

UTILISER LA MICRO-ASSURANCE SANTE POUR PROMOUVOIR LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE

Meredith Kimball, Caroline Phily, Amanda Folsom,
Gina Lagomarsino, Jeanna Holtz¹
Septembre 2013

Bénéficier d'une sécurité sociale, en particulier d'un accès aux soins de santé, est un droit pour tout citoyen. Pourtant, environ 75 pour cent de la population mondiale n'est pas correctement protégée et près de 40 pour cent ne bénéficie même pas d'une couverture élémentaire. Toutefois la notion de couverture santé universelle (CSU), « un système qui permet à tous les membres d'une société d'accéder aux services de santé dont ils ont besoin sans difficultés financières » (voir la définition de l'encadré 1) progresse dans des pays aussi divers que la Chine, le Ghana, l'Indonésie, le Mexique et l'Afrique du Sud.

De nombreux pays mettent en place des systèmes d'assurance santé soutenus par l'Etat comme première étape vers la CSU. Dans le même pays, on trouve des dispositifs de micro-assurance santé privés soutenus par des organisations communautaires, des compagnies d'assurance commerciales ou d'autres structures qui partagent une bonne partie des objectifs des systèmes d'assurance santé appuyés par l'Etat.

Un obstacle majeur à la mise en place d'une protection santé dans de nombreux pays à revenus faibles et moyens est la difficulté à atteindre les travailleurs informels et leurs familles. Les autorités publiques ont beaucoup de mal à identifier les individus, à les enregistrer et à collecter les primes, fonctions que les prestataires de micro-assurance sont bien placés pour assurer. Cependant les dispositifs de micro-assurance peinent à atteindre une échelle suffisante et à accéder à des ressources adéquates. L'Etat est mieux placé pour parvenir aux deux. Ces profils complémentaires offrent donc des opportunités de collaboration.

Cette Briefing Note passe en revue les expériences du Cambodge, du Ghana, de l'Inde, du Kenya, de la Thaïlande, de la Tanzanie et des Philippines. Elle étudie la pertinence de l'hypothèse selon laquelle les initiatives d'assurance soutenues par l'Etat devraient s'associer à des acteurs privés pour accélérer l'extension de l'assurance santé aux travailleurs informels et leurs familles.

ENCADRÉ 1. Définition : couverture santé universelle

La couverture santé universelle (CSU) est « un système qui permet à tous les membres d'une société d'accéder aux services de santé dont ils ont besoin sans difficultés financières ». L'hypothèse est que la CSU peut accroître l'accès aux services de santé essentiels, améliorer la protection financière et, à terme, aboutir à de meilleurs résultats de santé. La CSU se mesure sur trois dimensions : la largeur – qui est couvert –, la profondeur – quels sont les services concernés –, et la hauteur – quelle proportion des coûts est couverte.

Sources: d'après Savedoff W., de Ferranti D., Smith A. & Fan V., 2012, «Political and economic features of the transition to universal health coverage» in *The Lancet*. Organisation mondiale de la santé, 2010, *Rapport sur la santé dans le monde 2010. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. (Genève, OMS)

RÔLE DES ACTEURS PRIVÉS DANS LA CSU

La nature de la collaboration entre l'Etat et les acteurs privés évolue dans le temps et peut varier suivant les contextes ; néanmoins, la micro-assurance santé (MAS) a toujours un rôle à jouer dans le soutien aux initiatives publiques et l'amélioration de l'accès à des services de santé ou à une protection financière de qualité. Les conclusions de notre étude font ressortir quatre rôles que les dispositifs de MAS et d'autres acteurs privés peuvent jouer dans la promotion de la CSU : substitut, fondateur, partenaire et complément.

¹ Cette Note est tirée du Microinsurance Paper n°23 disponible à l'adresse <http://www.ilo.org/microinsurance>. Meredith Kimball, Amanda Folsom et Gina Lagomarsino sont membres du R4D (Results for Development Institute). Caroline Phily et Jeanna Holtz travaillent au sein du Fonds pour l'innovation en micro-assurance du BIT.

La Figure 1 illustre ces différents rôles de part et d'autre d'un continuum qui représente la progression vers la CSU. Il est important de noter que, dans la réalité, l'évolution est plus itérative et que plusieurs rôles peuvent être assumés en même temps : le cadre présente une illustration simplifiée de cette progression.

1. Au début, les dispositifs de MAS, souvent sous la forme de régimes d'assurance santé communautaires, **se substituent** aux initiatives gouvernementales qui n'ont pas encore été conçues ou efficacement mises en œuvre. Dans les cas où l'engagement de l'État reste limité, cette substitution peut prédominer pendant une durée indéterminée. Dans d'autres situations, les systèmes de MAS peuvent se substituer aux initiatives publiques au cours de la toute première phase de l'évolution vers la CSU, puis se réduire à mesure de la progression des réformes engagées par l'État.

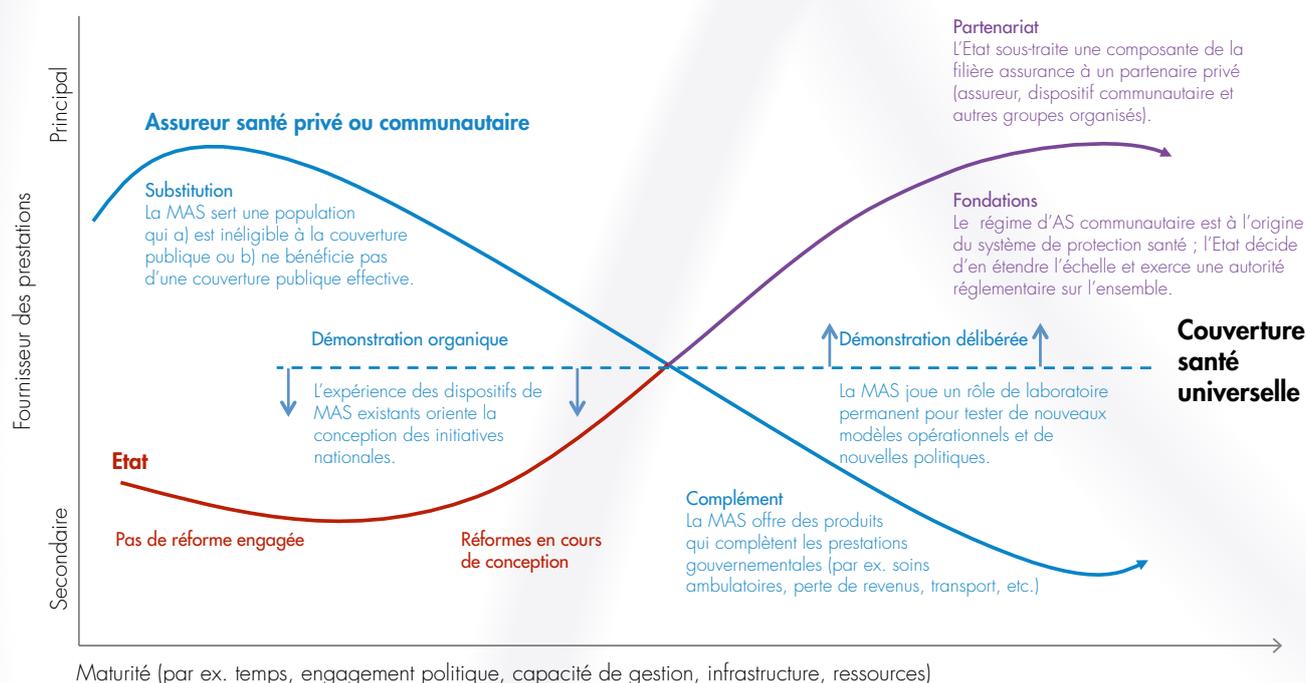
2. L'État peut également exploiter les actifs des régimes d'assurance santé communautaires en les utilisant comme les **fondations** à partir desquelles étendre l'échelle dans le cadre d'une initiative de CSU. Au Ghana, les régimes communautaires ont été regroupés au sein d'un système gouvernemental géré au niveau du district (voir Encadré 2). En Thaïlande, le gouvernement a intégré les enseignements des régimes communautaires dans la conception d'un système volontaire destiné aux travailleurs informels. Il a par la suite fusionné ce système avec un dispositif

ciblant les pauvres, de façon à créer un seul régime obligatoire - le Système de couverture universelle - qui couvre les travailleurs du secteur informel et les pauvres.

3. L'État peut aussi former des **partenariats** avec les régimes de micro-assurance santé et d'autres acteurs privés en leur confiant des fonctions essentielles comme le marketing, l'identification des clients éligibles, l'enregistrement, la collecte des primes et même le traitement des déclarations de sinistre et le portage du risque. Ce schéma peut constituer une alternative intéressante à la création et à la gestion de ces fonctions au sein de l'appareil de l'État, et permettre une augmentation plus rapide et plus efficiente de l'échelle. Au Kenya et aux Philippines, le gouvernement externalise les fonctions en lien avec les clients, comme l'enregistrement, à des partenaires du secteur privé ; en Inde, le dispositif Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY) assure également les fonctions de back-end, comme la gestion des déclarations de sinistres (voir Encadré 3).

4. Même lorsque les initiatives étatiques conduisent à étendre les prestations, les dispositifs de micro-assurance santé peuvent offrir des produits utiles qui **complètent** les prestations gouvernementales. Par exemple, ils peuvent couvrir les soins ambulatoires si ceux-ci ne sont pas couverts par le paquet de prestations national, fournir une protection financière supplémentaire en prenant en charge les coûts liés au transport, à la perte de salaire ou à la garde d'enfants,

FIGURE 1. Utiliser la micro-assurance santé pour promouvoir la CSU



ou encore assurer un accès aux services de santé en dehors du réseau du gouvernement. Des exemples du rôle complémentaire des régimes communautaires peuvent être observés en Inde, en Jordanie, au Kenya et en Afrique du Sud, ainsi que dans les pays développés.

L'EFFET DE DÉMONSTRATION

Les dispositifs de micro-assurance santé peuvent jouer le rôle d'« incubateurs d'apprentissage » et produire un **effet de démonstration** à l'intention des décideurs. Durant les premières étapes de la mise en œuvre d'une stratégie de financement de la santé, les systèmes de MAS peuvent fournir de précieux enseignements aux gouvernements sur la

ENCADRÉ 2. Extension du système national au Ghana

Depuis la création des dispositifs d'assurance santé communautaires au Ghana en 1999, la couverture nationale a été étendue en deux phases.

1. D'abord les dispositifs communautaires ont proliféré de manière organique dans tout le pays, motivés par des principes de solidarité communautaire. Le modèle s'est rapidement multiplié, pour passer de 3 dispositifs en 1999 à 258 en 2003. Bien que la couverture totale soit restée limitée à l'échelle du pays, cette première phase a renforcé la culture de l'assurance santé et posé les fondations de la seconde phase.
2. Après un changement de gouvernement en 2000 et l'adoption de la loi nationale sur l'assurance santé, le nouveau gouvernement a décidé de mettre en place un nouveau système d'assurance santé géré au niveau des districts et a proposé un paquet de prestations standard.

Cette fusion des capacités existantes des régimes communautaires et d'un cadre national imposé d'en haut a permis de multiplier le taux de couverture par 30 en une période de temps relativement courte, le faisant passer au niveau actuel de 35 pour cent. Pour dissuader les régimes communautaires existants de proposer une couverture équivalente, l'Etat leur a donné le choix de s'affilier au système national et de bénéficier de subventions publiques et d'autres appuis, ou de continuer en tant que dispositifs indépendants en modifiant leur paquet de prestations. Etant donné les incitations financières, la plupart ont décidé de s'affilier au système public national. Ceux qui ne l'ont pas fait ont réduit leur offre à des prestations complémentaires couvrant les médicaments ou le transport.

Sources: d'après Atim C., 2010, *Background paper on NHIS for Oxfam GB (non publié)*, manuscrit non publié et Joint Learning Network, 6 juillet 2012, Entretien avec Sam Adjei, Executive Director of CHESS et Philip Aakanzingo, Ghana Health Service.



© Freedom from Hunger

ENCADRÉ 3. Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY)



En 2007, le ministère indien du Travail et de l'Emploi a lancé le programme Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY). Le RSBY cible la population vivant en dessous du seuil de pauvreté (certains groupes professionnels, comme les domestiques et les ouvriers du bâtiment, ont été ajoutés à la mi-2012). Le régime couvre principalement les prestations d'hospitalisation, offrant jusqu'à 30 000 INR par famille et par an pour un traitement hospitalier, à la fois dans les établissements publics et privés. Les prestations sont actuellement élargies pour couvrir les services de soins ambulatoires. Les coûts sont partagés entre le gouvernement central (75 pour cent) et les États (25 pour cent). En janvier 2013, le programme desservait 445 districts sur les 625 que compte le pays et atteignait 51 pour cent de la population cible, soit environ 34 millions de personnes.

Le RSBY opère à travers un réseau d'agences publiques, logées au sein de différents ministères (ministère du Travail, ministère de la Santé, ministère du Développement Rural). Ces agences sont chargées de conclure des accords avec des compagnies d'assurance - à la fois publiques et privées - par le biais d'un processus d'appel d'offres. Les compagnies d'assurance ont la responsabilité de contractualiser un réseau fournisseur, d'éduquer et d'enregistrer les bénéficiaires et de traiter les demandes d'indemnisation. Le gouvernement conserve la supervision du système qu'il confie à des responsables de district, même si leur capacité est limitée. Il continue à compter sur les compagnies d'assurance et leurs administrateurs tiers pour combler les lacunes dans des domaines tels que l'information et la protection des consommateurs, et la gestion et l'analyse des données.

Les fonctions du RSBY sont réparties entre le gouvernement central et les États, les agences publiques, les compagnies d'assurance et les administrateurs tiers.

Source: d'après RSBY, 2013, *RSBY: Rashtriya swasthya bima yojna*. Disponible à l'adresse <http://www.rsby.gov.in/Overview.aspx> [8/2/2013].

façon d'atteindre les groupes exclus.
Par la suite, ils peuvent piloter de nouveaux produits ou modèles opérationnels en collaboration avec l'Etat.

L'expérience des dispositifs de MAS offre souvent des informations sur les caractéristiques des travailleurs du secteur informel (comme les schémas de revenu, les comportements de santé) susceptibles d'orienter la conception des prestations (par exemple les préférences en termes de services et de fournisseurs), ainsi que des données permettant une tarification plus réaliste (par exemple, incidence et coût moyen des sinistres). L'expérience des régimes de MAS peut également orienter les modalités opérationnelles, en exploitant et en testant de nouvelles technologies (par exemple en développant des systèmes d'information de gestion ou des technologies d'interface avec la clientèle), en concevant des mécanismes de paiement des prestataires de soins de santé, et en développant les compétences nécessaires à la prestation d'assurance.

CONCLUSION

Il existe de nombreuses façons d'exploiter les capacités des dispositifs de micro-assurance santé et des acteurs privés au sein d'initiatives gouvernementales, mais il n'y a pas de solution miracle pour atteindre la couverture santé universelle. Atteindre la CSU exige du temps et des ressources. Les pays qui ont étendu leur couverture de manière significative, en particulier pour toucher les individus de l'économie informelle, ont élargi les prestations, augmenté les subventions et imposé l'adhésion obligatoire, tout en améliorant simultanément l'infrastructure de soins de santé. Prendre des décisions politiques de cette nature et mobiliser les ressources nécessaires représente un défi

majeur pour la plupart des Etats.

Les capacités des dispositifs de MAS sont également variables ; leur aptitude à endosser le rôle de partenaire de l'Etat peut aboutir à des résultats très divers. L'effet de démonstration peut être pertinent, mais les enseignements sont susceptibles d'être très liés au contexte spécifique de ces expériences. En outre, quels que soient la qualité de conception et le niveau de financement d'un système de MAS ou d'un dispositif gouvernemental, il n'en demeure pas moins des contraintes financières et comportementales qui limitent et distordent la demande des consommateurs.

Un facteur essentiel de succès pour toute forme de collaboration entre l'Etat et les dispositifs de MAS est de maintenir un dialogue permanent transparent entre toutes les parties prenantes de façon à aligner les intérêts et comprendre les forces et faiblesses de chacune d'entre elles. Il est important pour les décideurs de comprendre et de suivre l'impact des systèmes de MAS dans leur pays et d'identifier leur rôle optimal au fil du temps. Il est également important que les acteurs la micro-assurance santé fassent connaître le rôle qu'ils peuvent jouer pour soutenir les efforts de l'Etat en faveur de la CSU.

S'il n'existe pas de solutions évidentes pour atteindre la CSU, il est clair que la micro-assurance santé peut contribuer aux efforts de l'Etat visant à servir un grand nombre de travailleurs du secteur informel, et que leur collaboration est susceptible de réduire le risque de redondance ou de concurrence des modèles. Les Etats doivent considérer la MAS comme une source d'innovation et d'apprentissage, et rechercher activement des partenaires ayant de l'expérience, des idées neuves et des capacités complémentaires.

Sous couvert de l'Organisation internationale du Travail et du Programme Finance et Solidarité, le **Fonds pour l'innovation en micro-assurance** vise à accroître la disponibilité de produits d'assurance de qualité pour les personnes à faibles revenus des pays en développement afin de les protéger des risques et rompre le cycle de la pauvreté. Le Fonds a été créé en 2008 grâce à une généreuse subvention de la [Fondation Bill et Melinda Gates](#) pour apprendre comment étendre une couverture de micro-assurance de qualité aux travailleurs pauvres et promouvoir les enseignements émergents du secteur. Le Fonds bénéficie aussi de subventions en provenance de [différents bailleurs](#) dont la [Foundation Z Zurich](#) et [AusAID](#).
Pour en savoir plus : www.ilo.org/microinsurance



Bureau
international
du Travail



microinsurance@ilo.org
www.ilo.org/microinsurance