



COMITÉ RÉGIONAL DE LA
MÉDITERRANÉE ORIENTALE

Octobre 2015

Soixante-deuxième session
Koweït, 5-8 octobre 2015

RÉUNION TECHNIQUE

L'ASSURANCE-MALADIE SOCIALE POUR LA
COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

Objectifs de la réunion

Les objectifs de la session sont les suivants :

- Présenter les réflexions les plus récentes sur l'assurance-maladie sociale en tant que processus permettant de progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle ;
- partager des informations sur les mécanismes disponibles dans la Région ; et
- proposer des options possibles pour renforcer le mouvement sur la voie de la couverture sanitaire universelle.

Contexte

Les pays de la Région se sont engagés à ce que toutes les populations aient accès aux services de santé dont elles ont besoin sans risquer des difficultés financières – le but de la couverture sanitaire universelle. Dans la résolution EM/RC61/R.1, le Comité régional a réaffirmé son engagement à poursuivre la réalisation de la couverture sanitaire universelle sur la base des valeurs et des principes des soins de santé primaires et le droit à des services de santé de qualité et abordables au plan économique, en adoptant une approche multisectorielle ; et a invité les États Membres à envisager de mettre en œuvre le cadre d'action régional en vue de faire progresser la couverture sanitaire universelle dans la Région de la Méditerranée orientale et d'élaborer et mettre en œuvre une feuille de route nationale sur la couverture sanitaire universelle sur la base du cadre d'action régional.

Les éléments d'information disponibles laissent penser que la mise en place de mécanismes de prépaiement et de mise en commun de ressources et le fait de limiter le recours aux paiements directs des usagers sont les conditions nécessaires à la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Les pays peuvent faire leur choix parmi les multiples mécanismes de prépaiement qui incluent les distributions à partir de recettes publiques générales, l'assurance-maladie obligatoire, l'assurance-maladie volontaire et les comptes d'épargne santé.

Traditionnellement, l'assurance-maladie sociale fait référence aux mécanismes d'assurance-maladie obligatoires financés par des déductions sur le salaire de l'employé (avec ou sans contribution de l'employeur). L'Observatoire européen sur les systèmes et les politiques de santé la définit comme un système légalement obligatoire qui couvre la majorité ou la totalité de la population au moyen d'une assurance-maladie gérée par un tiers-payant désigné, et implique des cotisations qui ne dépendent pas du niveau de risque de l'assuré et qui sont distinctes des déductions réalisées pour les impôts. Le plus souvent de nos jours, ce concept fait référence à différentes manières de collecter et de mettre en commun de l'argent qui implique une combinaison de contributions provenant de l'assurance obligatoire et des recettes publiques générales.¹ Cette modification a vu le jour dans des pays à haut revenu lorsque les populations ont vieilli et que le ratio entre les personnes employées qui paient des

¹ Siddiqi S, Mataria A, Banzon E. Editorial: Benefits and pitfalls of social health insurance in pursuit of universal health coverage: lessons for the Eastern Mediterranean. East Mediterr Health J. 2014;20(9).

cotisations et les personnes à charge qui n'en paient pas a chuté. De même, dans les pays à revenu faible et intermédiaire – qui ont un secteur informel important et des populations vulnérables – le concept s'est transformé en un système de prépaiement qui n'est pas seulement financé par les cotisations payées par ceux du secteur formel mais aussi par les distributions publiques qui viennent subventionner les cotisations pour les populations pauvres et vulnérables, y compris celles qui se trouvent dans le secteur informel.

Situation régionale par groupes de pays en fonction des systèmes de santé²

Groupe 1 : ces pays recourent principalement aux recettes publiques générales pour fournir un ensemble de services de santé généreux à leurs citoyens mais on a observé récemment un changement dans certains pays qui consiste à mettre en œuvre des systèmes d'assurance-maladie sociale pour couvrir certains ressortissants nationaux pour l'ensemble ou certains des services et la plupart de ces pays envisagent maintenant de fournir une couverture aux travailleurs expatriés.

Groupe 2 : Il existe une longue tradition de cotisations dans des systèmes d'assurance-maladie sociale dans les pays du Groupe 2, certains pays réussissant à élargir leur couverture aux pauvres et à des groupes du secteur informel grâce aux subventions publiques ; d'autres pays ont un système de subventions séparé ; et dans certains pays, l'assurance-maladie sociale est gérée par le ministère de la Santé. Toutefois, la part des paiements directs demeure très élevée dans ce groupe de pays.

Groupe 3 : malgré l'existence de mécanismes d'assurance-maladie sociale dans certains pays du Groupe 3, le niveau général de financement est insuffisant, d'importants groupes de population ne sont pas couverts, et la part des paiements directs avoisine 60 % des dépenses de santé totales.

Organisation et mise en œuvre de l'assurance-maladie sociale

Les caractéristiques organisationnelles d'un mécanisme d'assurance-maladie sociale dans le cadre du financement général de la santé ont un impact sur les progrès réalisés sur la voie de la couverture sanitaire universelle. Ces caractéristiques comprennent les points suivants : population couverte ; mode de collecte, de gestion et d'utilisation des ressources ; nombre des différents mécanismes et leur niveau d'intégration ; et la question de savoir si une distinction entre le financement et la prestation de service est envisagée. Les caractéristiques opérationnelles comprennent des considérations visant à savoir si l'ensemble de prestations se limite aux soins curatifs ; si les groupes les plus pauvres de la population et ceux du secteur informel sont laissés pour compte ; et si, du fait d'une fragmentation due à de trop nombreux fonds, le mécanisme devient inefficace, comportant des coûts administratifs trop élevés, des retards de remboursement et une équité réduite du fait de la taille limitée de la mise en commun des ressources. Des niveaux élevés de co-paiement et des bas tarifs pour attirer les prestataires privés peuvent perpétuer les difficultés financières.³

Soutien de l'OMS

L'OMS lance des activités au niveau régional à l'appui des différentes fonctions opérationnelles pour l'assurance-maladie sociale. Sept États Membres – la République islamique d'Iran, la Jordanie, le Maroc, le Pakistan, la Palestine, le Soudan et la Tunisie – ont procédé à l'évaluation de leurs systèmes de financement en recourant à l'approche OASIS (évaluation institutionnelle et organisationnelle pour améliorer et renforcer le financement de la santé) et ont identifié des entraves au plan institutionnel et organisationnel à la réalisation de la couverture sanitaire universelle dans leur contexte local. L'attention a également été portée sur le renforcement des capacités dans l'ensemble de la Région pour les fonctions opérationnelles ; la mise en commun des enseignements tirés en matière de gouvernance et la manière dont les pays ont financé le secteur informel tout en assurant l'adhésion du secteur privé ; et le renforcement des capacités en matière de gestion de fonds et de tâches actuarielles, le rapport coût-efficacité et l'établissement des coûts et l'évaluation des technologies de la santé, les méthodes de paiement des prestataires, la technologie de l'information et la contractualisation. Finalement, le Réseau régional d'assurance-maladie sociale pour la Région de la

² Groupe 1 : Arabie saoudite, Émirats arabes unis, Bahreïn, Koweït, Oman et Qatar. Groupe 2 : Égypte, République islamique d'Iran, Iraq, Jordanie, Liban, Libye, Maroc, Palestine, République arabe syrienne et Tunisie. Groupe 3 : Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen.

³ Liu X et al. Can rural health insurance improve equity in health care utilization? A comparison between China and Vietnam. *Int J Equity Health*. 2012;11 (10): 1–9.

Méditerranée orientale a été créé pour aider à institutionnaliser la mise en commun des expériences et le soutien mutuel.

Résultats escomptés

- Une compréhension suffisante du rôle de l'assurance-maladie dans le système de financement global et l'évolution de sa mise en œuvre.
- Une description du soutien requis pour renforcer le mouvement sur la voie de la couverture sanitaire universelle au moyen de systèmes de financement de la santé.