

Etude conjointe

Oxfam International, Action for Global Health,
Médecins du Monde, Save the Children UK,
Plan, Global Health Advocates, Act Up Paris

L'assurance maladie dans les pays à faible revenu

Est-on vraiment sûr que ça marche ?

Selon certains donateurs et gouvernements, les mécanismes d'assurance maladie peuvent permettre de combler les gaps de financement des soins de santé et bénéficier aux populations pauvres. Pour ceux qui ont les moyens d'y souscrire, cette méthode de financement de la santé a fait ses preuves ; mais pour le moment elle n'a pas permis de combler les gaps de financements des systèmes de santé ni d'améliorer l'accès à des soins de santé de qualité pour les populations les plus pauvres. Les donateurs et les gouvernements doivent se rendre à l'évidence et augmenter les fonds publics destinés au secteur de la santé. Sans un financement public adapté et une bonne gestion au niveau gouvernemental, les mécanismes d'assurance maladie risquent de compromettre et non de contribuer à l'objectif d'accès équitable et universel aux soins de santé.

Résumé

Toute personne a droit à la santé. Dans les pays pauvres, le défi est de financer des systèmes qui garantiront ce droit. Le mécanisme de financement de la santé en place depuis 20 ans – le paiement par les usagers (*user fees*) - n'a pas réussi à relever ce défi, et aujourd'hui, certains acteurs de la communauté internationale mettent en avant les mécanismes d'assurance maladie comme nouveau moyen de combler les gaps de financement des soins de santé et d'améliorer la situation des plus pauvres. Ce rapport décrit ces mécanismes ainsi que leur capacité à garantir le droit à la santé, en particulier pour les populations pauvres. Ce rapport montre également que même si l'assurance maladie peut permettre d'améliorer l'accès aux services de santé et de réduire les dépenses de santé (désastreuses) pour certaines parties de la population, elle peut également remettre en cause le caractère équitable et l'efficacité des systèmes de santé.

Afin d'éviter de perdre encore 20 ans, les partisans de ces mécanismes d'assurance doivent fournir la preuve que ceux-ci fonctionnent avant de promouvoir leur mise en place dans les pays pauvres. L'accès universel à la santé a mis 100 ans à se mettre en place en Europe. Dans un monde riche en ressources et en connaissance, on ne peut demander aux populations pauvres d'attendre à leur tour 100 ans.

Les mécanismes étudiés dans ce rapport sont : l'assurance maladie privée (AMP) ; la micro assurance santé privée; l'assurance maladie communautaire (AMC) et l'assurance maladie sociale (AMS).

Plus de 25 ans après l'introduction de l'assurance maladie privée (AMP) dans les pays en développement, il n'y a toujours aucune preuve qui permette de dire si ce système fonctionne au-delà d'un groupe limité de personnes. Dans les pays à faible revenu, le taux de couverture par une assurance est de moins de 10%. Dans les pays où l'AMP s'est fortement développée, elle a très peu contribué à l'objectif d'accès universel à la santé et a même eu un impact défavorable en augmentant les inégalités. Au Chili, les primes d'assurance ont été fixées à un taux 2,5 fois plus élevé pour les femmes que pour les hommes. Les coûts de régulation de l'AMP et la fragmentation de la mutualisation du risque font de cette assurance un instrument inefficace et coûteux pour améliorer l'accès aux soins.

Les systèmes de micro assurance santé privée à destination des populations pauvres proposent des primes peu élevées mais offrent des avantages limités. De plus, de nombreuses prestations médicales ne sont pas couvertes, ce qui limite l'intérêt d'une telle assurance censée réduire les paiements à l'acte, et touche en particulier les plus démunis. En Inde, sur 14 systèmes d'assurance, 12 ne couvrent pas les maladies liées à l'accouchement et à la grossesse, et la majorité de ces systèmes excluent les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Jusqu'à présent, les systèmes d'assurance maladie communautaires (AMC) ont réussi à couvrir deux millions de personnes en Afrique, sur une population totale d'environ 900 millions (soit 0,2%). A petite échelle, certains éléments prouvent que l'AMC permet de réduire les paiements à l'acte et peut potentiellement contribuer au renforcement des capacités (empowerment) des populations pauvres dans leurs rapports avec les prestataires médicaux et les décideurs politiques. Cependant, les adhérents à l'AMC continuent de payer de leur poche plus de 40% de leurs besoins de santé. Pour garantir un niveau minimum de soin aux pauvres, l'AMC devra tisser des liens étroits avec les systèmes de santé nationaux et bénéficier de subventions importantes.

L'assurance maladie sociale (AMS) a permis d'atteindre l'objectif d'assurance universelle dans les nations développées, mais le contexte dans la plupart des pays à faible revenu n'est pas propice à l'extension de la couverture par l'AMS. Les travailleurs du secteur informel (qui, dans certains pays, représentent jusqu'à 80% de la population active) et les personnes sans emploi demeurent presque toujours exclus comme le montre l'exemple du Ghana. Les pays qui ont pu étendre de manière significative la couverture par l'AMS aux plus démunis sont ceux qui sont fortement subventionnés grâce aux revenus d'impositions et dans lesquels la capacité institutionnelle préexistait.

La plupart du temps, on évalue les systèmes d'assurance en fonction de leur performance envers leurs membres. Mais cela ne tient pas compte de l'impact de tels systèmes sur l'ensemble de la population, en particulier sur les populations pauvres n'ayant pas les moyens d'avancer le paiement des soins.

Recommandations de ce rapport :

- Les pays et les donateurs devraient non seulement évaluer les mécanismes d'assurance en fonction des avantages qu'ils procurent aux sous-groupes d'assurés mais aussi en fonction de leur contribution aux objectifs de couverture universelle, d'équité horizontale et verticale et d'efficacité au sein d'un pays.
- Le financement de la santé devrait spécifiquement se concentrer sur les besoins des groupes vulnérables, tels que des femmes, les populations pauvres, les personnes âgées et celles qui vivent avec le VIH/SIDA, qui sont les plus susceptibles d'être exclues des mécanismes d'assurance.
- Les gouvernements devraient augmenter leurs budgets de santé, grâce à une augmentation des recettes fiscales, et les donateurs devraient fournir un appui budgétaire et sectoriel plus important. C'est la seule méthode qui a fait ses preuves pour permettre un accès universel à une couverture maladie à court terme. Les gouvernements doivent en particulier garantir un financement suffisant des actes médicaux de prévention qui sont d'une importance cruciale (ces derniers étant très peu couverts par les systèmes d'AMP) et sensibiliser à la santé publique.

- Les programmes nationaux de santé développés dans le cadre (et en dehors) du Partenariat international pour la Santé (lancé en 2007) devraient répondre aux besoins de la population dans son ensemble, inclure un plan national d'assurance et être entièrement financés. Dans ce contexte, les donateurs doivent reconnaître que peu d'éléments permettent de prouver que les mécanismes d'assurance maladie sont un moyen de financer la santé.
- Les pays souhaitant supprimer le paiement des actes médicaux par les usagers (user fees) et généraliser l'accès à des soins de santé gratuits financés par les recettes générales devraient être soutenus par les donateurs car il s'agit de la voie la plus prometteuse et la plus équitable vers l'accès universel.
- Tandis que les donateurs soutiennent des mécanismes de partage des risques dans les pays en développement, ils ne parviennent pas à se montrer solidaires de la même manière au niveau mondial : aucun des engagements internationaux en termes d'aide au développement n'est respecté par les donateurs. Il est donc urgent d'agir pour permettre aux populations des pays en développement de jouir de leur droit à la santé.

1 Introduction

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. »

Déclaration universelle des Droits de l'Homme (1948), Article 25 (1).

Trente ans après la Déclaration d'Alma-Ata, environ 1,3 milliard de personnes dans le monde n'ont toujours pas accès aux soins de santé de base.¹ Bien que le droit à la sécurité sociale et à la santé soit bien établi dans le droit international, les gouvernements et les donateurs internationaux échappent toujours à leur responsabilité de garantir ces droits à des millions de personnes.² Les disparités énormes entre les personnes riches et pauvres demeurent évidentes entre et au sein des pays.³

Pour la grande majorité des populations pauvres dans les pays à faible revenu, les services publics sont soit indisponibles, soit au profit des riches soit inabordable financièrement.⁴

Chaque année, parce qu'ils doivent s'acquitter de lourds frais de santé, 100 millions de personnes tombent dans la pauvreté.⁵ Le Rapport Social Watch 2007 a conclu que, au taux de progression actuel, l'Afrique subsaharienne disposera de l'assurance universelle des besoins de base aux alentours de 2108 – soit 93 ans après 2015, la date cible pour atteindre les Objectifs de développement du Millénaire (ODM).⁶

Renouveler l'intérêt pour l'assurance maladie

Pendant des décennies, les systèmes de santé ont été sous-financés par les gouvernements et les donateurs, et les soins de santé dans les pays pauvres ont été principalement financés par les usagers⁷. Il existe aujourd'hui un consensus international de plus en plus important sur le fait que le paiement par les usagers est une forme injuste de financement, une entrave à l'accès à la santé, une cause d'appauvrissement et que des mesures concrètes doivent être prises pour supprimer ce système.⁸

Les pays en développement, les agences multilatérales (en particulier la Banque mondiale et la Société financière internationale et l'Organisation mondiale de la Santé), et les pays donateurs (par exemple la France, l'Allemagne et les Pays Bas) ont montré un intérêt accru pour l'assurance maladie comme mécanisme de collecte et de distribution équitable des ressources pour le secteur de la santé, le paiement par anticipation et la mutualisation des risques (*risk pooling*) étant considérés comme préférables au «paiement à l'acte».⁹ L'Allemagne est l'un des pays leader au sein de l'Initiative «Providing pour Health», qui favorisera les mécanismes de protection sociale, y compris l'AMS, dans les pays en développement.

Il existe cependant des divergences de vues pour savoir dans quelle mesure les systèmes de santé devraient être financés par les revenus d'imposition et dans quelle mesure différents mécanismes d'assurance pourraient être mis en place.¹⁰ Il y a également des désaccords sur le rôle que le gouvernement devrait jouer et même dans quelle mesure l'objectif d'équité dans l'accès aux soins de santé devrait être poursuivi.¹¹

Un engagement en faveur de cet objectif d'équité est particulièrement important, les problèmes de santé étant un problème crucial pour les plus démunis : ils sont plus vulnérables aux maladies, restent malades plus longtemps, vivent moins longtemps et tout cela diminue leurs activités productives. L'équité ne signifie pas uniquement l'égalité d'accès pour tous (c.-à-d. l'équité horizontale), mais également un accès différentiel selon les besoins des personnes (c.-à-d. l'équité verticale).

Poursuivre un objectif d'équité en matière de soins de santé signifie réduire les inégalités structurelles entre différents groupes sociaux.¹² Des efforts doivent donc être faits pour renforcer l'assurance universelle et atteindre en particulier les pauvres et autres groupes défavorisés.

Alors que ces problématiques sont débattues et que les donateurs et les gouvernements mènent leurs propres projets, souvent de manière fragmentée, dans les pays en voie de développement, la majorité des populations pauvres et les groupes les plus vulnérables continuent d'être exclus de l'assurance et de l'accès à la santé.

2 Le financement des soins de santé pour les plus pauvres

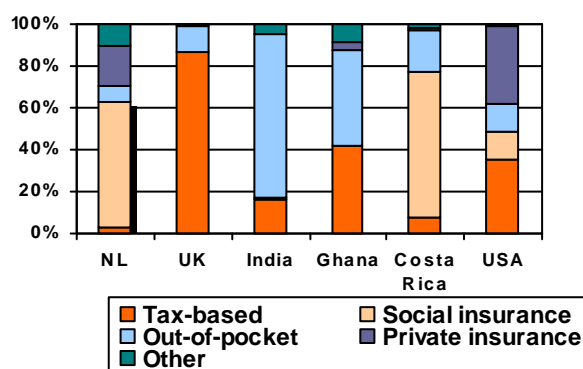
Les objectifs du financement des soins de santé sont de mobiliser des ressources pour le système de santé, définir les incitations financières adéquates pour les prestataires et s'assurer que tous les individus disposent d'un accès à des soins efficaces.¹³

Nul ne devrait être en position de ne pas pouvoir payer pour de tels soins ou de devoir s'appauvrir en le faisant.

La plupart des pays à revenu élevé dépendent fortement des impôts (par exemple, Royaume-Uni) ou de l'assurance maladie obligatoire (France, Allemagne) pour le financement de la santé. Les pays à faible revenu dépendent la plupart du temps de paiements directement effectués par les bénéficiaires au moment de la prestation et certains dépendent aussi fortement de l'appui des donateurs internationaux.

La plupart des pays ont établi des systèmes de santé basés sur une combinaison d'au moins deux dispositions (voir le graphique 1).

Graphique 1: Le financement de la santé dans différents pays sélectionnés¹⁴



Le choix de différents modèles institutionnels dépend largement de l'histoire, de la situation économique, de la capacité institutionnelle et de la culture de chaque pays.

Dans le débat actuel, un certain nombre d'arguments sont avancés pour souligner les avantages de l'assurance maladie pour améliorer le financement et l'accès à la santé dans les pays pauvres :

- L'assurance peut augmenter la disponibilité des ressources pour les soins de santé et permettre ainsi aux fonds publics limités d'être orientés vers les pauvres.
- L'assurance offre une source de financement plus prévisible comparée à l'imprévisibilité des recettes d'impôts. Ceci facilite également les investissements privés dans la santé.
- La mise en commun des ressources permet des subventions croisées (cross-subsidies) entre ceux qui sont en bonne santé et ceux qui sont malades et entre les riches et les pauvres.
- L'assurance réduit l'incertitude pour les citoyens et les protège financièrement contre l'appauvrissement suite à une maladie.
- Les systèmes d'assurance maladie contribuent à des soins de santé de meilleure qualité en séparant l'achat et la fourniture de services, particulièrement si le paiement est basé sur la prestation.
- Les gens sont davantage disposés à payer l'assurance maladie que les impôts, car leur contribution est liée au droit (d'accès aux soins).

Quoiqu'il en soit, les diverses formes d'assurance maladie citées - l'assurance privée, micro-assurance, assurance communautaire et assurance sociale - présentent des limites importantes dans les pays pauvres : difficultés à générer des revenus significatifs, imprévisibilité du financement, inégalités au niveau du partage des risques et de la protection offerte, difficultés quant à l'amélioration de la qualité du service. Il y a également des problèmes spécifiques quant à leur contribution à l'équité et à l'efficacité des systèmes de santé dans leur ensemble.

L'assurance maladie privée

L'assurance maladie privée (AMP) est de plus en plus répandue tant dans les pays développés que dans ceux en développement et beaucoup la considèrent comme ayant un fort potentiel en Afrique.¹⁵ La Banque mondiale a été particulièrement influente en conduisant la croissance des marchés de l'AMP en Amérique latine, en Europe de l'Est et en Asie centrale.

Cependant, la couverture par l'AMP est encore limitée : en 2005 elle ne dépassait les 20% du total des dépenses de santé que dans seulement six pays, et dans les pays à faible revenu, les taux de couverture étaient inférieurs à 10% de la population.¹⁶

L'inégalité de l'AMP

Bien que l'AMP puisse accroître la protection financière et l'accès aux services de santé (de qualité) à ceux qui peuvent se les payer, elle reste particulièrement inéquitable à moins que les pauvres soient subventionnés. Comme on peut le constater aux Etats-Unis, sans intervention forte du gouvernement, l'AMP peut engendrer une augmentation des coûts et un accès inéquitable.¹⁷ L'*Institute of Medicine* estime que 18.000 Américains meurent prématurément tous les ans parce qu'ils ne disposent pas d'assurance maladie.¹⁸ Bien que, per capita, les USA soit le pays qui dépense le plus pour la santé dans le monde, le système actuel est loin de garantir la couverture universelle, contrairement aux systèmes dans d'autres nations industrialisées, et est susceptible, dans un avenir proche, d'être réformé.¹⁹

Les systèmes d'AMP peuvent être fortement bénéfiques pour le nombre relativement petit de personnes qui y adhèrent, mais dans les pays où l'AMP a montré une forte croissance, sa contribution à l'accès universel aux soins de santé a été insignifiante voire même a eu un impact défavorable en augmentant les inégalités.²⁰ Dans le cas de l'Amérique latine, où l'AMP a été introduite dans les années 80, les systèmes privés n'ont couvert que la tranche de la population ayant les revenus les plus élevés ; les groupes à faible revenu peuvent se tourner vers les systèmes de sécurité sociale existants, qui offrent peu d'avantages, ou ne souscrire à aucune assurance maladie du tout. Des inégalités de cette nature ont été rapportées en Argentine, au Chili, en Colombie, au Brésil et au Pérou.²¹ Ce manque d'équité et d'efficacité est une raison suffisante pour s'interroger sur les raisons qui poussent les donateurs et les gouvernements à continuer de mettre en avant les systèmes d'AMP comme solution dans les pays en développement.²²

Cela explique également pourquoi des groupes de la société civile dans certains pays sont de plus en plus fortement et violemment opposés à de telles réformes et privatisations comme c'est le cas en Egypte.²³

En matière d'AMP, l'adhésion est généralement volontaire et la prime est fixée en fonction du profil de risque du membre. Ce système ne soutient pas la solidarité (le partage de risque) entre les personnes au profil de risque élevé et celles dont le profil est faible. Cela encourage également des compagnies d'assurance à développer

des politiques dans le but d'attirer des personnes avec les risques sanitaires inférieurs à la moyenne et d'exclure ceux avec des risques sanitaires plus élevés - par exemple, par le biais de pratiques telles que le screening, les exclusions, les périodes d'attente et les co-paiements. Les compagnies d'assurance justifient cette pratique (généralement connue sous le nom d'écramage) en arguant du fait que les systèmes d'assurance volontaires pourraient autrement attirer des personnes présentant des risques sanitaires élevés (un phénomène connu sous le nom de sélection adverse). De telles pratiques mènent à la discrimination et à l'exclusion de groupes spécifiques comme les femmes, les personnes âgées et celles qui vivent avec le VIH/SIDA (voir l'encadré 1).

Dans certains pays, des mécanismes spéciaux ont été mis en place pour inclure les personnes les plus pauvres dans le système, par exemple grâce à la subvention par le gouvernement de l'adhésion des personnes vivant au-dessous d'un certain seuil de pauvreté. Le problème qui survient alors, cependant, est qu'est-ce qui arrive aux personnes qui ne sont pas « suffisamment » pauvres pour pouvoir bénéficier de la subvention mais qui ne sont pas assez riches pour payer elles-mêmes l'AMP, ou à ceux qui ne peuvent pas « prouver » qu'elles sont pauvres. Là où la subvention de la prime des pauvres couvre seulement une fraction de la population pauvre, l'accès aux services pour le pauvre non-subventionné reste une question.

Box 1: Assurance privée et équité au Chili

Au Chili, les réformes de 1980 ont permis aux compagnies d'assurance privées (ISAPREs) de concurrencer le Fond public national de Santé (FONASA). Les deux systèmes ont des fonctionnements opposés : FONASA est financé par un impôt sur le salaire de sept pourcent et n'exclut personne, tandis que l'ISAPREs peut ajuster les primes et les bénéfices pour refléter le risque individuel du client.

En conséquence, les 27 pourcent les plus riches et les plus sains de la population du Chili se sont assurés auprès de l'ISAPREs, qui propose des paquets aux avantages plus larges à une prime plus élevée, alors que presque tous les ouvriers de faible revenu et leurs familles, ainsi que la majorité des personnes de plus de 60 ans restent couverts par FONASA.

La séparation de la population en différents groupes de risque a limité les possibilités de subventions croisées et a eu pour conséquence une grave segmentation du marché.

En outre, cela a engendré une plus grande discrimination des femmes dans les plans de santé d'ISAPRE, qui propose aux femmes des primes 2.5 fois plus chères qu'aux hommes.²⁴

Les intérêts du secteur privé ont été clairement mis en évidence lorsqu'un assureur privé a fermé ses plans aux femmes âgées 18-45, suite au retrait de la subvention de maternité accordée par le gouvernement.²⁵

L'inefficacité de l'AMP

Afin d'empêcher l'accroissement des inégalités dans l'accès aux services de santé, il est essentiel de réglementer le marché de l'assurance privée. Sans régulation, l'AMP mène à une montée en flèche des coûts, à une détérioration des services publics, à une réduction de la disponibilité des actes médicaux préventifs et à une augmentation des inégalités entre les personnes pauvres et celles qui sont en meilleure santé.²⁶ Dans la plupart des pays à faible revenu, il existe un manque de capacité de régulation efficace. Réglementer l'AMP est compliqué, et les coûts liés à cette régulation peuvent représenter jusqu'à 30 pourcent des recettes des primes.²⁷ C'est une raison pour laquelle on a estimé que les coûts de gestion de l'AMP sont jusqu'à dix fois plus élevés que les coûts d'administration de l'assurance sociale.²⁸

Il convient de se demander si les subventions octroyées à l'AMP par les donateurs et les gouvernements n'auraient pas été dépensées beaucoup plus justement dans un système plus efficace et qui aurait eu le potentiel de faciliter l'accès aux soins de manière plus équitable. Si les mêmes ressources étaient investies dans le secteur public - qui jusqu'à présent est largement sous financé - l'accès universel pourrait, sans aucun doute, être réalisé beaucoup plus rapidement et plus équitablement.

La micro-assurance privée

Dans le monde entier, approximativement 35 millions de personnes sont couvertes par des systèmes de micro assurance maladie proposés par des institutions privées telles que des compagnies d'assurance ou des institutions de microfinance (IMF) ; 90 pourcent de ces personnes vivent en l'Asie, neuf pourcent en Afrique et un pourcent en Amérique. La différence principale entre l'AMP et la micro assurance maladie est que cette dernière cible spécifiquement les personnes pauvres. Tous deux restent néanmoins à but lucratif. Les primes sont basses, mais les avantages proposés sont également limités. De plus, les personnes les plus pauvres se trouvent toujours exclues.

La couverture par le biais des micro-assureurs inclut souvent les soins de santé primaire (SSP) ou l'hospitalisation (limitée), qui peuvent éviter aux ménages des dépenses de santé parfois catastrophiques.²⁹ Cependant, l'assurance fournie par de tels systèmes est souvent restreinte. Le cas de l'Inde prouve qu'en excluant des prestations médicales importantes, la micro assurance maladie n'a pas vraiment permis de réduire le paiement à l'acte.

Comme pour tous les modèles d'assurance, il est important de faire une distinction claire entre la couverture en termes d'adhésion à un système et la couverture en termes d'accès aux services. La couverture en termes d'adhésion n'a que peu de sens si les services et les médicaments de base sont inabordables ou ne sont pas couverts par la police d'assurance.

La prolifération des systèmes de micro-assurance contribue à la fragmentation de la mutualisation du risque, avec un manque de subvention croisée entre les groupes des membres les plus riches et les plus pauvres³⁰. La micro-assurance menace le principe d'équité et l'objectif d'accès universel, en particulier lorsque les systèmes excluent des personnes ayant des profils de risque élevés (par exemple, les personnes vivant avec le VIH/SIDA ou les personnes âgées). Elle propose aussi des primes plus élevées pour les groupes à risque élevé. Bien que la micro-assurance ait des mérites certains, elle présente également des limites importantes.

Encadré 2: La fragmentation de la mutualisation du risque (fragmentation of risk pooling) en Inde

Depuis 2000, l'Inde a connu une forte croissance des systèmes de micro-assurance.³¹ Les compagnies d'assurance privées sont autorisées à opérer sur le marché indien à condition qu'elles assurent également les ménages à faible revenu. Sur les 14 micro-assurances recensées 2005, seules neuf couvraient les dépenses d'hospitalisation. Cependant, 12 d'entre eux excluaient les maladies liées à l'accouchement et à la grossesse ainsi que la plupart des personnes exclues vivant avec le VIH/SIDA.

Une étude, sur le terrain, de six systèmes d'assurance maladie en Inde a montré qu'ils ont joué un rôle positif dans la réduction des dépenses catastrophique de santé dans le cas d'hospitalisation, mais n'ont pas vraiment permis aux populations assurées de réduire leur dépenses de santé, car les hospitalisations n'ont représenté que 11 pourcent du total des dépenses de santé des ménages.³²

L'assurance maladie communautaire

L'assurance maladie communautaire (AMC) est un mécanisme non-lucratif basé sur la solidarité au sein d'un groupe restreint de personnes. Les systèmes d'AMC varient beaucoup en fonction de qui, comment, pourquoi et à quels prix ils couvrent des personnes. La majorité des systèmes d'AMC fonctionnent dans des secteurs ruraux, et leurs membres sont relativement pauvres. Les exemples les plus connus sont les systèmes existant en Afrique et connus sous le nom de *mutuelles de santé*.³³

L'AMC s'est développée de manière exponentielle en Afrique centrale et de l'Ouest, passant de 76 systèmes actifs en 1997 à 199 en 2000 et 366 de 2003. De plus, 220 systèmes supplémentaires en cours de développement ont été comptabilisés³⁴. En Afrique, ces systèmes couvrent près de deux millions de personnes sur environ 900 millions³⁵; 70 pourcent de ces systèmes ont moins de 30.000 membres et 26 pourcent ont moins de 3.000 membres. Environ 64 pourcent des *mutuelles de santé* font payer des primes inférieures à 1\$ par mois.³⁶

En raison de leur petite taille, de leur nature volontaire et de leurs primes basses, les systèmes d'AMC présentent de sérieuses limites en termes de durabilité financière et de capacité de gestion. Leurs gestionnaires sont souvent bénévoles : cela permet de maintenir les coûts administratifs relativement bas (ils oscillent entre 5 et 17 pourcent du total des recettes³⁷), mais les gestionnaires manquent souvent des qualifications et du temps nécessaires pour améliorer la performance du système.³⁸

Une différence importante entre la micro-assurance privée et les AMC est que ces dernières sont régies par leurs membres. Les AMC peuvent donc augmenter la participation des communautés dans la prise de décision et le développement de politiques de santé, ce qui peut augmenter la capacité de réaction des services de santé. Cependant, l'ampleur de la responsabilisation (empowerment) via l'AMC reste à démontrer.

Les primes d'AMC sont basées sur le profil de risque de la communauté et pas sur celui des membres individuels. Ceci signifie qu'il y a un plus grand niveau de solidarité entre les personnes à risques élevés et faibles ; cependant, le niveau de subvention croisée (cross-subsidisation) entre les groupes de revenu est très limité, car la plupart des adhérents tendent tous à être aussi pauvres.

Comme l'AMC ne peut compter que sur les contributions très petites de ses membres, les services de santé qu'il offre sont généralement complémentaires aux services fournis par les gouvernements, ce qui signifie que le succès de tels systèmes dépend en grande partie de la qualité du financement et des soins publics. Plusieurs études ont démontré les effets positifs de l'AMC en termes d'accès à la santé, mesurés en termes de taux d'utilisation.³⁹ Cependant, les adhérents aux systèmes d'AMC continuent souvent à devoir payer de leur poche plus de 40 pourcent de leurs besoins de santé.⁴⁰

En raison de leur petite taille et leur couverture partielle, la capacité des AMC à créer des systèmes de santé efficaces et équitables est négligeable. La menace de faillite est réelle, particulièrement en période de besoin.

Les taux d'inscription peuvent fluctuer entre 0,3 et 90,3 pourcent du groupe cible, mais sont souvent bas.⁴¹ Très peu de modèles atteignent les groupes les plus pauvres ou les plus vulnérables, à moins que les gouvernements ou d'autres acteurs leur facilitent l'adhésion.⁴² Une évaluation des systèmes d'AMC d'Oxfam en Arménie avec des taux moyens de participation (relativement élevés) de 40 pourcent a montré que les plus pauvres en étaient exclus car ils ne disposaient pas des moyens d'y participer (les contraintes financières étant citées par 79 pourcent des non-adhérents comme la raison principale de ne pas y participer). Les plus pauvres n'ont donc pas pu tirer bénéfice de la subvention investie pour appuyer le système.⁴³

Les systèmes d'AMC sont souvent perçus comme une solution provisoire pour aider à satisfaire les besoins financiers des pauvres et comme une étape vers l'introduction de l'assurance maladie sociale (SHI).⁴⁴ Il est cependant très optimiste de penser que les systèmes d'AMC peuvent être améliorés pour aider à la mise en place d'un système d'AMS. Les pays européens qui y sont parvenus ont bénéficié d'une forte croissance économique qui a permis aux adhérents de payer des primes de plus en plus élevées, ainsi que d'accroître les recettes fiscales qui ont favorisé des niveaux de subvention élevés (50-100 pourcent).⁴⁵ En outre, ces systèmes n'ont pu se développer que grâce à un soutien politique fort et au développement de cadres législatifs appropriés : une condition qui est loin d'être satisfaite dans de nombreux pays pauvres. Même dans ces circonstances, cette transition a pris, dans des pays comme l'Allemagne, 100 ans pour atteindre la couverture universelle.⁴⁶

Plusieurs pays en développement, cependant, ont choisi de mettre en place des réglementations spécifiques afin d'augmenter la part des AMC dans leurs dispositifs nationaux d'assurance santé. Bien que la couverture, en termes de nombres puisse sembler impressionnante - au Rwanda, par exemple - elle ne s'est jusqu'ici pas encore suffisamment traduite en un meilleur accès aux soins de santé (voir l'encadré 3).

Encadré 3: L'augmentation des AMC au Rwanda

L'émergence des systèmes d'AMC, ou *mutuelles de santé*, dans le secteur de la santé du Rwanda est une réponse de la communauté à la réintroduction des paiements par les usagers (*user fees*) dans les dispensaires publics ou des missions, et ont été soutenus par des autorités sanitaires et les ONG.⁴⁷

Le nombre de *mutuelles* a augmenté de six en 1998 à 76 en 2001 et 226 en novembre 2004. La couverture des groupes à faible revenu n'a seulement été possible qu'après que le Ministère de la Santé a commencé à subventionner les frais d'adhésion pour les dix pourcent des personnes les plus pauvres de la population. Cette mesure a permis d'amplifier la couverture des *mutuelles* de 70 pourcent en 2007, mais trop de personnes parmi les populations pauvres en sont encore exclues.⁴⁸ En janvier 2007, les frais d'assurance pour les *mutuelles* ont été fixés à 1,70\$ par personne, et chaque ménage a été obligé d'enregistrer tous ses membres. Lorsqu'un membre bénéficie de soins, il doit contribuer à raison de dix pourcent du coût total.

Ce montant est encore problématique pour les familles les plus pauvres. Vingt pourcent de la population restent exclus de l'assurance maladie.⁴⁹

L'utilisation des services reste également basse. En 2005, le Ministère de la Santé estimait le taux d'utilisation à 0,45 consultation par personne et par an, ce qui est très bas comparé aux estimations du nombre de fois où une personne tombe malade par an (de deux à trois fois).

Le niveau élevé de mortalité maternelle au Rwanda peut en partie être attribué à la faible utilisation des équipements de santé. 71 pourcent des femmes sondées lors de l'enquête démographique et sanitaire de 2005, ont mentionné le manque d'argent comme principal obstacle.

D'autres obstacles sont la mauvaise qualité des services et la distance par rapports aux hôpitaux et dispensaires, surtout dans les zones rurales sous financées.⁵⁰

Les systèmes qui demandent une contribution supérieure à quelques dollars par an restent hors d'atteinte pour les plus pauvres, alors qu'en même temps ils semblent incapables de financer des services de santé attractifs.⁵¹ Sans un financement suffisant du secteur de la santé, il est plus que probable que le fardeau du financement de la santé continue à peser en grande partie sur les épaules des utilisateurs.⁵²

L'assurance maladie sociale

Bien qu'en théorie, l'assurance maladie sociale (AMS) soit la plus à même de réaliser la couverture universelle, elle est, en pratique, difficile à mettre en place dans les pays à faible revenu.⁵³ Le fait que l'adhésion soit obligatoire et que les primes soient définies proportionnellement au revenu sont deux des éléments distinctifs de l'AMS. Le financement du système est généralement partagé par les employeurs, les ouvriers et le gouvernement.⁵⁴

L'AMS a le potentiel de créer de larges groupes de risque et de subventionner les primes pour les membres les plus démunis. De tels systèmes sont largement répandus dans les pays de l'OCDE, en Amérique latine et en Europe de l'Est, et existent également dans certains pays en Afrique (Égypte, Sénégal) et en Asie (Indonésie, Philippines).⁵⁵ D'autres pays ont récemment commencé à mettre en place des formes d'AMS, ou envisagent son introduction : parmi eux le Cambodge, le Ghana, l'Inde, l'Indonésie, le Kenya, les Philippines, la Tanzanie, le Vietnam, et le Yémen.⁵⁶

Ces systèmes de sécurité sociale demandent de fortes capacités institutionnelles, notamment au niveau de la perception des recettes.⁵⁷ Dans les pays à bas et moyen revenu, où la majorité de la population est employée dans le secteur informel (qui dans certains pays absorbe 80 pourcent de la population économiquement active) et où il y a une forte population rurale, une capacité administrative faible et un manque de gestion gouvernementale, l'AMS n'est généralement pas considérée comme une option viable.⁵⁸ Même en Amérique latine, qui a des niveaux de développement plus élevés que dans beaucoup d'autres régions et où l'AMS a la plus longue histoire dans le monde en développement, l'assurance est généralement limitée aux travailleurs des secteurs publics et formels. Les travailleurs du secteur informel et les personnes sans emploi restent désavantagés. Le risque d'exclusion des femmes est particulier élevé car elles sont employées de façon disproportionnée dans le secteur informel. Cette exclusion les amène souvent à demander des soins lorsqu'il est (presque) trop tard, ce qui cause la mort et la souffrance parmi les groupes les plus pauvres et les plus vulnérables – qui ont précisément plus besoin que d'autre d'avoir accès aux services de santé.

N'étant pas parvenus à étendre l'AMS au secteur informel, plusieurs pays ont choisi de créer un système parallèle financé par l'imposition, avec des dispositifs séparés gérés par les ministères de la santé.⁵⁹ De tels dispositifs fournissent généralement des soins de santé qui sont généralement plus limités et de moindre qualité que les soins offerts aux personnes assurées. Les systèmes parallèles de cette sorte peuvent également avoir comme conséquence des contributions plus élevées de la part de ceux qui peuvent le moins se le permettre – soit parce que les non-membres doivent faire un co-paiement soit parce qu'ils finissent par payer de leur poche.⁶⁰ Les non-adhérents – qui sont la plupart du temps les membres les plus pauvres de la société – peuvent ainsi finir par contribuer à un système qui a été développé principalement pour les membres adhérents, qui sont la plupart du temps en meilleure situation et employés dans le secteur formel.

Une fois de plus, il est important de faire la distinction entre adhésion à l'AMS et accès à la santé. Un exemple saisissant est fourni par certains systèmes de sécurité sociale en Amérique latine (au Honduras par exemple), où les avantages pour les épouses des membres sont limités à la grossesse et à l'accouchement.

Certains systèmes sont cependant parvenus à étendre la couverture sociale aux travailleurs informels. Par exemple, le Seguro Popular de Salud (SPS) au Mexique et le dispositif de couverture universelle (CU) en Thaïlande (deux pays à revenu moyen) (voir encadré 4), et le système national d'Assurance maladie au Ghana (voir encadré 5). Ce dernier exemple montre combien il est ardu d'étendre la couverture maladie aux ménages pauvres. Les raisons des faibles taux d'adhésion parmi les plus pauvres comprennent des problèmes administratifs dans l'identification et l'enregistrement des personnes éligibles, le fait que les personnes pauvres ne fassent pas de demande d'adhésion et le transfert insuffisant de ressources financières du gouvernement central pour subventionner les primes.⁶¹

Encadré 4: L'accès universel en Thaïlande

La Thaïlande est un bon exemple d'un pays à moyen revenu qui est parvenu à fournir l'assurance quasi-universelle à sa population.

La couverture universelle (CU) offre à tout citoyen thaï qui n'est pas affilié à une assurance un accès complet aux services de santé gérés par des réseaux de prestataires désignés. Les individus éligibles reçoivent une carte d'assurance gratuite et contribuent à raison de 30 bahts (0.94 \$) pour chaque visite.⁶² Ce dispositif combine des éléments d'assurance (avantages légaux) et des éléments de service public (financement par les recettes d'imposition). Depuis 2001, ce système a permis de couvrir 46,5 millions de bénéficiaires, soit 72 pourcent de la population. Parmi ces derniers, 24,3 millions sont exemptés de la contribution de 30 bahts.

Conjuguée aux deux systèmes en vigueur dans le pays (l'Assurance maladie de la Sécurité sociale et le Système des avantages médicaux pour les fonctionnaires publics (Social Security Health Insurance Scheme et Medical Benefits Scheme de Civil Servants) la couverture assurance en Thaïlande a atteint 96 pourcent de la population.⁶³

Mais la Thaïlande n'a pas réalisé cette quasi-assurance universelle en un jour. Plusieurs décennies d'investissement dans les zones rurales (où vit la grande majorité de la population) et dans les centres de santé primaire ont été nécessaires. Sans oublier l'expérience des systèmes d'assurance et d'un système administratif qui a pu, en un court laps de temps, enregistrer 45 millions de personnes.⁶⁴

Il y a néanmoins certains problèmes quant à la durabilité financière du système et son équité par rapport à la qualité offerte.⁶⁵ La durabilité financière du dispositif dépend de l'attribution suffisante de ressources par le gouvernement, ainsi que sur l'accessibilité des médicaments, qui dépendent soit de la production locale soit de l'importation de médicaments génériques.

L'efficacité et le coût pour atteindre les pauvres

Les coûts administratifs de l'AMS dans les pays d'Europe occidentale s'élèvent à environ cinq pour cent du total des recettes. L'importance du secteur formel, la part importante et croissante de la population urbaine et la possibilité d'une large mutualisation du risque ont permis à l'AMS en Europe d'être efficace et de garantir la qualité des soins. Dans les pays à bas revenu, cependant, le coût administratif pour couvrir de grandes populations de travailleurs informels peut être important. Les coûts de collecte des cotisations d'AMS sont substantiels par rapport à la perception des impôts (qui doivent de toute façon être collectés pour d'autres buts). Pour cette raison, les systèmes visant à étendre l'assurance au secteur informel dépendent en grande partie des recettes fiscales générales ou des impôts spécifiques créés pour financer le dispositif.⁶⁶

Encadré 5: l'extension de l'AMS au Ghana

Confronté au problème du sous financement de ses équipements sanitaires, le Ghana a introduit le Système national d'Assurance maladie (SNAM) en 2003. Son objectif était de financer la santé de manière durable afin d'assurer à tous et surtout aux plus vulnérables, des soins de santé accessibles, abordables et de qualité.

Le nouveau système a été complètement opérationnel dans 83 des 138 districts du pays en septembre 2005. Le nombre total d'adhérents était de 2,9 millions, soit 14 pourcent de la population.⁶⁷ Fin 2006, il couvrait 38 pourcent de la population. Cependant, seuls 19 pourcent des travailleurs du secteur informel avaient reçu des cartes d'identification et pouvaient accéder aux services proposés. La part des personnes les plus pauvres adhérant au système a chuté de 30 pourcent en 2005 à 1,8 pourcent en 2006.⁶⁸ La raison de cette diminution est toujours à l'étude, mais elle est, au moins partiellement, due aux difficultés d'identifier et d'inclure les personnes pauvres dans le dispositif (près d'un tiers de la population du Ghana vit en dessous du seuil de pauvreté et le secteur informel englobe environ 75 pourcent de toute la main-d'oeuvre). Il y a également eu des difficultés à intégrer plusieurs systèmes d'assurance existants mais fragmentés, dont les groupes de risque varient en termes d'avantage, de condition d'adhésion et de primes.

Le SNAM, qui est principalement financé par les taxes, est financé de manière additionnelle par le secteur de la santé ghanéen de manière raisonnablement équitable. Cependant, avec seulement 38 pourcent de la population disposant de cartes d'adhésion valides, l'accès à la santé n'est pas le même pour tous. Si le Ghana souhaite faire des progrès par rapport aux Objectifs de développement du Millénaire, il sera important qu'il puisse garantir une couverture sociale le plus tôt possible aux groupes vulnérables.

Les pays les plus pauvres et ceux dont la capacité institutionnelle en matière d'AMS est faible doivent considérer prudemment si, et dans quelles conditions, l'AMS est la meilleure solution en termes d'efficacité et d'équité, ou si d'autres types de financement sont plus prometteurs en termes d'augmentation rapide de l'accès pour les populations pauvres. Certains pays/régions ont augmenté rapidement les services disponibles grâce à forte intervention gouvernementale, c'est notamment le cas du Botswana, du Sri Lanka et du Kerala en Inde⁶⁹. Les gouvernements et les donateurs devraient également considérer ces exemples avant de parier sur des modèles qui prendront un siècle pour se développer.

3 La solidarité mondiale

Une observation fréquemment faite par rapport à la couverture universelle est qu'elle ne peut pas être réalisée en un jour. Comme ce document l'a montré, il est probable que l'amélioration de l'accès à la santé par des mécanismes d'assurance dans les pays à bas revenu sera un processus long. La question est donc de savoir combien de temps les gens devront attendre pour réaliser leurs droits à la santé et à la sécurité sociale. Les pays comme les donateurs internationaux doivent prendre leurs responsabilités et s'assurer que des investissements appropriés dans la santé soient faits de la manière la plus équitable et la plus efficace possible.

Cependant, de nombreux gouvernements manquent encore de politiques adaptées pour atteindre l'objectif d'accès universel ou n'ont tout simplement pas de politiques explicites en matière de justice sanitaire ou pour atteindre les personnes les plus pauvres.⁷⁰ Les dépenses publiques en matière de santé sont également largement en-deça de ce qui est nécessaire. En 2006, seul un tiers des pays africains subsahariens allouaient dix pourcent ou plus de leurs budgets nationaux au secteur de la santé, 38 pourcent des pays allouaient cinq à dix pourcent, alors que 29 pourcent assignaient moins de cinq pourcent, malgré l'objectif d'Abudja de 15 pourcent de dépense pour la santé.⁷¹

Les pays riches sont également loin de soutenir les pays en développement comme ils le devraient. Au sommet de Gleneagles en 2005, les chefs d'Etats de G8 ont promis de soutenir leurs partenaires africains voulant garantir le libre accès à la santé de base afin de réduire la mortalité de ceux qui risquent le plus de succomber à des maladies pourtant évitables, en particulier les femmes et les enfants. Plusieurs pays ont également défini des objectifs pour atteindre l'objectif de consacrer 0.7 pourcent de leur PNB à l'aide au développement des pays les plus pauvres d'ici 2015. A ce jour, seuls cinq pays ont atteint cet objectif.⁷² L'aide actuellement accordée aux secteurs de la santé est fragmentée, mal coordonnée et imprévisible ce qui ne fait que renforcer les problèmes.

L'idée même de l'assurance maladie est de partager les risques sanitaires et le fardeau des soins de santé. Les financements pour la santé doivent être prévisibles et fiables et ne doivent pas provenir d'un seul et unique pays. Les pays et les donateurs internationaux devraient s'engager en faveur du partage national et international des risques qui permettrait de rendre l'accès aux soins de santé vraiment universel et équitable. Il est urgent d'augmenter les ressources nationales et internationales prévisibles consacrées à la santé.

Ce financement pourrait être réalisé par le biais de différents mécanismes, notamment par l'imposition et par l'appui sectoriel et budgétaire direct⁷³. Ces ressources doivent avant tout être allouées pour subvenir aux besoins des pauvres.

Préalablement à tout investissement, les gouvernements et les donateurs devraient démontrer la manière dont les systèmes d'assurance contribuent à l'équité en matière de santé et à l'accès universel. Sans cela, les Objectifs de développement du Millénaire ne seront pas atteints et la réalisation du droit à la santé demeurera un rêve pour beaucoup.

La coopération dans le cadre du Partenariat international pour la Santé (PIS), convenu en 2007, est une bonne voie à suivre. Un certain nombre de donateurs et d'agences ont signé ce partenariat, qui vise à coordonner leur participation autour des plans nationaux de santé. De tels plans, dans le cadre du PIS et dans d'autres pays, doivent inclure un plan national d'assurance et garantir, équitablement et universellement, au minimum un niveau de soin de base à la population entière et de tels plans doivent être entièrement financés.

4 Conclusion et recommandations

Bien que les systèmes d'assurance puissent jouer un rôle important, ils n'ont pas, à ce jour, pu contribuer sensiblement à la couverture universelle dans les pays à faible revenu où des millions de personnes restent exclues de l'accès aux soins de santé.

Jusqu'à présent, rien ne prouve qu'un de ces mécanismes - AMP, micro-assurance maladie, AMC ou AMS - puisse combler les gaps de financement des secteurs de la santé des pays à faible revenu ; couvrir les populations pauvres; accroître le partage des risques et le niveau de protection sociale et en améliorer la qualité.

Recommandations :

- Les systèmes d'assurance devraient être examinés en fonction de leur contribution à l'objectif d'accès universel (y compris pour les groupes vulnérables), de l'équité horizontale et verticale et de leur efficacité dans un pays donné. Avant d'entreprendre des réformes de financement de la santé, les gouvernements et les donateurs devraient effectuer une évaluation d'impact selon ces critères, en toute transparence et en consultation étroite avec la société civile, y compris des représentants des groupes les plus vulnérables.
- Les donateurs et les gouvernements devraient accorder une attention particulière au concept d'équité. Cela demande un financement ciblé de sorte que les personnes les plus pauvres et les groupes les plus vulnérables voient leur accès aux services accru. Cela nécessitera également un changement significatif dans la manière dont les ressources sont allouées aux zones rurales et les investissements sont réalisés dans les soins de santé primaire.
- Les donateurs et les gouvernements devraient être particulièrement prudents par rapport à l'assurance maladie privée qui est une manière inefficace, inéquitable et onéreuse d'augmenter l'accès à la santé, et qui, en soi, menace les objectifs d'accès universel et équitable.
- Dans le cadre des plans sanitaires nationaux, qu'ils soient ou non développés en coopération avec le Partenariat international pour la santé, les gouvernements devraient proposer un calendrier pour la mise en place de l'accès universel. Les pays et les donateurs devraient quant à eux s'assurer que ces plans soient entièrement financés. Les donateurs doivent évaluer si oui ou non les mécanismes

d'assurance maladie sont des moyens efficaces de financer la santé et d'améliorer l'accès aux services.

- Augmenter les ressources publiques est nécessaire pour étendre la couverture des services aux plus démunis. C'est, à ce jour, la seule méthode qui ait fait ses preuves pour atteindre l'accès universel. Les gouvernements devraient augmenter leurs budgets nationaux pour la santé et améliorer la perception des impôts. Les donateurs devraient soutenir les budgets nationaux en fournissant un appui budgétaire/sectoriel aux gouvernements.
- Les pays souhaitant supprimer les participations financières des usagers (*user fees*) et développer les soins de santé gratuits financés par les recettes générales devraient être soutenus par les donateurs car il s'agit de la voie la plus prometteuse et la plus équitable vers l'accès universel.
- Il est urgent d'agir pour permettre aux personnes dans les pays en développement d'exercer pleinement leur droit à la santé. Les gens dans les pays à faible revenu ne peuvent pas se permettre d'attendre jusqu'à 100 ans pour obtenir l'accès universel à la santé comme ce fut le cas les pays riches.

Annexe 1: Résumé des mécanismes d'assurance

Mécanisme	Avantages	Inconvénients
Assurance maladie privée (AMP)	<ul style="list-style-type: none"> • Accroît la protection financière et l'accès à des services santé de qualité pour ceux qui peuvent se les payer 	<ul style="list-style-type: none"> • Les primes sont basées sur le profil de risque des membres • L'efficacité est souvent liée à la maximisation des profits • Grand risque de sélection adverse et d'écrémage • Particulièrement inéquitable si l'accès des pauvres n'est pas subventionné • Assurance habituellement limitée à un petit pourcentage de la population due aux niveaux des primes, aux méthodes de sélection et à la nature volontaire. • Coûts administratifs et de réglementation élevés • Peut mener à d'importantes augmentations du coût des prestations (soins) et peut avoir une influence négative sur les services disponibles aux pauvres
Micro Assurance maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Cible les personnes à faible revenu • Peut atteindre le secteur informel 	<ul style="list-style-type: none"> • Grand risque de sélection adverse et d'écrémage à cause de la nature lucrative et de l'adhésion volontaire • Sans subvention, les pauvres peuvent en être exclus. • Vulnérable financièrement sans soutien financier du gouvernement. • Dispose souvent d'une capacité administrative limitée
Assurance maladie communautaire (AMC)	<ul style="list-style-type: none"> • Vise le marché de faible revenu, non lucratif • Permet d'atteindre 	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes les plus pauvres sont exclues si elles ne bénéficient pas de subventions

(AMC)	<p>le secteur informel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les primes de risque sont calculées en fonction du profil de risque de la communauté et pas sur base individuelle, ce qui signifie un partage des risques plus élevé • A démontré sa capacité à améliorer l'accès aux services pour les pauvres mais pas pour les plus pauvres • Peut faciliter la responsabilisation des communautés 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de sélection adverse dû à l'adhésion volontaire • Financièrement vulnérable sans soutien financier du gouvernement • Dispose souvent d'une capacité administrative limitée
Assurance Maladie sociale (AMS)	<ul style="list-style-type: none"> • Adhésion obligatoire • Niveau élevé de partage des risques dû à une large mutualisation des risques • Primes proportionnelles au revenu et non lucrative • Génère des recettes relativement stables 	<ul style="list-style-type: none"> • Sans subventions, les personnes pauvres en sont exclues. L'AMS doit se démener pour identifier les groupes à subventionner (y compris les travailleurs du secteur informel) et pour les enrôler. • Peut menacer l'équité si les groupes les plus pauvres (subventionnés) reçoivent moins d'avantages • Complexe à gérer et les pays à faible revenu manquent de capacité de gestion

Bibliographie

Action for Global Health (2007). "Health Warning; Why Europe must act now to rescue the health Millennium Development Goals.

Appiah-Denkyira et Preker (2005) 'Reaching the poor in Ghana with national health insurance - an experience from the districts of the Eastern Region of Ghana', in BIT, GTZ, OMS (2007) *Extending Social Protection in Health, Developing Countries' Experiences, Lessons Learnt and Recommendations*.

Bennet (1997) 'Private Health Care and Public Policy Objectives in Marketizing Education and Health in Developing Countries: Miracle or Mirage?'

Barrientos et Lloyd-Sherlock (2002) 'Older and poorer? Ageing and poverty in the South', *Journal of International Development*, No 14.

Bijlmakers et al. (2006) The Role of User Fees and Health Insurance in Health Care Financing.

Blanchet (2007) 'Health Situation Analysis: Rwanda', Save the Children, janvier 2007.

Carrin et al. (2005) 'Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems' in *Tropical Medicine and International Health*, Vol. 10, août 2005.

Carrin et James (2005) 'Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage', International Social Security Association (2005)/International Social Security Review, Vol. 58, 1/2005, OMS, Genève.

Coheur et al. (2007) 'Linkages between Statutory Social Security Schemes and Community-Based Social Protection Mechanisms: A New Approach', Technical Commission on Medical Care and Sickness Insurance, ISSA. World Social Security Forum.

Doetichem et al. (2006) 'The Benefits and Challenges of Social Health Insurance for Developing and Transitional Countries,' publié avec le soutien financier du Ministère fédéral de la Coopération économique et du Développement (BMZ), Allemagne.

J. Jütting et D. Drechsler (2005) 'Private Health Insurance for the Poor in Developing Countries?', OCDE Policy Insights No. 11, 2005.

D. Drechsler et J. Jütting (2005): Private Health Insurance in Low and Middle Income Countries: Scope Limitations and Policy Responses.

Dror (2007) Présentation lors de la Conférence sur la micro-assurance, Mumbai, 14 novembre 2007. www.munichre-

foundation.org/NR/rdonlyres/DDB44E68-1A01-4BBE-8051-0F40BF5D34D0/0/MIC2007_WG4_Dror.pdf

GTZ (2005) 'Social Health Insurance, A Contribution to the International Development Policy Debate on Universal Systems of Social Protection'.

Homedes et Ugalde (2004) 'Why neoliberal reforms have failed in Latin America', in *Health Policy* No. 71 (2005).

Hsiao et Shaw (2007) 'Social Health Insurance for Developing Nations'. Les auteurs sont liés à la Harvard University School of Public Health et au World Bank Institute.

International Finance Corporation (2007) 'The Business of Health in Africa: Partnering with the Private Sector to Improve People's Lives'.

International Labour Organization (2007) 'Social Health Protection: An ILO Strategy towards Universal Access to Health Care'.

BIT (2005) 'Insurance Products Provided by Insurance Companies to the Disadvantaged Groups in India', document de travail.

Kumaranayake et Lilani (1998) 'Effective Regulation of Private Sector Health Service Providers', Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres.

La Concertation (2004) 'Inventaire des mutuelles de santé en Afrique, Synthèse des travaux de recherche dans 11 pays'.

Leal (2008) 'El IMSS bajo el Foxismo', in *Imagen Médica*, février 2008.

Lethbridge, J. (2002) 'Forces and Reactions in Healthcare', PSIRU, décembre 2002.

Meessen, B. (2006) 'Reviewing institutions of rural health centres: the performance initiative in Butare, Rwanda.', in *Tropical Medicine and International Health*, août 2006.

Ministère de la Santé du Ghana (2007) 'Health Sector 5 Year Programme of Work 2002 - 2006'; Independent Review of POW-2006

NCBA (2007) Literature Review for the West Africa Health Cooperative Project (NCBA est soutenue par l'USAID).

NCHC (2007) Health Insurance Cost, Facts on the Cost of Health Care

Ooms et Melody (2006) 'Do we Need a World Health Insurance to Realise the Right to Health?'

Oxfam International (2006) 'In the Public Interest: Health, Education, and Water and Sanitation for All'.

- PAHO/OMS (2001) 'Genero y sistema ISAPRE'.
- Pathe Diop et Damascene Butera (2005) 'Community-based health insurance in Rwanda', *Development Outreach*, mai 2005.
- Poletti et al. (2007) 'Options for Scaling Up Community Based Health Insurance for Rural Communities in Armenia', Health Systems Development Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Oxfam et HSD.
- Reuters (2008) US doctors support universal health care – sondage, 31 mars, 2008
- Roth et McCord (2007) 'The Landscape of Microinsurance in the World's 100 Poorest Countries'.
- Rusa et Fritsche (2007) 'Rwanda: Performance-Based Financing in Health'. In *The Sourcebook on Emerging Good Practice, seconde édition mai 2007*.
- Sakunphanit (2007) 'Universal Coverage for Health Care: From Policy to Implementation'.
- Schneider et Hanson (2006) 'The impact of micro health insurance on Rwandan health centre cost'
- Social Watch Report 2007: In Dignity and Rights, Making the Universal Right to Social Security a Reality.
- Scott (2007) 'Seguro Popular Incidence Analysis'.
- SPS (2008) Seguro Popular Salud; Statistiques: www.ssa-sin.gob.mx/SEGUROPOPULAR
- Towse et al. (2004) 'Learning from Thailand's health reforms' in *British Medical Journal*, janvier 2004.
- PNUD (2005) Rapport mondial sur le Développement humain
- United Nations Research Institute for Social Development (2007) 'Commercialization and Globalization of Health Care: Lessons Learned from UNRISD Research,' Research and Policy Brief 7.
- Waelkens et al., ILO-STEP (2005) 'The Role of Social Health Protection in Reducing Poverty: The Case of Africa'.
- Wagstaff (2007) 'Social Health Insurance Reexamined', Development Research Group, Banque mondiale.
- OMS (1948) Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, 1948.
- OMS (2000) Rapport mondial sur la Santé 2000: Health Systems; Improving Performance

OMS (2003) 'Community-Based Health Insurance Schemes in Developing Countries: Facts, Problems and Perspectives'.

OMS (2005) 'Social Health Insurance, Selected Case Studies from Asia and the Pacific.

OMS (2005) 'Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System', Technical Brief for Policy-Makers, Number 1.

Banque mondiale (2007) 'Healthy Development, The World Bank Strategy for HNP Results'

Notes

¹ Site internet de la CNUCED et de l'OIT (2007). La Déclaration d'Alma-Ata a été adoptée lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, qui s'est tenue en septembre 1978. La déclaration a confirmé que la santé était un droit de l'homme fondamental, et a, en particulier, recommandé avec insistance aux gouvernements de lancer et de soutenir les soins de santé primaires comme élément fondamental des systèmes nationaux globaux de santé. Elle a également exprimé la conviction qu'un niveau acceptable de santé pour tous au niveau mondial pourrait être atteint en l'an 2000 si les ressources de la planète étaient mieux utilisées.

² Ces droits incluent la Déclaration universelle des Droits de l'homme (1948), articles 22 et 25 (1), la Convention Internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels (1966), articles 9 et 11 (1) et la Convention sur les Drois de l'Enfant (1989), articles 26 (1) et 27 (1 et 3).

³ Une étude menée en 2004 a montré qu'en moyenne en Afrique subsaharienne, seuls 32 pourcent des enfants du quintile le plus pauvre avaient été entièrement vaccinés, comparé à 62 pourcent dans le quintile le plus riche. D. Carr (2004) 'Improving the health of the world's poorest people', *Health Bulletin* 1, Washington, DC: Population Reference Bureau.

⁴ Oxfam International (2006).

⁵ ILO (2007).

⁶ Ce calcul est basé sur le pourcentage des naissances assistées par un personnel de santé compétent, la mortalité infantile en dessous de 5 ans et le pourcentage d'enfants en première année qui atteint la cinquième année d'étude primaire. *Social Watch Report* (2007).

⁷ Malgré de nombreux engagements pris par les gouvernements et les donateurs, le secteur de la santé continue d'être sous financé – par exemple, les chefs d'Etats africains se sont engagés, dans la Déclaration d'Abuja adoptée par en 2001, à allouer au moins 15% de leurs budgets nationaux à la santé. Voir aussi la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et les engagements du G8. Le prochain Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide se tiendra à Accra en septembre 2008. La santé est un des secteurs de référence où les donateurs vont être évalués sur la mise en œuvre des principes de la Déclaration de Paris.

⁸ Bijlmakers et al. (2006). Même la Banque mondiale a déclaré dans sa stratégie 2007 (Banque mondiale, 2007, § 105) que « sur demande des pays, la Banque se tient prête à soutenir les pays qui veulent abolir les paiements par les utilisateurs dans les hôpitaux publics ».

⁹ WHA58.33 La « Résolution sur le Financement durable de la Santé, la Couverture universelle et l'assurance maladie sociale », adoptée lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en 2005, a appelé les Etats-membre à s'assurer que les systèmes de financement de la santé incluent une méthode de pré-paiement des contributions financières pour les soins de santé. D'autres moments importants relatifs à l'assurance maladie et/ou à la protection sociale ont été la conférence de Berlin et ses recommandations

(2005); la conférence de Paris sur la couverture des soins de santé dans les pays en développement (2007) et la présentation de l'Initiative « Providing for Health » lors du G8 en 2007. Egalement en 2007, L'UE et l'Afrique ont adopté le plan d'action du Partenariat stratégique UE-Afrique, dans lequel ils se sont engagés à mettre en place des systèmes de protection sociale et sanitaires et de renforcer les systèmes de santé régionaux et nationaux, y compris l'élimination des paiements par les utilisateurs des soins de santé de base.

¹⁰ L'OIT préconise fortement une approche de la protection sanitaire sociale basées sur les droits, en accordant une attention plus particulière aux segments de la population qui ne sont pas couvertes actuellement : « Toutes les options de financement devraient être envisagées tant qu'elles contribuent à l'assurance universelle et à l'égalité d'accès » (OIT, 2007). La Société financière internationale, le bras financier du secteur privé de la Banque mondiale, a préconisé dans sa stratégie 2007 pour le secteur privé que les fonds publics et des donateurs devraient être canalisés par les acteurs privés du secteur de la santé, y compris les systèmes d'assurance privées. Des pays donateurs tels que l'Allemagne, la France et les Pays Bas ont également montré un intérêt croissant pour l'assurance maladie. Par exemple, en 2006, le ministère hollandais de la Coopération au développement a débloqué un montant de 100 millions d'euros pour subventionner la couverture de l'assurance privée pour des groupes à bas revenu. Cependant, ni les Pays Bas ni la France n'ont défini une politique claire en matière de financement de la santé.

¹¹ Dans certains cas, on semble considérer que le manque de ressources justifie d'accorder des avantages de manière inéquitable – tels que des taux d'accès plus bas pour les populations pauvres - en se concentrant d'abord sur l'extension de l'assurance à la population qui peut y contribuer, comme les travailleurs du secteur formel et ceux qui sont en bonne santé.

¹² www.who.int/hhr/activities/Report%20indicatorsmtg04%20FINAL.pdf

¹³ OMS (2000).

¹⁴ Sur base des statistiques nationales de l'OMS (2001).

¹⁵ Comme l'indique la stratégie de l'IFC 'The Business of Health in Africa: Partnering with the Private Sector to Improve People's Lives', et aussi le financement par les Pays-Bas du Health Insurance Fund au Nigeria; voir, par exemple, Jütting et Drechsler (2005).

¹⁶ Jütting et Drechsler (2005). Les pays ayant des niveaux de couverture d'AMP supérieur ou égaux à 20 pourcent sont l'Uruguay, la Colombie, le Brésil, le Chili, la Thaïlande, la Namibie et l'Afrique du Sud.

¹⁷ Voir par exemple les données du NCHC, 2007.

¹⁸ PNUD, Rapport sur le Développement humain (2005) in Oxfam International (2006)

¹⁹ Reuters, 2008.

²⁰ Voir, par exemple, Jütting et Drechsler (2005) et Barrientos et Sherlock (2002).

²¹ Jütting et Drechsler (2005).

²² Homedes et Ugalde (2004) soutiennent que les principaux bénéficiaires de la réforme néo-libérale sont les entreprises transnationales, les organismes de santé, les cabinets de consultants et le personnel de la Banque mondiale. L'UNRISD a averti que les politiques sanitaires inclusives sont particulièrement contraignantes pour les assureurs privés (UNRISD, 2007).

²³ En Egypte, le Comité national de défense du droit à la santé est composé de 50 organisations différentes issues de la société civile et de partis politiques. Il mène une bataille sur le plan légal et civil pour mettre fin à la proposition de réforme qui vise à privatiser le système d'assurance maladie et qui est principalement soutenu et financé par la BM, l'UE et l'USAID.

²⁴ PAHO/OMS (2001).

²⁵ Lethbridge (2002) in Oxfam International (2006).

²⁶ Jütting et Drechsler (2005).

²⁷ Kumaranayake et Lilani (1998).

²⁸ Mahal, in Jütting et Drechsler (2005).

²⁹ Roth et McCord (2007[0]).

³⁰ La fragmentation de la mutualisation du risque (fragmentation of risk pools) est un phénomène courant dans la plupart des pays à revenus intermédiaires et à bas revenus. Cette expression renvoie à une situation où plusieurs options d'assurances publiques et privées coexistent : cela limite le champ de la mutualisation du risque, accroît les coûts administratifs, et crée des problèmes d'équité et de sélection du risque – par exemple, quand les groupes de personnes à hauts revenus, ceux à bas revenus, les groupes de personnes au profil très risqué et ceux au profil peu risqué sont chacun dans un « groupe de risque » différent. Comme le montre l'exemple du Ghana, les pays qui souhaitent atteindre l'objectif de couverture universelle (grâce à l'AMS par exemple) font face à de sérieux problèmes lorsqu'ils essaient d'intégrer ces groupes fragmentés au sein d'un système unique.

³¹ Ibid.

³² Dror (2007).

³³ Des exemples d'AMC en Asie centrale comprennent les systèmes de "Revolving Drug Fund" en Arménie, en Azerbaïdjan et en Géorgie.

³⁴ Waelkens et al. (2005).

³⁵ World Population Prospects: The 2006 Revision, United Nations Population Division.

³⁶ La Concertation (2004).

³⁷ WHO (2003).

³⁸ A titre comparatif, les coûts administratifs d'assurance maladie en Europe de l'ouest représentent approximativement cinq pourcent des recettes.

-
- ³⁹ WHO (2003) et Dror (2007). Certains auteurs suggèrent, cependant, que les taux d'utilisation élevés peuvent également refléter un niveau élevé de sélection adverse dans l'assurance maladie volontaire.
- ⁴⁰ Waelkens (2005) et Carrin et al. (2005).
- ⁴¹ Carrin et al. (2005).
- ⁴² Ibid; NCBA (2007).
- ⁴³ Poletti et al. (2007)
- ⁴⁴ WHO, 2005 (document technique)
- ⁴⁵ Poletti et al. (2007), en référence aux fonds de santé en l'Allemagne, aux Pays Bas, en France et au Japon.
- ⁴⁶ Poletti et al. (2007), Coheur et al. (2007); Waelkens et al. (2005); Wagstaff (2007).
- ⁴⁷ Pathe Diop et Damascene Butera (2005).
- ⁴⁸ Rusa et Fritsche (2007).
- ⁴⁹ Blanchet (2007).
- ⁵⁰ 'Child Rights Situation Analysis – Mutuelle Burera District', présentation par Save the Children, octobre 2007.
- ⁵¹ Schneider et Hanson (2006).
- ⁵² Voir par exemple Meessen (2006).
- ⁵³ GTZ (2005); Doetichem et al. (2006).
- ⁵⁴ Il y a des exceptions : dans certains pays (par exemple au Mexique), l'AMS se fait sur base volontaire, tandis que dans d'autres pays (comme les Pays Bas) les primes ne sont pas liées au revenu ou sont payées principalement par le gouvernement en dehors des recettes fiscales (Ghana).
- ⁵⁵ Sur les 30 membres de l'OCDE, 15 disposent d'un système principalement financé par les contributions qui sont mises en commun dans les fonds sociaux d'assurance maladie.
- ⁵⁶ Doetichem et al. (2006).
- ⁵⁷ Carrin et James (2005).
- ⁵⁸ Voir, par exemple, Hsiao et Shaw (2007) et Wagstaff (2007).
- ⁵⁹ Wagstaff (2007).
- ⁶⁰ Ibid.
- ⁶¹ BIT, GTZ, OMS (2007). La protection des pauvres par des mécanismes d'exemption est onéreuse et inefficace. Voir, par exemple, OMS (2005).
- ⁶² BIT (2007).
- ⁶³ Sakunphanit (2007).
- ⁶⁴ Towse et al. (2004)

⁶⁵ 'CL vital so long as healthcare lacks funds', *Bangkok Post*, 2 April 2008.

⁶⁶ Wagstaff (2007).

⁶⁷ Appiah-Denkyira et Preker (2005).

⁶⁸ Ministère de la Santé, Ghana (2007).

⁶⁹ Oxfam (2006)

⁷⁰ OMS (2000).

⁷¹ Action for Global Health (2007). La Déclaration d'Abudja, adoptée par les chefs d'Etat africains en 2001, stipule que les gouvernements devraient assigner au moins 15 pourcent de leurs budgets nationaux à la santé.

⁷² Ces cinq pays sont la Suède, la Norvège, le Luxembourg, les Pays Bas et le Danemark. La France, l'Allemagne, et les Etats-Unis n'ont respectivement alloué que 0,39 pourcent, 0,37 pourcent et 0,16 pourcent de le PNB aux dépenses d'aide publique au développement (données de l'OCDE pour 2007).

⁷³ Renforcé par des indicateurs clairs pour superviser les dépenses ainsi que par un contrôle de la société civil et une mise en œuvre cohérente des politiques (Action for Global Health (2007)).