

PARTIE 4

Perspectives

Chapitre 16 : L'assurance maladie obligatoire : Transition vers la couverture universelle et évaluation de la performance

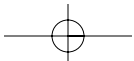
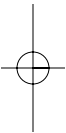
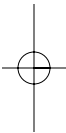
G. Carrin, C. James

Chapitre 17 : Offre de soins et assurance : Les enjeux en Afrique francophone

P. Fournier, C. Tourigny

Chapitre 18 : Assurance maladie : facteurs de lutte contre l'inégalité et la vulnérabilité et relation positive vis-à-vis de la croissance

Pascal Brouillet



L'assurance maladie obligatoire : Transition vers la couverture universelle et évaluation de la performance

Guy Carrin, Chris James

Résumé : *L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) est une des méthodes principales de financement de la santé. Plusieurs pays à faible ou moyen revenus sont actuellement intéressés par l'extension de la couverture de leur assurance maladie existante à des groupes spécifiques pour couvrir éventuellement la totalité de leur population. Pour les pays intéressés par ce genre d'extension, il est important de comprendre ce qui caractérise un régime AMO performant et combien de temps il faut prévoir pour passer d'une couverture incomplète à une couverture universelle.*

Nous présentons le concept de la couverture universelle et les différentes voies y menant, afin que les décideurs politiques gardent en perspective les options autres que l'AMO pour le financement de leur système de santé. Nous analysons également la transition vers la couverture universelle sur la base de l'expérience de certains pays sélectionnés ayant développés ou mûris des régimes AMO. Ensuite, nous proposons un cadre simple pour l'analyse des résultats du régime AMO, sur la base des composantes de la couverture universelle et des objectifs fondamentaux d'un système de santé. Des indicateurs de performance sont présentés pouvant être utilisés dans le suivi et l'évaluation des progrès réalisés lors de la mise en œuvre de l'AMO. Finalement, nous soulignons le rôle stratégique du gouvernement dans la mise en œuvre de l'AMO et présentons nos remarques conclusives dans la section cinq.

L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) est une des méthodes principales de financement de la santé. Trente pays ont établi le principe de la couverture universelle par cette méthode (Carrin et al. 2001). Plusieurs pays à faible ou moyen revenu sont actuellement intéressés par l'extension de la couverture de leur assurance maladie à des groupes spécifiques, pour éventuellement couvrir la totalité de leur population. Pour ces pays intéressés, il est important de comprendre ce qui caractérise un régime AMO performant, et combien de temps il faut prévoir pour passer d'une couverture incomplète à une couverture universelle.

Nous analyserons la transition vers la couverture universelle sur la base de l'expérience de quelques pays ayant développé un régime AMO et discuterons des facteurs critiques qui peuvent accélérer la période de transition. Nous proposerons ensuite un cadre simple pour l'analyse des résultats du régime AMO, sur la base des composantes de la couverture universelle et des objectifs fondamentaux d'un système de santé. Des indicateurs de performance pour le suivi et l'évaluation des progrès de la mise en œuvre de l'AMO seront présentés. Finalement, nous soulignons le rôle stratégique du gouvernement dans la mise en œuvre de l'AMO.

Il existe essentiellement deux principales options pour arriver à la couverture universelle. L'une où les impôts sont la source principale de financement des services de santé, habituellement rendus par un réseau de contractants publics et privés, appelé Service National de la Santé. Deuxièmement, il y a l'AMO, qui, en principe, implique une adhésion obligatoire de toute la population. Salariés, travailleurs indépendants, entreprises et gouvernement paient une contribution à une caisse d'AMO. La base de contribution des salariés et entreprises est normalement le salaire. La contribution des travailleurs indépendants est soit forfaitaire, soit basée sur un revenu prévisionnel. Le gouvernement peut apporter une aide à ceux qui, autrement, ne pourraient payer, tels que les sans emploi ou les salariés à bas salaires du secteur informel. L'AMO a son propre réseau de prestataires, travaille avec des prestataires accrédités publics et privés ou alors combine les deux. Dans l'AMO, des fonctions (par exemple, les adhésions, la collecte des cotisations, les contrats et les remboursements des prestataires) peuvent être exécutées par des institutions paragouvernementales ou non gouvernementales, souvent connues sous le nom de Caisse Maladie.

Quoiqu'il en soit, on remarque que certains pays utilisent une combinaison des deux principales options. C'est pourquoi il existe des systèmes mixtes de financement de la santé pour lesquels une partie de la population est couverte grâce au financement par l'impôt, et d'autres groupes sont couverts seulement par l'assurance maladie. Cette assurance peut être fournie par un ou plusieurs systèmes paragouvernementaux d'assurance maladie qui fonctionnent selon les principes de l'AMO. Comme alternative, on pourrait également envisager un système d'assureurs privés offrant un panier de prestations spécifiques, à condition qu'ils soient soumis aux réglementations gouvernementales.

Il convient de noter qu'au sein même de chacune des options décrites ci-dessus, l'assurance maladie privée peut aussi jouer un rôle complémentaire (Sekhri et Savedoff 2003). Celle-ci couvre normalement des services de santé supplémentaires qui ne sont pas couverts par les paniers de prestations de base (de l'un des trois systèmes décrits ci-dessus), permet une réduction du temps d'attente ou couvre certains des coûts relatifs au ticket modérateur. En réalité, aucun système de financement de la santé n'est entièrement financé par les impôts, par l'AMO ou par le système mixte de financement décrit plus haut.

Ici, nous insistons sur le développement de l'AMO, surtout dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. Il sera supposé que les questions de faisabilité de base ont été résolues par les pays qui souhaitent adopter ce choix. Ceci veut dire que le pays a analysé minutieusement les avantages et les inconvénients du financement par l'impôt, de l'AMO et de la combinaison des deux pour parvenir à la couverture universelle.

En ce qui concerne l'AMO, un certain nombre de conditions doivent être remplies et certaines questions clefs doivent être résolues avant qu'un pays ne s'embarque dans sa mise en place ou son extension. Ces questions sont tout d'abord relatives au marché du travail. Si les travailleurs indépendants et ceux du secteur informel sont majoritaires, dans quelle mesure peut-on les enregistrer et percevoir leurs cotisations ? De plus, si les cotisations prélevées sur les salaires sont supposées constituer la majeure partie des contributions de l'AMO, vont-elles augmenter le coût du travail de telle façon qu'elles auront un impact négatif sur l'emploi ? Y a-t-il un nombre suffisant de personnel administratif compétent pour créer et gérer les institutions de l'AMO ? Y aura-t-il un cadre juridique qui déterminera les objectifs de l'AMO pour le pays, les droits et les devoirs des affiliés, les rôles et fonctions des organisations gérant

l'AMO ? Y a-t-il une infrastructure sanitaire en place capable de fournir les services de santé faisant partie du panier de prestations offert par l'AMO ? Et finalement, y a-t-il un consensus entre les différentes parties prenantes de la société (surtout les affiliés et les patients, les prestataires de santé et les employeurs, le Parlement et le Gouvernement) permettant de respecter les règles de base d'un régime AMO ? (Normand, Weber 1994) Dans tous les cas, compte tenu des nombreuses tâches de préparation et de mise en œuvre de l'AMO, les pays qui optent pour cette méthode de financement auront sans doute besoin de passer par une période de transition. En nous basant sur l'expérience de pays ayant des régimes AMO développés, nous identifierons les facteurs importants de facilitation qui peuvent écourter la période de transition.

FACTEURS QUI AFFECTENT LA DURÉE DE LA PÉRIODE DE TRANSITION

Parvenir à la couverture universelle n'est pas un processus facile : les pays qui ont un système de couverture universelle ont souvent mis des dizaines d'années à le mettre en œuvre. Si la décision se porte sur la voie de l'AMO, plusieurs facteurs peuvent venir ralentir la démarche vers la couverture universelle. Pour évaluer les expériences de transition vers la couverture universelle par l'AMO, nous utiliserons des données sur l'évolution de la législation en matière d'assurance maladie dans 8 pays bénéficiant d'un régime AMO suffisamment documenté : Autriche, Belgique, Costa Rica, Allemagne, Israël, Japon, République de Corée (RdC) et Luxembourg (European Observatory of Health Systems 2002 ; Cutler 2002 ; Miranda 1994 ; Moon 1998 ; et Bärnighausen et Sauerborn 2002). Nous examinerons les différentes formes d'organisation en place pendant la période de transition dans ces pays et insisterons surtout sur le rôle des caisses maladie à enrôlement facultatif durant les phases initiales de mise en œuvre de l'AMO.

La période de transition a été définie comme étant le nombre d'années écoulées entre le vote de la première loi sur l'assurance maladie et la dernière loi pour la mise en œuvre de la couverture universelle. Les périodes de transition ont été de 79 ans en Autriche, 118 ans en Belgique, 20 ans au Costa Rica, 127 ans en Allemagne, 84 ans en Israël, 36 ans au Japon, 26 ans en RdC et 72 ans au Luxembourg, pour une période moyenne de transition de 70 ans. Notons que la loi finale au

Costa Rica a introduit le principe de la couverture universelle par l'AMO plutôt que de fournir réellement une couverture maladie universelle. De même, au Japon, la loi de 1958 sur l'assurance maladie obligatoire n'a été appliquée que trois ans plus tard.

Ce n'est pas seulement la durée totale de la période de transition qui est importante. Il faut aussi prendre en compte l'évolution du pourcentage de la population qui sera couverte pendant cette période. Il faut garder à l'esprit que l'extension de la couverture à certains groupes de la population est plus difficile qu'à d'autres, par exemple, les travailleurs occasionnels et les travailleurs indépendants. En d'autres termes, l'extension de la couverture n'est pas nécessairement un simple accroissement linéaire. La période nécessaire pour passer par exemple de 25 % à 50 % de couverture peut prendre moins de temps que celle nécessaire pour passer de 50 % à 75 de %.

Il a fallu 40 ans à l'Autriche (de 1890 à 1930) pour passer de 7 % à 60 %, mais environ 36 (de 1930 à 1965 – 67) ont été nécessaires pour couvrir les agriculteurs et les fonctionnaires et atteindre 96 % de couverture. En Allemagne, la couverture a augmenté de 10 % à 50 % en 47 ans (de 1883 à 1930), mais 58 années additionnelles ont été nécessaires pour augmenter la couverture à 88 %, et inclure, entre autres, les travailleurs indépendants. Au Costa Rica, il a fallu vingt ans pour atteindre un niveau de couverture de 17 % (en 1961), mais seulement 5 ans pour doubler cette couverture. Cette dernière augmentation fut la conséquence immédiate d'une loi votée en 1961 qui a introduit le principe de l'universalité. Plus de 10 ans ont été quand même nécessaires pour doubler à nouveau la couverture de la population ; en 1978 elle s'élevait à 74 % et à 83,4 % en 1991. Toujours au Costa Rica, des efforts spéciaux ont été nécessaires afin d'étendre la couverture aux travailleurs indépendants et à la population pauvre à bas salaires, et encore plus de temps pour faire adhérer systématiquement ces groupes de population.

Certains pays ont mis plus de temps que d'autres pour développer leur régime. Nous résumons les différentes phases que ces pays ont traversées durant leur transition vers la couverture universelle. Les phases décrites sont surtout celles comprises entre la première loi relative à l'assurance maladie et la dernière loi stipulant la mise en oeuvre de la couverture universelle, bien que nous décrivons aussi les phases pertinentes ayant précédé la première loi sur l'assurance maladie, dans les cas pour lesquels les informations étaient disponibles. Nous discutons ensuite des facteurs qui ont facilité la transition dans les pays sélectionnés.

Allemagne

Trois phases graduelles de développement ont caractérisé l'introduction, par Bismarck, de l'AMO dans tout le pays en tant que système complet d'assurance, en 1883 (Bärnighausen et Sauerborn 2002). En effet, au 18^{ème} siècle et au début du 19^{ème} siècle, les lois prévoyaient les détails des règles d'organisation des caisses maladie volontaires. Ces règles comprenaient les dispositions relatives aux contributions, aux prestations, aux conditions d'accès et à la gestion de la caisse. Dans une deuxième étape, en 1843, les lois ont introduit la notion d'adhésion obligatoire. Les gouvernements locaux ont obtenu le droit de reconnaître les caisses volontaires existantes et même d'introduire l'adhésion obligatoire à ces caisses. En 1849, il est aussi devenu possible de rendre l'adhésion obligatoire pour des groupes spécifiques de salariés. Dans un troisième temps, certaines lois ont été appliquées au niveau national. La première assurance maladie obligatoire date de 1854, quand la couverture d'assurance maladie est devenue obligatoire pour les mineurs. Ceci a constitué une étape importante dans la mesure où ce fut la première loi couvrant un groupe professionnel sur tout le territoire allemand, les mineurs étant obligés de devenir membre d'une des « caisses régionales d'assurance maladie de mineurs ».

Une autre étape clé date de 1883, lorsque Bismarck a introduit l'AMO pour un nombre plus important de groupes professionnels. Initialement, la loi sur l'assurance maladie de 1883 couvrait les travailleurs de certains secteurs industriels, des artisans et d'autres professionnels choisis. Cette loi devait augmenter la couverture de l'assurance maladie de 5 % à 10 % de la population totale. Après 1883, l'approche graduelle vers la couverture universelle s'est poursuivie par l'intégration systématique de tous les groupes socioprofessionnels à l'assurance obligatoire. La couverture de la population est passée de 37 % à 50 % entre 1910 et 1930. En 1950, l'assurance maladie couvrait 70 % de la population. Une des dernières lois votées a permis l'adhésion des artistes et journalistes au régime AMO en 1981. En 2000, 88 % de la population allemande avait adhéré (European Observatory of Health Systems 2000). La couverture de la population par l'AMO n'est pas de 100 %, car au-delà d'un certain niveau de revenu, il est possible de se retirer du régime et de s'assurer de façon privée. Excluant la population assurée de façon privée (9 % de la population), 2 % de la population est couverte par des soins gratuits

offerts par le gouvernement (dont les policiers et les soldats), alors que 0,1 % de la population n'est pas assurée.

Autriche

Une approche graduelle a été adoptée comme en Allemagne. Un premier régime d'« Assurance Maladie et Accidents Industriels » pour les travailleurs des entreprises a été établi en 1887 – 88. Il a été créé par les premières dispositions réglementaires obligeant les employeurs à payer pour les soins hospitaliers et de santé de leurs employés au début du 19^{ème} siècle. En 1859, un Code Industriel a été mis en place pour réglementer la création de caisses bénévoles et de caisses coopératives d'assurance maladie. Toutefois, ces dispositions et réglementations avaient été largement ignorées jusqu'à ce moment. Puis vint, en 1867, l'Acte Associatif qui a autorisé la création de caisses associatives. En conséquence, les caisses maladie et d'invalidité des associations de salariés ont été respectivement créées en 1868 et 1873.

Le système initial de 1887 – 1888 a été élargi au début du 20^{ème} siècle par l'adhésion systématique de toutes les catégories de travailleurs, qu'ils soient salariés, ouvriers ou agriculteurs. L'élargissement définitif de la couverture a été réalisé grâce aux lois sur l'assurance maladie des fermiers et des fonctionnaires, votées respectivement en 1965 et 1967. En 1980, le niveau de couverture de la population avait atteint 96 %.

Belgique

En 1851, une loi spéciale a officiellement reconnu les caisses maladie, connues sous le nom de mutuelles de santé. Ces caisses étaient créées en fonction des différents groupes professionnels et étaient plutôt de petite taille. Plus tard, en 1894, une législation plus large a créé les bases juridiques de ces caisses pour environ un siècle : un domaine d'activités plus étendue leur a été reconnu et elles ont pu bénéficier à partir de ce moment de subventions gouvernementales. Par la suite, des caisses mutuelles d'assurance à caractère politique et idéologique commun se groupèrent en alliances nationales ou syndicats.

Jusqu'au début des années 1940, l'adhésion à ces mutuelles de santé était volontaire. Le 28 décembre 1944, un décret fut adopté pour rendre l'assurance maladie obligatoire pour tous les travailleurs salariés.

462 • L'Assurance maladie en Afrique francophone

Une Caisse Nationale d'Assurance Maladie-Invalidité (faisant partie de l'Office National de la Sécurité Sociale) recevait les cotisations et les distribuait aux mutuelles de santé qui étaient chargées de la gestion de l'assurance obligatoire. Les phases importantes suivantes furent les lois de 1964, 1965, 1967, 1968 et 1969, qui ont respectivement étendu l'assurance maladie obligatoire aux travailleurs indépendants (mais seulement pour les risques de santé majeurs), aux fonctionnaires et aux invalides physiques, handicapés mentaux et autres catégories non assurées.

Luxembourg

En 1901, l'assurance maladie obligatoire a été établie pour les travailleurs des secteurs industriel et manufacturier. Cette loi a été inspirée d'une loi votée en 1883 en Allemagne. L'assurance maladie s'est développée et, en 1903, 73 caisses maladie étaient actives. Plus tard, en 1925, une législation fut introduite pour réglementer le secteur de l'assurance maladie qui devenait de plus en plus complexe. Comme dans les autres pays européens, l'AMO s'est développée après la deuxième guerre mondiale. Le premier groupe couvert fut les retraités. Puis en 1952, l'assurance maladie est devenue obligatoire pour les fonctionnaires et les autres salariés du secteur public. En 1958, 1963 et 1964, des lois rendant l'assurance maladie obligatoire pour les professions indépendantes (hommes d'affaires, artisans, etc.), les agriculteurs et les professions libérales (médecins, architectes, avocats, etc.) ont été adoptées. Dès 1973, toute la population était couverte par l'AMO.

Israël

Une première caisse d'assurance maladie, le Kupat Holim Chalit (Caisse Maladie générale) a été fondée en 1911 par un petit groupe de travailleurs agricoles. Plus tard, en 1920, cette caisse a été reprise par le Histradut (La Fédération Générale du Travail), et a constitué une de ses bases politiques. De même, trois autres caisses d'assurance maladie ont été créées. En 1948, 53 % de la population était couverte, la majorité (80 %) étant assurée par le Kupat Holim Chalit. Par la suite, l'assurance maladie s'est étendue de façon significative sans toutefois être obligatoire. En 1995, 96 % de la population était assurée. Cette même année, la loi sur l'Assurance Maladie Nationale fut votée,

confirmant le caractère obligatoire de l'assurance et l'obligation pour chaque résident d'adhérer à l'une des caisses existantes.

Costa Rica

Ce pays a initié son régime AMO par la création de la Caisse de Sécurité Sociale du Costa Rica (CSSC) en novembre 1941 (Miranda 1994). Au début, les populations ciblées étaient celles des zones urbaines ainsi que celles de certaines zones productrices de café, avec en principe une adhésion obligatoire pour ces groupes. Une des caractéristiques importantes du régime était qu'au début, seuls les salariés pouvaient bénéficier de l'AMO. Toutefois, dès 1944, lors de l'extension à d'autres zones, il y avait déjà des pressions pour que toute la famille de l'affilié soit couverte. Ce n'est qu'en 1956 que la couverture familiale fut introduite de manière obligatoire, incluant la couverture pour le conjoint légal ou en union libre, les enfants en-dessous de 12 ans et les parents s'ils étaient considérés dépendants de l'affilié.

Un autre événement important a eu lieu en 1960, lorsque la réglementation a plus que doublé le revenu maximum imposable. Jusqu'à ce moment, l'AMO s'était concentré sur la protection des travailleurs à bas salaires. La réglementation de 1960 a permis une augmentation importante des cotisations et une extension des prestations de l'AMO. De plus, en 1961, une loi a été votée dans le but d'étendre l'AMO à toute la population. La loi de 1961 impliquait que même les travailleurs indépendants et les indigents devaient être incorporés dans le régime. En fait, le Parlement du Costa Rica avait fixé une période de 10 ans pour atteindre une couverture nationale. Ce dernier objectif n'avait toujours pas été atteint au début des années 1990 et, 29 ans après la loi de 1961 seule 85 % de la population était effectivement couverte par l'AMO.

Japon

L'AMO puise ses sources dans les premiers développements du système d'assurance maladie volontaire communautaire au début du 19^{ème} siècle. En 1835, le système d'assurance maladie communautaire (« Jyorei », basé sur des cotisations payées en grains de riz et des prestations limitées aux soins de base) a été établi dans la préfecture de Fukuoka. Dans les décennies suivantes, ce type d'assurance maladie

mutuelle devient de plus en plus important. Durant les années suivant 1930, le gouvernement encourage la reproduction du schéma de l'assurance maladie communautaire au niveau national. En 1934 – 45, 12 modèles d'assurance maladie communautaires existaient déjà dans trois préfectures. En 1938, une loi plus générale de l' « Assurance Maladie Nationale des Citoyens », basée sur les principes du financement communautaire, mais avec des cotisations en numéraire, a été passée et mise en oeuvre. Cette loi a été conçue pour servir les besoins des pauvres dans les villages ruraux mal desservis, les fermiers et les travailleurs indépendants dans les communautés rurales ainsi que dans les petites entreprises. Le régime était également géré sur une base volontaire. Quoiqu'il en soit, cette loi a contribué de façon significative à la couverture assurantielle, en augmentant le taux de couverture de 2 % à 51,2 % de la population totale (Ogawa et al., 2003).

En ce qui concerne les salariés, une loi importante a été votée en 1922, instaurant l'assurance obligatoire pour certains groupes de travailleurs. C'était la première loi votée relative à l'assurance maladie. L'assurance maladie pour les salariés et que l' « Assurance Maladie Nationale des Citoyens » couvraient ensemble 60 % de la population en 1945 (Ministry of Health and Welfare 2003a). Ces deux types d'assurance se sont ensuite graduellement étendus à 90 % de la population. La législation, rendant l'assurance obligatoire pour tous, a été finalement adoptée en 1958 et mise en oeuvre en 1961.

République de Corée

En 1963, la loi sur l'Assurance Maladie a été votée, lançant la dynamique vers une couverture maladie universelle. Toutefois, l'assurance maladie est restée facultative jusqu'en 1977. Plusieurs sociétés d'assurance maladie facultatives se sont organisées en tant que projets pilotes, couvrant au plus 0,2 % de la population. À partir de 1977, l'assurance obligatoire a été progressivement établie pour les différents segments de la population. Cette même année, l'assurance maladie des salariés – et leurs dépendants – est devenue obligatoire (pour les compagnies employant plus de 500 salariés). En 1979, la couverture est devenue obligatoire dans les compagnies employant 300 salariés et plus, et pour les fonctionnaires et les professeurs des écoles privées. En 1981, la couverture a été étendue aux entreprises employant au moins 100 salariés et en 1983, à celles employant au moins 16 salariés.

Une autre étape a été franchie en 1981, avec des programmes de démonstration pour les travailleurs indépendants dans les régions rurales et urbaines. Finalement, en 1988, l'assurance maladie est devenue obligatoire sur tout le territoire pour les travailleurs indépendants dans les régions rurales et en 1989, dans les régions urbaines.

Dans tous les pays étudiés, le mouvement vers une couverture totale par l'AMO a été réalisé de façon progressive, avec une extension systématique de la couverture durant la période de transition. Les arrangements organisationnels introduits pour arriver à cette extension ont toutefois été différents dans chacun des pays. Ces arrangements sont variés et vont de l'augmentation régulière des adhésions aux différentes caisses maladie, initialement gérées sur une base volontaire, jusqu'à l'augmentation du nombre d'adhésions suite à une action gouvernementale (Tableau 1).

Facteurs d'accélération de la période de transition vers une couverture universelle

Certains facteurs peuvent en principe accélérer le processus vers une couverture universelle à travers l'AMO. *Le niveau de revenu* par habitant lorsqu'il est plus élevé peut augmenter la capacité des entreprises et des citoyens à assumer les cotisations payées d'avance au régime AMO. De plus, les recettes fiscales ont tendance à augmenter en fonction de l'augmentation des revenus, facilitant ainsi les subventions gouvernementales à l'AMO. La capacité de payer les cotisations en avance sera plus grande dans une situation de forte croissance économique (Ensor, 1999). Dans les huit pays étudiés, l'assurance maladie a démarré quand le niveau de revenu était intermédiaire (Allemagne, 2237 US\$; Autriche, 2420 US\$; Belgique, 1808 US\$; Japon, 2140 US\$) ou bas (RdC, 209 US\$). La croissance dans ces pays était soit élevée ou au moins stable. Ces pays avaient développé une capacité économique substantielle depuis le milieu du 19^{ème} siècle, facilitant ainsi l'établissement du financement de l'AMO. Au Costa Rica, la croissance économique des années cinquante était assez élevée, atteignant jusqu'à 7 %, permettant ainsi le renforcement du développement initial de l'AMO (Miranda 1994). Au Japon, la croissance économique a été stable bien que non spectaculaire, avec un taux d'environ 2,9 % entre 1920 et 1940. Entre 1940 et 1961, le PIB a continué de croître, quoique à un taux moyen modeste de 1,75 % par année. En 1961, le PIB par habitant avait

Tableau 1 : Étapes de transition de quelques régimes nationaux d'assurance maladie obligatoire (AMO)

	<i>Processus de transition</i>	<i>Étapes importantes de l'extension de la couverture de l'assurance maladie obligatoire (AMO)</i>
Allemagne	1854 – 1988	<ol style="list-style-type: none"> 1*. Caisses d'assistance volontaire (début-moitié 19^{ème} siècle) établies 2*. Adhésion obligatoire à une caisse d'assurance maladie (1843) ; pour des groupes d'employés (1849). 3. Première loi votée au niveau national, rendant l'assurance maladie obligatoire pour les mineurs (1854). 4. L'AMO devient un système couvrant tout le pays (1883), avec une adhésion systématique des différents groupes socioprofessionnels (jusqu'à 1988).
Autriche	1888 – 1967	<ol style="list-style-type: none"> 1*. La fourniture des soins par les employeurs est régulée (début-moitié 19^{ème} siècle). 2*. Création d'associations d'entraide autorisées (1867). 3. Systèmes d'assurance maladie et accidents industriels (1887 – 8), avec une adhésion systématique de différents groupes socioéconomiques (jusqu'à 1967).
Belgique	1851 – 1969	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les mutuelles de santé de différents groupes professionnels sont officiellement reconnues (1851). 2. Caisses subventionnés par le gouvernement (1894), avec des alliances nationales ou des syndicats entre les caisses. 3. L'assurance maladie est rendue obligatoire pour tous les travailleurs salariés (1944), avec une extension aux groupes non-couverts (1964 – 9).
Luxembourg	1901 – 1973	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assurance maladie obligatoire pour les ouvriers des secteurs manufacturier et industriel (1901). 2. Extension de la couverture aux retraités (après la 2^{ème} guerre mondiale), fonctionnaires/ autres secteurs publics (1952), autres groupes socioprofessionnels (1958 – 64).
Israël	1911 – 1995	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caisses d'assurance maladie – Kupat Holim Chalit – pour certains travailleurs agricoles (1911). 2. Trois autres caisses d'assurance maladie établies durant cette période.
Costa Rica	1941–1961 ¹	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caisse de sécurité sociale – CSSC – principalement pour la population urbaine et certaines zones productrices de café (1941). 2. Couverture obligatoire des familles des assurés (1956). 3. Augmentation des contributions et des bénéficiés (1960). 4. Extension au reste de la population (1961), avec adhésion systématique des non-membres sur une période de 10 ans. 5. Adhésion réelle de 83.4 % en 1991.

Tableau 1 (Suite)

Japon	1922 – 1958 ¹	<ol style="list-style-type: none"> 1*. Systèmes d'assurance maladie communautaire volontaire (AMCs) développés (début du 19^{ème} siècle). 2. Assurance obligatoire – Assurance maladie pour les employés – pour certains groupes de travailleurs sélectionnés (1922). 3. AMCs répliquées au niveau national (1930 – 40), principalement pour les pauvres des zones rurales, les fermiers, les travailleurs indépendants et des petites entreprises, culminant en « Loi d'Assurance Maladie Nationale des Citoyens » (1938). 4. Expansion simultanée des deux systèmes d'assurance maladie (1944 – 1958).
RdC	1963 – 1989	<ol style="list-style-type: none"> 1. Première loi d'assurance maladie votée (1963), avec quelques projets d'assurance maladie volontaire en cours (1963 – 77). 2. Obligatoire pour les travailleurs et les personnes à leur charge dans les entreprises de plus de 500 employés (1977) ; entreprises de plus de 100 employés (1981) ; entreprises de plus de 16 employés (1983). 3. Extension à la population restante, tels les travailleurs indépendants (jusqu'à 1989).

* Les étapes accompagnées d'un astérisque ont précédé la première loi établissant l'assurance maladie.

¹ Il faut noter que dans le cas du Costa Rica, la couverture universelle n'a pas été atteinte suite à la loi de 1961. Au Japon, la couverture universelle par une assurance maladie obligatoire a été atteinte en 1961.

atteint 5150 US\$, soit plus du double du niveau de 40 ans plus tôt. Le taux annuel de croissance de la RdC était bien plus élevé, à 13,3 %. En 1989, lorsque la couverture universelle a été atteinte, le PIB par habitant avait plus que quadruplé en 12 ans, atteignant 4994 US\$.

La *structure de l'économie* a aussi son importance, en particulier la taille relative des secteurs formel et informel. Les pays pauvres ont d'importants secteurs agricoles, manufacturiers et de services, et un niveau élevé d'emploi informel. Ces pays ont de fortes chances de faire face à des difficultés administratives dans l'établissement de l'impôt sur le revenu et le prélèvement des cotisations car beaucoup de travailleurs ne reçoivent pas un salaire déclaré. Ceci rend difficile l'application de la protection maladie au secteur informel de la population, surtout lorsque le système d'AMO repose de façon significative sur les contributions des ménages. Dans les pays analysés, le secteur formel de l'économie a crû durant la période de transition. Ceci leur a permis d'augmenter le nombre d'adhésions des travailleurs de façon systématique. En Allemagne, par exemple, les travailleurs des secteurs agricole et forestier étaient déjà couverts à partir de 1911. En RdC, la croissance économique élevée a rapidement modifié la structure de l'économie, et la croissance du secteur formel a joué un rôle positif dans le développement de l'AMO (Moon 1998).

Troisièmement, les coûts administratifs sont influencés par la *répartition de la population* (Ensor, 1999) que l'on souhaite couvrir. La population des zones urbaines, où on trouve un minimum d'infrastructures et de moyens de communication de qualité, ainsi qu'une densité élevée, a plus de chance d'être servie par le régime d'AMO que la population dispersée des zones rurales. Le renforcement du secteur formel dans les pays étudiés est corrélé à l'urbanisation et à la densité de la population. Des économies sur les coûts administratifs peuvent être réalisées grâce à cette évolution, particulièrement par une plus grande efficacité dans l'identification et l'enregistrement des cotisants à l'AMO et dans le recouvrement des cotisations. Par exemple en RdC, la population urbaine représentait 36,6 % de la population totale en 1966, 3 ans après l'introduction de l'assurance maladie facultative et 48,4 % en 1975, deux ans avant que l'AMO ne devienne obligatoire. En 1980, la population urbaine s'élevait déjà à 57,3 % (National Bureau of Statistics 1980). Nous pensons que cette évolution a contribué à la vitesse de transition vers la couverture universelle en RdC.

Un quatrième facteur est la *capacité de gestion* disponible. La mise en place d'un régime AMO requiert une main-d'œuvre suffisamment qualifiée ayant des capacités comptables, bancaires et informatiques. L'éducation secondaire et tertiaire devrait en principe répondre à cette demande de formation. D'autres secteurs proches, tels que les services financiers, d'autres services d'assurance et même les systèmes communautaires d'assurance maladie existants, peuvent offrir du personnel adéquatement formé. Dans l'expérience allemande, les caisses facultatives de secours qui ont précédé les lois initiales sur l'AMO « ont servi de lieu d'apprentissage pour le développement des capacités de gestion de l'assurance et en sciences actuarielles ainsi que pour la régulation de l'assurance au niveau gouvernemental » (Bärnighausen et Sauerborn 2002). Une interprétation similaire pourrait aussi être valable pour les autres pays dans lesquels les caisses volontaires fonctionnaient avant les premières lois officielles. En RdC, la disponibilité de cadres intermédiaires bien formés a contribué au développement de l'AMO (Moon 1998).

Un cinquième facteur est le niveau de *solidarité* parmi les membres de la société. On considère ici une société ayant un niveau de solidarité élevé comme étant une société dans laquelle les individus ont une propension plus grande à soutenir les autres individus. Un système de protection financière totale requiert une quantité significative d'interfinancement, aussi bien des riches aux pauvres que des personnes à faibles risques à celles à hauts risques. Chaque pays doit définir le niveau approprié de solidarité qui permet l'interfinancement. Les décideurs politiques peuvent, parfois, imposer la solidarité, mais un degré suffisamment élevé de solidarité dans la société est nécessaire afin que l'interfinancement de l'AMO puisse être durable. Les premiers systèmes facultatifs en Allemagne peuvent être interprétés comme des « modèles d'apprentissage de la solidarité » qui ont facilité l'établissement ou la participation à de grands systèmes, ou qui ont suscité le respect des dispositions obligatoires. La solidarité a été soutenue par l'établissement d'un important mouvement de *confiance* des affiliés en la gestion des systèmes volontaires.

Enfin, il faut un appui du gouvernement pour lancer et orienter le processus qui mènera à un système d'assurance maladie obligatoire pour tous. Un élément important est d'accorder aux diverses parties prenantes de la société, et à la population dans son ensemble, le pouvoir de s'exprimer dans le cadre de la mise en place des politiques

sociales. Un débat politique ouvert et une disponibilité d'informations financières amèneront une plus grande confiance de la population dans le gouvernement et dans les autres organisations impliquées dans la mise en œuvre de l'AMO. Il est alors plus probable que les affiliés de l'AMO, les prestataires et la population (à travers les associations professionnelles et communautaires, par exemple) agiront de concert avec les décideurs dans l'élaboration de l'AMO.

Une forte capacité d'*administration générale* de la part des gouvernements est critique pour la mise en place d'un régime AMO. En Allemagne, Bismarck a fait le premier pas vers la couverture universelle en 1883, avec la loi sur l'Assurance Maladie, et s'est inspiré de l'expertise acquise à partir des systèmes volontaires des décennies précédentes. Ce genre d'actions positives de la part du gouvernement n'était toutefois pas seulement motivé par un intérêt pour le bien-être populaire. Les intérêts politiques y étaient souvent pour quelque chose. Il est admis que Bismarck utilisa cette loi pour contrecarrer le poids politique des travailleurs et des syndicats afin de renforcer l'état allemand (Bärnighausen, Sauerborn 2002). De même, en Autriche (Hofmarcher, Rack 2001) et au Japon (Ministry of Health and Welfare 2003a) la montée des mouvements des travailleurs au début du 20^{ème} siècle a donné un coup de pouce à l'extension de l'AMO.

Au lendemain de la deuxième guerre mondiale, les gouvernements avaient planifié d'importantes améliorations de l'assurance maladie avec à l'esprit l'intérêt public. En Belgique, en Allemagne et en Autriche, l'administration générale était bâtie en grande partie sur un consensus, donnant voix aux partenaires concernés et trouvant un équilibre entre leurs différents intérêts. L'histoire de l'AMO en Belgique a été caractérisée dès le début par un consensus entre les salariés et les employeurs. En 1943, par exemple, un accord sur la Solidarité Sociale a été signé entre les employeurs et les syndicats d'ouvriers. Cet accord a été le précurseur du décret du 28 décembre 1944 qui a créé la Sécurité sociale pour les travailleurs. Cet accord a aussi reconnu l'importance des caisses d'assurance maladie dans le système. Les organisations d'employeurs, les syndicats d'ouvriers et les caisses d'assurance maladie continuent d'être d'importantes parties prenantes dans la gestion de cet accord. Ils sont maintenant rejoints par les associations de travailleurs indépendants et représentés au conseil de gestion de l'agence d'AMO belge.

Au *Japon*, la protection sociale a explicitement fait partie des politiques gouvernementales. En effet, la Constitution japonaise post-guerre mondiale stipule que l'État « entreprendra de promouvoir et d'étendre la protection et la sécurité sociale ainsi que la santé publique » (Ministry of Health and Welfare 2003b). Ainsi, cette constitution apporte les bases de la création d'une sécurité sociale dans le Japon d'après-guerre. Néanmoins, ceci ne veut pas dire que le gouvernement intervient unilatéralement dans le domaine de la santé. La politique de la santé est plutôt caractérisée par une attitude pragmatique du gouvernement. On peut se référer à « l'art de l'équilibre en matière de politiques de santé », l'équilibre étant atteint entre les groupes d'intérêts bien établis, surtout le Ministère japonais de la santé et de la protection sociale (avec des intérêts dans la gestion de la santé) et l'association médicale japonaise (dont les intérêts vont vers l'autonomie professionnelle) (Ikegami, Campbell 1998).

En *Israël*, 96 % de la population était couverte dès 1990 (Chernichovsky 1991), mais il y avait un mécontentement croissant envers le système, aussi bien de la part de la population que des prestataires (files d'attente trop longues et paiements sous la table). De plus, la plus grande caisse d'assurance maladie a dû faire face à d'importants problèmes financiers à cause de petites caisses engagées dans des opérations d'écrémage de la clientèle. Une Commission d'Enquête étatique a recommandé, en août 1990, d'introduire une loi sur l'Assurance Maladie Nationale, qui couvrirait tous les citoyens et déterminerait le cadre juridique du financement et de la fourniture de soins. Un Institut National de Santé collecterait les cotisations et les distribuerait sous forme de capitations individuelles aux différentes caisses. Cette loi a été votée en 1995 et a permis d'atteindre des objectifs importants, i.e. octroyer à l'État la responsabilité de fournir les services de santé à tous les résidents ; clarifier le droit de la population aux soins ; instaurer une obligation d'accepter tous les assurés quel que soit le risque lié à leur maladie (Chernichovsky 1991). Il a également fallu que les hauts dirigeants du Histadrut et de la Fédération Israélienne Générale du Travail appuient la loi sur la couverture universelle qui entraînait la séparation de la caisse maladie de la Fédération du Travail et par laquelle les travailleurs syndicalisés pouvaient adhérer à une autre caisse d'assurance maladie (Chinitz 1995).

CARACTÉRISTIQUES D'UN RÉGIME PERFORMANT

La mise en oeuvre d'un régime d'AMO exige une préparation substantielle et une attention soutenue. (Normand, Weber 1994 ; Ron 1993). Les problèmes de conception de l'assurance maladie obligatoire dans le contexte spécifique de l'Afrique subsaharienne ont aussi été analysés (Ron 2003).

La performance d'un régime AMO – et en fait de tout autre système de financement de la santé – peut être évaluée en deux étapes. Dans une première étape, on peut évaluer la performance de l'AMO en termes de « financement de la santé » pur : recouvrement des ressources financières, allocation de ces ressources et garantie d'un panier de prestations spécifiques. Alors que la couverture universelle est au centre des objectifs visés par les politiques de financement de la santé, ses composantes ont besoin d'être examinées de plus près. Par exemple, un régime d'AMO qui couvre 80 % de la population, mais qui a un impact positif limité sur l'état de santé global de la population, ne semble pas être un régime bien performant. Ceci pourrait peut-être se produire si le panier de prestations ne contient pas d'interventions efficaces ou si l'accès est limité à cause d'un ticket modérateur trop onéreux. Donc, un tel régime couvre une grande partie de la population, mais n'offre pas une couverture élevée des besoins de santé.

Dans une deuxième étape, la performance d'un régime d'AMO doit être évaluée en fonction de l'objectif final d'un système de santé¹. Premièrement, la santé est l'objectif premier ou directeur d'un système de santé et l'état de santé global de la population ainsi que la distribution de l'état de santé à travers la population sont importants. Toutefois, les résultats qui ne sont pas liés à la santé sont aussi importants. La réactivité aux attentes (non-médicales) de la population et l'équité dans les contributions financières sont aussi reconnues comme d'importants objectifs du système de santé. Un financement équitable est un objectif important puisque les coûts des soins de santé peuvent être catastrophiquement élevés, avec des besoins en soins de santé qui ne sont souvent pas prévisibles. La réactivité aux anticipations de la population est importante puisque la maladie ainsi que les soins médicaux ont un effet particulièrement marquant sur la dignité et l'autonomie des personnes (OMS, 2000). Ces trois objectifs sont utilisés comme base de la structure d'analyse adoptée ici, même si l'inclusion de la réactivité et de l'objectif de contributions financières équitables dans

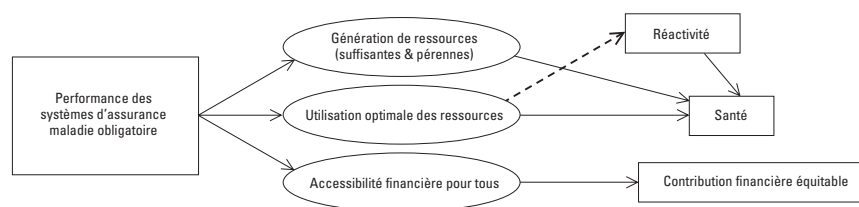
les objectifs des systèmes de santé a été critiquée. (Richardson et al. 2003).

Un système réactif assure que les individus sont traités avec respect et que le régime est suffisamment orienté vers le client. L'OMS distingue sept dimensions de la réactivité : respect de la dignité des personnes, de la confidentialité, et de l'autonomie de faire des choix concernant sa propre santé ; « orientation client » dans la prestation des services ; installations d'une qualité adéquate ; accès à des réseaux sociaux de support ; possibilité de choix du fournisseur sans distinction entre les différentes catégories de la population (OMS 2000). Les contributions financières sont considérées comme équitables lorsque les dépenses de santé sont réparties en fonction de la capacité de payer plutôt qu'en fonction des risques de maladie. Ces objectifs de réactivité et d'équité concernant les contributions financières ont un impact sur l'objectif primordial de la santé, de la même façon qu'ils sont importants en eux-mêmes.

Dans la deuxième étape de l'évaluation, les régimes d'AMO devraient idéalement être évalués en fonction de ces objectifs. Plus spécifiquement, l'AMO bien conçue devrait être un moyen efficace de réaliser l'objectif d'équité des contributions financières, puisque l'AMO partage les risques et acquiert des fonds en fonction de la capacité de payer. Mais l'AMO, comme tout autre régime de financement de la santé, a un effet sur la distribution et l'état de santé général de la population, en fournissant des ressources pour la santé et en décidant de la façon dont elles seront utilisées. Finalement, un bon régime d'AMO peut avoir un effet positif sur l'objectif de réactivité, en modifiant les incitatifs des prestataires de santé (Graphique 1).

Dans ce graphique, les flèches indiquent comment le succès de l'AMO affecte les objectifs finaux du régime de santé (la flèche en pointillé montre une relation plus faible), illustrant le lien entre la

Graphique 1 : Assurance maladie obligatoire – objectifs du financement et buts du système de santé



première et la deuxième étape de l'évaluation. Par exemple, la santé et l'équité dépendent aussi de facteurs autres que le financement de la santé, tels le degré de développement économique et un grand nombre de caractéristiques socioéconomiques et épidémiologiques. De la même façon, la réactivité pourrait aussi dépendre de facteurs autres que le régime de financement de la santé. Ainsi, il est nécessaire d'établir avec prudence des méthodes capables d'isoler l'effet « net » de l'AMO sur les objectifs du système.

Dans tout système de services de santé, il y a quatre grandes fonctions inter-reliées : prestation de services, création des ressources nécessaires (investissements et formation), financement, administration générale et supervision du système (OMS 2000). S'agissant de financement par l'AMO, il y a trois sous-fonctions inter-reliées : recouvrement des cotisations, mise en commun des risques et achat de services. Les indicateurs de performance proposés seront classifiés selon ces sous-fonctions.

Le *recouvrement des cotisations* est le procédé par lequel le système reçoit l'argent des ménages, des entreprises, du gouvernement et d'autres organisations y compris les bailleurs de fonds. La *mise en commun des risques* est l'accumulation et la gestion de ces revenus afin d'étaler les risques de paiement des soins parmi les membres du groupe ; ainsi les individus ne supportent plus de risque sur une base individuelle. L'*achat* est le procédé par lequel les contributions sont utilisées pour payer les prestataires. L'achat peut être soit passif, étant réalisé selon des budgets prédéterminés ou par le paiement des factures lorsqu'elles se présentent, ou stratégique, ce qui suppose une recherche continue de meilleurs services.

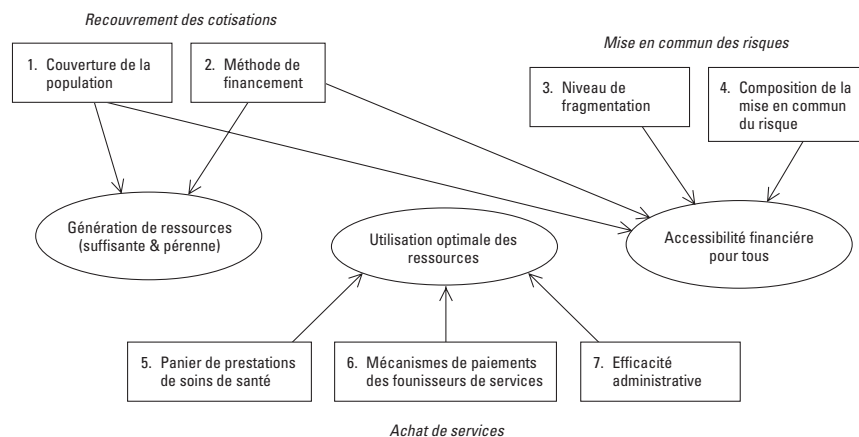
La Graphique 2 présente ces problématiques clé (dans les rectangles) en relation avec les trois sous-fonctions de l'AMO.

INDICATEURS DE PERFORMANCE

Indicateurs relatifs au recouvrement des cotisations

Couverture de la population

Pour tout pays qui a choisi la voie de l'AMO, un des problèmes à résoudre est le niveau de population à couvrir par le régime d'AMO.

Graphique 2 : Problématiques clé des sous-fonctions du financement de la santé

Plus il est élevé, plus grande est l'accessibilité financière et plus les revenus sont importants. Un indicateur de performance est donc le *pourcentage de population couverte* par ce régime. Les pourcentages élevés obtenus sont associés à une meilleure performance, toutes choses étant égales par ailleurs. Les facteurs liés à la structure économique vont aussi influencer sur le taux de couverture de la population. Par exemple, il est plus facile de collecter les cotisations des salariés du secteur formel que des indépendants ou des agriculteurs. Les économies qui comprennent de grands secteurs industriels, miniers ou de services ont plus de chance d'avoir un pourcentage plus élevé de population couverte par l'AMO dès le début.

Afin de mieux comprendre l'évolution de ce ratio, nous proposons d'ajouter des indicateurs relatifs aux différentes catégories de population. Au lieu de regarder simplement le pourcentage de population couverte, il convient d'analyser la *couverture par groupe de population* : fonctionnaires (y compris les enseignants, la police et le personnel militaire) ; salariés des entreprises publiques et privées ; professionnels indépendants ; travailleurs immigrés et occasionnels, travailleurs agricoles et autres travailleurs indépendants ; fonctionnaires retraités et autres retraités ; certains groupes dans la population non active (étudiants, handicapés, chômeurs)². D'autres groupes pourraient être pris en compte s'ils sont importants dans le pays, par exemple les employés des entreprises ayant un nombre minimum d'employés, comme ce fut le cas en RdC (Kwon

2003). On pourrait aussi suivre la couverture des différentes catégories de population citées ci-dessus par région ou par province.

Les indicateurs de performance de la couverture par groupe cible reflètent pourquoi une couverture élevée ou universelle sera difficile à atteindre, en montrant que certaines catégories de population sont plus faciles à couvrir que d'autres. Par exemple, une extension de la couverture relativement facile à réaliser est celle des personnes dépendantes. Au moment de l'introduction de l'AMO en Colombie en 1993, seulement 20,6 % de la population était affiliée à la sécurité sociale. Quatre ans plus tard, 53 % de la population avait adhéré, une partie significative de l'augmentation étant expliquée par l'adhésion des membres des familles des travailleurs du secteur formel qui étaient déjà assurés (Rossetti 2002).

Ce n'est pas seulement la structure économique d'un pays qui explique les taux de couverture. Les décideurs politiques peuvent fixer l'ampleur des financements croisés. L'éligibilité aux prestations est généralement basée sur les cotisations au régime. Toutefois, le pourcentage couvert peut excéder le pourcentage de cotisants si le gouvernement crée des arrangements permettant de payer les cotisations de certaines catégories de population, comme les plus pauvres, qui autrement n'auraient pas pu se permettre l'adhésion au régime d'assurance. Ceci implique un certain financement croisé puisque ces paiements seront financés à travers les revenus des contributions fiscales et/ou les transferts de la part de ceux qui auront payé leurs cotisations en totalité. L'ampleur des financements croisés dépend du niveau de solidarité entre les membres de la société.

Méthodes de financement

Les méthodes de financement de l'AMO sont importantes pour assurer une protection financière contre les coûts de la santé et par là même une meilleure accessibilité financière. Mais il est aussi important que les mécanismes de paiement utilisés pour les soins de santé puissent générer des revenus suffisants et de façon pérenne. Un premier indicateur de performance est le *ratio des cotisations payées d'avance par rapport au coût total des prestations* d'AMO. Les cotisations payées d'avance sont préférables car elles améliorent l'accessibilité financière et offrent une meilleure protection contre les conséquences financières imprévues des soins (OMS 2000). Ce genre de protection est souhaitable lorsque

la population est peu disposée à prendre des risques et que le gouvernement a un souci d'équité sociale.

Dans les pays à régime d'AMO, le niveau des cotisations payées d'avance affecte l'accessibilité au panier de prestations du régime. Ce dernier peut être très large, mais le ticket modérateur peut être tellement cher que l'accès est compromis. Les cotisations payées d'avance sont aussi préférables, car elles constituent une condition préalable à la mise en commun des risques parmi la population.

Un ratio plus élevé de cotisations payées d'avance par rapport aux coûts assumés par l'assuré et l'utilisation des services de santé offerts dans le cadre du panier de prestations indiquent un régime d'AMO plus performant. Toutefois, le ratio des cotisations payées d'avance peut être très élevé mais le panier de prestations très restreint. Clairement, ceci n'est pas idéal, car plusieurs ménages peuvent encore avoir à payer d'importantes factures de soins ou peuvent être simplement incapables de payer, donc d'utiliser les services. C'est pourquoi un ratio élevé de cotisations payées d'avance par rapport aux coûts du panier de prestations de l'AMO est l'indication d'une bonne performance seulement si, au même moment, les prestations offertes sont complètes, i.e. soins externes (soins de santé primaires, certains services de spécialistes, médicaments essentiels) et soins hospitaliers (dont les médicaments essentiels et les services auxiliaires comme les tests de laboratoire) (Normand, Weber 1994),

Aussi un niveau important de cotisations payées d'avance, combiné à une mise en commun du risque peut entraîner pour certains un droit à plus de soins qu'ils n'en ont payés. À l'extrême, ceci peut conduire à des soins « gratuits » au moment de la consommation. La théorie du risque moral implique que les individus peuvent avoir une demande excessive lorsque les prix sont subventionnés. De plus, cet effet de risque moral peut être accentué par les fournisseurs qui encouragent une utilisation excessive dans certaines situations. Certains soutiennent que le risque moral n'est pas très présent dans le secteur de la santé, car on devrait s'attendre à ce que les individus préfèrent être en bonne santé que demander à être soignés. Toutefois, le risque moral reste important, puisqu'une fois qu'ils sont malades, les individus pourraient vouloir obtenir le plus de soins possibles. Dans la littérature, ces différents types de risque moral sont appelés respectivement *ex-ante* et *ex-post*. L'évidence empirique supporte le fait que le risque moral *ex-post* a plus de probabilité d'être significatif. (Zweifel, Manning 2000).

Lorsqu'il n'existe pas de barrières financières à la demande de soins de santé aux divers niveaux du système, les ménages peuvent être tentés d'éviter les échelons inférieurs et demander à être soignés dans des installations plus spécialisées. De plus, il peut y avoir une mauvaise utilisation du système, par exemple, lorsque les produits pharmaceutiques prescrits sont vendus à des fins mercantiles. Les solutions pour faire face aux comportements découlant du risque moral sont basées sur le maintien d'un certain niveau de ticket modérateur. On pourrait aussi assigner à certains prestataires une tâche de filtrage, par laquelle l'accès aux échelons supérieurs du système ne sera donné qu'en fonction des besoins. Imposer des cotisations payées d'avance élevées à ceux qui ne respectent pas le système d'aiguillage vers les services appropriés pourrait aussi renforcer ce dispositif. Pour ces raisons, une maximisation complète (100 %) du ratio de cotisations payées d'avance n'est pas nécessairement la meilleure politique. Dans la plupart des régimes d'AMO européens, les tickets modérateurs à hauteur de 30 % sont assez communs ; des tickets modérateurs plus élevés ont même été observés dans le cas de certaines catégories de produits pharmaceutiques (Mossialos, Le Grand 1999).

Par contre, il n'est pas possible d'identifier un ratio précis vers lequel s'orienter. En effet, la nécessité de prendre en compte le risque moral peut différer d'un pays à l'autre, amenant des niveaux variables de tickets modérateurs et donc des ratios. De plus, le ratio peut dépendre du niveau de revenu de chaque pays. Par exemple, les pays à revenus élevés peuvent décider d'introduire des niveaux plus élevés de ticket modérateur pour certaines prestations, jugeant que l'accessibilité financière est assurée pour la population. L'expérience internationale peut être utile dans la formulation d'une recommandation, sauf qu'il n'y a pas de données comparables sur les cotisations. Par contre, les données relatives à la participation du gouvernement aux dépenses générales de santé sont disponibles. On pourrait utiliser cette proportion comme une mesure indirecte du ratio des cotisations payées d'avance. La moyenne de ces ratios dans 27 pays est de 71,1 %, avec 16 pays ayant un ratio variant entre 70 % et 91,9 % (Tableau 2). En termes de protection financière contre les coûts des soins, il est plus raisonnable d'utiliser la dernière proportion comme référence dans les pays pauvres.

L'analyse de la diversité des cotisations par groupes ciblés est importante car elle indique la manière par laquelle le régime d'AMO parvient à introduire une protection financière universelle. Les différences entre les groupes ciblés peuvent être causées par les différents

Tableau 2 : Ratio des cotisations payées d'avance dans les régimes d'AMO, 2000

Ratio (%)	Pays		
40 – 49.9	Chili (42.6 %)	République de Corée (44.1 %)	Monaco (48.1 %)
50 – 59.9	Yougoslavie (51 %)	Grèce (55.5 %)	Suisse (55.6 %)
60 – 69.9	Costa Rica (68.4 %)	Roumanie (63.8 %)	Pays-Bas (67.5 %)
70 – 79.9	Belgique (71.2 %)	Autriche (69.7 %)	Pologne (69.7 %)
	Hongrie (75.7 %)	Lituanie (72.4 %)	Allemagne (75.1 %)
	Estonie (76.7 %)	Israël (75.9 %)	France (76 %)
	Slovénie (78.9 %)	Japon (76.7 %)	Bulgarie (77.6 %)
80 – 89.9	Macédoine (84.5 %)	Croatie (84.6 %)	
	Saint Marin (85.7 %)	Slovaquie (89.6 %)	
90+	République Tchèque (91.4 %)	Luxembourg (91.9 %)	

Source : OMS (2002, Annexe Tableau 5).

niveaux d'assurance contractées par ces groupes, par la fragmentation du système de mise en commun des risques entraînant différents niveaux de protection financière, et par l'existence de mécanismes de cotisations alternatifs, comme les régimes d'assurance communautaire.

Il existe un risque sérieux de voir les employés, et les autres travailleurs pouvant adhérer facilement, bénéficier d'un ratio plus élevé de cotisations par rapport aux coûts totaux des soins. Le défi pour les régimes d'AMO est de développer un plan par lequel les autres groupes ciblés adhèrent systématiquement au régime selon des conditions similaires à celles des affiliés initiaux. Ceci conduira éventuellement à des ratios similaires pour tous les groupes, avec une accessibilité financière aux prestations comparables.

Une autre dimension de la performance est la protection contre des dépenses d'urgence, mesurée par le *pourcentage de ménages avec des dépenses d'urgence*. Alors que les cotisations payées d'avance sont préférables aux paiements directs en termes d'amélioration de l'accessibilité financière, ceci ne garantit pas que les cotisations demandées soient accessibles financièrement pour tous. Les régimes d'AMO plus performants minimisent le pourcentage des ménages ayant à effectuer des dépenses d'urgence³. Par exemple, si les cotisations sont trop élevées pour un certain nombre de ménages ou si les tickets modérateurs pour certaines prestations sont trop élevés, ou simplement si certaines prestations sont exclues du panier de prestations, alors les cotisations demandées pour les soins de santé pourraient ne pas être

accessibles financièrement à tous. Les cotisations restent importantes comme mesure d'accessibilité financière ; l'analyse par groupe ciblé est utile puisqu'elle montre dans quelle mesure le régime d'AMO est équitable. Les dépenses d'urgence constituent un problème plus important parmi les groupes ciblés plus vulnérables, mais un régime d'AMO performant pourrait limiter ces dépenses.

Les indicateurs de performance que nous avons présentés mesurent l'accessibilité financière des cotisations, à travers l'analyse des cotisations payées d'avance et des dépenses d'urgence. Toutefois, les *sources de financement* sont aussi importantes pour la mesure de l'équité d'un régime d'AMO : il est important qu'elles génèrent des revenus suffisants et de façon pérenne. La source primaire du financement d'un régime d'AMO est constituée par les *cotisations*. Dans le cas des salariés, elles sont habituellement liées au salaire et souvent payées en partie par l'employeur. Dans le cas des travailleurs indépendants, elles peuvent être soit forfaitaires soit liées au revenu. Les cotisations liées au revenu sont préférables pour des raisons d'équité, vu qu'elles sont basées sur la capacité de payer. Les cotisations forfaitaires, surtout dans un pays où il est très difficile d'évaluer les revenus, peuvent éviter des pertes de temps et faciliter la gestion. Une solution intermédiaire est d'avoir une série de tarifs forfaitaires comme alternative à des modèles basés uniquement sur les revenus ou sur une contribution forfaitaire unique. Ceci prend en compte la capacité de payer des individus sans trop augmenter les coûts administratifs et les pertes de temps.

Il peut aussi exister une limite à ce que la société est prête à accepter pour la poursuite de l'équité. Quand, dans un régime d'AMO, toutes les cotisations sont mises en commun et que le panier de prestation est universel, les différences de cotisations entre les groupes peuvent devenir si grandes qu'elles ne sont plus acceptables pour certains. Alors, l'acceptabilité et la pérennité d'un régime d'AMO pourraient être compromises. Une des manières de reconnaître les limites de la solidarité financière dans un régime est de déterminer que le salaire, sur lequel sont basées les cotisations, soit plafonné. De cette façon, on réduira les différences entre les niveaux de cotisations des différents groupes de salariés. Les cotisations basées sur les salaires représentent une source de financement relativement pérenne, puisqu'elles constituent un montant fixe du revenu des salariés. Par conséquent, ce type de cotisations est moins sujet aux arbitrages budgétaires annuels que

si les fonds provenaient des contributions fiscales. Toutefois, les montants générés fluctueront en fonction de l'état de l'économie.

Cependant, financer un régime d'AMO seulement par des cotisations n'assure pas toujours des ressources suffisantes et stables. C'est le cas si les décideurs politiques désirent couvrir une plus grande partie de la population plutôt qu'uniquement ceux qui ont cotisé. En effet, les chômeurs, les retraités, les étudiants et les pauvres ont aussi besoin d'une couverture maladie. C'est pourquoi dans plusieurs régimes AMO, les cotisations sont souvent complétées par des *subventions gouvernementales à travers la taxation générale*. Celles-ci peuvent assurer l'accessibilité financière des soins de santé à un plus grand nombre de personnes et contribuer à améliorer l'équité. Certains critiquent ces subventions gouvernementales car elles réduisent l'indépendance du financement du régime d'AMO par rapport au budget gouvernemental (Normand, Weber 1994).

D'autres sources de financement sont les *impôts spéciaux* et les *aides extérieures*. Des taxes sur la consommation de produits (comme le tabac ou l'alcool) et d'activités nocifs peuvent aider à modifier les comportements des consommateurs et couvrir certains coûts de santé occasionnés par ces produits ou activités. L'aide extérieure peut s'avérer utile pour le financement de certaines tâches spécifiques isolées, comme par exemple la mise en place d'un changement d'organisation du régime d'AMO, ou le cofinancement temporaire de la couverture de ceux qui ne peuvent pas payer. Toutefois, ce n'est pas, par sa nature, une solution de long terme.

Les *tickets modérateurs* peuvent aussi influencer les incitations des consommateurs et jouent donc un rôle important pour limiter les coûts. Toutefois, en général, les tickets modérateurs ne sont pas considérés comme générateurs de ressources pour le régime d'AMO. Au lieu de cela, ce sont typiquement les prestataires des soins de santé qui reçoivent les revenus générés par les tickets. Ceux-ci ont quand même un impact sur le niveau des dépenses du régime d'AMO, car si les dépenses des assurés sont moindres, toutes choses étant égales par ailleurs, le niveau des tickets modérateurs sera plus élevé.

Indicateurs relatifs à la mise en commun du risque

Le degré et la forme de mise en commun du risque est une autre dimension sur laquelle, la performance de l'AMO peut être évaluée. Dans les systèmes avec couverture universelle, les cotisations payées d'avance sont combinées à une répartition des risques entre les affiliés. Les Comptes

d'Épargne Médicale sont l'exception, ceux-ci impliquant des cotisations mais limitant la mise en commun des risques⁴. Ceci offre une plus grande protection contre les coûts élevés des dépenses de santé et améliore du même coup l'accessibilité financière. Bien que les régimes d'AMO – par définition – mettent en commun le risque, l'étendue réelle de celle-ci peut varier grandement selon les pays. Ceci dépend non seulement de l'étendue des cotisations payées par les usagers, mais aussi du niveau de fragmentation de la mise en commun du risque. La fragmentation se produit lorsqu'il y a trop de petits systèmes de mise en commun du risque (OMS 2000). Elle peut amener dans certains segments de la population, particulièrement dans les groupes à faible revenu, une protection moins élevée. Les systèmes de mise en commun auxquels sont associées ces personnes recevront un montant moins élevé de cotisations, et offriront des paniers de prestations de santé moins généreux et des restrictions dans l'accès. Une minimisation de la fragmentation peut donc permettre une meilleure accessibilité financière aux services de santé. Toutefois, il est important de noter que la fragmentation ne correspond pas simplement à l'existence de plusieurs systèmes de mise en commun du risque. Si un mécanisme appelé compensation des risques, qui permet une rectification des ressources disponibles mises en commun selon les divers risques des affiliés, est en vigueur, la fragmentation peut être évitée. Dans la plupart des cas, les régimes d'AMO établissent ce genre de compensation.

Les questions à poser pour évaluer la performance de l'AMO sur cette dimension, sont les suivantes. Y a-t-il mise en commun multiple des risques ? Si oui, existe-t-il des mécanismes de compensation des risques ? Les régimes AMO peuvent soit être composés d'une mise en commun multiple des risques (caisses multiples), ou d'une mise en commun unique des risques (caisse unique). Dans le cas d'une caisse unique, toutes les opérations financières y sont transigées, tandis que pour les systèmes à caisses multiples, chaque mise en commun du risque a son propre fonds de réserves financières. Une caisse unique peut avoir des bureaux dans plusieurs régions ou provinces, mais même dans cette situation, les gestionnaires sont responsables de l'ensemble des transactions financières du système. C'est le cas de l'Assurance Maladie Nationale à Taiwan : le Bureau de l'Assurance Maladie Nationale (AMN) gère le système en totalité et est responsable des opérations financières des six bureaux régionaux. Les principales responsabilités de ces derniers sont le traitement des adhésions et l'analyse des plaintes (Chiang 1997).

Il y a plusieurs raisons pour préférer les systèmes à caisses multiples, mais une caisse unique demeure la meilleure option pour limiter la fragmentation en combinant les risques des affiliés dans un fonds commun, tout en fournissant un panier de prestations identique à tous les affiliés. Un régime à caisses multiples n'est pas synonyme de fragmentation. Bien sûr, l'objectif des décideurs politiques d'offrir un panier de prestations de santé identique à tous les affiliés peut permettre la jonction nécessaire entre les systèmes de mise en commun. Ce phénomène est connu sous le nom de compensation des risques, par lequel des subventions sont données aux personnes à haut risque, à travers un « fonds de solidarité ». Ceci est nécessaire afin d'assurer que les caisses acceptent toutes les catégories de membres, dont ceux à haut risque. Ainsi, les fonds de solidarité reçoivent les ressources financières suffisantes afin de couvrir les personnes à haut risque. De plus, l'incitation à systématiquement rechercher des personnes à faible risque devrait être réduite. Les caisses ayant un niveau disproportionné d'affiliés à faible risque accumuleront plus facilement des surplus financiers, mais, ceux-ci devront être répartis avec les autres caisses par le mécanisme de compensation des risques.

Afin de mesurer la performance des régimes d'AMO en fonction de cette dimension, il faut tout d'abord identifier si le système de mise en commun des risques est unique ou multiple. Ensuite, si le système est une caisse multiple, il faut déterminer si des mécanismes de compensation des risques sont en place. Deux formes de mécanismes de compensation des risques peuvent être distinguées : les dispositifs de régulation des risques ou le partage ex-post des risques (van de Ven et al. 2002). Les dispositifs de régulation des risques cités peuvent être trouvés dans plusieurs pays européens (Allemagne, Belgique, Pays-Bas et Suisse). Les dispositifs de régulation des risques sont utilisés pour estimer les déterminants des dépenses de santé : âge, sexe, invalidité, revenu, statut d'emploi, région (profil épidémiologique, prédominance rurale et urbaine), dépenses antérieures, utilisation antérieure (informations provenant des diagnostics).

Les caisses d'assurance ayant un nombre élevé disproportionné d'affiliés avec une de ces caractéristiques, provoquant ainsi une proportion attendue plus grande d'affiliés à haut risque, peuvent recevoir des subventions du fonds de solidarité. Ceci aide à compenser l'impact des profils de risque différents, mais demeure imparfait puisque les dispositifs de régulation des risques sont seulement des estimations

des dépenses de santé individuelles. Les informations sur certaines caractéristiques sont plus facilement accessibles, tels l'âge, le sexe et le statut d'emploi du bassin de population de la zone couverte par la caisse, ainsi que les caractéristiques de la région. Un régime d'AMO devrait utiliser des données sur les dispositifs de régulation des risques qui ne sont pas onéreuses à obtenir, mais qui restent de bons indicateurs prévisionnels des futures dépenses individuelles. Par exemple, cinq sous-groupes d'âge couplés à des indicateurs de sexe, du type de région (rurale ou urbaine) et de l'incidence de la malaria (faible, moyen ou élevé), résultent en 36 options sur lesquelles les subventions aux caisses à haut risque peuvent se baser.

Le régime d'assurance maladie universelle de la Colombie est un bon exemple de mécanisme de compensation des risques entre systèmes de mise en commun du risque (Londoño 2000 ; Savedoff 2000). Les personnes assurées contribuent à hauteur de 12 % de leur salaire (le *Regimen Contributivo*), à moins que leur salaire soit insuffisant et dans ce cas, le régime renonce à la contribution (le *Regimen Subsidiado*). Tous les assurés peuvent s'affilier à la caisse d'assurance maladie de leur choix (*Entidad Promotora de Salud – EPS*). Les charges prélevées sur les salaires sont payées directement aux caisses. Parallèlement, le gouvernement décide du niveau de revenus d'assurance maladie auxquels chaque caisse a droit. Ce revenu équivaut à un montant identique pour toutes les personnes (*Unidad de Pago por capitación – UPC*), et est ajusté selon l'âge et le sexe, lesquels sont multipliés par le nombre d'affiliés de la caisse. Les montants sont répartis entre les caisses de façon à ce que les revenus totaux d'une caisse couvrent les coûts des services de santé utilisés par les affiliés. Le mécanisme de compensation des risques s'effectue donc de la manière suivante : (i) les caisses d'assurance maladie, percevant des revenus de charges salariales qui excèdent les revenus qui leur sont dus, doivent remettre ce montant « excédentaire » au fonds de solidarité (*Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA*), (ii) la FOSYGA distribue ensuite les montants nets qu'elle reçoit entre les caisses d'assurance maladie dont les charges perçues sont moins élevées que les revenus.

Le partage des risques ex-post implique le remboursement rétroactif de certains coûts des caisses d'assurance maladie par le fonds de solidarité. Par exemple, ceci peut être conçu pour couvrir des personnes dont les coûts se révèlent exceptionnellement élevés. Il est intéressant de noter que la limite extrême du remboursement complet est un régime de caisse unique.

La responsabilité financière des régimes à caisse unique ou multiple a un effet important sur l'efficacité. Les succursales d'un régime à caisse unique n'ont aucune incitation à contenir leurs coûts lorsqu'elles n'ont aucune responsabilité financière et que leurs dépenses sont financées à partir des fonds centraux. Par contre, dans un régime à caisses multiples, il peut exister une incitation à l'efficacité pour chaque caisse, lorsqu'elles conservent les revenus perçus des divers contributeurs desquels sont soustraites les contributions au fonds de solidarité. Toutefois, le partage des risques ex-post réduit cette incitation, alors que les coûts des caisses sont remboursés par le fonds de solidarité.

Dans un régime à caisse unique, l'efficacité peut être améliorée en donnant des incitations financières aux succursales pour rendre la gestion du travail le plus efficace possible, ou en donnant des contrats à des fournisseurs efficaces. Que ce soit dans des régimes à caisses unique ou multiples ayant une certaine délégation financière, il est important qu'il y ait des règles empêchant les comportements qui vont à l'encontre de la couverture des personnes à haut risque (écrémage de la clientèle). De tels comportements sont indésirables, étant donné qu'ils augmenteront la fragmentation par l'exclusion des personnes à haut risque. Un régime d'AMO pourrait introduire le principe d'une adhésion ouverte à tous, par lequel la caisse d'assurance doit accepter toutes les demandes d'inscription dans la zone géographique (van de Ven et al., 2000), tout en mettant en place des règles strictes concernant les primes à payer et la mise en place du ticket modérateur, afin de limiter les comportements biaisés lors du choix des affiliés. Une raison plus pragmatique dans le choix d'un régime est l'existence d'infrastructures institutionnelles. Par exemple, en Belgique, le régime d'AMO à caisses multiples s'est développé grâce aux mutuelles de santé existantes, aux racines sociales et politiques profondes de la société.

L'assurance complémentaire doit aussi être considérée. Celle-ci couvre des services supplémentaires qui ne sont pas compris dans le panier de prestations de santé de l'AMO et qui ne sont pas considérés essentiels, tels les chambres privées dans les hôpitaux. Il peut aussi s'agir de certains médicaments ou traitements réputés moins essentiels ou simplement trop onéreux. Les temps d'attente peuvent ainsi être réduits tout comme le coût de certains tickets modérateurs. Si les services supplémentaires sont offerts par les caisses d'AMO elles-mêmes, il se peut que les personnes à haut risque soient exclues des régimes, dans la mesure où ces derniers sont conçus de manière à satisfaire les préférences des personnes

à faible risque. Il peut être préférable de laisser la fourniture de services supplémentaires à des sociétés d'assurance maladie privées.

Finalement, il peut exister une limite aux mécanismes de compensation des risques entre divers groupes de population, au moins temporairement. Par exemple, ce sera le cas des pays dans lesquels uniquement le secteur formel de la population, serait capable de soutenir le financement d'un système équitable et complet de prestations de soins. Fournir immédiatement un panier identique à toute la population nécessiterait d'importants transferts de ressources du secteur formel à l'informel ainsi que des subventions supplémentaires du gouvernement. Il pourrait donc être très difficile, à court terme, d'offrir un panier identique à tous. Dans de telles circonstances, il pourrait être préférable à court terme de mettre en place un régime à caisses multiples, tout en conservant l'objectif de long terme d'un panier semblable pour toute la population. Afin d'atteindre l'objectif, les caisses d'un régime multiple devront être reliées dès le début, afin que soient institutionnalisés les mécanismes de compensation des risques.

Tout comme il est essentiel de minimiser la fragmentation, il est nécessaire que la composition de chaque mise en commun du risque soit représentative de la population visée. Ceci pour assurer que certains groupes ne soient pas exclus et que, plus fondamentalement, la mise en commun des risques soit pérenne. Par définition, un régime de mise en commun des risques de type AMO ne pourrait pas être à adhésion volontaire ; l'adhésion obligatoire permet d'empêcher l'exode potentiel de certains affiliés et est incontournable *si* les décideurs politiques souhaitent aller vers l'universalité de la couverture.

L'*unité* d'adhésion ou d'enregistrement à l'AMO est généralement soit l'individu, soit l'ensemble d'un ménage. L'adhésion d'un ménage complet est avantageuse étant donné que la couverture est élargie et que la sélection adverse est réduite. Toutefois, un problème à considérer est la fraude potentielle de la part de personnes qui ne contribuent pas au régime, mais qui se disent membre d'un ménage alors qu'elles ne le sont pas. Afin d'éviter ceci, les ménages et ses ayants droits doivent être définis clairement. Une autre option est d'enregistrer chaque membre de la famille individuellement et leur procurer chacun une carte d'assurance maladie. Les différentes options d'adhésion peuvent impliquer divers niveaux de coûts administratifs, les coûts les plus élevés découlant de l'enregistrement de la clientèle. Cette

dernière manière de faire pourrait être un investissement valable si les cas frauduleux peuvent ainsi être réduits de façon importante.

Dans plusieurs pays pauvres, la mobilité des salariés et travailleurs indépendants est très importante. Ces migrants ne devraient pas être exclus du régime pour autant. On doit par contre décider à quel endroit ils devront s'enregistrer et payer leurs cotisations. Les salariés et travailleurs indépendants qui se déplacent de leur ville d'origine à une autre ville pourraient en principe s'enregistrer à l'un ou l'autre des endroits. Toutefois, peu importe l'endroit d'enregistrement, les ayants droits du ménage devraient être couverts. Ceci est particulièrement important dans le cas des familles des travailleurs indépendants qui doivent contribuer une somme uniforme pour chaque membre du ménage. Cette préoccupation est de moindre importance pour les salariés dont les contributions (et celles de leurs employeurs) garantissent une couverture à l'ensemble du ménage.

Indicateurs relatifs à l'achat de services

Une cinquième dimension de la performance concerne le *panier de prestations et son contenu*. Les cotisations mises en commun sont utilisées pour acheter un panier de prestations, définies dans un contrat liant l'AMO et les fournisseurs de soins de santé de tous les niveaux du système. Ce panier devrait être le plus complet possible en tenant compte des contraintes budgétaires du régime. De plus, ses spécifications devraient être basées sur les préférences de la société en ce qui a trait à l'efficacité et à l'équité, de telle sorte que les ressources soient utilisées de la meilleure manière possible. Plus fondamentalement encore, il ne devrait pas exister de « sous-fourniture » de soins de santé, tout comme il ne devrait pas exister de « sur-fourniture », ce qui n'est ni dans l'intérêt des affiliés, ni du régime d'AMO. Le contrôle de la « sur » et « sous » fourniture représente donc une tâche importante dans la gestion de l'AMO.

Les indicateurs de performance, ici, sont : *l'existence et le bon fonctionnement de mécanismes de contrôle* (révision, informations sur les droits des usagers, comités d'appréciation des actes médicaux, revue des réclamations), *l'existence de contrats bien faits et leur mise en œuvre*. Des mécanismes de contrôle devraient être mis en place pour assurer que le panier de prestations de soins est bien reçu par les affiliés qui y ont

droit. En l'absence d'informations suffisantes sur les droits des usagers, les affiliés du régime pourraient ne pas avoir accès à l'ensemble des services auxquels ils ont droit. Ceci devrait être jumelé à des mécanismes de demandes de révisions, de telle sorte que les patients peuvent se plaindre, lorsqu'ils ont l'impression de ne pas avoir reçu les soins adéquats. Même avec une connaissance complète de ses droits et une accessibilité totale aux mécanismes de révision, l'utilisateur doit s'en remettre au fournisseur de soins pour décider quel service il devrait recevoir : il existe une *asymétrie d'information*. Ce phénomène est connu comme le « problème de l'agent », où le fournisseur (« l'agent ») prend la décision pour le compte de l'utilisateur (« le principal ») (McGuire et al. 1988). Le problème de l'agent peut amener le fournisseur à ne pas offrir aux patients les interventions médicales comprises dans le panier de prestations même lorsqu'elles sont nécessaires. Ce phénomène se produira plus fréquemment si, par exemple, le fournisseur a un budget serré. Un comité d'appréciation des actes médicaux peut évaluer si les fournisseurs ont offert les soins adéquats.

Une sur-production est aussi possible, particulièrement lorsque le fournisseur est payé à l'acte. L'asymétrie d'information est encore présente ici entre les caisses d'assurance (le principal) et le prestataire de soins de santé (l'agent). Un comité d'appréciation des actes médicaux, par lequel les réclamations d'assurance sont révisées de manière indépendante par du personnel de santé approprié, permet d'assurer que les réclamations faites par les prestataires sont justifiées. Ces mécanismes de contrôle – des mécanismes de demandes de révision, des informations complètes sur les droits des prestataires, des comités d'appréciation des actes médicaux et des revues des réclamations – sont une indication d'un panier de prestations bien mis en œuvre et donc de bonne performance.

Bien que les mécanismes de contrôle soient importants, le contrat entre le prestataire de soins et la caisse d'assurance doit d'abord être bien conçu. (Perrot 2002) Ce n'est pas simplement ce qui est stipulé dans le contrat, mais bien le potentiel de *contestabilité* du contrat qui importe. La nécessité de renouveler les contrats mettrait de la pression sur les fournisseurs pour offrir des soins de qualité (Perrot 2002).

Pour ce qui est du contenu du panier de soins, les décideurs politiques doivent décider de l'importance relative des critères d'efficacité et d'équité. Les critères suivants d'efficacité et d'équité peuvent être considérés : (1) rentabilité, (2) impact positif significatif sur la santé /

conditions graves de santé de l'individu, (3) égalité de santé durant la vie, (4) réduction de la pauvreté, (5) équité horizontale, i.e. « traitement égal à besoin égal », (6) responsabilité collective ou individuelle. Il est particulièrement important que les substitutions possibles entre l'équité et l'efficacité soient connues et comprises. Par exemple, si une intervention vise les conditions graves de santé, mais n'est pas très rentable, le choix des décideurs politiques de l'inclure dépendra du poids qu'ils accordent aux critères. Le poids relatif donné à chacun des critères devrait refléter les préférences de la société. En d'autres mots, certains peuvent préférer moins d'efficacité en échange d'une plus grande équité. Les décideurs politiques peuvent aussi refléter les préférences de la société en mettant en œuvre des tickets modérateurs selon les niveaux de priorité des interventions

La *façon de payer les prestataires* individuels ou institutionnels peut significativement affecter les coûts et la qualité des soins, et peut donc, dans ce cas, contribuer à l'atteinte de l'utilisation optimale des ressources. Il est impossible d'établir catégoriquement quel mécanisme de paiement est meilleur car chacun a ses forces et faiblesses. Pour chaque méthode de paiement, nous faisons une brève description et proposons des paramètres de conception susceptibles d'assurer une meilleure performance en terme de rentabilité et de qualité des soins (Carrin, Hanvoravongchai 2003 ; Normand, Weber 1994 ; Witter et al. 2000).

La *rémunération à l'acte* est un mécanisme de paiement par lequel les fournisseurs sont payés pour chaque acte fourni à un client. Sa principale force est d'encourager la productivité, ce pourquoi elle est aussi souvent critiquée, puisqu'elle encouragerait une sur-production (demande induite de l'offreur) non-appropriée et une tendance à réduire le temps par activité ou à déléguer à des personnes moins qualifiées. De plus, les coûts administratifs seront élevés, étant donné les coûts de facturation, les frais de remboursement et les frais de contrôle et d'ajustement des honoraires. La sur-production peut être contrecarrée par une combinaison de rémunération à l'acte à des budgets ou en ajustant la rémunération après qu'un certain niveau de soins soit dépassé (Carrin, Hanvoravongchai 2003). Des tickets modérateurs aux patients peuvent aussi agir en contrepoids à la demande induite de l'offreur. La concurrence entre les fournisseurs peut atténuer les aspects négatifs décrits ci-dessus, étant donné que la mauvaise qualité des soins amènera les usagers à choisir d'autres fournisseurs, bien que la capacité des patients à

déterminer ce qu'est un bon et un mauvais service de santé soit limitée (Witter et al. 2000). Des mesures de contrôle, tels que l'utilisation de comités d'appréciation des actes médicaux, peuvent aussi limiter la délégation inappropriée et le temps insuffisant passé avec les usagers.

La *rémunération à la journée* pour des soins hospitaliers est simple et peu coûteuse à administrer. Toutefois, elle peut être une incitation à augmenter la durée du séjour des patients et à accroître le nombre d'admissions. L'effet sur la qualité peut être négatif en l'absence de concurrence ou de contrôle, puisque les hôpitaux ont intérêt à réduire leurs facteurs de production afin de diminuer les coûts. Afin de créer une incitation à réduire la durée du séjour moyen à l'hôpital, la rémunération à la journée peut être progressivement diminuée à mesure que la durée du séjour augmente. C'est le cas au Japon, où le tarif quotidien après 90 jours est moins de la moitié de celui des 14 premiers (Ikegami, Campbell 1999).

La *rémunération au cas* peut être utilisée pour les soins ambulatoires et pour les malades hospitalisés, et est facile à administrer. Un exemple connu est la méthode de paiement « Diagnosis Related Group (DRG) », pour laquelle l'hôpital est payé une somme fixe pour les traitements selon le groupe dans lequel l'utilisateur a été diagnostiqué. Ceci est bon pour le contrôle des coûts puisque les fournisseurs sont poussés à être plus efficaces, mais cet effet est annulé par l'incitation à augmenter les admissions. De plus, cette méthode incite les prestataires à poser des diagnostics plus graves – et donc plus coûteux – et à transférer les cas plus complexes à d'autres fournisseurs. Les groupes diagnostiques doivent être clairement définis. Les mécanismes de contrôle sont particulièrement importants afin d'assurer que les patients sont correctement diagnostiqués et que les cas compliqués ne sont pas transférés sans raison, mais ces mesures de contrôle sont coûteuses.

La rémunération à la *capitation* est celle où les fournisseurs reçoivent des paiements selon la taille de la population desservie ; elle peut être utilisée pour les soins ambulatoires et pour les malades hospitalisés. L'administration est facile, même lorsque les paiements sont ajustés de manière à refléter la morbidité attendue de la population (mesurée, par exemple, par l'âge et les structures socioéconomiques). Il n'y a pas d'incitation à fournir des soins en excès. Ce contrôle amélioré des coûts peut donner naissance au problème opposé, soit une sous-production de soins de santé. Afin d'éviter la sous-production, une bonne méthode est d'appliquer la capitation à des groupes de prestataires individuels,

réduisant l'incitation qu'aurait un prestataire unique à réduire la production. La concurrence entre les prestataires peut aussi aider à réduire ce problème, puisque les revenus des prestataires dépendent du nombre et du type de personnes servies.

Les *budgets*, s'ils sont strictement mis en oeuvre, peuvent aider à contrôler les coûts. Tout comme avec la capitation, il n'y a pas de lien entre la quantité et la composition des soins et les montants reçus par les prestataires. Toutefois, la capacité de contrôler les coûts totaux est limitée si le budget est insuffisant. De plus, lorsque les budgets ne sont pas stricts, et comme ils sont souvent basés sur les coûts historiques, il n'existe pas d'incitation à minimiser les coûts pour les fournisseurs, et il peut même exister une incitation à les excéder. Les transferts de cas sont aussi probables, ainsi qu'une sous-production et des listes d'attente. Les budgets doivent être vus comme étant stricts et non basés sur les allocations historiques, mais plutôt sur la taille de la population et la morbidité attendue. Le contrôle est encore ici nécessaire afin d'éviter la sous-production et des transferts inappropriés de cas. Tout comme avec la capitation, un budget unique pour le système intégral de référence est possible, mais pourrait être difficile à appliquer pour les mêmes raisons.

Le *salaire* est une méthode de rémunération simple administrative, mais ne couvre que les coûts du personnel. La sur-production est peu probable, mais la sous-production l'est, puisque les salaires peuvent amener une faible motivation personnelle. Ceci peut même mener les prestataires à travailler aussi dans le secteur privé.

Un régime d'AMO adéquat doit s'assurer que les fournisseurs sont soumis à des incitations appropriées afin que les ressources soient utilisées de manière optimale. Comme chaque méthode a ses forces et faiblesses (voir tableau 3), un mélange de plusieurs méthodes de rémunération serait préférable. Par exemple, à un salaire de base pourrait être ajoutée une indemnité sous forme de capitation et une rémunération à l'acte pour certaines interventions dont la production élevée est jugée hautement désirable, comme les immunisations.

L'efficacité administrative, enfin, est une autre dimension de la performance de l'AMO. Les coûts administratifs sont le résultat de la planification, de la gestion, de la régulation et du recouvrement des fonds et du traitement des réclamations portant sur les dispositifs d'administration (OECD, 2001). Certaines dépenses d'investissements peuvent aussi faire partie des coûts administratifs. Une certaine quantité de fonds devrait être conservée comme réserve, afin de se prémunir contre des coûts

Tableau 3 : Méthodes de paiement des fournisseurs et effets de production attendus

Méthode de paiement	Sur/sous production	Principales activités de contrôle
Rémunération à l'acte	Sur-production	Combiner avec budgets Ajuster les frais lorsqu'un certain niveau est dépassé
Rémunération à la journée (per diem)	Sur-production	Réduire les paiements quotidiens à mesure que la durée d'hospitalisation s'allonge
Rémunération au cas (DRGs)	Sur-production	S'assurer que les groupes de diagnostics sont clairement définis
Rémunération à la capitation	Sous-production	Intégrer les systèmes d'orientation
Budget	Sous-production	Budgets stricts non basés sur les allocations historiques Intégrer les systèmes d'orientation
Salaires	Sous-production	Salaires déterminés selon les performances

inattendus et des fluctuations dans les dépenses. Toutefois, associer une meilleure performance à des coûts administratifs moins élevés est simple ; des informations complètes sur les droits des prestataires, des revues des réclamations, des mécanismes de demandes de révision et des comités d'appréciation des actes médicaux, sont tout aussi importants pour assurer une utilisation optimale des ressources, mais vont nécessairement accroître les coûts administratifs.

A ce niveau, un indicateur de performance est le *pourcentage des dépenses consacrées aux coûts administratifs*. Nous suggérons un pourcentage basé sur l'expérience des régimes d'AMO arrivés à maturité. La part moyenne des coûts administratifs dans les dépenses de santé était de 4,2 % pour une sélection de régimes (Carrin et Hanvoravongchai, 2003), la fourchette allant de 2 % (Japon) à 6,6 % (Suisse), quoique certains de ces coûts aient pu avoir été quelque peu sous-estimés. Par exemple, en France, où seuls les coûts centralisés sont inclus dans les coûts administratifs. Ainsi, un pourcentage maximum de 6 à 7 % est recommandé seulement lorsque le pays a atteint les dernières étapes de développement de son régime d'AMO. Avant cela, les performances peuvent être contrôlées, une baisse des coûts administratifs étant attendue à mesure que le régime se développe. Une réduction minimum de 0,1 % par année (basée sur l'expérience de pays de l'OCDE) pourrait être visée.

Imposer des limites budgétaires sur les ressources est une façon simple de contrôler les coûts administratifs. Par exemple, en Belgique, un budget typique consiste en une portion fixe, qui est allouée incondition-

nellement, et une composante variable qui est fonction de la performance de la caisse. De plus, l'exclusion de certaines interventions fréquentes peu coûteuses du panier de soins peut aider à réduire les coûts administratifs, en évitant les coûts de transaction des remboursements. Si de telles interventions satisfont les critères d'efficacité et d'équité, elles devraient être exclues uniquement si elles sont facilement accessibles financièrement et peuvent être payées, même par les plus pauvres.

RÔLE DU GOUVERNEMENT DANS LE DÉVELOPPEMENT DE L'AMO

Nous avons passé en revue les facteurs importants qui facilitent la transition vers une couverture universelle, ces enseignements étant tirés du développement de régimes d'AMO dans quelques pays choisis. L'administration générale a été identifiée comme un facteur essentiel ; sa première fonction est de définir une stratégie d'AMO claire et cohérente, qui doit viser les principales caractéristiques de conception du régime : (1) un calendrier pour la couverture systématique de la population ou de groupes spécifiques de population, (2) la définition des cotisants et des bénéficiaires, (3) les sources de financement, (4) l'attribution des revenus et la méthode de paiement des fournisseurs de soins, et (5) le cadre organisationnel et administratif. La stratégie doit ensuite être accompagnée d'un projet de loi sur le régime d'AMO. Ce dernier doit contenir les principes généraux de la couverture universelle par l'AMO, les caractéristiques de conception de base et la réglementation. Le calendrier menant à l'établissement du régime d'AMO devrait être précisé, spécifiant quand la loi d'AMO sera votée et le moment de la mise en œuvre, qui, elle, demandera une administration générale de qualité de la part du gouvernement. Il faudra assurer la disponibilité de capacités administratives adéquates, que les soins inclus dans le panier soient disponibles, et que le développement du régime puisse être contrôlé et évalué.

CONCLUSION

Les commentaires qui précèdent soulignent le rôle d'administrateur général du gouvernement dans le lancement et le suivi de la transition vers un régime d'AMO à couverture universelle. Un certain nombre de

facteurs ont été jugés cruciaux pour faciliter la transition : le niveau des revenus, la structure de l'économie, la distribution de la population, la capacité des pays à administrer le régime d'AMO et le niveau de solidarité de la société. Il est aussi essentiel que les décideurs prennent ces facteurs en compte et essaient de les utiliser comme leviers politiques. L'amélioration des capacités administratives et la stimulation de la solidarité dans la société sont des facteurs qui peuvent être davantage affectés par une administration générale directe du gouvernement.

Ainsi, il est clair que le développement d'un régime d'AMO dans un pays particulier dépend en grande partie des conditions socio-économiques et du contexte politique. Il est donc important que les politiques d'AMO soient bien conçues et réalistes, en particulier, au niveau des paramètres de conception : couverture de la population, méthodes de financement, niveau de fragmentation, composition de la mise en commun du risque, panier de soins, mécanismes de paiement des fournisseurs et efficacité administrative. Comme l'atteinte de la couverture universelle peut prendre beaucoup de temps, durant la période de transition, un ensemble d'indicateurs de performance devraient aussi être utilisés afin d'identifier les secteurs nécessitant des ajustements et des améliorations.

La couverture universelle, qui est un accès sécurisé à des soins de santé adéquats pour tous à un prix accessible, est l'objectif ultime d'un régime d'AMO. Nous avons décrit ce qui peut être fait afin d'atteindre ce but, en analysant le processus de transition et en détaillant ce qui caractérise un régime d'AMO performant. Un tel régime d'AMO peut alors non seulement contribuer à une plus grande justice dans le financement et à une meilleure réactivité, mais aussi au but ultime d'un meilleur état de santé pour toute la population.

Nous remercions Jan van Lente, Jean Perrot et William Savedoff pour leurs suggestions et commentaires et Manique Abayasekara pour son aide technique.

NOTES

1. L'OMS a défini les objectifs des régimes de financement de la santé ainsi : « Le but du financement de la santé est de rendre des fonds disponibles et établir des incitations financières pour les prestataires,

afin d'assurer que tous les individus ont accès à un système de santé publique efficace et à des soins de santé individuels » (OMS 2000).

Un système de financement de la santé performant, et par le fait même un régime d'AMO performant, devrait avoir les objectifs suivants : générer des ressources suffisantes et pérennes pour la santé ; utiliser ces ressources de façon optimale (en modifiant les incitatifs et en utilisant de façon appropriée ces ressources) ; Assurer une accessibilité financière pour tous.

2. Les personnes dépendantes sont incluses dans les différentes catégories.

3. Les dépenses d'urgence sont définies par l'OMS comme étant 40 % ou plus du revenu d'un ménage, après les dépenses de subsistance (nourriture), Les dépenses de subsistance sont calculées comme les dépenses alimentaires des ménages pour lesquels la portion allouée à la nourriture par rapport aux dépenses totales du ménage est à la médiane de tous les ménages (Xu et al. 2003).

4. Pour une discussion sur leur utilisation potentielle comme instrument de financement de la santé, voir Hanvoravongchai (2002).

BIBLIOGRAPHIE

- Abel-Smith, B. 1992. « Health insurance in developing countries : Lessons from experience ». *Health Policy and Planning* 7(3) : 215–226.
- Bärnighausen, T., et R. Sauerborn. 2002. « One hundred and eighteen years of the German health insurance system : Are there any lessons for middle[middle- ?] and low-income countries ? » *Social Science and Medicine* 54(10) : 1559–1587.
- Carrin, G. 2002. « Social health insurance in developing countries : A continuing challenge ». *International Social Security Review* 55(2) : 57–69.
- Carrin, G., et C. James. 2003. « Determinants of achieving universal coverage of health care : an empirical analysis », dans M. Audibert, J. Mathonnat, et E. de Roodenbeke (éditeurs), *Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*. Paris : Karthala, pp. 299–321.

496 • L'Assurance maladie en Afrique francophone

- . 2005. « Key performance indicators for the implementation of social health insurance ». *Applied Health Economics and Health Policy* 4(1) : 15–22.
- Carrin, G., et P. Hanvoravongchai. 2003. « Health care cost containment policies in high-income countries : How successful are monetary incentives ? » *Human Resources for Health* 1(6) (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/6>).
- Carrin, G., R. Zeramdini, P. Musgrove, J. P. Pouillier, N. Valentine, et K. Xu. 2001. « The impact of the degree of risk-sharing in health financing on health system attainment ». Health, Nutrition, and Population Discussion paper. Washington, DC. : World Bank.
- Chernichovsky, D. 1991. *Economic dimensions of the crisis in the Israeli health-care system : Key principles and proposals for reform*. Jerusalem : JDC-Brookdale Institute of Gerontology.
- Chinitz, D. 1995. « Israel's health policy breakthrough : The politics of reform and the reform of politics ». *Journal of Health Politics, Policy and Law* 20(4) : 909–932.
- Commission on Macroeconomics and Health. 2002. « Improving health outcomes of the poor ». Report of Working Group 5 of the Commission on Macroeconomics and Health. Genève : World Health Organization.
- Cutler, D. M. 2002. « Equality, efficiency and market fundamentals : The dynamics of international medical-care reform ». *Journal of Economic Literature* XL(3) : 881–906.
- Ensor, T. 1999. « Developing health insurance in transitional Asia ». *Social Science and Medicine* 48(7) : 871–879.
- European Observatory of Health Systems. 2000. *Germany*. Copenhagen : World Health Organization (<http://www.euro.who.int/observatory/CtryInfo/CtryInfo>).
- . 2002. *Country profiles*. Copenhagen : World Health Organization (<http://www.euro.who.int/observatory/CtryInfo/CtryInfo>).
- Guisán, S., M. Carmen, et al. 2002. « Economic growth and cycles in European Union, USA and Japan 1900–1999 ». *Review on Economic Cycles* 3(1) (http://ideas.repec.org/a/rec/cycles/v3y2001i1_1.html).
- Hanvoravongchai, P. 2002. « Medical savings accounts : Lessons learned from limited international experience ». Discussion paper WHO/EIP/FER/DP02.3. Genève : World Health Organization (http://www.who.int/health_financing).
- Hrbac, B., B. Ljubic, et I. Bagaric. 2000. « Basic package of entitlements and solidarity in the Federation of Bosnia and Herzegovina ». *Croatian Medical Journal* 41(3) : 287–293.

- Hofmarcher, M. M., et H. Rack. 2001. *Health care systems in transition : Austria*. Copenhague : World Health Organization.
- Ikegami, N., et J. C. Campbell. 1998. *The art of balance in health policy : Maintaining Japan's low-cost, egalitarian system*. New York : Cambridge University Press.
- James, C., G. Carrin, W. Savedoff, et P. Hanvoravongchai. 2003. « Clarifying efficiency-equity tradeoffs through explicit criteria, with a focus on developing countries ». Discussion paper WHO/EIP/FER/DP04.5. Genève : World Health Organization ([http : //www.who.int/health_financing](http://www.who.int/health_financing)).
- Jack, W. 2002. « Public intervention in health insurance markets : Theory and four examples from Latin America ». *The World Bank Research Observer* 17(1) : 67–88.
- Kwon, S. 2003. « Healthcare financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea : Social solidarity or efficiency ». *International Social Security Review* 56(1) : 75–94.
- Londoño, J. L. 2000. « Managing competition in the tropics ». IDB Workshop on Comparative Study on Health. Washington, DC. : Inter-American Development Bank.
- McGuire, A., J. Henderson, et G. Mooney. 1988. *The economics of health care*. London : Routledge.
- Maddison, A. 1994. *L'économie mondiale 1820–1992*. Paris : OCDE, Centre de Développement.
- Ministère de la Santé et du Bien-Être (Japon). 2003a. *The social security system in the pre-war days*. Tokyo : Ministère de la Santé et du Bien-Être (<http://www1.mhlw.go.jp/english/>).
- Ministère de la Santé et du Bien-Être (Japon). 2003b. *Emergency relief and rebuilding of the foundation in the postwar days : 1945–1954*. Tokyo : Ministère de la Santé et du Bien-Être ([http : //www1.mhlw.go.jp/english/](http://www1.mhlw.go.jp/english/)).
- Miranda, G. 1994. *La seguridad social y el desarrollo en Costa Rica*. San José, Costa Rica : Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social EDNASSS.
- Moens, F., et G. Carrin. 1992, « Prepayment for hospital care in the Bwamanda health zone », dans G. Carrin et M. Vereecke (éditeurs), *Strategies for health care in developing countries*. Londres : MacMillan Press Ltd.
- Moon, O. R. 1998. « The Korean health insurance programme », dans S. Nitarumphong et A. Mills, *Achieving universal coverage of health care*. Nontaburi, Thailand : Ministry of Public Health.

498 • L'Assurance maladie en Afrique francophone

- Mossialos, E., et J. Le Grand. 1999. « Cost containment in the EU : An overview », dans E. Mossialos et J. Le Grand (éditeurs), *Health care and cost containment in the European Union*. Aldershot : Ashgate.
- National Bureau of Statistics 1980. *Social indicators in Korea*. Seoul : Economic Planning Board.
- Normand, C., et C. Weber. 1994. *Social health insurance. A guidebook for planning*. Genève : World Health Organization et International Labour Organization.
- Ogawa, S., T. Hasegawa, G. Carrin, et K. Kawabata. 2003. « Scaling up community health insurance : Japan's experience with the 19th century Jyorei scheme ». *Health Policy and Planning* 18(3) : 270–278.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2001. *OECD health data 2001 : Comparative analysis of 30 countries*. Paris : Organisation for Economic Co-operation and Development.
- World Health Organization. 2000. *Rapport sur la santé dans le monde : Pour un système de santé plus performant*. Genève : World Health Organization.
- Perrot, J. 2002. « Analyse de l'allocation des Ressources Financières au Sein d'un Système de Santé ». Discussion paper WHO/EIP/FER/DP.F.02.1. Genève : World Health Organization ([http : //www.who.int/contracting](http://www.who.int/contracting)).
- Richardson, J., J. Wildman, et I. K. Robertson. 2003. « A critique of the World Health Organisation's evaluation of health system performance ». *Health Economics* 12(5) : 355–366.
- Ron, A. 1993. « Planning and implementing health insurance in developing countries : Guidelines and case studies ». Macroeconomic, Health and Development Series n° 7. Genève : World Health Organization.
- Ron, A. 2003. « Social health insurance. Applicability to Sub-Saharan Africa ». Brazzaville : World Health Organization.
- Rossetti, A. 2002. « Social health insurance in Latin America ». Background paper for the DFID Health Insurance Workshop, April 9–10. Londres : DFID Health Systems Resource Centre.
- Savedoff, W. D. 2000. « Reaching the poor through demand subsidies : The Colombian Health Reform ». Discussion paper. Washington, DC. : Inter-American Development Bank.
- Savedoff, W. D., et G. Carrin. 2003. « Developing health financing policies », dans C. J. Murray et D. B. Evans, *Health systems performance assessment : Debates, methods and empiricism*. Genève : World Health Organization.

- Savedoff, W. D., G. Carrin, K. Kawabata, et A. Mechbal. 2003. « Monitoring the health financing function », dans C. J. Murray et D. B. Evans, *Health systems performance assessment : Debates, methods and empiricism*. Genève : World Health Organization.
- Sekhri, N., et W. D. Savedoff. 2003. « Private health insurance : Implications for developing countries ». Discussion paper EIP/FER/DP.04.3. Genève : World Health Organization.
- Schokkaert, E., et C. Van de Voorde. 2002. « Belgium : Risk adjustment and financial responsibility in a centralised system ». *Health Policy* 65(1) : 5–19.
- Tung-liang, C. 1997. « Taiwan's 1995 health care reform ». *Health Policy* 39(3) : 225–239.
- van de Ven, W. P. M. M., K. Beck, F. Buchner, D. Chernichovsky, et al. 2002. « Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries ». *Health Policy* 65(1) : 75–98.
- Van Ginneken, W. (éditeur). 1999. *Social security for the excluded majority : Case studies of developing countries*. Genève : International Labour Organisation.
- Witter, S., T. Ensor, M. Jowett, et R. Thompson. 2000. *Health economics for developing countries : A practical guide*. Londres et Oxford : MacMillan Education Ltd.
- Xu, K., J. Klavus, K. Kawabata K., D. B. Evans, P. Hanvoravongchai, J. P. Ortiz, R. Zeramdini., et C. J. Murray. 2003. « Household health system contributions and capacity to pay : definitional, empirical and technical challenges », dans C. J. Murray et D. B. Evans, *Health systems performance assessment : Debates, methods and empiricism*. Genève : World Health Organization.
- Zweifel, P., et W. G. Manning. 2000. « Moral hazard and consumer incentives in health care », dans A. J. Culyer et J. P. Newhouse (éditeurs), *Handbook of health economics*, Vol. 1A. Amsterdam : Elsevier Science.

