de travail.

Hatt, L., R. Thornton, B. Magnoni et M. Islam. Octobre 2009. *Extending Social Insurance to Informal Sector Workers in Nicaragua via Microfinance Institutions: Results from a Randomized Evaluation*. Bethesda, MD: Private Sector Partnerships-One project, Abt Associates Inc.

Roberts, M.J., W. Hsiao, P. Berman et M.R. Reich. 2004. *Getting Health Reform Right: A guide to improving performance and equity*. New York : Oxford University Press Inc.

Wang, Hong, Winnie Yip, Licheng Zhang et William Hsiao. Juillet 2009. *The Impact of Rural Mutual Health Care on Health Status : Evaluations of a Social Experiment in Rural China*. *Health Economics*.

Yip, Winnie, Hong Wang, Jianmin Gao, Licheng Zhang, Lusheng Wang et William Hsiao. 2008. *Research to Strengthen Health System and Inform Policy Action: A Social Experiment in Rural China*. Document de travail.

ANNEXE A. ASSURANCE MALADIE ET SERVICES PRIORITAIRES : COMMENT ÇA MARCHE ?

L'augmentation de l'accès et de l'utilisation des services de santé prioritaires⁴⁷ et préventifs est essentielle pour améliorer les résultats dans le domaine de la santé et atteindre les objectifs de développement pour le Millénaire (OMD). Par exemple, une fécondité élevée entraîne un risque accru de mortalité maternelle et de pauvreté ; or une mortalité maternelle importante est synonyme d'augmentation du risque de mortalité infantile. Dans la plupart des pays, il existe une réelle volonté politique d'améliorer l'accès et l'utilisation des services prioritaires pour réduire la fécondité et améliorer la santé maternelle et infantile. Toutefois, le financement des services prioritaires et préventifs s'avère souvent problématique du fait de la faiblesse des recettes fiscales, de l'utilisation inefficace des fonds et de la pauvreté.

Les chiffres des comptes nationaux de la santé (CNS) montrent que les paiements directs des ménages pour les services prioritaires sont nettement plus importants que ne le pensent les gouvernements ou les donateurs. Bien qu'il ne s'agisse pas du seul élément affectant l'utilisation de ces services essentiels, le coût des soins de santé, notamment les paiements directs nécessaires pour obtenir les soins, constitue un obstacle majeur à l'accès aux services de santé, notamment parmi les populations pauvres. Le coût des soins a donc incontestablement un impact sur la demande et l'utilisation des services de santé. Par ailleurs, un niveau élevé de dépenses directes à la charge des ménages rend ces derniers financièrement vulnérables en cas de dépense catastrophique ou d'augmentation de la pauvreté.

Les systèmes d'assurance maladie permettent la mise en commun des risques liés aux coûts des soins et, éventuellement, la réduction ou l'élimination des coûts aux points de service. Les pays en développement ont de plus en plus recours à ces systèmes pour atteindre divers objectifs. Ainsi, dans certains pays, il s'agit de réduire le risque de voir une partie de la population sombrer dans la pauvreté du fait du niveau élevé des dépenses directes pour les soins de santé. Dans d'autres, l'assurance maladie vise à protéger et à améliorer la santé grâce à une utilisation accrue des services de santé, notamment des services prioritaires.

L'objectif de la présente annexe est d'examiner les concepts d'assurance maladie ainsi que les questions relatives à la conception et la mise en place d'un système d'assurance maladie. Il s'agit aussi de voir si les services prioritaires peuvent être intégrés dans les prestations couvertes par le système d'assurance maladie. Cette annexe propose également des exemples de pays ayant tenté d'inclure les services prioritaires dans les prestations financées par l'assurance maladie et examine les principaux facteurs ayant contribué au succès de ces systèmes.

Ces exemples montrent que lorsque les circonstances s'y prêtent et que la mise en œuvre des systèmes se fait correctement, l'assurance maladie peut efficacement financer les services prioritaires et augmenter leur utilisation et, partant, contribuer à améliorer la santé des populations concernées.

⁴⁷ Les services prioritaires sont les services considérés comme les plus importants et les plus critiques pour un groupe cible ou des conditions de santé données. Ils comprennent la santé maternelle et infantile, la santé génésique/le planning familial, la prévention des maladies transmissibles ainsi que les services préventifs, c'est-à-dire les services destinés à éviter qu'un problème de santé ne dégénère en catastrophe. On parle de « dépenses de santé catastrophiques » lorsque les frais de santé sont élevés au point d'affecter la stabilité financière et/ou le statut socioéconomique d'un individu.

I. QUELS SONT LES RISQUES COUVERTS PAR L'ASSURANCE MALADIE ?

L'assurance maladie est un dispositif consistant en la collecte et la gestion de ressources financières qui vise à rendre les événements ou risques financiers imprévisibles importants de chaque individu prévisibles au niveau collectif, et à répartir ces risques au sein d'un groupe élargi. En d'autres termes, certains événements de santé imprévus et au coût imprévisible sont inclus dans les biens et services couverts par l'assurance ; ils sont ainsi considérés comme des « risques assurables » et deviennent donc « assurables ». Les services concernés comprennent généralement les dépenses de santé catastrophiques ou les soins à coût élevé liés à des événements imprévus.

Les données empiriques ne manquent pas pour montrer à quel point les problèmes de santé peuvent affecter la situation économique et sociale d'une personne, d'où le besoin de systèmes de protection financière permettant aux individus, en particulier les plus pauvres, de faire face à des dépenses imprévisibles élevées.⁴⁸ À cet égard, l'intérêt porté à l'assurance maladie par les pays en développement ces dernières années apparaît comme compréhensible et bienvenu.

En revanche, l'impact des politiques visant à fournir à chacun une protection financière face aux problèmes de santé courants, ainsi que des services de soins de santé, notamment prioritaires, est moins clair au niveau empirique. Il s'agit là d'un point important dans la mesure où de nombreux pays adoptent des systèmes d'assurance maladie non seulement pour couvrir les risques de dépenses de santé catastrophiques, mais aussi pour améliorer la santé de la population par le biais d'une utilisation accrue des services de santé en général, et des services prioritaires en particulier.

II. LES SERVICES PRIORITAIRES COMME LA SANTÉ MATERNELLE, INFANTILE ET GÉNÉSIQUE PEUVENT-ILS ÊTRE INTÉGRÉS DANS LES PRESTATIONS COUVERTES PAR L'ASSURANCE MALADIE ? DOIVENT-ILS ÊTRE ASSURÉS ?

Au vu de ce qui précède, quelles sont les implications pour les services de santé prioritaires tels que la santé maternelle, infantile et génésique ? D'un point de vue technique et si l'on s'en tient à la définition, les services les plus prioritaires (comme le planning familial, les soins prénataux et la vaccination) n'entrent pas dans le champ de l'assurance maladie, et ce essentiellement en raison de leur caractère prévisible.

Toutefois, dans de nombreux pays, le système d'assurance maladie vise, entre autres, la protection de la santé et la réduction des risques pour les individus de devoir faire face à des dépenses catastrophiques et hospitalières. À cet effet, il peut s'avérer nécessaire d'inclure ces services « non assurables » dans les prestations couvertes par l'assurance maladie. Le système élargi de prestations auquel il est souvent fait référence, caractérisé par la prise en charge par l'assurance maladie des services à faible coût, prévisibles et fréquents, est en fait un système de « prépaiement » qui couvre les prestations généralement considérées comme « non assurables » (comme les services prioritaires par exemple). Les systèmes de prépaiement peuvent comporter un élément « assurance » prenant en charge les risques catastrophiques assurables. L'expression « assurance maladie » est souvent utilisée pour désigner aussi bien l'assurance maladie au sens strict que les systèmes de prépaiement.

⁴⁸ Adam Wagstaff (2005). « The Economic Consequences of Health Shocks ». World Bank Policy Research Paper 3655, Washington DC.

Si les services prioritaires doivent être inclus dans l'assurance maladie, une attention particulière doit être accordée à certains points clés.⁴⁹ Le choix des prestations couvertes par l'assurance maladie dépendra de la structure de financement (sources de financement), des mécanismes de paiement (dotation par patients, barèmes, etc.) et de la structure de prestation (passage obligatoire par un médecin référent, médecine de groupe en soins primaires, revue d'utilisation, etc.). Tous ces éléments auront un impact sur les coûts des prestations dans un système élargi ainsi que sur la faisabilité et la facilité avec laquelle ce système pourra être mis en œuvre.

La prise en charge des services prioritaires par l'assurance maladie présente à la fois des avantages et des inconvénients. D'un point de vue opérationnel, il est difficile d'inclure les services fréquents à faible coût car ils sont associés à des processus de facturation et de suivi plus lourds, des échanges d'informations plus fréquents et des coûts administratifs plus élevés. Par conséquent, l'élargissement du système d'assurance pour y inclure les services prioritaires peut exiger une approche progressive permettant de doter le système des moyens opérationnels nécessaires pour absorber la demande additionnelle. Un système plus généreux peut ensuite être envisagé lorsque l'activité d'assurance sera devenue plus efficace et que les sources de financement seront plus à la hauteur des coûts prévus.

En dehors de ces contraintes opérationnelles, de nombreux éléments laissent penser qu'il existe une relation entre l'accès à une couverture médicale et l'utilisation des services de santé prioritaires. Le premier est que l'assurance maladie peut inciter à une utilisation plus active de ces services. Elle peut en effet réduire les obstacles financiers à l'accès aux services de santé dans la mesure où elle permet de diminuer les coûts aux points de service, souvent trop élevés pour être pris en charge par les individus. Les méthodes à long terme de planning familial, considérées comme des services prioritaires, sont assorties de coûts initiaux élevés, ce qui peut en limiter l'usage.⁵⁰ Dans les cas où l'assurance est un système de prépaiement⁵¹ permettant une réduction ou une élimination des coûts au moment de l'utilisation du service, les gens ont tendance à recourir aux services prépayés plutôt que de payer au moment où le soin leur est dispensé.^{52,53}

Le second argument est que l'assurance maladie peut accroître la disponibilité des services. Si les services prioritaires ne sont pas couverts par le système d'assurance et que les individus n'ont ni la volonté ni les capacités de paiement adéquates, les prestataires seront moins enclins à proposer ces services. Les systèmes d'assurance maladie peuvent permettre aux gouvernements et aux donateurs d'organiser les financements, d'acquérir les services de santé prioritaires auprès des prestataires et d'assurer la qualité de ces services. Ceux-ci étant payés par le système d'assurance, leur disponibilité sera plus grande.

En troisième lieu, si des mesures préventives sont prises en charge (comme c'est le cas avec les services de santé prioritaires), les coûts à long terme des soins diminueront. Par exemple, si une femme a la possibilité d'éviter une grossesse non désirée, des économies seront réalisées au niveau des coûts d'avortement ou d'accouchement, des coûts liés au nouveau né et à l'enfant ainsi que des

⁴⁹ Qualifier de « système d'assurance » un système incluant des risques hors assurance peut s'avérer inapproprié au regard de la définition du terme « assurance ». Dans de nombreux cas, il s'agit en fait de systèmes de sécurité sociale ou simplement de systèmes de prépaiement. Ils peuvent comporter une composante « assurance » reposant sur la mise en commun des risques pour couvrir les dépenses de santé imprévues. Par ailleurs, un système portant exclusivement sur les soins de santé primaires peut être envisagé pour tenir compte des soins préventifs.

L'inconvénient de cette approche est que la fonction de base de l'assurance maladie (à savoir la protection des individus en cas de frais élevés, imprévus et imprévisibles en lien avec une maladie ou un accident, grâce à la répartition du risque au niveau d'un groupe élargi d'individus) n'est plus remplie.

⁵⁰ John Stover et Laura Heaton (1999). « Famplan Version 4. A computer program for projecting future family planning requirements », The Futures Group International.

⁵¹ Le prépaiement se réfère au fait que les personnes couvertes règlent à l'avance un coût moyen prévu (au sein du pool de risques), ce qui leur ôte toute incertitude et leur assure une prise en charge si un risque de santé survenait (P. Gottret et George Scheiber (2006). « Health Financing Revisited », Banque mondiale Washington DC).

⁵² Per Eklund et Knut Stavem (août 1990). « Prepaid financing of primary health care in Guinea-Bissau: An assessment of 18 village health posts », Banque mondiale.

⁵³ P. Schneider, F.P. Diop et S. Bucyana (mars 2000). « Development and implementation of prepayment schemes in Rwanda ». Bethesda, MD : Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.

coûts sociétaux à plus long terme. De plus, si l'on tient compte des éventuels soins prénataux prodigués aux femmes enceintes, ce sont les risques et les coûts associés à un éventuel accouchement difficile et aux soins d'urgence qui se verront largement diminués.

Plusieurs raisons plaident en faveur de l'intégration des services prioritaires dans les prestations couvertes par l'assurance maladie. Plusieurs pays ont d'ailleurs déjà franchi le pas et des leçons intéressantes peuvent être tirées de leurs expériences et partagées avec d'autres pays engagés dans la même voie.

III. EXPÉRIENCES D'INTÉGRATION DES SOINS DE SANTÉ PRIORITAIRES DANS LES SYSTÈMES D'ASSURANCE MALADIE/DE PRÉPAIEMENT.

Les études de cas présentées ci-dessous concernent des pays ayant intégré les services de santé prioritaires dans les systèmes d'assurance maladie/de prépaiement. Cette intégration a été effectuée dans un objectif différent selon les pays. Dans certains cas, il s'agissait de renforcer l'utilisation des services prioritaires pour contribuer à atteindre les OMD. Dans d'autres, l'objectif était d'offrir un système de soins complet à la population et de s'attaquer aux problèmes d'équité et d'accessibilité.

Certains pays ont largement atteint leurs objectifs, aboutissant, selon les cas, à une utilisation accrue des services ou à la mise en place d'un système de financement des dépenses de santé plus équitable. Pour d'autres pays, en revanche, le succès n'a pas été au rendez-vous.

Chaque étude de cas fournit quelques informations sur le système d'assurance maladie/de prépaiement en vigueur dans le pays et présente brièvement les services (prioritaires notamment) inclus dans les prestations. L'impact de l'intégration des services prioritaires est ensuite examiné au regard des objectifs initialement visés.

Après les études de cas, nous proposons un résumé des principales leçons à tirer des diverses expériences, leçons dont peuvent bénéficier d'autres pays pour incorporer les services prioritaires dans leur système d'assurance maladie/de prépaiement. Les principaux facteurs ayant contribué au succès de certains pays sont également mis en évidence.

GHANA

Informations générales :

Avant 2003, le Ghana finançait les soins de santé grâce aux recettes fiscales et aux paiements dont devaient s'acquitter les usagers au moment de la prestation de service. Même si certaines catégories de populations étaient officiellement exemptées de tout paiement, l'expérience a montré que les coûts constituaient un frein important à l'accès à ces services, en particulier pour les indigents. Des évaluations ont mis en évidence que les exemptions faisaient l'objet d'une application inégale et que les pauvres restaient confrontés à des obstacles financiers pour accéder aux services de santé.

Face à ces obstacles, des régimes d'assurance maladie communautaire (RAMC) ont commencé à être mis en place et se sont particulièrement développés entre 2001 et 2003 (47 RAMC en 2001 et 168 en 2003). Toutefois, même en 2003, le RAMC ne couvrait qu'environ 1 % de la population ; il était donc clair qu'il existait un besoin et une demande pour un système formel de financement des dépenses de santé permettant de répartir les coûts au niveau collectif.

Cette situation a amené le gouvernement à envisager la fin du système de paiement des soins au moment de la prestation et la mise en place d'un système national d'assurance maladie. En 2003, il a ainsi introduit la gratuité de l'accouchement dans les infrastructures de santé publiques, privées ou gérées par les missions. Parallèlement, une loi sur l'assurance maladie a été adoptée dans le but d'assurer une couverture médicale universelle à tous les Ghanéens en l'espace de cinq ans. Le

système devait s'appliquer dans toutes les régions du pays. En 2007, 42 % environ de la population était couverte par l'assurance maladie.

Prestations :

Le système national d'assurance maladie (National Health Insurance Scheme, NHIS) couvre actuellement les soins de santé de base, dont les consultations hospitalières, les médicaments essentiels, les soins hospitaliers et les frais d'hospitalisation en chambre commune, les soins maternels (suite à un accouchement par voie normale ou par césarienne), les soins ophtalmologiques et dentaires ainsi que les soins d'urgence.

Au départ, certains services de santé publics avaient été exclus des prestations car ils étaient considérés comme des « biens publics essentiels » et, à ce titre, ils étaient fournis gratuitement par l'État. Les services concernés comprenaient notamment le planning familial et la vaccination.⁵⁴ En juillet 2008, toutes les femmes enceintes ont eu droit à une couverture sans condition de cotisation préalable au système. En septembre 2008, ce sont tous les enfants de moins de 18 ans qui ont été couverts automatiquement, indépendamment de la participation ou non de leurs parents au système d'assurance. Les femmes ont accès gratuitement aux soins prénataux. L'accouchement est également gratuit (qu'il s'agisse d'un accouchement par voie normale ou par césarienne), tout comme les soins aux nourrissons jusqu'à l'âge d'un an (les femmes peuvent également bénéficier de services de planning familial dans le même centre de soins, mais les frais sont alors à leur propre charge).

Récemment, le gouvernement et d'autres parties prenantes ont examiné le coût que représenterait l'intégration du planning familial (notamment les méthodes permanentes et à long terme ainsi que les injections) dans les prestations d'assurance maladie. Une récente analyse coûts-avantages a montré que si les services de planning familial avaient été couverts par l'assurance maladie en 2009, les économies pour le NHIS se seraient élevées à près de 11 millions de dollars pour la seule année 2011 et à 17 millions de dollars d'ici 2017 (les économies auraient découlé de la baisse de la fécondité, des naissances évitées et des coûts moindres liés aux naissances).⁵⁵

Résultats/impact⁵⁶ :

Une évaluation du système d'assurance maladie a été effectuée dans les deux districts de Nkoranza et Offinso. Cette étude a révélé que parmi les femmes ayant accouché dans les 12 mois précédents, la proportion de celles qui étaient couvertes par l'assurance au moment de l'accouchement était passée de 30 % en 2004 (année de base) à 45 % en 2007, ce qui laisse penser que, globalement, le nombre de personnes affiliées à l'assurance maladie a augmenté au cours de cette période. Une analyse plus poussée a montré que, pour les femmes en âge de procréer, le taux de couverture était supérieur pour celles issues des milieux les plus aisés que pour celles des milieux modestes : ainsi 16 % des femmes du quintile regroupant les plus pauvres étaient couvertes contre 48 % pour le quintile des plus aisées.

Par ailleurs, selon l'étude, malgré l'augmentation du nombre d'affiliés à l'assurance maladie, aucun changement notable n'a été observé dans la proportion de femmes ayant reçu des soins prénataux au cours de la période sous revue. La mise en place du NHIS ne s'est donc pas traduite par une hausse des soins prénataux. Il convient toutefois de noter qu'au Ghana, 96 % des femmes concernées bénéficiaient déjà de ces soins en 2004 (année de base) ; cette proportion élevée pourrait donc expliquer la faiblesse de l'évolution constatée.

⁵⁴ Dans les faits, les budgets sont insuffisants pour couvrir l'ensemble des coûts opérationnels des infrastructures de santé et pratiquement tous les centres publics et privés font payer les produits de planning familial.

⁵⁵ M. Smith et A. Fairbanks (2008). « An Estimate of Potential Costs and Benefits of Adding Family Planning Services to the National Health Insurance Scheme in Ghana and Impact on the Private Sector ». Rapport préparé pour la division Politique, Planification, Suivi et Évaluation du ministère de la Santé, Gouvernement du Ghana.

⁵⁶ Les résultats/impact pour le Ghana sont tirés de : L. Hatt, S. Chankova et S. Sulzbach (2009). « Maternal Health in Ghana: Investigating the Impact of the National Health Insurance Scheme on Maternal Health Indicators ». Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc.

La part des femmes accouchant dans les infrastructures de santé n'a pas non plus évolué de manière significative dans les premières années ayant suivi la mise en place du NHIS (passant de 54,5 % à 54,9 % seulement). Par ailleurs, une analyse à variables multiples (tenant compte de facteurs socioéconomiques reconnus comme ayant un impact sur le comportement en matière de santé maternelle) suggère que le NHIS n'a pas eu d'effet sur la probabilité d'accouchement dans un centre de santé. De même, la répartition des accouchements entre les divers types d'infrastructures (publiques, privées ou missions) n'a pas subi de modification.

Bien que la réduction des obstacles financiers à l'accès aux soins ne semble pas avoir eu d'effet sur le recours aux soins maternels dans le cas du Ghana, il apparaît que depuis la mise en place du NHIS, les dépenses à la charge des patients ont diminué d'environ un tiers, ce qui constitue un changement de poids au regard des budgets des ménages. Les dépenses moyennes consacrées aux soins prénataux ont aussi reculé (bien que ce ne soit pas de manière statistiquement significative). De même, la proportion de femmes n'ayant engagé aucun frais pour accéder aux soins prénataux est passée de 8 % à 43 %.

COLOMBIE

Informations générales :

Le gouvernement colombien a engagé une réforme du système de soins de santé en 1993 avec l'adoption d'une loi qui a fait passer le pays d'un modèle de soins axé sur l'offre à un modèle d'assurance basé sur la gestion intégrée des soins. Pour permettre à tous les Colombiens de bénéficier d'une couverture universelle, deux systèmes ont été mis en place : un régime contributif et un régime subventionné.⁵⁷

Le premier, correspondant aux Sociétés de promotion de la santé (Empresas de promotoras de salud, EPS), couvre les personnes ayant les capacités de cotiser ; il est financé par les contributions des employeurs et des salariés par le biais d'une retenue de 12 % sur les revenus (à noter que le système concerne aussi bien le secteur formel qu'informel ; toute personne peut y être affiliée pour peu qu'elle cotise). Un douzième des fonds ainsi collectés est consacré au financement du régime subventionné, connu sous le nom d'Administrations du régime subventionné (Administradoras del Regimen Subsidiario, ARS). Le financement de l'ARS est complété par les entités politiques décentralisées comme les départements (responsables des services hospitaliers), les municipalités (en charge des soins primaires) et le ministère de la Santé. Certains bénéficiaires de l'ARS contribuent également en fonction de leurs revenus, tandis que d'autres sont totalement exonérés de toute participation financière.

Les affiliés à l'ARS sont généralement plus pauvres que ceux relevant de l'EPS. Cependant, tout individu peut rejoindre l'EPS pourvu qu'il puisse y cotiser. L'affiliation à l'EPS permet d'accéder à une plus vaste gamme de prestations, en principe de meilleure qualité. L'ARS offre des prestations plus limitées, mais permet néanmoins de couvrir les soins de santé de base ainsi que les soins préventifs (y compris le planning familial et les services de santé maternelle).

Avantages :

Outre les dépenses de santé catastrophiques, l'EPS et l'ARS couvrent les services de planning familial ainsi que les soins maternels, y compris les soins prénataux, l'accouchement, les soins puerpéraux ainsi que l'aide nutritionnelle aux mères. Cette couverture est proposée à tous les Colombiens, dont les femmes enceintes et allaitantes ainsi que leurs enfants jusqu'à l'âge d'un an (y compris les pauvres qui ne cotisent pas au système).

⁵⁷ Avant la réforme, le système général de sécurité sociale (ISS) assurait la couverture universelle des soins d'urgence et des soins de santé généraux, dont le planning familial, les soins prénataux et les accouchements pour les travailleurs, leurs épouses et les enfants âgés de moins d'un an.

Les affiliés à l'EPS ont accès aux infrastructures de santé publiques et privées de « meilleure qualité ». Les bénéficiaires de l'ARS ne peuvent, quant à eux, s'adresser qu'aux centres de soins publics.

Résultats/impact :

D'une manière générale, l'introduction d'une assurance maladie universelle semble avoir eu des retombées positives au niveau de la santé génésique. Par exemple, les accouchements médicalement assistés ont progressé (+ 66 %), tout comme les accouchements dans les centres de santé (+ 18 %) et le recours aux soins prénataux en milieu rural (+ 49 %) (données des enquêtes démographiques et sanitaires de 1986, 1990, 1995 et 2000).

En général, la proportion de femmes ayant recours aux méthodes modernes de planning familial⁵⁸ n'a guère varié entre les deux types de régime d'assurance. La probabilité de recourir aux méthodes modernes est en effet légèrement supérieure pour les femmes couvertes par l'EPS que pour celles ne bénéficiant d'aucune assurance, mais la différence est minime. À noter qu'en Colombie, l'accès à des services de planning familial bon marché et de qualité était déjà possible grâce à l'ONG Profamilia. Ceci pourrait expliquer pourquoi la mise en place du système d'assurance ne s'est pas traduite par une utilisation accrue du planning familial. Par ailleurs, l'ARS ne semble pas avoir eu d'effet sur l'usage des méthodes modernes de planning familial. Il apparaît néanmoins que la mise en place de l'ARS a entraîné une nette augmentation de la probabilité de recourir à une méthode clinique par rapport à une méthode de réapprovisionnement.

Les femmes affiliées à l'EPS ont plus de chances de recevoir des soins prénataux et d'accoucher dans un centre de santé que celles qui n'ont aucune assurance maladie. En revanche, pour celles couvertes par l'ARS, la probabilité de recevoir des soins prénataux et d'accoucher dans un centre de soins n'est que légèrement supérieure. Ceci peut être dû au fait que les bénéficiaires de l'ARS n'ont accès qu'aux structures publiques et non aux centres privés offrant des services de meilleure qualité.

BOLIVIE⁵⁹

Informations générales :

La Bolivie a commencé à mettre en place un système public d'assurance maladie en 1996, avec le Système national d'assurance maternelle et infantile (Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, SNMN). Le pays affichait alors un taux élevé de mortalité maternelle et infantile et l'objectif du programme était d'accroître la couverture maladie des femmes et des enfants, d'améliorer la qualité des services, de renforcer l'équité sociale et d'augmenter l'efficacité et l'efficience du système de prestation des soins de santé.⁶⁰

Peu après, le SNMN a été élargi à d'autres services et rebaptisé Système d'assurance maladie de base (Seguro Básico de Salud, SBS). En 2002, le gouvernement a encore étendu la couverture, incluant des prestations et des services supplémentaires, et le système a alors pris le nom de Système d'assurance maternelle et infantile universelle (Seguro Universal Materno Infantil, SUMI).

D'un point de vue technique, le SUMI n'est pas un système d'assurance, mais plutôt un mécanisme de financement de la santé offrant des services gratuits auxquels l'ensemble de la population peut accéder dans tous les centres de santé publics. Les patients doivent s'inscrire lors de leur première visite et ils reçoivent alors une carte d'identification leur permettant d'avoir accès gratuitement à des services de santé partout dans le pays. La participation au système est ouverte à tous les prestataires de services de santé, y compris les ONG et les organisations religieuses.

⁵⁸ Les méthodes modernes sont celles nécessitant la fourniture de produits ou de services cliniques. Il s'agit, entre autres, de la stérilisation à visée contraceptive, des dispositifs intra-utérins, des méthodes hormonales, de la pilule contraceptive, des préservatifs et des méthodes de barrière.

⁵⁹ L'essentiel des données concernant la Bolivie proviennent de : B. Pooley, M. Ramirez et C. de Hilari (2008). « Bolivia's Health Reform: a response to improve access to obstetric care ». *Studies in HSO&P*.

⁶⁰ D. Maceira (2007). « Actores y reformas en salud en America Latina, nota técnica de salud ». No. 1/2007, Banque interaméricaine de développement, Washington DC.

Le SUMI est financé à partir de trois sources différentes : les municipalités (gouvernement local), les départements et le gouvernement national. 10 % des recettes locales (des municipalités) sont consacrés au financement du SUMI. Les fonds provenant des départements assurent le financement du personnel de santé. Le Fonds national de solidarité (financé par l'allègement de la dette) contribue également au financement du système. Si les municipalités disposent de fonds excédentaires, ceux-ci sont consacrés aux investissements sociaux notamment dans les infrastructures et activités en lien avec la santé maternelle et infantile. En 2006, les municipalités ont reçu 22 millions de dollars pour le paiement des prestations du SUMI : ce soutien financier et l'engagement politique national ont permis d'assurer la viabilité économique du système.

Avantages :

L'objectif du SUMI est de permettre aux populations les plus vulnérables, en particulier les femmes et les enfants, d'avoir un meilleur accès aux services de santé. À cet effet, les prestations proposées portent notamment sur les soins de santé maternelle, génésique et infantile.

Le premier système (SNMN) couvrait 32 domaines, dont les soins maternels comme les accouchements par voie normale et par césarienne, et les soins pédiatriques en cas de diarrhée et d'infections respiratoires. Dans le cadre du SBS, les prestations ont été élargies pour englober 92 problèmes de santé. Aux 32 déjà pris en charge par le SMNM, le SBS a rajouté le transport en cas d'urgence obstétricale, les soins aux nouveau-nés, la nutrition infantile et le suivi du développement de l'enfant, la vaccination et les maladies infectieuses autres que la diarrhée et les pneumonies (comme les septicémies ou les méningites).⁶¹

Lorsque le SBS est devenu le SUMI, la couverture a été élargie à 547 domaines, dont les questions de santé concernant la femme enceinte (du début de la grossesse jusqu'à six mois après l'accouchement et couverture maladie pour les enfants jusqu'à l'âge de 5 ans). En 2006, se sont ajoutés 27 autres domaines relevant de la santé génésique et sexuelle, parmi lesquels le planning familial et le dépistage du cancer de l'utérus, permettant ainsi la protection des femmes jusqu'à l'âge de 60 ans.

Résultats/impact :

Grâce au SUMI, la Bolivie a pu atteindre les objectifs ambitieux que s'était fixés son gouvernement en collaboration avec la Banque mondiale (qui a contribué au financement de la gestion du système). En 2007, le pays avait ainsi atteint ses objectifs pour quatre des huit indicateurs de résultats retenus : réduction de la mortalité néonatale précoce, introduction de la supplémentation en fer, traitement des cas de pneumonie et vaccinations.

Par ailleurs, de nettes améliorations ont été constatées depuis l'entrée en vigueur du SUMI pour ce qui concerne la couverture de quatre visites prénatales et les accouchements dans les infrastructures de santé (par rapport aux deux systèmes précédents). Toutefois, c'est dans le cadre du premier régime (SNMN) que ces indicateurs ont le plus progressé. Par la suite, ils se sont améliorés de manière régulière avant d'atteindre un plateau. Aucune donnée n'est encore disponible pour juger de l'impact de l'introduction, en 2007, des services de santé génésique et sexuelle dans les prestations couvertes par l'assurance.

Si globalement l'accès aux services s'est accru, toutes les couches de la population n'en ont pas bénéficié de manière égale. Les plus pauvres, notamment en milieu rural, ont en effet moins profité de cette amélioration. Ainsi un tiers seulement des femmes enceintes en milieu rural ont effectué leurs quatre visites prénatales contre 70 % en milieu urbain. De plus, la couverture néonatale (surveillance des nouveau-nés jusqu'à l'âge d'un mois) ne dépassait pas 6 % en zone rurale contre 94 % dans les villes. En revanche, la couverture pour les moins de cinq ans (correspondant à une visite médicale par an) a été de 10 % supérieure en milieu rural par rapport au milieu urbain (56 %

⁶¹ R. Bohrt et J. Holst (2002). « Evaluación del seguro básico de salud en Bolivia con la metodología InfoSure ». Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), Bolivie.

contre 44 %).⁶² Par ailleurs, le taux de césariennes en milieu rural n'a pas changé depuis la mise en place du système.

Même si le SUMI a permis de lever en partie les obstacles économiques à l'accès aux soins, de nombreux défis demeurent en termes d'équité et d'exclusion sociales du fait de l'éloignement géographique, de l'insuffisance des capacités humaines et techniques, surtout en milieu rural, et d'aspects culturels au niveau des communautés et des prestataires.

IV. FACTEURS CLÉS POUR UNE INTÉGRATION RÉUSSIE DES SERVICES PRIORITAIRES DANS LES SYSTÈMES D'ASSURANCE MALADIE/DE PRÉPAIEMENT

Les régimes d'assurance maladie/de prépaiement peuvent être efficaces pour réduire les obstacles financiers à l'accès aux services prioritaires tels que le planning familial, la vaccination et les soins de santé maternelle et infantile. Toutefois, l'atténuation de ces obstacles ne se traduit pas automatiquement par une utilisation accrue ni par un accès plus équitable à ces services. Les régimes d'assurance maladie/de prépaiement ont certes souvent fait leurs preuves pour accroître l'utilisation et l'accès aux services prioritaires, mais dans bien des cas, la question de l'équité n'a pas été totalement résolue.

Les processus que les différents pays ont mis en œuvre pour intégrer les services prioritaires n'en demeurent pas moins intéressants, tout comme les facteurs ayant contribué à l'amélioration de l'utilisation des services et des conditions de santé. Des leçons peuvent être tirées de l'expérience de chaque pays pour réussir la mise en œuvre d'un système d'assurance/de prépaiement élargi tenant compte des services prioritaires.

Nous présentons ci-dessous quelques-uns de ce que nous considérons comme des « facteurs clés » pour une intégration réussie des services prioritaires dans les systèmes d'assurance maladie/de prépaiement :

- Facteurs ayant incité les pays à inclure les services prioritaires dans les prestations ;
- Facteurs ayant contribué à l'adoption ou à l'utilisation accrue des services prioritaires inclus dans les prestations ;
- Facteurs ayant eu un impact sur les résultats de l'intégration des services prioritaires dans les prestations.

CONCEPTION ET TYPE DE SYSTÈME D'ASSURANCE MALADIE/DE PRÉPAIEMENT

Le type de système d'assurance maladie/de prépaiement choisi a des implications sur la couverture des services de santé prioritaires. Ainsi, les sources de financement ont un impact sur les décisions concernant le choix des prestations qui seront couvertes par le système. Par exemple, avec un système financé par des fonds privés, il est important qu'il y ait une demande pour les services prioritaires de la part des cotisants (salariés pour un système reposant sur les entreprises ou communautés en cas de micro-assurance) et une volonté réelle de la part de ces derniers de payer pour ces services si ceux-ci sont inclus dans les prestations couvertes. Dans un système à financement public ou un système de sécurité sociale, les décideurs doivent être convaincus du bien fondé de l'intégration des services prioritaires dans les prestations et ils doivent être prêts à prendre les dispositions qui s'imposent pour qu'il en soit ainsi.

⁶² Pooley et al. (2008). Op cit.

Le type de prestataires participant au système est également important lorsqu'il s'agit de la faisabilité de l'intégration des services prioritaires dans les prestations couvertes. L'impact en termes d'accès aux services sera, en effet, d'autant plus important que les prestataires seront proches des populations concernées et que les points de services seront nombreux. Le mécanisme de paiement des prestataires joue aussi un rôle crucial dans la mesure où il peut avoir un impact sur les prestations de services prioritaires tels que le planning familial. À cet égard, l'exemple d'un projet financé par l'USAID au Nigeria s'avère instructif. L'objectif du projet était de développer et d'améliorer la fourniture de produits et services de planning familial et de santé génésique dans le secteur privé de la santé. La mise en place d'un système national d'assurance maladie (NHIS) a été l'occasion de se pencher sur les besoins des prestataires privés participant au système et de les encourager à promouvoir le planning familial ainsi que d'autres services prioritaires pris en charge par l'assurance. Le NHIS a opté pour un modèle de prestataires de référence, où les bénéficiaires choisissent leur prestataire pour les soins de base, et ce dernier reçoit chaque mois une allocation fixe en contrepartie de ses services. Ceci incite les prestataires à garder leur clientèle en bonne santé et à gérer efficacement leurs coûts.

Intégration des services prioritaires dans le système d'assurance maladie : cas du planning familial

Le nombre total de grossesses survenant chaque année au niveau mondial est estimé à 210 millions, dont 60 millions se terminent par un avortement ou le décès de la mère ou du bébé.⁶³ Plus de 500 000 décès maternels et 4 millions de décès néonataux sont à déplorer chaque année ; par ailleurs, plus de 54 millions de femmes souffrent de maladies ou de complications suite à une grossesse ou à un accouchement. Le besoin de planning familial (PF) n'est donc pas un luxe ; pourtant les besoins en la matière sont loin d'être couverts partout dans le monde. En Afrique subsaharienne, on estime que 19,4 % des femmes souhaiteraient éviter une grossesse, mais n'utilisent pas pour autant un moyen contraceptif.⁶⁴

Au vu de ces chiffres impressionnants, il ne fait aucun doute qu'il faut renforcer l'accès et l'utilisation des services de planning familial. Ceci peut se faire notamment par le biais des systèmes d'assurance maladie/de prépaiement.

Pourquoi intégrer le PF dans les prestations couvertes par l'assurance ?

Plusieurs arguments plaident en faveur de l'intégration du PF dans les prestations couvertes :

Économies de coûts : le PF permet des économies de coûts.⁶⁵ Ainsi, une grossesse évitée réduit d'autant les frais de soins. Par ailleurs, la prise en charge des services de PF par l'assurance maladie est importante du point de vue des coûts car éviter une naissance permet de réduire la fécondité future, et les gains en termes d'AVCI (années de vie corrigées du facteur invalidité) sauvées peuvent être supérieurs aux dépenses occasionnées par cette prise en charge en à peine une génération.

Amélioration des connaissances et de l'acceptation sociale : l'intégration du PF dans le régime d'assurance maladie peut être l'occasion d'éduquer et de conseiller la population sur l'usage du PF et d'améliorer l'acceptation sociale du PF.⁶⁶

Satisfaction des besoins en matière de santé des bénéficiaires : un régime d'assurance maladie axé sur les besoins a plus de chances de succès du fait de l'adhésion des bénéficiaires, et de l'augmentation de la demande et des taux de renouvellement des polices d'assurance qui l'accompagnent (dans les systèmes basés sur le volontariat). Le niveau élevé des besoins non satisfaits est un signe incontestable qu'il existe des obstacles freinant l'accès au PF. La prise en charge du PF dans les prestations couverte peut donc renforcer l'attrait d'un système d'assurance puisqu'il s'agit d'un produit pour lequel une demande existe, et ceci peut faciliter la mise en œuvre du système en question et contribuer à sa viabilité.

Bien méritoire : bien que les services de PF soient destinés à l'usage des particuliers, ils ont d'importants effets externes (bénéfices et/ou coûts externes) et peuvent à ce titre être considérés comme des « biens méritoires », à savoir des besoins en matière de santé reconnus par les spécialistes et la société comme indispensables à chacun indépendamment de sa volonté et de ses capacités financières. La prise en compte de ces services parmi les prestations couvertes par l'assurance maladie peut garantir leur disponibilité et leur utilisation.

Efficacité des prestations : l'inclusion du PF dans l'assurance maladie permet l'organisation et la prestation de ces services par le biais des réseaux existants de prestataires, ce qui contribue à une meilleure efficacité des prestations.

Difficultés particulières pour l'intégration du PF dans le système d'assurance maladie : malgré les avantages apportés par l'intégration du PF dans les prestations couvertes par l'assurance maladie, certaines difficultés peuvent se présenter.

Problèmes politiques : les politiques du PF suscitent des débats depuis plusieurs décennies et cela a affecté leur financement et leur viabilité. L'assurance maladie est forcément touchée par ces questions autour du PF. Les décisions concernant les services prioritaires destinés à être couverts par l'assurance maladie peuvent prêter à discussion et l'intégration (et la promotion) du PF à travers l'assurance maladie peut susciter des oppositions.

Problèmes de financement : le PF étant considéré comme un bien tuteurale, dépendant souvent plus du besoin que de la demande, la volonté des cotisants de payer pour ce bien peut s'avérer insuffisante pour couvrir les frais qui y sont liés. Si

le système d'assurance est financé directement par ses affiliés, le PF risque d'être pénalisé par une insuffisance de financement. Par ailleurs, de nombreux pays excluent le PF des prestations de l'assurance maladie, estimant que le système de santé public doit fournir ces services gratuitement à tous ceux qui en ont besoin. Par exemple, au Ghana, le PF est considéré comme un « bien public essentiel » et est sensé être proposé « gratuitement » par le service public (Ghana Health Service, GHS). Cependant, dans les faits, les budgets étant insuffisants pour couvrir l'ensemble des coûts opérationnels des infrastructures, pratiquement tous les centres de santé publics et l'ensemble des centres privés font payer les produits de PF.⁶⁷

Intérêt d'intégrer le PF dans les prestations couvertes par l'assurance maladie : malgré ces difficultés, de nombreux arguments plaident en faveur de l'intégration du PF dans les prestations couvertes. Nous présentons ci-dessous certains moyens auxquels les diverses parties prenantes peuvent recourir pour assurer la couverture des services de PF :

Regroupement avec d'autres services : le PF n'a pas besoin d'être un service isolé proposé à tous les bénéficiaires. Par exemple, pour contourner les éventuelles oppositions politiques, certains pays ont regroupé le PF avec d'autres services comme les services postpartum. Éviter une nouvelle grossesse juste après une naissance est un objectif important de santé publique qui obtient généralement l'adhésion du public et du personnel médical. Profiter de ce moment pour sensibiliser les femmes au PF peut constituer un moyen efficace de l'inclure dans les prestations couvertes.

Plaidoyer : générer la demande en faveur de la couverture du PF par le système d'assurance maladie peut être un moyen des plus efficaces pour obtenir cette couverture. Selon le système d'assurance en vigueur, différentes parties peuvent intervenir dans la détermination des prestations couvertes, et il est important de cibler les bons interlocuteurs (ministère de la Santé, employeurs, compagnie d'assurance, etc.).

Directives en matière de financement : dans les systèmes décentralisés, les décisions concernant les ressources sont du ressort des autorités locales, ce qui peut pénaliser le PF. En Bolivie où le pouvoir de décision a été délégué à 311 municipalités, le gouvernement central a émis des directives de manière à ce que les fonds soient alloués en conformité avec les priorités définies au plan national. Ces directives imposent, par exemple, aux municipalités de consacrer un pourcentage donné des financements au système de couverture maladie universelle des mères et des enfants. Si de telles directives n'existaient pas, des programmes comme le PF ne recevraient peut-être pas tous les fonds nécessaires.⁶⁸

Banking on Health a réalisé une analyse coûts-bénéfices sur l'inclusion dans le NHIS du Ghana des méthodes de PF permanentes et à long terme et des contraceptifs injectables. L'analyse a montré que la prise en charge du PF se traduirait par une baisse de la fécondité et éviterait des naissances qui auraient occasionné des coûts importants pour le NHIS. Selon les hypothèses, si le PF était pris en charge à partir de 2009, il en résulterait des économies de coûts nettes pour le SNAM de près de 11 millions de dollars pour la seule année 2011. Source : Private Sector Partnerships (PSP)-One, <http://psp-one.com>

⁶³ Ruth Levine, Anna Langer, Nancy Birdsall et al. (2006). « Contraception ». Chapitre 57 in Dean T. Jamison et al., eds. 2006. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Washington DC: Banque mondiale et Oxford University Press.

⁶⁴ Idem.

⁶⁵ Idem. Voir également : J. Stover, J. Bertrand, S. Smith, N. Rutenberg et K. Meyer-Ramirez (1996). « Empirically Based Conversion Factors for Calculating Couple-Years of Protection ». Chapel Hill, NC: The Futures Group; W.P. Mauldin et V.C. Miller (1994). « Contraceptive Use and Commodity Costs in Developing Countries, 1994-2005 ». New York: Fonds des Nations-Unies pour la population ; L.H. Pritchett (1994). « Desired Fertility and the Impact of Population Policies ». *Population and Development Review* 20 (1): 1-56; Hughs et McGuire (1996). « The cost-effectiveness of family planning ». *Journal of Public Health Medicine* 18(2): 189-196.

⁶⁶ S.W. Casterline et J.B. Sinding (2000) ont montré que la désapprobation sociale et le manque de connaissances sur le PF constituaient deux des principales causes de la couverture insuffisante des besoins en la matière. J. B. Casterline et S. W. Sinding (2000). « Unmet Need for Family Planning in Developing Countries and Implications for Population Policy ». *Population and Development Review* 26: 4 691-723

⁶⁷ Private Sector Partnerships (PSP)-One (2008). *Banking on Health Explores Adding Family Planning Services to the Ghana National Health Insurance Scheme*. <http://psp-one.com/content/announcements/detail/5215/>

⁶⁸ T. Egan (2008). « Family Planning Challenges and Decentralization of Health Services in Latin America ». Site Internet du Population Reference Bureau : <http://www.prb.org/Articles/2008/familyplanning-latinamerica.aspx>

DIFFUSION DE L'INFORMATION/SENSIBILISATION

La diffusion de l'information et la sensibilisation jouent un rôle crucial pour le succès d'un système d'assurance maladie/de prépaiement. Si cela est vrai quels que soient les systèmes ou les prestations, cela l'est plus encore lorsque les prestations concernent les services de santé prioritaires, l'un des objectifs étant justement d'accroître l'utilisation de ces derniers. Les bénéficiaires doivent bien comprendre quels sont les services couverts par le système d'assurance maladie/de prépaiement, où ils peuvent avoir accès à ces services et les frais qu'ils devront avancer pour y accéder (en cas de participation aux frais).

Une diffusion efficace de l'information permet aussi de développer et d'attirer de nouveaux cotisants vers le système et d'élargir ainsi le groupe au sein duquel les risques et les coûts sont répartis. Par exemple, au Pérou, le projet Apoyo a Programas de Población (APROPO), financé par l'USAID, visait à développer les services de planning familial dans le secteur privé et à augmenter le nombre de compagnies d'assurance et d'employeurs proposant ces services. Ce projet n'a pas réussi à attirer de nouveaux affiliés en raison essentiellement d'une communication et d'une diffusion de l'information inefficaces ; il n'a, par conséquent, pas été possible de déterminer les effets de la couverture maladie sur l'usage du planning familial.⁶⁹

CONTENU DES PRESTATIONS

Il n'existe pas de référence établie lorsqu'il s'agit de développer un système d'assurance maladie ou de prépaiement, mais ce qui est sûr, c'est que, pour être considérées comme utiles, les prestations couvertes doivent correspondre aux besoins de la population. Ceci est d'autant plus vrai lorsque les bénéficiaires contribuent au financement du système. Il est donc primordial que le contenu des prestations soit conforme aux besoins des bénéficiaires.

Par ailleurs, les coûts opérationnels engagés pour sensibiliser et gagner de nouveaux adhérents figurent parmi les charges les plus lourdes pour un système d'assurance maladie/de prépaiement. Si les bénéficiaires, notamment les pauvres, ne perçoivent pas l'intérêt d'adhérer à un régime d'assurance (ce qui peut être le cas quand celui-ci ne couvre que les dépenses de santé catastrophiques, la probabilité de devoir faire face à de telles dépenses étant limitée), les affiliés risquent de sortir du régime et de ne pas renouveler leur adhésion. À l'inverse, des prestations adaptées aux besoins courants des bénéficiaires inciteront ces derniers à rester fidèles au système.

La diminution du nombre d'affiliés peut gravement affecter la viabilité d'un système d'assurance maladie/de prépaiement ; la maximisation des taux de renouvellement des contrats d'assurance apparaît donc comme un objectif primordial. L'inclusion dans les prestations couvertes de services faisant l'objet d'une demande et conformes aux besoins des bénéficiaires rendra donc ces derniers plus conscients de l'intérêt du système et renforcera la probabilité de renouvellement des contrats.

QUALITÉ DES SERVICES ET CAPACITÉS DES PRESTATAIRES

Un régime d'assurance maladie/de prépaiement est à l'image de la qualité et de l'accessibilité aux services de soins de santé qu'il offre à ses membres. Si la qualité de ces services laisse à désirer, les affiliés ne les utiliseront pas, qu'ils soient gratuits ou non. En effet, on observe que même lorsque les services sont proposés gratuitement dans les centres de santé publics, les pauvres préfèrent souvent payer pour accéder aux services du privé, de meilleure qualité.

La qualité dépend de nombreux facteurs, mais nous n'en évoquerons que quelques-uns ici. Parmi ces facteurs figure la capacité du prestataire de services à répondre à la demande, tant en termes de volume que de type. Par exemple, si les prestations couvertes sont élargies pour inclure les

⁶⁹ A. Lambert, M.N. Favin, V.M. Jaramillo et J. Zavala (1994) « Evaluation of USAID/Peru Project: Private commercial family planning project ».

méthodes cliniques de planning familial alors que les prestataires locaux participant au système n'ont pas la capacité de les fournir, la prise en charge de ces méthodes n'aura pas grand sens. Une bonne planification peut permettre d'éviter une telle situation ; il s'agira de vérifier au préalable si, parmi les prestataires, il en existe qui sont capables de fournir les services prioritaires destinés à être inclus dans les prestations couvertes. Comme cela est souligné dans le projet du guide, la planification concernant les prestataires est primordiale pour qu'un système d'assurance maladie puisse répondre à la demande accrue de services.

Le Ghana tente actuellement d'intégrer le planning familial dans les prestations couvertes par son système d'assurance maladie, mais il semble confronté à un problème de capacités des prestataires. Une enquête a montré qu'intégrer le planning familial dans les prestations ne sera pas chose facile ; les prestataires opérant dans le pays estiment en effet que la prise en charge du planning familial se traduira par une hausse de la demande à laquelle ils craignent de ne pouvoir répondre dans de bonnes conditions du fait d'un manque de capacités. De plus, la sécurité des produits devra préalablement être améliorée. Dans le cas du Ghana, une intégration trop hâtive du planning familial dans les prestations couvertes pourrait donc compromettre la qualité des services. Une planification efficace, permettant de s'assurer au préalable que les prestataires disposent des capacités nécessaires pour faire face à l'augmentation de la demande et que les produits nécessaires seront disponibles, aiderait le pays à mieux gérer la transition vers l'intégration de ce service important dans son système de couverture maladie.

FACILITATION DE LA DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS ET DES CONSOMMABLES AU NIVEAU DES PRESTATAIRES

L'existence d'un système d'approvisionnement tant local que national, permettant au personnel de santé de disposer des médicaments et consommables nécessaires pour fournir les services prioritaires (comme par exemple les produits de planning familial et autres consommables pour les urgences obstétricales et néonatales) est indispensable. Sinon, il n'y a guère d'intérêt à intégrer ces services dans le système d'assurance/de prépaiement.

La plupart des pays ont des difficultés à approvisionner tous les prestataires, notamment ceux intervenant dans les zones reculées. Or, les ruptures de stocks et autres problèmes logistiques peuvent affecter l'utilisation et entraîner des résultats plus faibles que prévu.

DISPONIBILITÉ DES SERVICES GRATUITS DANS LES INFRASTRUCTURES PUBLIQUES (SUR FINANCEMENT DES DONATEURS)

Le développement du système d'assurance maladie/de prépaiement peut parfois s'avérer coûteux étant donné toutes les contraintes administratives associées à la gestion d'un tel système. Si le coût de l'intégration de nouveaux services à faible coût dans les prestations couvertes est assez peu élevé, le coût pour s'assurer que le système peut effectivement fournir les services concernés (approvisionnement ou capacité des prestataires par exemple) peut aussi être inférieur aux bénéfices qui en seront retirés. C'est le cas lorsque les donateurs financent, gratuitement ou à un coût modéré, des services prioritaires comme le planning familial.

Par ailleurs, dans un pays où de nombreux services prioritaires sont proposés gratuitement, l'augmentation de l'utilisation des services suite à leur introduction dans le système d'assurance/de prépaiement peut être minime. Lorsque les donateurs interviennent massivement pour financer les services prioritaires, cela ne veut pas dire pour autant que le pays ne trouve pas de sources de financement alternatives pour ces services. Il est néanmoins important d'en être conscient et de comprendre qu'il y a une bonne raison pour laquelle, dans un tel cas, l'impact observé est faible.

SYSTÈMES DE SUIVI

Une approche axée sur les résultats et la responsabilisation peut faciliter la mise en œuvre et le suivi, notamment aux niveaux inférieurs du système de santé où les services prioritaires sont le plus souvent proposés. L'amélioration des systèmes d'information est indispensable pour permettre le suivi des indicateurs et évaluer si le système d'assurance bénéficie bien aux pauvres. Une standardisation des indicateurs est également nécessaire pour assurer la compatibilité des systèmes d'information aux différents niveaux du système.

V. CONCLUSION

Les systèmes d'assurance maladie/de prépaiement sont des mécanismes pouvant favoriser l'offre de services de soins de santé prioritaires. Il existe certes peu de données empiriques concernant l'impact de l'intégration de ces services dans les prestations couvertes par les systèmes d'assurance/de prépaiement (c'est à dire de données permettant de savoir si la prise en charge de ces services se traduit par une augmentation de leur utilisation). Ces systèmes n'en demeurent pas moins un moyen de contribuer durablement au financement des services prioritaires et de mieux intégrer les soins, ce qui permettra de gagner en efficacité et en rentabilité.

Il convient toutefois de garder à l'esprit que l'inclusion des services prioritaires dans les systèmes d'assurance maladie/de prépaiement n'est pas une solution miracle pour résoudre les problèmes d'utilisation et d'équité sociale. Comme indiqué ci-dessus, de nombreux autres aspects et variables doivent être considérés pour une efficacité optimale.

ANNEXE B. EXEMPLES DE PRESTATIONS

GHANA⁷⁰

SYSTÈME NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE : PRESTATIONS

- Services de consultation externe
 - Examens de consultations générales et spécialisées
 - Tests de diagnostic généraux et spécialisés, y compris examens laboratoires, radios et scanners ultrasons
 - Médicaments figurant sur la liste des médicaments du SNAM
 - Opération chirurgicale, telle qu'une réparation d'hernie
 - Physiothérapie
- Services de consultation interne
 - Soins généraux et spécialisés de consultation interne
 - Tests de diagnostic
 - Médicaments prescrits sur la liste des médicaments du SNAM, sang et produits sanguins
 - Opérations chirurgicales
 - Physiothérapie interne
 - Hébergement dans le pavillon général
 - Repas (le cas échéant)
- Santé bucco-dentaire
 - Atténuation des douleurs (extraction dentaire, incision temporaire et drainage)
 - Restauration dentaire (simple remplissage d'amalgame, pansement temporaire)
- Soins de maternité
 - Soins prénataux
 - Accouchements (normaux et assistés)
 - Césarienne
 - Soins postnataux

⁷⁰ <http://www.nhis.gov.gh/?CategoryID=158&ArticleID=120>

- Urgences
Désigne les situations sanitaires de crise exigeant une attention urgente, comme :
 - Les urgences médicales
 - Les urgences chirurgicales
 - Les urgences pédiatriques
 - Les urgences obstétriques et gynécologiques
 - Les accidents de la route

LISTE DES EXCLUSIONS

Les procédures sanitaires suivantes sont exclues de la liste des prestations du SNAM :

- Les appareils et prothèses, y compris les aides optiques, cardiaques, orthopédiques, les dentiers, etc.
- Les chirurgies cosmétiques et traitements esthétiques
- Les médicaments rétroviraux VIH
- La reproduction assistée (par ex., insémination artificielle) et les thérapies de remplacement hormonal gynécologique.
- L'échocardiographie
- La photographie
- L'angiographie
- La dialyse pour les insuffisances rénales
- La greffe d'organes
- Tous les médicaments qui ne figurent pas sur la liste du SNAM
- Les chirurgies cardiaques ou cérébrales autres que celles résultant d'accidents
- Les traitements contre le cancer autres que le cancer du sein et du col de l'utérus
- Les services mortuaires
- Les diagnostics et traitements subis à l'étranger
- Les examens médicaux à des fins autres que le traitement dans des établissements accrédités (par ex. demande de visa, études, institutionnels, permis de conduire, etc.)
- Les pavillons privés (hébergement)

LISTE DES MÉDICAMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE NATIONALE 2007⁷¹

Classe thérapeutique	Nom du médicament, forme pharmaceutique et dosage
I. Agents anesthésiques	
I.1 Anesthésie générale	<ul style="list-style-type: none"> • Inhalation d'halothane • Inhalation d'isoflurane • Injection de kétamine, 10 mg/ml en 20 ml • Injection de kétamine, 50 mg/ml en 10 ml • Inhalation de protoxyde d'azote • Inhalation d'oxygène (gaz médical) • Injection de propofol, 10 mg/ml • Injection de sodium de thiopentone, 1 g • Injection de sodium de thiopentone, 500 mg
I.2 Anesthésie locale	<ul style="list-style-type: none"> • Injection de bupivacaïne + glucose, (5 mg + 80 mg)/ml • Injection de bupivacaïne, 2,5 mg/ml • Injection de bupivacaïne, 5 mg/ml • Crème de lidocaïne, 2 – 4 % • Gel de lidocaïne, 4 % • Injection de lidocaïne, 1 % • Injection de lidocaïne, 2 % en 20 ml • Injection de lidocaïne, 20 mg/ml • Spray de lidocaïne, 10 % • Injection de lidocaïne + adrénaline, 10 mg/ml + 5 mcg/ml • Injection de lidocaïne + adrénaline, 20 mg/ml + 5 mcg/ml • Injection de prilocaïne, 10 mg/ml
2. Médicaments et sédatifs préopératoires pour les interventions de courte durée	
Avant l'anesthésie	<ul style="list-style-type: none"> • Injection d'atropine, 0,6 mg/ml • Injection de doxaprame, 20 mg/ml en 5 ml • Injection d'éphédrine HCl, 30 mg/ml • Injection de glycopyrronium, 200 microgrammes • Injection de lorazépame, 4 mg/ml • Injection de midazolame, 1 mg/ml • Injection de midazolame, 2 mg/ml • Injection de midazolame, 5 mg/ml • Comprimé de midazolame, 15 mg
3. Analgésiques, antipyrétiques, AINS et médicaments utilisés contre la goutte	
3.1 Analgésiques non-opioides et non-stéroïdiens	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé d'acide acétylsalicylique, 300 mg • Comprimé d'allopurinol, 100 mg • Comprimé d'allopurinol, 300 mg • Capsule de diclofénac, 75 mg • Injection de diclofénac, 25 mg/ml • Suppositoire de diclofénac, 100 mg • Suppositoire de diclofénac, 50 mg • Comprimé de diclofénac, 25 mg • Comprimé de diclofénac, 50 mg • Suspension d'ibuprofène, 100 mg/5 ml • Suspension d'ibuprofène, 100 mg/5 ml • Comprimé d'ibuprofène, 200 mg • Comprimé d'ibuprofène, 400 mg • Capsule d'acide méfénamique, 250 mg • Capsule d'acide méfénamique, 500 mg • Suppositoire de paracétamol, 125 mg • Suppositoire de paracétamol, 250 mg • Suppositoire de paracétamol, 500 mg

⁷¹ www.ghana.gh/ghana/health_insurance_scheme_implementation_new_medicine_list.jsp

Classe thérapeutique	Nom du médicament, forme pharmaceutique et dosage
	<ul style="list-style-type: none"> • Suspension de paracétamol, 120 mg/5 ml • Sirop de paracétamol, 120 mg/5 ml • Suspension de paracétamol, 250 mg/5 ml • Sirop de paracétamol, 250 mg/5 ml • Comprimé de paracétamol, 500 mg • Capsule de piroxicame, 10 mg • Capsule de piroxicame, 20 mg
3.2 Analgésiques opioïdes	<ul style="list-style-type: none"> • Injection de citrate de fentanyl, 50 microgrammes/ml • Injection de morphine, 10 mg/ml • Injection de morphine, 10 mg/ml (sans conservateur) • Comprimé de sulfate de morphine, 10 mg (microdosé) • Comprimé de sulfate de morphine, 30 mg (microdosé) • Injection de péthidine, 50 mg/ml en 2 ml
4. Médicaments anti-allergiques	
	<ul style="list-style-type: none"> • Injection d'adrénaline, (1 :1000) 1 mg/ml • Comprimé de cétirizine, 10 mg • Sirop de chlorphénamine, 2 mg/5 ml • Comprimé de chlorphénamine, 4 mg • Injection de dexaméthasone, 4 mg/ml • Injection de dexaméthasone, 8 mg/2 ml • Comprimé de dexaméthasone, 500 microgrammes • Comprimé de diphenhydramine, 25 mg • Injection de succinate sodique d'hydrocortisone, 100 mg • Comprimé de prednisolone, 5 mg • Elixir de prométhazine, 5 mg/5 ml • Injection de prométhazine, 25 mg/ml en 2 ml • Comprimé de prométhazine, 25 mg
5. Antidotes et autres substances utilisées dans les cas d'empoisonnement	
5.1 Antidotes non spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Poudre de charbon activé, 50 g • Mélange émétique d'ipécacuanha BP
5.2 Antidotes spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Injection d'acétylcystéine, 200 mg/ml • Injection d'atropine, 0,6 mg/ml • Injection de benzatropine, 1 mg/ml • Injection de naloxone, 400 microgrammes/ml • Poudre de résines de sulfonate de polystyrène, 300 g • Injection de sulfate de protamine, 10 mg/ml
6. Anticonvulsifs	
Anticonvulsants	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé de carbamazépine, 100 mg • Comprimé de carbamazépine, 200 mg • Comprimé de carbamazépine à libération contrôlée, 200 mg • Comprimé de carbamazépine à libération contrôlée, 400 mg • Injection de diazépame, 5 mg/ml en 2 ml • Tubes rectaux de diazépame, 2 mg/ml • Sirop d'éthosuximide, 250 mg/5 ml • Comprimé d'éthosuximide, 250 mg • Injection de sulfate de magnésium, 20 % • Injection de sulfate de magnésium, 25 % • Injection de sulfate de magnésium, 50 % • Elixir de phénobarbital, 15 mg/5 ml • Injection de phénobarbital, 200 mg/ml • Comprimé de phénobarbital, 30 mg • Comprimé de phénobarbital, 60 mg • Injection de phénytoïne, 50 mg/ml • Capsule de phénytoïne sodique, 50 mg • Capsule de phénytoïne sodique, 100 mg • Comprimé de phénytoïne sodique, 100 mg • Comprimé de piracétame, 800 mg

Classe thérapeutique	Nom du médicament, forme pharmaceutique et dosage
	<ul style="list-style-type: none"> Comprimé de primidone, 250 mg Capsule de valproate sodique, 200 mg Capsule de valproate sodique (microdosée), 500 mg Sirop de valproate sodique, 200 mg/5 ml
7. Médicaments anti-infectieux	
7.1 Médicaments antihelminthiques	
7.1.1 Médicaments antihelminthiques intestinaux	<ul style="list-style-type: none"> Sirop d'albendazole, 100 mg/5 ml Comprimé d'albendazole, 200 mg Suspension de mébendazole, 100 mg/5 ml Comprimé de mébendazole, 100 mg Comprimé de mébendazole, 500 mg Comprimé de niclosamide, 500 mg Suspension de tiabendazole, 50 mg/ml Comprimé de tiabendazole, 500 mg
7.1.2 Médicaments antifilariens	<ul style="list-style-type: none"> Comprimé de diéthylcarbamazine, 50 mg Comprimé d'ivermectine, 6 mg
7.1.3 Médicaments anti-schistosomiase	<ul style="list-style-type: none"> Comprimé de praziquantel, 600 mg
7.2 Médicaments anti-bactériens	
7.2.1 Pénicillines	<ul style="list-style-type: none"> Injection d'amoxicilline + acide clavulanique, 500 mg + 100 mg Suspension d'amoxicilline + acide clavulanique, 250 mg + 62 mg Suspension d'amoxicilline + acide clavulanique, 400 mg + 57 mg Comprimé d'amoxicilline + acide clavulanique, 500 mg + 125 mg Capsule d'amoxicilline, 250 mg Capsule d'amoxicilline, 500 mg Suspension d'amoxicilline, 125 mg/5 ml Suspension d'amoxicilline, 250 mg/5ml Injection d'ampicilline, 500 mg Injection de benzathine benzylpénicilline, 1,2 MU Injection de benzathine benzylpénicilline, 2,4 MU Injection de benzylpénicilline, 1 MU Injection de benzylpénicilline, 5 MU Injection de cloxacilline, 250 mg Injection de cloxacilline, 500 mg Capsule de flucloxacilline, 250 mg Injection de flucloxacilline, 250 mg Injection de flucloxacilline, 500 mg Suspension de flucloxacilline, 125 mg/5 ml Comprimé de phénoxyéthylpénicilline, 250 mg Injection de benzylpénicilline procaïne, 4 MU

Classe thérapeutique	Nom du médicament, forme pharmaceutique et dosage
<p>7.2.2 Autres médicaments anti-bactériens</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capsule d'azithromycine, 250 mg • Suspension d'azithromycine, 200 mg/5 ml • Capsule de céfador, 250 mg • Capsule de céfador, 500 mg • Suspension de céfador, 250 mg/5 ml • Suspension de céfador, 125 mg/5 ml • Injection de céfotaxime, 1 g • Injection de céfotaxime, 500 mg • Injection de ceftriazone, flacon de 1 g • Injection de ceftriazone, flacon de 250 mg • Injection de ceftriazone, flacon de 1,5 g • Injection de ceftriazone, flacon de 750 mg • Suspension de céfuroxime, 125 mg/5 ml • Comprimé de céfuroxime, 125 mg • Comprimé de céfuroxime, 250 mg • Capsule de chloramphénicol, 250 mg • Injection de chloramphénicol, 1 g • Suspension de chloramphénicol, 250 mg/5 ml • Infusion de ciprofloxacine, 2 mg/ml en 100 ml • Comprimé de ciprofloxacine, 250 mg • Comprimé de ciprofloxacine, 500 mg • Comprimé de clarithromycine, 250 mg • Comprimé de clarithromycine, 500 mg • Suspension pédiatrique de clarithromycine, 125 mg/5 ml • Capsule de clindamycine, 150 mg • Injection de clindamycine, 150 mg/ml en 2 ml • Suspension de clindamycine, 75 mg/5 ml • Suspension de cotrimoxazole, (200 + 40) mg/5 ml • Comprimé de cotrimoxazole, (400 + 80) mg • Capsule de doxycycline, 100 mg • Injection d'érythromycine, 1 g • Injection d'érythromycine, 500 mg • Sirop d'érythromycine, 125 mg/5 ml • Comprimé d'érythromycine, 250 mg • Injection de gentamicine, 40 mg/ml en 2 ml • Comprimé d'acide nalidixique, 500 mg • Comprimé de néomycine, 500 mg • Comprimé de nitrofurantoïne, 100 mg • Comprimé de secnidazole, 500 mg • Capsule de tétracycline, 250 mg • Capsule de tinidazole, 500 mg
<p>7.3 Médicaments antifongiques à usage systémique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capsule de fluconazole, 150 mg • Capsule de fluconazole, 200 mg • Suspension de fluconazole, 50 mg/5 ml • Suspension de griséofulvine, 125 mg/5 ml • Comprimé de griséofulvine, 125 mg • Comprimé de griséofulvine, 500 mg • Capsule d'itraconazole, 100 mg • Suspension d'itraconazole, 10 mg/ml • Comprimé de kétoconazole, 200 mg • Gel oral de miconazole, 25 mg/ml • Pastilles de nystatine, 100 000 UI • Suspension de nystatine, 100 000 UI/ml • Comprimé de nystatine, 500 000 UI • Comprimé de terbinafine HCl, 250 mg

Classe thérapeutique	Nom du médicament, forme pharmaceutique et dosage
7.4 Médicaments antiprotozoaires	
7.4.1 Médicaments anti-amibiens	<ul style="list-style-type: none"> • Injection de métronidazole, 5 mg/ml en 100 ml • Suppositoire de métronidazole, 500 mg • Suppositoire de métronidazole, 1 000 mg • Suspension de métronidazole, 100 mg/5 ml (en tant que benzoate) • Suspension de métronidazole, 200 mg/5 ml (en tant que benzoate) • Comprimé de métronidazole, 200 mg • Comprimé de métronidazole, 400 mg
7.4.2 Médicaments anti-leishmaniose	<ul style="list-style-type: none"> • Injection d'iséthionate de pentamidine, flacon de 300 mg
7.4.2 Médicaments antipaludiques	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé d'amodiaquine, 75 mg • Comprimé d'amodiaquine, 150 mg • Comprimés d'amodiaquine + artésunate, 150 mg + 50 mg⁷² • Comprimés d'amodiaquine + artésunate, 75 mg + 25 mg • Suspension d'arthemeter + luméfantrine, 20 mg + 120 mg/5 ml • Comprimé d'arthemeter + luméfantrine, 20 mg + 120 mg • Suppositoire d'artésunate, 50 mg • Suppositoire d'artésunate, 200 mg • Comprimé d'artésunate, 25 mg • Comprimé d'artésunate, 50 mg • Capsule de dihydroartémisine + pipéraquline, 40 mg + 320 mg⁷³ • Granules de dihydroartémisine + pipéraquline, 15 mg + 120 mg • Comprimé de dihydroartémisine + pipéraquline, 40 mg + 320 mg • Injection de prométhazine, 300 mg/ml en 2 ml • Comprimé de quinine, 300 mg • Comprimé de sulfadoxine + pyriméthanine, 525 mg
7.4.1 Médicaments anti-tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé d'éthambutol, 400 mg • Comprimé d'isoniazide, 100 mg • Comprimé d'isoniazide, 300 mg • Comprimé d'isoniazide + thiacétazone (300 mg + 150 mg) • Comprimé de pyrazinamide, 400 mg – catégorie 3 • Comprimé de pyrazinamide, 500 mg • Comprimé de pyridoxine, 100 mg • Comprimé de pyridoxine, 50 mg • Comprimé de RHZE (2) + RH (4), (900 mg + 225 mg) - catégorie 1 • Comprimé de rifampicine + isoniazide, (150 mg + 75 mg) – catégorie 3 • Comprimé de rifampicine + isoniazide, (150 mg + 100 mg) • S + RHZE (2) + RHZE (1) + HRE (5) - catégorie 2 • Injection de streptomycine, 1 g
7.5 Antiviraux	<ul style="list-style-type: none"> • Injection d'aciclovir, flacon de 250 mg • Suspension d'aciclovir, 200 mg/5 ml • Comprimé d'aciclovir, 200 mg
8. Médicaments anti-migraine	
	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé d'acide acétylsalicylique, 300 mg • Comprimé d'ergotamine, 2 mg • Comprimé de paracétamol, 500 mg • Comprimé de propranolol, 40 mg
9. Médicaments antinéoplastiques et immosuppresseurs⁷⁴	
9.1 Hormones et anti-hormones	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé d'anastrozole, 1 mg • Comprimé de diéthylstilboestrol, 1 mg • Comprimé de diéthylstilboestrol, 5 mg • Comprimé de prednisolone, 5 mg • Comprimé de tamoxifène, 10 mg • Comprimé de tamoxifène, 20 mg

⁷² Un dosage de 153 mg d'amodiaquine est acceptable

⁷³ L'utilisation générale de ce médicament reste à confirmer.

⁷⁴ Les médicaments de ce groupe s'utilisent principalement pour le traitement du cancer du sein

Classe thérapeutique	Nom du médicament, forme pharmaceutique et dosage
9.2 Médicaments alcoylants	<ul style="list-style-type: none"> • Injection de cyclophosphamide, 500 mg
9.3 Antibiotiques cytotoxiques	<ul style="list-style-type: none"> • Injection d'adriamycine, 50 mg
9.4 Taxanes	<ul style="list-style-type: none"> • Injection de docétaxel, 40 mg/ml • Injection de paclitaxel, 6 mg/ml
9.5 Antimétabolites	<ul style="list-style-type: none"> • 5 injections de fluorouracil, 50 mg/ml (flacon de 10 ml) • Comprimé de capécitabine, 500 mg • Injection de méthotrexate, 25 mg/ml (flacon de 2 ml) • Comprimé de méthotrexate, 10 mg • Comprimé de méthotrexate, 2,5 mg ⁷⁵
10. Médicaments anti-Parkinson	
	<ul style="list-style-type: none"> • Injection de benztropine, 1 mg/ml • Comprimé de benztropine, 2 mg • Injection de bipéridène, 5 mg/ml • Comprimé de bipéridène, 2 mg • Comprimé de trihexyphénidyl, 2 mg • Comprimé de trihexyphénidyl, 5 mg
11. Médicaments ayant un impact sur le sang	
11.1 Médicaments anti-anémie	<ul style="list-style-type: none"> • Citrate d'ammonium ferrique (FAC) • Comprimé de fumarate ferreux, 100 mg (fer élémentaire) • Comprimé de gluconate ferreux, 35 mg (fer élémentaire) • Sirop de sulphate ferreux (BPC), 60 mg/5 ml • Comprimé de sulphate ferreux + acide folique, 50 mg (fer élémentaire) + 400 microgrammes • Comprimé de sulphate ferreux, 60 mg (fer élémentaire) • Capsule d'acide folique, 5 mg • Injection d'hydroxocobalamine, 1 mg/ml • Capsule de complexe de polymaltose ferrique (III) • Suspension de complexe de polymaltose ferrique (III) • Injection de dextrane ferrique, 50 mg/ml • Injection de sucrose ferrique, 20 mg/ml • Gouttes multivitaminées • Comprimé multivitaminé
11.2 Anticoagulants et antagonistes	<ul style="list-style-type: none"> • Injection d'héparine (daltéparine), 5 000 UI • Injection d'héparine (énoxaparine), 40 mg/0,4 ml • Injection d'héparine, 1 000 unités/ml • Injection d'héparine, 5 000 unités/0,2 ml • Injection d'héparine, 5 000 unités/ml • Injection de phytoménadione, 1 mg/ml • Injection de phytoménadione, 10 mg/ml • Injection de sulphate de protamine, 10 mg/ml • Comprimé de warfarine, 1 mg • Comprimé de warfarine, 3 mg • Comprimé de warfarine, 5 mg (limé)
11.3 Médicaments antifibrinolytiques	<ul style="list-style-type: none"> • Injection d'acide tranéxamique, 100 mg/ml • Comprimé d'acide tranéxamique, 500 mg
11.4 Médicaments fibrinolytiques	<ul style="list-style-type: none"> • Injection d'altébase, 10 mg/flacon • Injection de streptokinase, 100 000 unités-flacon • Injection de streptokinase, 250 000 unités-flacon • Injection de streptokinase, 750 000 unités-flacon
11.5 Médicaments antiplaquettaires	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé d'acide acétylsalicylique (dispersible), 75 mg • Injection d'eptifibatide, 2 mg/ml • Infusion d'eptifibatide, 750 microgrammes/ml • Infusion de tirofibane, 250 microgrammes/ml (concentré) • Infusion de tirofibane, 50 microgrammes/ml

⁷⁵ Les comprimés de méthotrexate peuvent s'utiliser pour le traitement de l'arthrite rhumatoïde

Classe thérapeutique	Nom du médicament, forme pharmaceutique et dosage
12. Produits sanguins et substituts sanguins	
	<ul style="list-style-type: none"> • Infusion d'amidon estérifié (amidon hexa) • Infusion de gélatine (gélatine succinyle)
13. MÉDICAMENTS CARDIOVASCULAIRES	
13.1 Médicaments antiangineux	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé d'acide acétylsalicylique (dispersible), 75 mg • Comprimé d'aténolol, 25 mg • Comprimé d'aténolol, 50 mg • Comprimé d'aténolol, 100 mg • Comprimé sublingual de trinitrate de glycéryl, 500 microgrammes • Comprimé de dinitrate d'isosorbide, 10 mg • Comprimé de nifédipine, 10 mg (microdosé) • Comprimé de nifédipine, 20 mg (microdosé) • Comprimé de nifédipine, 30 mg (GITS)
13.2 Médicaments antidysrythmiques	<ul style="list-style-type: none"> • Injection d'adrénaline, 1 :10 000 • Comprimé d'amiodarone, 200 mg • Comprimé d'aténolol, 25 mg • Comprimé d'aténolol, 50 mg • Comprimé d'aténolol, 100 mg • Capsule de disopyramide, 100 mg • Injection de phosphate de disopyramide, 10 mg/ml • Injection de lifocaïne, 20 mg/ml en 5 ml • Comprimé de vérapamil, 40 mg • Comprimé de vérapamil, 80mg
13.3 Médicaments anti-hypertension	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé d'amlodipine, 5 mg • Comprimé d'amlodipine, 10 mg • Comprimé d'aténolol + hydrochlorthiazide, 100 mg + 25 mg • Comprimé d'aténolol + hydrochlorthiazide, 50 mg + 25 mg • Injection d'aténolol, 500 microgrammes/ml • Comprimé d'aténolol, 100 mg • Comprimé d'aténolol, 50 mg • Comprimé de bendrofluméthiazide, 2,5 mg • Comprimé de bendrofluméthiazide, 5 mg • Injection d'hydralazine, 20 mg • Comprimé d'hydralazine, 25 mg • Injection de labétalol, 5 mg/ml • Comprimé de labétalol, 100 mg • Comprimé de labétalol, 200 mg • Comprimé de lisinopril + hydrochlorthiazide, 10 mg + 12,5 mg • Comprimé de lisinopril + hydrochlorthiazide, 20 mg + 12,5 mg • Comprimé de lisinopril, 10 mg • Comprimé de lisinopril, 2,5 mg • Comprimé de lisinopril, 5 mg • Comprimé de losartane, 25 mg • Comprimé de losartane, 50 mg • Comprimé de losartane, 100 mg • Comprimé de méthyldopa, 250 mg • Capsule de nifédipine, 10 mg • Comprimé de nifédipine, 10 mg (microdosé) • Comprimé de nifédipine, 20 mg (microdosé) • Comprimé de nifédipine, 30 mg (GITS) • Comprimé de prazosine, 500 microgrammes • Injection de propranolol, 1 mg/ml • Comprimé de propranolol, 10 mg • Comprimé de propranolol, 40 mg • Comprimé de propranolol, 80 mg • Injection de réserpine, 1 mg/ml

Classe thérapeutique	Nom du médicament, forme pharmaceutique et dosage
13.4 Glycosides cardiaques	<ul style="list-style-type: none"> • Elixir de digoxine, 50 microgrammes/ml • Injection de digoxine, 250 microgrammes/ml • Comprimé de digoxine, 62,5 microgrammes • Comprimé de digoxine, 125 microgrammes • Comprimé de digoxine, 250 microgrammes
13.5 Médicaments régulateurs de graisses	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé d'atorvastatine, 10 mg • Comprimé d'atorvastatine, 20 mg • Capsules de fluvastatine, 20 mg • Comprimé de rosuvastatine, 10 mg • Comprimé de rosuvastatine, 5 mg • Comprimé de simvastatine, 20 mg • Comprimé de simvastatine, 40 mg
13.6 Médicaments utilisés en cas de choc	<ul style="list-style-type: none"> • Injection d'adrénaline, 1 mg/ml (1 :1000) • Injection de dopamine, 40 mg/ml en 5ml • Injection de succinate sodique d'hydrocortisone, 100 mg
14. Préparations dermatologiques	
14.1 Médicaments antifongiques	<ul style="list-style-type: none"> • Pommade d'acide benzoïque + acide salicylique, 6 % + 3 % • Crème de clotrimazole + hydrocortisone, 1 % + 1 % • Crème de clotrimazole, 1 % • Pessaire de clotrimazole, 100 mg • Pessaire de clotrimazole, 200 mg • Pessaire de clotrimazole, 500 mg • Crème de miconazole + hydrocortisone, 2 % + 1 % • Crème de miconazole, 2 % • Ovule de miconazole, 400 mg • Solution de polyvidone iode • Shampooining de sulphide de sélénium, 2,5 %
14.2 Médicaments anti-infectieux	<ul style="list-style-type: none"> • Crème d'aciclovir, 5 % • Solution de cétrimide • Crème de chlorhexidine, 1 % • Solution de chlorhexidine, 2,5 % • Crème de sulphadiazine d'argent, 1 %
14.3 Médicaments anti-inflammatoires et anti-prurit	<ul style="list-style-type: none"> • Crème de bétaméthasone, 0,05 % • Crème de bétaméthasone, 0,1 % • Lotion de calamine, 15 % • Crème de calamine, 15 % • Crème de propionate de clobétasol, 0,05 % • Crème d'hydrocortisone, 1 %
14.4 Agents astringents	<ul style="list-style-type: none"> • Pommade d'acide salicylique, 2 %
14.5 Scabicides et pédiculocides	<ul style="list-style-type: none"> • Lotion de benzoate de benzyl, 25 % • Lotion de lindane, 1 %
14.6 Émoullients et véhicules	<ul style="list-style-type: none"> • Crème aqueuse BP
14.7 Autres	<ul style="list-style-type: none"> • Solution de peroxyde de benzoyl, 10 % • Solution de peroxyde de benzoyl, 5 % • Solution de clindamycine, 1 % • Solution de mercurochrome
15. Diurétiques	
	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé de bendrofluméthiazide, 2,5 mg • Comprimé de bendrofluméthiazide, 5 mg • Injection de furosémide, 10 mg/ml en 2 ml • Comprimé de furosémide, 40 mg • Injection de mannitol, 10 % • Injection de mannitol, 20 % • Comprimé de métolazone, 5 mg • Comprimé de spironolactone, 25 mg • Comprimé de spironolactone, 50 mg

Classe thérapeutique	Nom du médicament, forme pharmaceutique et dosage
16. Médicaments gastrointestinaux	
16.1 Médicaments anti-acides et anti-ulcères	<ul style="list-style-type: none"> • Mélange d'hydroxide d'aluminium • Comprimé d'hydroxide d'aluminium, 500 mg • Comprimé d'ésoméprazole, 20 mg • Comprimé d'ésoméprazole, 40 mg • Mélange de trisilicate de magnésium + hydroxide d'aluminium • Comprimé de trisilicate de magnésium + hydroxide d'aluminium • Mélange de trisilicate de magnésium • Comprimé de trisilicate de magnésium, 500 mg • Capsule d'oméprazole, 10 mg • Capsule d'oméprazole, 20 mg • Injection d'oméprazole, 40 mg • Comprimé de rabéprazole, 20 mg • Comprimé de ranitidine, 150 mg
16.2 Anti-émétiques	<ul style="list-style-type: none"> • Injection de métoclopramide, 5 mg/ml en 2 ml • Comprimé de métoclopramide, 10 mg • Elixir d'hydrochloride de prométhazine, 5 mg/5 ml • Injection d'hydrochloride de prométhazine, 25 mg/ml • Comprimé de théoclate de prométhazine, 25 mg
16.2.1 Anti-émétiques utilisés dans les chimiothérapies	<ul style="list-style-type: none"> • Injection de dexaméthasone, 4 mg/ml • Comprimé de dexaméthasone, 500 microgrammes • Comprimé de dompéridone, 10 mg • Injection de granisétrone, 1 mg/ml • Comprimé de granisétrone, 1 mg • Comprimé de lorazépame, 1 mg • Comprimé de lorazépame, 2 mg
16.3 Médicaments anti-hémorroïdaires	<ul style="list-style-type: none"> • Solution d'oléate d'éthanolamine, 5 % • Phénol 5 % en injection d'huile d'amandes • Pommade d'agent adoucissant + anesthésiant local • Suppositoire d'agent adoucissant + anesthésiant local • Pommade d'agent adoucissant + anesthésiant local + stéroïde • Suppositoire d'agent adoucissant + anesthésiant local + stéroïde
16.4 Médicaments anti-inflammatoires	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé de sulfasalazine, 500 mg
16.5 Médicaments antispasmodiques	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé de butylbromide d'hyoscine, 10 mg • Injection de butylbromide d'hyoscine, 20 mg/ml • Comprimé de mébévérine, 135 mg
16.6 Médicaments cathartiques	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé de bisacodyl, 5 mg • Suppositoire de glycérol, 1 g • Suppositoire de glycérol, 2 g • Suppositoire de glycérol, 4 g • Lactulose liquide 3,1-3,7 g/5 ml • Sel de sulfate de magnésium • Paraffine liquide Poudre de psyllium • Granules de senna - Comprimé de senna, 7,5 mg • Sorbitol liquide, 70 %
16.7 Médicaments utilisés contre la diarrhée	
16.7.1 Solution orale de remplacement	<ul style="list-style-type: none"> • Poudre de sels orale pour la réhydratation
16.7.2 Médicaments antidiarrhéiques (symptomatiques)	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé de codéine, 30 mg • Capsule de lopéramide, 2 mg
17. Hormones et autres médicaments endocriniens	
17.1 Hormones adrénales et substituts de synthèse	<ul style="list-style-type: none"> • Injection de dexaméthasone, 4 mg/ml • Comprimé de fludrocortisone, 100 microgrammes • Injection de succinate sodique d'hydrocortisone, 100 mg • Comprimé de prednisolone, 5 mg

Classe thérapeutique	Nom du médicament, forme pharmaceutique et dosage
17.2 Androgènes	<ul style="list-style-type: none"> • Injection d'énantate de testostérone, 250 mg en ampoule d'1 ml
17.3 Œstrogènes	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé d'œstrogène conjugué, 625 microgrammes • Œstrogène conjugué + comprimé de norgestérol, 625 microgrammes + 150 microgrammes • Crème vaginale d'œstrogène conjugué, 625 microgrammes/g
17.4 Insulines et autres médicaments antidiabétiques	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé de glibenclamide, 5 mg • Comprimé de glimépiride, 1 mg • Comprimé de glimépiride, 2 mg • Comprimé de glimépiride, 4 mg • Injection de glucagon, 1 mg • Injection HM d'insuline prémélangée (30/70), 100 unités/ml en 10 ml • HM d'insuline soluble, 100 unités/ml en 10 ml • Injection d'insuline soluble (HM), 100 unités/ml en 10 ml • Comprimé de metformine, 500 mg • Comprimé de pioglitazone, 15 mg • Comprimé de pioglitazone, 30 mg • Comprimé de rosiglitazone, 4 mg • Comprimé de tolbutamide, 500 mg
17.5 Progestagènes	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé d'acétate de médroxyprogestérone, 5 mg • Comprimé de noréthistérone, 5 mg
17.6 Hormones thyroïdiennes et médicaments antithyroïdiens	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé de carbimazole, 20 mg • Comprimé de carbimazole, 5 mg • Comprimé de lévothyroxine sodique, 100 microgrammes • Comprimé de lévothyroxine sodique, 25 microgrammes • Comprimé de lévothyroxine sodique, 50 microgrammes • Comprimé de propylthiouracil, 50 mg
17.7 Autres médicaments endocrinologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé de bromocriptine, 2,5 mg
18. Immunologie	
18.1 Sérums et immunoglobulines	<ul style="list-style-type: none"> • Injection d'immunoglobulines anti-D • Injection d'immunoglobulines anti-rage, 1000 UI/5 ml • Injection polyvalente contre le venin de serpent • Injection d'immunoglobulines humaines contre le tétanos, 250 UI/ml
18.2 Vaccins	
18.2.1 Pour l'immunisation des enfants	<ul style="list-style-type: none"> •
18.2.2 Pour des groupes spécifiques d'individus	<ul style="list-style-type: none"> • Injection de vaccin contre la rage • Injection de toxoïde contre le tétanos, 0,5 ml • Injection de vaccin contre le tétanos, 40 UI/5 ml
19. Myorelaxants et inhibiteurs de cholinestérase	
	<ul style="list-style-type: none"> • Injection d'atracurium, 10mg/ml en 2,5ml • Injection de néostigmine, 2,5 mg • Injection de néostigmine, 0,5mg • Injection de rocuronium, 10 mg/ml • Injection de suxaméthonium, 100 mg/2 ml • Injection de bromide de vécuronium, 10 mg/flacon
20. Préparations ophtalmologiques	
20.1 Agents anti-infectieux	<ul style="list-style-type: none"> • Pommade ophtalmique d'aciclovir, 3 % • Gouttes ophtalmiques de chloramphénicol, 0,5 % • Pommade ophtalmique de chloramphénicol, 1 % • Gouttes ophtalmiques de ciprofloxacine, 0,3 % • Gouttes ophtalmiques d'éconazole, 1 % • Pommade ophtalmique d'érythromycine, 0,5 % • Gouttes ophtalmiques de gentamicine, 0,3 % • Pommade ophtalmique de gentamicine, 0,3 %

Classe thérapeutique	Nom du médicament, forme pharmaceutique et dosage
	<ul style="list-style-type: none"> Gouttes ophtalmiques de sulphacétamide, 10 % Pommade ophtalmique de sulphacétamide, 10 % Gouttes ophtalmiques de tétracycline, 0,5 % Pommade ophtalmique de tétracycline, 1 %
20.2 Agents anti-inflammatoires	<ul style="list-style-type: none"> Gouttes ophtalmiques de corticostéroïdes + antibiotiques Pommade ophtalmique de corticostéroïdes + antibiotiques Gouttes ophtalmiques de dexaméthasone, 1 % Pommade ophtalmique de dexaméthasone, 1 % Gouttes ophtalmiques d'hydrocortisone, 1 % Pommade ophtalmique d'hydrocortisone, 1 % Gouttes ophtalmiques de lodoxamide, 0,1 % Gouttes ophtalmiques de prednisolone, 0,5 % Gouttes ophtalmiques de prednisolone, 1 %
20.3 Anesthésie locale	<ul style="list-style-type: none"> Gouttes ophtalmiques de tétracaïne, 0,5 %
20.4 Miotiques et médicaments utilisés contre le glaucome	<ul style="list-style-type: none"> Injection d'acétozolamide, 500 mg Comprimé d'acétozolamide, 250 mg Gouttes ophtalmiques d'adrénaline, 1 % Gouttes ophtalmiques de bétaxolol HCl, 0,5 % Gouttes ophtalmiques de pilocarpine, 2 % Gouttes ophtalmiques de pilocarpine, 4 % Gouttes ophtalmiques de maléate de timolol, 0,5 %
20.5 Mydriatiques	<ul style="list-style-type: none"> Gouttes ophtalmiques d'atropine, 1 % Gouttes ophtalmiques de cyclopentolate, 1 % Gouttes ophtalmiques d'homatropine, 2 %
20.6 Autres	<ul style="list-style-type: none"> Gouttes ophtalmiques de cellulose de méthyl, 0,3 %
21. Oxytociques et anti-oxytociques	
21.1 Oxytociques	<ul style="list-style-type: none"> Injection d'ergométrine, 0,5 mg/ml Comprimé d'ergométrine, 0,5 mg Comprimé vaginal de misoprostol, 200 microgrammes Injection d'oxytocine, 5 unités/ml
21.2 Anti-oxytociques	<ul style="list-style-type: none"> Injection de sulphate de salbutamol, 500 microgrammes/ml Comprimé de salbutamol, 4 mg
22. Solution pour dialyse péritonéale	
	<ul style="list-style-type: none"> Solution pour dialyse intrapéritonéale, hypertonique Solution pour dialyse intrapéritonéale, hypotonique
23. Médicaments psychothérapeutiques	
	<ul style="list-style-type: none"> Comprimé d'amitriptyline, 10 mg Comprimé d'amitriptyline, 25 mg Comprimé d'amitriptyline, 50 mg Injection de chlorpromazine, 25 mg/ml en 2 ml Comprimé de chlorpromazine, 100 mg Comprimé de chlorpromazine, 25 mg Comprimé de chlorpromazine, 50 mg Injection de diazépame, 5 mg/ml en 2 ml Comprimé de diazépame, 10 mg Comprimé de diazépame, 5 mg Capsule de fluoxétine, 20 mg Comprimé de flupentixol, 1 mg Comprimé de flupentixol, 500 microgrammes Injection de déconoate de fluphénazine, 25 mg/ml Injection d'halopéridol, 5 mg/ml Comprimé d'halopéridol, 10 mg Comprimé d'halopéridol, 5 mg Comprimé d'imipramine, 25 mg Comprimé de lorazépame, 2,5 mg Rispéridone liquide, 1 mg/ml

Classe thérapeutique	Nom du médicament, forme pharmaceutique et dosage
	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé de rispéridone, 1 mg • Comprimé de rispéridone, 2 mg • Comprimé de rispéridone, 500 microgrammes • Comprimé de sertraline, 100 mg • Comprimé de sertraline, 50 mg • Comprimé de trifluopérazine, 1 mg • Comprimé de trifluopérazine, 5 mg
24. Médicaments agissant sur le système respiratoire	
24,1 Médicaments anti-asthmatiques	<ul style="list-style-type: none"> • Injection d'aminophylline, 250 mg/10 ml • Inhalateur de dipropionate de béclométasone, 50 microgrammes/dose • Inhalateur de dipropionate de béclométasone, 100 microgrammes/dose • Inhalateur de budésonide + formotérol, 160 microgrammes + 4,5 microgrammes • Inhalateur de budésonide + formotérol, 80 microgrammes + 4,5 microgrammes • Inhalateur de poudre sèche de budésonide (DPI) (turbo-inhalateur), 100 microgrammes • Budésonide DPI, 200 microgrammes Inhalateur de fluticasone + salmétérol, 250 microgrammes + 50 microgrammes • Inhalateur doseur de fluticasone (MDI), 125 microgrammes • Inhalateur-doseur de fluticasone, 250 microgrammes • Inhalateur-doseur de fluticasone, 50 microgrammes • Injection de succinate sodique d'hydrocortisone, 100 mg • Comprimé de prednisolone, 5 mg • Inhalateur de salbutamol, 100 microgrammes/dose, 200 doses • Nébuliseur de salbutamol, 2,5 mg nébules • Nébuliseur de salbutamol, 5 mg nébules • Sirop de salbutamol, 2 mg/5 ml • Comprimé de salbutamol, 2 mg • Comprimé de salbutamol, 4 mg • Sirop de théophylline, 60 mg/5 ml • Comprimé de théophylline, 200 mg (microdosé)
24.2 Antitussifs	<ul style="list-style-type: none"> • Capsule de carbocistéine, 375 mg • Sirop pédiatrique de carbocistéine, 125 mg/5ml • Suspension de carbocistéine, 250 mg/5 ml • Comprimé de dihydrocodéine, 30 mg • Looch simple (pédiatrique) BPC • Looch simple BPC
25. Solutions corrigeant les anomalies de l'eau et de l'électrolyse	
25.1 Préparations orales	<ul style="list-style-type: none"> • Poudre de sels orale pour la réhydratation • Comprimé de chlorure de potassium, 600 mg (entéro-soluble)
25.2 Solutions parentales	<ul style="list-style-type: none"> • Injection de solution de Badoe, 1000 ml • Injection de fluide de remplacement contre le choléra (5:4:1) • Injection de solution de Darrow, coupée à moitié 250 ml • Dextrose en infusion intraveineuse de chlorure de sodium, 4,3 % en 0,18 % (250 ml) • Dextrose en infusion intraveineuse de chlorure de sodium, 5 % en 0,9 % (500 ml) • Dextrose⁷⁶ en infusion intraveineuse de chlorure de sodium, 10 % en 0,18 % (250 ml) • Infusion de dextrose, 5 % (250 ml) • Infusion de dextrose, 5 % (500 ml) • Infusion de dextrose, 10 % (250 ml) • Infusion de dextrose, 10 % (500 ml) • Infusion de dextrose, 20 % (250 ml)

⁷⁶ Le dextrose est utilisé de manière interchangeable avec le glucose

Classe thérapeutique	Nom du médicament, forme pharmaceutique et dosage
	<ul style="list-style-type: none"> • Infusion de dextrose, 50 % (50 ml) • Injection de chlorure de potassium, 20 mEq/10 ml • Solution de lactate de Roger, 500 ml • Injection de bicarbonate de sodium, 8,4 % en 10 ml Injection de chlorure de sodium + chlorure de potassium, 0,9 % + 20 mMol (500 ml) • Injection de chlorure de sodium, 0,45 % (250 ml) • Injection de chlorure de sodium, 0,9 % (250 ml) • Injection de chlorure de sodium, 0,9 % (500 ml)
25.3 Divers	<ul style="list-style-type: none"> • Eau pour injection
26. Nutrition parentérale	
	<ul style="list-style-type: none"> • Injection de solution d'acides-amino, 10 % • Injection de solution d'acides-amino, 20 % • Solution intralipide (pour TPN)
27. Vitamines et minéraux	
	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimé de calciférol, 10 000 unités • Comprimé de carbonate de calcium, 500 mg • Comprimé de calcium avec vitamine D, (97 mg + 10 microgrammes) • Injection de gluconate de calcium, 100 mg/ml en 10 ml • Gouttes multivitaminées • Sirop multivitaminé • Comprimé multivitaminé • Capsule souple de rétinol, 200 000 UI • Capsule souple de rétinol, 100 000 UI • Injection de thiamine, 100 mg • Comprimé de thiamine, 25 mg
28. Autres médicaments	
28.1 Médicaments pour les oreilles, le nez et la gorge	<ul style="list-style-type: none"> • Injection d'adrénaline, 1 mg/ml (1 :1000) • Gouttes nasales d'éphédrine, 0,5 % • Gouttes nasales d'éphédrine, 1 % • Gouttes nasales de chlorure de sodium, 0,9 %
28.2 Médicaments pour les soins dentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Bain de bouche à la chlorhexidine, 0,2 % • Cartouche de lidocaïne + adrénaline, 20 mg/ml + [1:80 000/1:100 000] • Gel oral de miconazole, 25 mg/ml • Pommade de nystatine, 100 000 UI • Suspension de fluconazole, 10 mg/ml
28.3 Médicaments d'urologie	<ul style="list-style-type: none"> • Capsule de tamsulosine, 400 microgrammes • Comprimé de térazosine, 2 mg • Comprimé de térazosine, 5 mg • Comprimé de finastéride, 5 mg • Mélange de citrate de potassium BP

UNITED INDIA INSURANCE COMPANY LIMITED
BUREAU RÉGIONAL ET SIÈGE SOCIAL : 24, WHITES ROAD, CHENNAI - 14.
PROSPECTUS
SYSTÈME UNIVERSEL D'ASSURANCE MALADIE POUR LES FAMILLES
VIVANT EN DESSOUS DU SEUIL DE PAUVRETÉ

PRINCIPAUX POINTS DE LA POLICE

- (i) La police d'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE sera disponible pour les individus et les groupes.
- (ii) Chaque assuré doit couvrir tous les membres qualifiés (personnes assurées) dans le cadre d'une seule police de groupe. En d'autres termes, les membres qualifiés de différentes catégories ne peuvent être couverts sous plusieurs polices de groupe. Il n'est pas permis d'émettre une police de groupe anonyme.
- (iii) La police individuelle sera émise au nom du chef de famille, accompagnée des détails des membres de la famille assurés. La police de groupe sera émise au nom du groupe/de l'association/de l'institution (dénommé assuré), avec le détail des noms des membres, y compris les membres de la famille qualifiés (dénommés personnes assurées) faisant partie de la police.

COUVERTURE

SECTION – I FRAIS D'HOSPITALISATION

La police couvre le remboursement des frais d'hospitalisation pour cause de maladies ou de blessures encourues par la personne assurée. Dans le cas de toute demande admissible en vertu de la police, la société, via le TPA, versera à l'hôpital / à la clinique ou à la personne assurée le montant desdits frais, sous réserve des limites définies dans les sections ci-dessous, qui auront été encourus de manière raisonnable et nécessaire où que ce soit en Inde pour le compte de ladite personne assurée, mais ne dépassant pas la somme assurée (toutes les demandes accumulées) pour cette personne, tel que défini dans le tableau pour toute période assurée.

	Prestations d'hospitalisation	Limites
A	Chambre, frais de séjour, tels que fournis par l'hôpital / la clinique.	Jusqu'à 0,5 % de la somme assurée par jour
	En cas d'admission aux soins intensifs	Jusqu'à 1 % de la somme assurée par jour
B	Frais de chirurgien, anesthésiste, docteur, consultants, spécialistes, infirmerie	Jusqu'à 15 % de la somme assurée par maladie / blessure
C	Frais d'anesthésie, transfusion de sang, oxygène, bloc opératoire, outils chirurgicaux, médicaments, matériel de diagnostic et dialyse radio, chimiothérapie, radiothérapie pour les pacemakers, membres artificiels, organes et dépenses similaires.	Jusqu'à 15 % de la somme assurée par maladie / blessure
D	Allocations maternité – UN ENFANT SEULEMENT (avec une période d'attente de 12 mois)	2 500 Rs pour un accouchement normal et 5 000 Rs pour une césarienne.

N.B : a) La responsabilité de la société concernant toutes les demandes, y compris les allocations maternité, au cours de la période d'assurance, ne dépasseront pas la somme assurée de 30 000 Rs par personne ou par famille, tel que mentionné dans le tableau.

b) Les dépenses totales encourues pour une maladie donnée sont limitées à 15 000 Rs (autres que les allocations maternité)

⁷⁷ http://www.uiic.co.in/uhi_bpl.jsp

La police inclut également une allocation maternité avec une responsabilité limitée à 2 500 Rs pour un accouchement normal et à 5 000 Rs pour une césarienne en vertu de cette section. Une période d'attente de 12 mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la police est applicable. Le montant ci-dessus couvre également les frais médicaux encourus pour un nouveau-né, jusqu'à l'âge de 3 mois. Cependant, cette allocation est comprise dans la limite globale de la somme assurée de 30 000 Rs.

Cette allocation n'est disponible qu'une fois pour la personne assurée pendant la durée de validité de la police ou au cours des renouvellements ultérieurs, c'est-à-dire une seule fois au cours de la vie de la personne assurée.

SECTION - II

A. COUVERTURE DU CHEF DE FAMILLE POUR ACCIDENT PERSONNEL

Si la personne assurée (chef de famille) souffre d'une blessure corporelle résultant uniquement et directement d'un accident causé par un facteur extérieur, violent et visible, et si ladite blessure, dans les 6 mois calendaires (sauf mention contraire) suivant sa survenance, entraîne la mort, la société versera alors à l'assuré la somme telle que définie ci-dessous :

Mort de la personne assurée (chef de famille) uniquement due à un accident 25 000 Rs

B. INDEMNITÉ POUR INVALIDITÉ DU CHEF DE FAMILLE ET / OU ÉPOUX(SE)

Si le chef de famille / l'époux(se) est hospitalisé(e) en raison d'un accident / d'une maladie pour lequel(laquelle) il existe une demande valable admise en vertu de la Section I de la police, la société, après une période d'attente de 3 jours, versera au chef de famille ou à l'époux(se) une indemnité de 50 Rs par jour à compter du quatrième jour d'hospitalisation, dans une limite de 15 jours par période couverte par la police.

Remarque : La responsabilité maximale de la société est limitée à 750 Rs au cours de la période couverte par la police, concernant le point II (B) ci-dessus.

SECTION III. DÉFINITIONS :

I.0 HÔPITAL / CLINIQUE désigne un établissement en Inde qui prodigue sur place des soins et assure le traitement des maladies et blessures et qui :

est inscrit en tant qu'hôpital ou clinique auprès des autorités locales et se trouve sous la supervision d'un médecin enregistré et qualifié.

Ou

(a) Hôpital / clinique géré(e) par une ONG / l'État

Or

(b) Doit remplir les critères minimaux suivants :-

(i) 15 lits d'hôpitaux au moins.

(ii) Sa propre salle d'opérations pleinement équipée où les interventions chirurgicales sont réalisées.

(iii) Un personnel infirmer pleinement qualifié employé 24 heures sur 24.

(iv) Un ou des médecins pleinement qualifiés responsables 24 heures sur 24.

N.B : dans les villes de classe « C », le nombre de lits est réduit à 10.

Le terme « Hôpital / Clinique » n'inclut pas les maisons de repos, les établissements pour les personnes âgées, les toxicomanes ou les alcooliques, les hôtels ou tout endroit apparenté.

2.0 « OPÉRATION CHIRURGICALE » désigne les procédures manuelles et / ou opératoires destinées à la correction des déformations et défauts, au traitement des blessures, au diagnostic et au traitement des maladies, au soulagement des souffrances et à la prolongation de la vie.

3.0 Les FRAIS D'HOSPITALISATION pour une période minimale de 24 heures sont admissibles. Cependant, cette limite de temps ne s'applique pas aux traitements spécifiques, c'est-à-dire la dialyse, la chimiothérapie, la radiothérapie ; si l'assuré sort le même jour, les soins ophtalmologiques et dentaires, la lithotripsie (retrait des calculs rénaux), la D&C et la tonsillectomie effectués à l'hôpital / la clinique seront considérés comme relevant des allocations d'hospitalisation. Cette situation ne s'appliquera pas non plus en cas de séjour à l'hôpital inférieur à 24 heures, à condition que :

Le traitement soit tel qu'il nécessite une hospitalisation et que la procédure implique des infrastructures spécialisées, disponibles dans les hôpitaux.

L'hospitalisation, en raison d'avancées technologiques, ne soit requise que pour moins de 24 heures.

Remarque : Lorsqu'un traitement comme la dialyse, la chimiothérapie, la radiothérapie, etc., est effectué à l'hôpital / la clinique et que l'assuré sort le même jour, ce traitement sera considéré comme étant couvert par la section relatives aux allocations d'hospitalisation.

La responsabilité de la société en vertu de la présente clause est limitée, tel que défini dans le tableau ci-joint.

4.0 ALLOCATIONS MATERNITÉ désigne les frais encourus à l'hôpital / à la clinique provenant d'une grossesse, de la naissance d'un enfant, y compris par césarienne normale. Cela inclut également les frais médicaux encourus concernant un nouveau-né jusqu'à l'âge de 3 mois.

5.0 TOUTE MALADIE : -

« Toute maladie » sera considéré comme désignant une période de maladie continue, incluant les rechutes dans les 60 jours à compter de la date de sortie de l'hôpital / de la clinique où le traitement a eu lieu. La survenance de la même maladie après une période de 60 jours, tel que défini ci-dessus, sera considérée comme une maladie nouvelle, aux fins de la présente politique.

6.0 MÉDECIN désigne une personne titulaire du diplôme d'une institution reconnue, inscrite au Conseil médical de l'État indien concerné. Le terme Médecin inclut les généralistes, spécialistes et chirurgiens.

7.0 INFIRMIÈRE QUALIFIÉE désigne une personne titulaire du certificat d'un Conseil d'infirmières reconnu et employée sur recommandation du médecin traitant.

8.0 TPA désigne un Tiers administrateur qui, pour le moment, est agréé par l'Autorité réglementaire et de développement des assurances, et est engagé, contre rémunération, par toute personne, selon les conditions définies dans l'accord avec la société, pour la fourniture de soins de santé.

SECTION IV. EXCLUSIONS :

Applicables à la Section – I

La société ne sera pas responsable du versement, dans le cadre de la présente politique, de toute dépense encourue par une personne assurée concernant :

- 4.1 Les blessures / maladies causées par, provenant de ou imputables à, directement ou indirectement, une invasion, un acte d'un ennemi étranger ou d'opérations de guerre (que la guerre ait été déclarée ou non)
- 4.2 Une circoncision, sauf si elle est nécessaire pour le traitement d'une maladie non exclue ci-après ou si elle est rendue nécessaire en raison d'un accident, d'une vaccination, d'une inoculation, d'un changement de vie, d'un traitement cosmétique ou esthétique quel qu'il soit, d'une chirurgie plastique rendue nécessaire par un accident ou par une maladie.
- 4.3 Le coût de lunettes, lentilles de contact et aides auditives.
- 4.4 Les traitements ou chirurgies dentaires de tout type, sauf s'ils nécessitent une hospitalisation.
- 4.5 La convalescence, les affaiblissements généraux ; les états d'épuisement ou les cures de repos, les maladies externes congénitales, les défauts ou les anomalies, la stérilité, les maladies vénériennes, les blessures auto-infligées intentionnelles et l'utilisation de drogues intoxicantes / d'alcool.
- 4.6 Toutes les dépenses provenant d'une pathologie directement ou indirectement causée par, ou associée au virus T lymphotrope III (HTLV – III), au virus associé à la lymphadénopathie (LAV), au syndrome de déficience de variation ou de mutants ou à tout syndrome / toute pathologie similaire communément appelé(e) SIDA.
- 4.7 Les frais encourus à l'hôpital ou à la clinique, principalement pour les radios de diagnostic, examens de laboratoire ou autre études diagnostiques ne correspondant pas ou étant secondaires au diagnostic et au traitement de l'existence positive de la présence de tout symptôme, maladie ou blessure, pour lesquels un séjour à l'hôpital / à la clinique est requis.
- 4.8 Les dépenses de vitamines ou fortifiants, sauf s'ils font partie du traitement de la blessure ou des maladies, tel que certifié par le médecin traitant
- 4.9 Les blessures ou maladies directement ou indirectement causées ou induites par une guerre / des matières nucléaires
- 4.10 Traitement par naturopathie

Applicable à la SECTION -II

- 4.11 Les paiements ou compensations concernant les décès directement ou indirectement provenant de, induits par ou imputables à toute invalidité existant à la date d'entrée en vigueur de la présente police.
- 4.12 Les décès, blessures ou invalidités provenant de ou imputables à, directement ou indirectement :
 - i. Blessures auto-infligées intentionnelles, suicides ou tentatives de suicide
 - ii. Grossesses ou ses conséquences
 - iii. Lors d'un voyage en avion ou en montgolfière, lors de l'embarquement ou du débarquement, ou d'un voyage en montgolfière ou en avion autrement qu'en tant que passager (avec achat de billet ou autrement) dans des avions dûment autorisés de type standard partout dans le monde.
 - iv. Sous l'influence d'une substance intoxicante, d'alcool ou de drogues

- v. Directement ou indirectement causés par des maladies vénériennes ou la folie
- vi. Provenant ou résultant d'un manquement à la loi avec intention criminelle de la part de l'assuré
- vii. Guerres ou dangers de guerre, nucléaires, liés à la radioactivité, etc.

SECTION V. CONDITIONS APPLICABLES AUX SECTIONS – I & II :

1. Tout avis ou toute communication dans le cadre de la présente police doit être consigné(e) par écrit et adressé(e) au bureau du TPA, tel que défini dans le tableau.
2. La prime payable dans le cadre de la présente police sera versée à l'avance.
3. Aucune quittance de prime ne sera valable, à l'exception de celle figurant sur le formulaire officiel de la société, signée par un responsable dûment autorisé de celle-ci. Le versement dû de la prime, ainsi que l'observation et le respect des termes, dispositions, conditions et avenants de la présente police de la part de la personne assurée, dans la mesure où ils correspondent à ce qui doit être fait ou respecté par la personne assurée, seront une condition suspensive de toute responsabilité de la société relative au versement de tout paiement dans le cadre de la présente police. Aucune dispense des termes, dispositions, conditions et avenants de la présente police ne sera valable, sauf en cas de mention écrite et signée par un responsable autorisé de la société.
4. Dès la survenance d'un événement ouvrant droit à une demande, dans le cadre de la présente police, un avis avec tous les détails doit être immédiatement envoyé au TPA nommé dans le tableau, et en cas d'urgence, dans les 24 heures suivant l'hospitalisation.
5. Tous les documents justificatifs liés à la demande doivent être communiqués au TPA dans les 7 jours à compter de la date de sortie de l'hôpital.

Remarque : Une dérogation à cette condition peut être envisagée dans des cas de difficultés extrêmes, s'il est prouvé de façon satisfaisante auprès de la société que les circonstances dans lesquelles l'assuré se trouvait ne lui permettaient pas, ou ne permettaient pas à une tierce personne, de communiquer ledit avis ou ladite demande dans les délais imposés.

La personne assurée obtiendra et fournira au TPA toutes les factures, tous les reçus et tous les autres documents originaux justifiant la demande et communiquera également au TPA / à la société les informations supplémentaires et toute assistance requise par le TPA / la société lors du traitement de la demande.

6. En cas de décès du chef de famille causé par un accident, un rapport d'autopsie doit être soumis avec les autres documents prouvant le décès.
7. Tout docteur autorisé par le TPA / la société pourra examiner la personne assurée en cas de blessure ou maladie supposée nécessitant une hospitalisation, lorsque cela peut être raisonnablement exigé au nom de la société.
8. La société ne sera pas responsable du versement de tout paiement dans le cadre de la présente police concernant une demande qui est, de quelque façon que ce soit, frauduleuse, ou justifiée par un quelconque moyen ou dispositif frauduleux, de la part de la personne assurée ou de la part de toute autre personne agissant en son nom.
9. Si, au moment où une demande se fait jour dans le cadre de la présente police, il existe une autre assurance (autre que la police d'assurance contre le cancer, en collaboration avec la Indian Cancer Society), qu'elle soit actionnée par ou au nom de toute personne assurée concernant une demande couvrant la même perte, responsabilité, compensation, coût ou dépense, la société

ne sera pas responsable du versement de tout paiement dépassant sa part imposable. Les allocations dans le cadre de la présente police ne dépasseront pas les allocations disponibles dans le cadre de la police d'assurance contre le cancer.

10. La présente police peut être renouvelée par consentement mutuel. Cependant, la société ne sera pas tenue d'avertir l'assuré du renouvellement de la police. La société peut à tout moment annuler la police pour présentation inexacte, fraude, non divulgation de faits matériels ou non coopération de la part de l'assuré en envoyant un avis recommandé par écrit dans les sept jours à l'assuré à sa dernière adresse connue, auquel cas la société retournera à l'assuré la part de la dernière prime correspondant à la période non expirée de l'assurance, si aucun versement n'a été effectué dans le cadre de la police. L'assuré peut, à tout moment, annuler la présente police, auquel cas la société devra rembourser la prime correspondant à la période non échue d'assurance, à condition qu'aucun paiement n'ait été versé jusqu'à la date de l'annulation.

Période du risque	Taux de prime applicable
Jusqu'à un mois	1/4 du taux annuel
Jusqu'à trois mois	1/2 du taux annuel
Jusqu'à six mois	3/4 du taux annuel
Plus de six mois	Taux annuel complet

- 11 En cas de dispute ou de différend concernant la part à verser dans le cadre de la police (la responsabilité étant admise), ledit différend, indépendamment des autres questions, sera remis à un seul médiateur, qui sera nommé par écrit par les parties. Si les parties ne peuvent se mettre d'accord sur un seul médiateur dans les 30 jours à compter de la date d'invocation de la médiation par l'une des parties, le différend sera remis à un panel de trois médiateurs : chacune des parties impliquées dans la dispute / le différend nommera un médiateur, le troisième étant nommé par les deux autres médiateurs. La médiation sera conduite selon les dispositions de la loi « Arbitration and Conciliation Act » de 1996.

Il est clairement convenu et compris qu'aucun différend ou qu'aucune dispute ne pourra faire l'objet d'une médiation tel que défini ci-avant, si la société a remis en cause ou n'a pas accepté sa responsabilité dans le cadre de, ou conformément à, la présente police.

Il est expressément stipulé et déclaré que l'obtention préalable de l'octroi par ledit médiateur / lesdits médiateurs du montant de la perte ou du dommage constitue une condition suspensive de tout droit d'action en justice ou de procès dans le cadre de la présente police.

12. Si la société, conformément aux termes et conditions de la police, refuse de donner suite à une demande de l'assuré et si l'assuré ne notifie pas par écrit la société dans les 12 mois calendaires à compter de la date de réception de l'avis correspondant qu'il n'accepte pas cette décision et qu'il envisage de faire valoir sa prétention auprès de la société, la demande sera considérée, à toutes fins utiles, comme abandonnée et le remboursement ne pourra plus être obtenu.
13. Tous les traitements médicaux / chirurgicaux dans le cadre de la présente police seront effectués en Inde et les demandes de remboursement liées seront payables en devise indienne. Le versement des paiements s'effectuera par le biais du TPA auprès de l'hôpital / de la clinique ou auprès de la personne assurée, selon le cas.

SECTION VI. LIMITE D'ÂGE

La présente assurance est disponible pour les personnes âgées de 5 à 70 ans. Les enfants âgés de 3 mois à 5 ans peuvent être couverts, à condition que l'un des parents, ou les deux, soi(en)t également couvert(s) par la même police.

SECTION VII. AVIS DE PAIEMENT

1. Un avis de paiement préalable accompagné des détails tels que les numéros de police, le nom de la personne assurée pour qui la demande est faite, la nature de la maladie / blessure, ainsi que le nom et l'adresse du médecin / de l'hôpital / de la Clinique doivent être communiqués immédiatement par la personne assurée au TPA et, en cas d'hospitalisation d'urgence, dans les 24 heures suivant la date d'hospitalisation. Si l'avis est reçu après les 24 heures suivant l'hospitalisation, etc., le dossier peut être remis à l'assureur pour envisager une dérogation à cette condition, le cas échéant.
2. La demande finale, accompagnée des factures / notes de frais reçus, du formulaire de demande et de la liste de documents énumérée dans le formulaire de demande, etc., doit être soumise au TPA dans les 7 jours à compter de la date de fin du traitement.

Remarque : Une dérogation à cette condition peut être envisagée dans des cas de difficultés extrêmes, s'il est prouvé de façon satisfaisante auprès de la société que les circonstances dans lesquelles l'assuré se trouvait ne lui permettaient pas, ou ne permettaient pas à une tierce personne, de communiquer ledit avis ou ladite demande dans les délais imposés.

SECTION VIII. VERSEMENT DU PAIEMENT

Toutes les demandes dans le cadre de la présente police sont payables en devise indienne. Tous les traitements médicaux aux fins de la présente assurance devront être effectués uniquement en Inde. Le versement des paiements s'effectuera par le biais du TPA, au nom de la société, auprès de l'hôpital / de la clinique ou auprès de la personne assurée, selon le cas.

SECTION IX. DÉTAILS DE LA PERSONNE ASSURÉE : L'assuré devra fournir une liste complète des personnes assurées au format suivant. Tous les ajouts et toutes les suppressions au cours de la période de validité de la police devront être communiqués à la société selon le même format. Cependant, ces ajouts ou suppressions seront incorporés dans la police à partir du premier jour des mois suivants et seront sujets à un ajustement de la prime au prorata.

Numéro	Noms des personnes assurées	Lien de parenté avec l'assuré	Âge	Sexe
1				
2				
3				
4				

REMARQUE : Aucun remboursement de prime ne sera autorisé pour la suppression de la personne assurée, si elle a effectué une demande ou reçu un paiement dans le cadre de la police.

SECTION X. SOMME ASSURÉE

Section I : Prestations d'hospitalisation : 30 000 Rs / par famille – par période de police (y compris les allocations maternité). 2 500 Rs pour un accouchement normal et 5 000 Rs pour une césarienne.

Les dépenses totales encourues pour une maladie donnée sont limitées à 15 000 Rs (autres que les allocations maternité).

Section II : (A) Décès accidentel du chef de famille 25 000 Rs

Section II : (B) L'indemnité d'invalidité payable en raison de l'hospitalisation du chef de famille ou de l'époux(se) est de 50 Rs / jour, dans la limite d'une période de 15 jours et d'un dépassement de 3 jours. L'indemnité maximale est limitée à 750 Rs par année couverte par la police.

SECTION XI. VERSEMENT DE LA PRIME :

Couverture	Prime	Part de l'assuré	Subvention du gouvernement indien
Individu	300 Rs	100 Rs	200 Rs
Famille jusqu'à 5 membres	450 Rs	150 Rs	300 Rs
Famille jusqu'à 7 membres	600 Rs	200 Rs	400 Rs

Famille (ne dépassant pas 5 membres) composée de l'assuré, son époux(se) et des 3 premiers enfants à charge : 450 Rs par année.

Famille (ne dépassant pas 7 membres) composée de l'assuré, son époux(se) et des 3 premiers enfants à charge et des parents : 600 Rs par année.

SECTION XII. CLAUSE DE MINIMISATION DES DEMANDES

L'assuré coopèrera à tout moment avec un TPA / la société pour contenir le ratio de demandes en s'assurant que les dépenses de traitement et autres sont raisonnables.

SECTION XIII. FAMILLE VIVANT EN DESSOUS DU SEUIL DE PAUVRETÉ

Un certificat justificatif émis par un responsable occupant un poste égal ou supérieur à la B.D.O. / Tehsildar du ministère des Finances de l'État concerné doit être joint.

SECTION XIV. PROTECTION DES INTÉRÊTS DES TITULAIRES DE LA POLICE

Conformément aux réglementations de l'IRDA (Protection des intérêts des titulaires de la police) de 2002, la société a établi une cellule de doléances au Bureau régional, ainsi qu'au Siège social. Le titulaire de la police peut soumettre sa requête / doléance à ladite cellule de doléances de la société pour demander des mesures de redressement.

Le prospectus fait partie de votre formulaire de proposition. Veuillez donc apposer votre signature pour signifier votre acceptation de son contenu.

Signature

Nom

Lieu

Date.

PLAN D'ASSURANCE MALADIE DE L'ENFANT DE L'ÉTAT
SOUS LE TITRE XXI DE LA LOI SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE
PROGRAMME D'ASSURANCE MALADIE DES ENFANTS DE L'ÉTAT

(Requis par le point 4901 de la Loi sur l'équilibre budgétaire de 1997 (nouvelle section 2101 (b)))

État / Territoire : État de New York

Organisation : Ministère de la Santé de l'État de New York

Adresse : Corning Tower, 14th Floor Empire State Plaza
Albany, New York 12237-0001

Responsable : Dennis P. Whalen
Commissaire adjoint de direction

Comme condition pour la réception de fonds fédéraux en vertu du Titre XXI de la loi sur la sécurité sociale,

(Signature du Gouverneur de l'État / du Territoire, date de signature)

soumet le Plan d'assurance maladie de l'enfant de l'État pour le Programme d'assurance maladie des enfants de l'État et convient par là même d'administrer le programme selon les dispositions du Plan d'assurance maladie de l'enfant de l'État, les exigences du Titre XXI et XIX de la loi et toutes les réglementations fédérales en vigueur, ainsi que les autres circulaires émises par le ministère.

Selon la loi sur la réduction des écritures administratives (« Paperwork Reduction Act » de 1995, nul n'est tenu de répondre à une demande de collecte d'informations à moins que cette dernière ne soit munie d'un numéro de contrôle OMB valable. Le numéro de contrôle OMB valable pour cette collecte d'informations est 0938-0707. Le temps requis pour réaliser cette collecte d'informations est estimé à une moyenne de 160 heures (ou minutes) par réponse, correspondant au temps de lire les instructions, rechercher les sources de données existantes, rassembler les données nécessaires, et compléter et revoir la collecte d'informations. Si vous avez des commentaires concernant l'exactitude du temps estimé ou des propositions pour améliorer ce formulaire, veuillez vous adresser à: HCFA, P.O. Box 26684, Baltimore, Maryland 21207 et au Office of the Information and Regulatory Affairs, Office of Management and Budget, Washington, D.C. 20503.

⁷⁸ <http://www.health.state.ny.us/nysdoh/child/chcont.htm>

ANNEXE C : PRESTATIONS ACTUELLES ET FUTURES

	Couverture actuelle	Couverture future
Services fournis dans les principaux établissements de santé		
Consultation externe		
Consultation générale		
Services accessoires		
Interventions chirurgicales légères		
Soins dentaires		
Examens de laboratoire		
Médicaments de marque		
Médicaments génériques essentiels		
Transport		
Ambulance		
Consultation interne		
Séjour à l'hôpital		
Imagerie / échographie / radios		
Examens de laboratoire		
Médicaments de marque		
Médicaments génériques essentiels		
Produits médicaux		
Soins de maternité		
Consultation prénatale		
Consultation post-natale		
Planification familiale		
Accouchement simple		
Séjour à l'hôpital		
Imagerie / échographie		
Examens de laboratoire		
Médicaments de marque		
Médicaments génériques essentiels		
Services fournis dans les hôpitaux		
Consultation externe		
Consultation générale		
Consultation spécialisée		
Soins accessoires		
Interventions chirurgicales légères		
Soins dentaires		

	Couverture actuelle	Couverture future
Examens de laboratoire		
Imagerie / échographie / radios		
Médicaments de marque		
Médicaments génériques essentiels		
Transport		
Ambulance		
Consultation interne		
Séjour à l'hôpital		
Imagerie / échographie / radios		
Examens de laboratoire		
Médicaments de marque		
Médicaments génériques essentiels		
Produits médicaux		
Interventions chirurgicales		
Soins de maternité		
Consultation spécialisée et gynécologique		
Accouchement avec complications		
Césarienne		
Séjour à l'hôpital		
Examens de laboratoire		
Imagerie / échographie / radios		
Médicaments de marque		
Médicaments génériques essentiels		
Exclusions :		
Médicament antirétroviraux		
Lunettes de vue		
Lentilles de contact		
Soins prodigués à l'étranger		
Autres ?		

Draft