

Quelles articulations entre politique de santé et micro-assurance ?

Réflexions à partir d'un exemple cambodgien

BIM n° - 20 juillet 2004
Christine POURSAT

Au croisement entre microfinance et politiques de santé, la micro-assurance santé est un champ d'intérêt croissant pour les différents acteurs du développement. Pour les acteurs de la microfinance, l'assurance santé apparaît comme un outil de sécurisation économique des familles complémentaire de l'épargne et du crédit, permettant d'éviter l'impact dramatique de risques de santé importants, dans un contexte où la couverture par les systèmes de protection sociale reste marginale. En parallèle, les efforts de réforme des politiques publiques de santé dans les pays du Sud se heurtent à des contraintes fortes en termes de financement des soins ; gouvernements et bailleurs de fonds espèrent de l'assurance qu'elle permette un accès aux soins des familles pauvres et contribue à attirer les populations vers l'offre de soins publique, permettant ainsi sa viabilité.

Ces deux approches – l'une visant avant tout à sécuriser durablement les économies familiales, l'autre à viabiliser en priorité l'offre de santé publique – ont un objectif différent, et sont potentiellement antagonistes. Peuvent-elles être compatibles, et à quelles conditions ?

Cette réflexion est issue d'une capitalisation que le Gret vient de publier sur le sujet à partir du projet de microassurance santé qu'il développe au Cambodge depuis 1998. (ref : C. Poursat. « Quelles articulations entre politique de santé et micro-assurance ? Réflexions à partir du projet de micro-assurance santé du Gret au Cambodge », Coopérer aujourd'hui n°37, GRET, juin 2004, téléchargeable dans son intégralité sur le site du Gret : <http://www.gret.org>)

À mi-parcours de la phase pilote définie en 2002 pour le projet micro-assurance, cette synthèse des acquis à ce stade s'inscrit dans ce débat : elle retrace l'évolution du projet vers un partenariat avec les structures de santé publiques cambodgiennes et souligne les éléments encore à creuser, pour clarifier les articulations possibles entre micro-assurance santé et politique de santé publique.

Nous vous en proposons un résumé aujourd'hui dans le BIM.

Expérimenter une offre d'assurance sécurisant les économies familiales

Au Cambodge, les soins sont chers, de faible qualité et les ménages ruraux consacrent 20 à 30 % de leurs revenus à des dépenses de santé. La microfinance, qui permet d'aider les famil-

les à stabiliser leur économie et à enclencher des dynamiques de capitalisation, n'apporte pas de réponse à ces problèmes.

À partir de son expérience en microfinance, le Gret a commencé à travailler sur la micro-assurance santé, dans une perspective de sécurisation des économies familiales. Depuis 1998, il expérimente dans deux régions du pays des modalités d'assurance, permettant de couvrir les principales pathologies et coûts des familles. Mais le principe de l'assurance, payer pour un risque potentiel à mutualiser, est peu évident au départ pour les familles. De plus, faute de références fiables sur les pathologies et leur prévalence, on est dans une réelle démarche expérimentale pour construire les références sur les pathologies en même temps que l'on expérimente le produit, pour gérer le dilemme entre un tarif trop haut qui décourage les familles et un tarif trop bas qui handicape la montée vers un équilibre financier à terme.

En cours de route, s'est imposée la nécessité d'articuler la micro-assurance santé à une offre de soins, pour en garantir la qualité. Dans ce modèle, la micro-assurance apparaissait à la fois comme un outil pour favoriser le recours aux soins primaires publics, et pour lever les obstacles financiers pour les soins hospitaliers (gros risques), qui même subventionnés restent difficilement accessibles pour la grande majorité.

Sur l'ensemble des zones du projet, un système d'assurance avec des partenariats à deux niveaux a donc été bâti :

- (1) Un lien avec les **prestataires de soins primaires** (mais avec un système de capitation garantissant des ressources régulières aux prestataires contre la prise en charge forfaitaire des assurés) ; à ce niveau, l'assurance **favorise l'utilisation** du prestataire partenaire ; l'offre privée restant en revanche déficiente en zone rurale, le Gret a fait le choix de travailler avec des prestataires de soins publics, si possible bénéficiant d'appui d'ONG médicales internationales offrant une garantie de qualité minimum nécessaire au démarrage de l'assurance.

Dans le mécanisme de paiement par capitation :

- les assurés paient une cotisation, collectée par le système d'assurance maladie ;
- un montant de capitation est calculé par assuré ; le système d'assurance maladie donne au prestataire de soins le montant de la capitation (prépaiement) au début de chaque cycle ;
- le prestataire de soins doit fournir les soins de base indiqués (consultations, médicaments), sans discrimination, gratuitement ou avec un copaiement, pendant la durée du contrat, aux conditions fixées contractuellement (qui peuvent inclure des exigences en termes de qualité ou d'accueil par exemple).

En théorie, un accord de capitation implique un certain nombre d'avantages et d'inconvénients pour l'assureur comme pour les structures de santé (ex : du point de vue des structures de soins, risque de perte financière si les assurés « consomment » plus que ce que ne prévoit la capitation). Du point de vue de l'assureur, une spécificité importante est qu'il ne prend pas en charge le risque (ce qui est un avantage sur les soins primaires par exemple, facilement surconsommés par la population ; intéressant également en l'absence de prix forfaitaire, ou si un risque de dérapage des tarifs existe). Il prend en revanche le pari d'un minimum d'assurés, et accepte de payer un montant d'avance.

- (2) Un partenariat avec des hôpitaux pour les risques plus graves et plus chers, pour lesquels le système d'assurance peut réellement gérer le risque ; la logique à ce niveau est de **lever**

L'obstacle financier pour l'utilisateur. Idéalement, la mise en place d'un mécanisme de tiers-payant permet d'éviter que l'assuré n'engage des dépenses importantes dans un laps de temps très court.

La microassurance santé dans la politique cambodgienne de santé publique

En même temps que s'expérimentait le système d'assurance santé du GRET, le ministère de la Santé du Cambodge s'est engagé dans une réforme profonde du système de santé, sur une logique de recouvrement des coûts. Il s'agit de sortir d'un cercle vicieux qui enferme les structures de soins dans une faible efficacité, encourageant les pratiques parallèles coûteuses pour les patients.

Le débat qui s'engage aujourd'hui au Cambodge sur le développement de l'assurance santé fait référence à plusieurs approches, qui diffèrent notamment par les objectifs qu'elles se fixent et le rôle qu'elles accordent à l'État :

- (1) Jusqu'à présent, l'approche du gouvernement et de ses principaux bailleurs était celle d'un **appui direct au système de santé**. Autrement dit, un budget important transitait par l'État, maître d'ouvrage, pour financer et former les structures de santé, principalement *via* des sous-traitances à des ONG internationales spécialisées. Les limites de cette stratégie sont aujourd'hui claires : il est difficile d'assurer l'avenir des structures de santé, qui après le départ des ONG d'appui (et des subventions, notamment en boni de salaires) survivent plus ou moins ; le budget de l'État est inégalement utilisé, suivant une comptabilisation souvent opaque ; et surtout, une part considérable de la population n'a toujours pas accès aux soins. Les tentatives sur ce point, récentes au Cambodge, d'obtenir un engagement du gouvernement sur l'utilisation d'une ligne de son budget pour un fonds d'équité en faveur des indigents, pêche également par son évidente absence de pérennité. Se sont opposés les tenants d'un « tout-État » (où l'État est supposé financer le système davantage, sur la durée) à ceux d'un « tout-privé » (les usagers doivent payer) ; en réalité dans la pratique, on l'a vu plus haut, le financement du système de santé est un échec, puisqu'il reste théoriquement à la charge des usagers, qui n'en ont pas les moyens.
- (2) **L'approche promue par l'OMS dans la sous-région** (aux Philippines avec ORT, plus récemment au Laos et au Vietnam), qui appuie le développement de « Community Health Insurance Schemes », est partie de ce constat d'échec sur la question du financement de la santé. Son objectif premier est de rentabiliser les structures de santé développées par l'État et d'offrir l'accès le plus large possible aux soins, par la mise en place de tarifs clairs et la garantie d'une qualité minimum des soins. Plutôt que de subventionner directement les structures de santé, l'idée est de collecter des cotisations des bénéficiaires pour constituer un fonds, qui verse des capitations attractives aux centres de santé et hôpitaux. Les partenariats visent à encourager le service public, et les contrats comprennent des obligations en termes de qualité. Il ne s'agit donc pas à proprement parler d'assurance, puisqu'à aucun niveau (soins primaires ou hospitaliers) le système ne prend en charge les risques de santé des membres. Il s'agit plus exactement d'une **mutualisation des fonds collectés** auprès des utilisateurs, permettant d'attirer la population vers les structures publiques. Pour maintenir les cotisations demandées à la population à des niveaux faibles, et que la capitation soit attractive pour les structures de santé, les fonds collectés doivent être complétés par une subvention.

Cette approche est novatrice dans la définition de partenariats avec les structures de soins, elle implique globalement moins de subventions dépensées, et permet potentiellement d'attirer les usagers vers les structures de santé publiques ; les résultats attendus sont en outre un impact positif sur la santé par une meilleure prévention santé, et une qualité des soins accrue. Mais le système reste subventionné pour une part qui reste à estimer et qui sera vraisemblablement forte. En outre, le rôle central de l'État, crucial pour assurer l'adhésion des structures de soins au système, peut poser question à terme du point de vue de la gouvernance.

Entrer par les structures de soin ou par les familles ?

L'approche de « micro-assurance » que le Gret a développée au Cambodge a un point commun avec cette dernière approche : le choix de partenariats par capitation au niveau primaire, pour assurer la qualité des soins et la prévention. Cependant, l'objectif premier du GRET diffère : le but n'est pas d'abord de rentabiliser le système de santé public, mais de sécuriser les économies familiales. L'impact positif sur les structures de santé et la qualité des soins est en quelque sorte un effet induit espéré, et non un objectif en soi. Le cadre logique de l'intervention est décalé, en quelque sorte.

Cela a plusieurs implications :

- ▷ Pour offrir un accès à des soins de qualité, il nous semble tout à fait acceptable de travailler avec le secteur privé, dans le cas où ce dernier s'avèrerait plus efficace à des tarifs acceptables ;
- ▷ L'idée est de tester la pérennisation du système, pour rendre l'offre d'un service d'assurance aussi durable que possible, sans tabler d'entrer de jeu sur des subventions (mais sans exclure une part réduite de subventions, si nécessaire, à terme). Autrement dit, nous essayons de relever la cotisation à un niveau d'équilibre (au risque de décourager une part de la population) ; et de fixer le niveau de capitation avec les structures de santé à un niveau acceptable pour le système ;
- ▷ Même s'il y a une part de « service public » dans la micro-assurance, le constat des difficultés de l'État à gérer le système de santé nous encourage à soutenir l'idée de mettre en place une structure privée, intervenant en collaboration avec l'État et sous sa tutelle, mais sans gestion directe par ce dernier. On peut faire souvent l'hypothèse que pour différentes raisons (turn-over politique des cadres notamment) l'État, qui a en général des compétences réduites, devrait d'abord faire porter le renforcement de ses capacités sur des fonctions essentielles de supervision.

Il ne s'agit pas d'opposer ces approches, dans un secteur où le lien avec la politique de santé publique est aussi important, et où le lien avec les structures de santé publiques, en milieu rural, est central. Mais identifier les différences entre ces expériences sous-régionales peut être un moyen d'éviter une réflexion manichéenne sur le rôle de l'État, et d'enrichir le débat par des enseignements concrets. Un minimum de recul sera nécessaire sur ce point – les expériences de la sous-région (Philippines et Laos notamment) étant encore récentes et relativement peu documentées.

En conclusion, partis d'un objectif premier de sécurisation des économies familiales, le GRET a intégré la nécessité d'une offre de soins de qualité comme condition première pour le développement de l'assurance santé. Au Cambodge où l'offre de soins en milieu rural est encore

peu étendue et de faible qualité, la micro-assurance est nécessairement tributaire du rythme de développement de l'offre de soins, par des partenariats étroits avec les structures publiques de santé. Parallèlement, le gouvernement cambodgien a évolué dans sa vision de la réforme de la santé publique. Face à l'impossibilité de financer durablement le système de soins par son propre budget comme par les usagers, il prend conscience progressivement des enjeux potentiels d'une mise en place de l'assurance pour attirer la population vers le système public, rentabiliser ce dernier et améliorer les résultats sanitaires du pays.

Il y a donc une interdépendance forte entre la construction d'une offre de soins de meilleure qualité et viable, et le développement de l'assurance santé : cette dernière n'est attractive, que si l'offre de soins s'améliore ; mais l'offre de soins ne peut progresser qu'en se finançant mieux et en attirant des usagers, ce que peut permettre en partie le lancement de la micro-assurance.