

## Colombie

## Utiliser l'évaluation des ressources par approximation pour étendre l'assurance-maladie aux pauvres

Aujourd'hui, les pauvres de Colombie ont une chance d'éviter une catastrophe financière lorsqu'ils sont frappés par une grave maladie. En effet, les réformes profondes entreprises dans le secteur de la santé en 1993 ont permis de donner accès à l'assurance santé aux pauvres qui avaient été jusque là laissés en marge de toute protection sociale. L'évaluation des ressources par approximation, connue sous le nom de Système de sélection des bénéficiaires des dépenses sociales (SISBEN, en espagnol) a été l'instrument utilisé pour apprécier les conditions de vie des ménages afin de cibler les pauvres.

### Avant 1993, le système de santé était bâti sur des mythes

Avant les réformes de 1993, alors qu'aux termes de la Constitution il incombait au ministère de la Santé de fournir des soins de santé à tous les Colombiens, le système était inefficace, les subventions publiques étaient mal ciblées et les marchés fragmentés. En réalité, seul un Colombien sur cinq était couvert d'une manière ou d'une autre contre les risques financiers liés à des chocs sanitaires dus aux maladies graves et seuls les plus nantis pouvaient se permettre de s'affilier aux régimes de sécurité sociale ou de payer eux-mêmes leurs soins de santé.

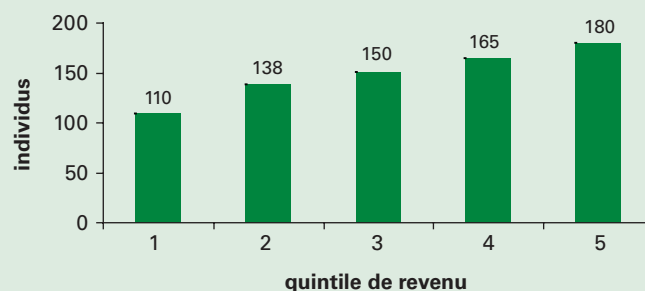
Le fragile système de santé de la Colombie était fondé sur des mythes. Les décideurs étaient convaincus que le système de santé publique ciblait effectivement les pauvres ; qu'ils étaient gratuits pour tous, et spécialement pour les pauvres ; et que ces derniers n'avaient pas à se tourner vers les prestataires privés pour leurs soins de santé. Les fonds du trésor public, procurés par les impôts, finançaient un vaste réseau d'hôpitaux et dispensaires publics. En fait, une partie importante du financement des soins de santé venait de dépenses

effectuées directement par les ménages, le reste étant fourni par les systèmes de sécurité sociale insuffisants et inefficaces. Face à la maladie, les pauvres avaient trois options : i) essayer de se faire soigner dans un établissement public de santé ; ii) payer pour des prestataires privés ; ou, iii) se passer de soins médicaux. N'ayant pour dernier recours que de se soigner eux-mêmes, les pauvres et les personnes peu instruites étaient plus exposés que les plus nantis car le contrôle de la qualité sur le marché des produits pharmaceutiques laissait à désirer et les médicaments pouvaient être achetés sans ordonnance en Colombie.

### Différences entre les riches et les pauvres

Le coût des prestations était le plus important obstacle à l'accès aux soins de santé avant les réformes de 1993 (Figure 1). Dans le groupe des plus pauvres, le premier quintile, seul un individu sur six qui tombait malade en 1992 recourait à des

Figure 1. Nombre d'individus ayant obtenu une consultation médicale au cours du mois précédant l'entretien



Source : Escobar 2005



soins médicaux. Les pauvres avaient moins accès aux soins de santé que les riches, payaient de leurs poches pour des services de santé publics comme privés et les frais de tout service reçu représentaient proportionnellement une fraction plus élevée de leurs revenus.

Le réseau public de prestations de services de santé n'était pas tout à fait accessible aux pauvres, laissant ainsi les malades déjà pauvres et démunis avec d'énormes factures médicales, avec de tomber dans la misère noire dont ils avaient peu de chance de sortir.

Avant les réformes de 1993, le système de santé de la Colombie allouait les subventions publiques directement aux hôpitaux et non aux utilisateurs. Seuls 20 % des patients traités dans les hôpitaux publics étaient issus du groupe des plus démunis et presque 60 % provenaient de groupes à revenu élevé et moyen (Figure 2). En 1992, les patients du groupe des 20 % les plus riches de la population bénéficiaient de 12 % des services d'hospitalisation et de 20 % de tous les actes chirurgicaux pratiqués dans le secteur public. Ainsi, les individus appartenant au groupe à revenu moyen et élevé qui pouvaient se permettre de recourir à des hôpitaux et services médicaux privés évinçaient les pauvres des établissements publics. Qui plus est, les pauvres qui pouvaient se rendre dans les hôpitaux publics payaient le plus souvent de leurs poches que les patients à revenu moyen et élevé qui sont souvent couverts par une assurance privée. Les pauvres recevaient rarement des soins gratuitement dans les établissements publics. En fait, 91 % des malades hospitalisés les plus démunis payaient de leurs poches, ce que faisaient seulement les 69 % du quintile le plus riche.

Avant les réformes, le secteur privé jouait un rôle important tant pour le financement que pour la prestation des ser-

vices de santé. Selon l'enquête nationale auprès des ménages réalisée en 1992, 40 % de tous les actes médicaux et 45 % de toutes les hospitalisations avaient lieu dans le secteur privé. À ce moment là, seuls les 20 % de la population étaient couverts par une assurance maladie.

### Les réformes entreprises dans le secteur de la santé en 1993

La loi n°100 de 1993 ordonnait la création d'un nouveau système national de santé avec une couverture d'assurance maladie universelle et réorganisait son financement et ses prestations. Les subventions publiques devaient désormais aller directement aux individus et non aux institutions.

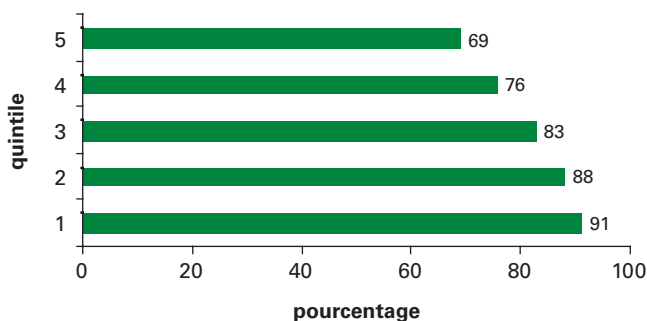
Afin d'atteindre les pauvres, les réformes ont introduit quatre principaux éléments :

- Un indice d'évaluation des ressources par approximation pour axer les subventions publiques de la santé sur les plus démunis (SISBEN, Système de sélection des bénéficiaires des dépenses sociales - Nunez 2004).
- La transformation des subventions classiques de stimulation de l'offre qui financent le réseau de soins de santé publique en subventions de promotion de la demande qui subventionnent les primes individuelles d'assurance pour les pauvres.
- Un fonds de solidarité dans lequel les revenus des cotisations des employeurs et des salariés et des ressources du Trésor permettent le subventionnement croisé des primes d'assurance des pauvres.
- Les contrats relatifs à la prestation des services de santé venant à la fois des secteurs public et privé.

Le nouveau système est un plan de couverture d'assurance maladie universelle constitué de deux régimes :

- Le régime contributif (RC) couvrant les personnes qui sont officiellement employées et les travailleurs indépendants qui contribuent au régime. Ces cotisations sont collectées par un assureur choisi.
- Le régime subventionné (RS) qui couvre les pauvres et les indigents qui n'ont pas les moyens de cotiser dans le cadre d'un quelconque plan d'assurance.

Figure 2. Population payant pour les soins en tant que patients hospitalisés dans les centres de santé publics, par niveau de revenu. Avant la loi n°100/93 – CASEN 1993



Le SISBEN est un système général permettant de sélectionner les bénéficiaires des programmes sociaux en Colombie. Il comprend un indice d'évaluation par approximation des ressources établi par des méthodes statistiques qui sert d'indicateur du bien-être économique des ménages. Les variables qui déterminent ce bien-être incluent la disponibilité et la qualité du logement et des services publics de base, la possession de biens durables, des ressources de capital humain et le revenu courant (cette dernière variable a été exclue dans le nouvel indice SISBEN révisé en raison du manque de fiabilité et de l'absence de pouvoir de prédiction, tel qu'on le voit à la section 7). Le système comprend un ensemble de normes et de procédures définies au niveau central et fonctionnant au niveau municipal pour permettre de collecter les informations nécessaires au calcul de l'indice de qualité de vie et à la sélection des bénéficiaires de plusieurs programmes sociaux. Le Régime d'assurance maladie subventionné est l'un des programmes dans lequel l'incidence des prestations a été la plus importante pour les personnes visées par le SISBEN, qui bénéficiait à plus de 11,4 millions de pauvres et de personnes vulnérables à la fin de 2002.

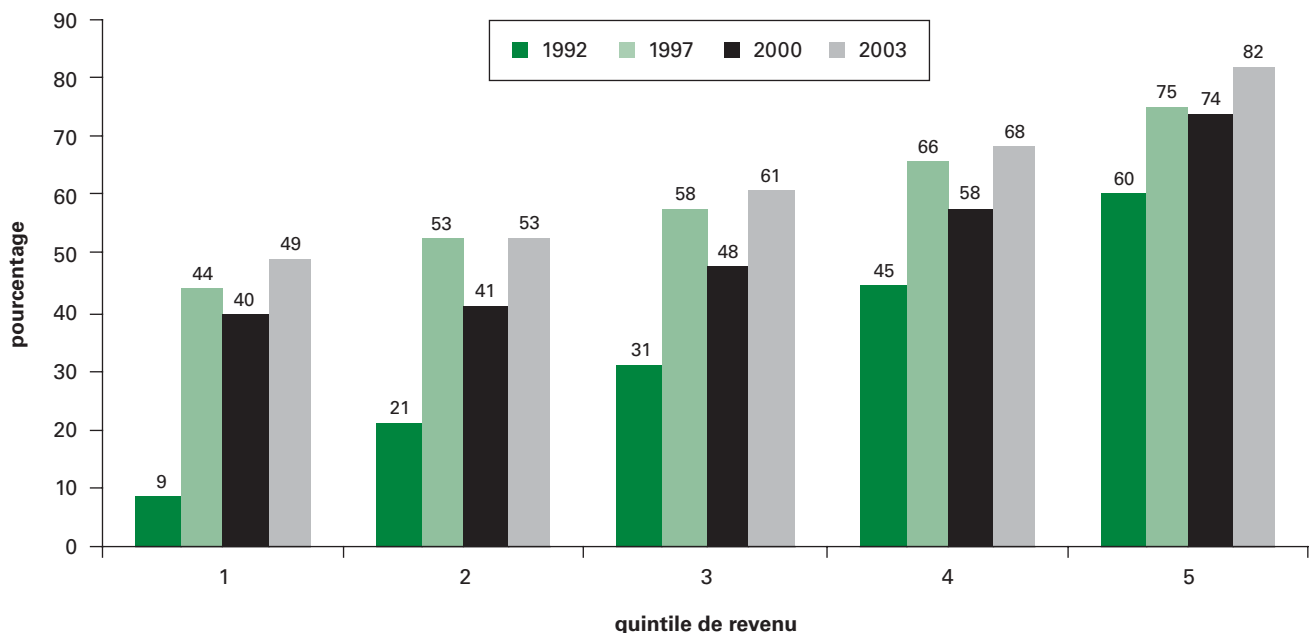
Les contributions des employeurs et des salariés sont versées dans un fonds de solidarité et de garantie (Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA) qui a quatre comptes dif-

férents. Le fonds finance des primes d'assurance pour toutes les personnes inscrites dans le RC. Dans le cadre du processus de subventionnement croisé du RC-RS, un point de pourcentage des cotisations est alloué au financement du RS, avec des transferts du trésor vers les territoires. Les individus admis à bénéficier du RS, mais qui restent sans assurance sont dits « rattachés » ou *vinculados* aux services de l'assistance publique auxquels ils peuvent continuer à recourir pour les soins de santé.

Toute personne assurée est libre de choisir un assureur et de consulter tout prestataire appartenant au réseau de l'assureur. Les deux régimes offrent un programme de prestations de base, mais le Plan obligatoire de santé (POS) du RC comprend tous les niveaux de soins alors que le Plan obligatoire de santé subventionné (POSS) du RS doit être complété par les services fournis par les hôpitaux publics et financés par les subventions classiques de stimulation de l'offre. Selon la loi n°100, ces subventions de stimulation de l'offre étaient transformées en subventions de promotion de la demande afin d'atteindre une couverture d'assurance maladie universelle avec le même POS dans les deux régimes.

La Colombie est confrontée à des défis de taille posés par l'extension de la couverture de l'assurance maladie à tous les pauvres, l'amélioration de la qualité des services et la fourni-

Figure 3. Population couverte par une assurance, par niveau de revenu



Source : Escobar 2005

ture d'un plan plus complet pour les pauvres, mais quelques réalisations importantes méritent une attention.

### Les résultats

Le SISBEN a mis en place un mécanisme technique, objectif, équitable et uniforme de sélection des bénéficiaires des dépenses sociales que l'État doit utiliser à tous les niveaux. Il a permis de classer les demandeurs des programmes sociaux de façon rapide, uniforme et équitable. Il a renforcé le développement institutionnel des municipalités avec la création d'un système moderne d'information sociale et a appuyé la coordination interinstitutionnelle dans les municipalités afin d'améliorer l'impact des dépenses sociales. Il a évité les doubles emplois et concentré les efforts sur les plus démunis. Il a permis d'élaborer le diagnostic socioéconomique de la population pauvre afin de mieux préparer les programmes d'assurance sociale destinés aux pauvres et de faciliter la réalisation des objectifs de ciblage aux différents niveaux de l'État.

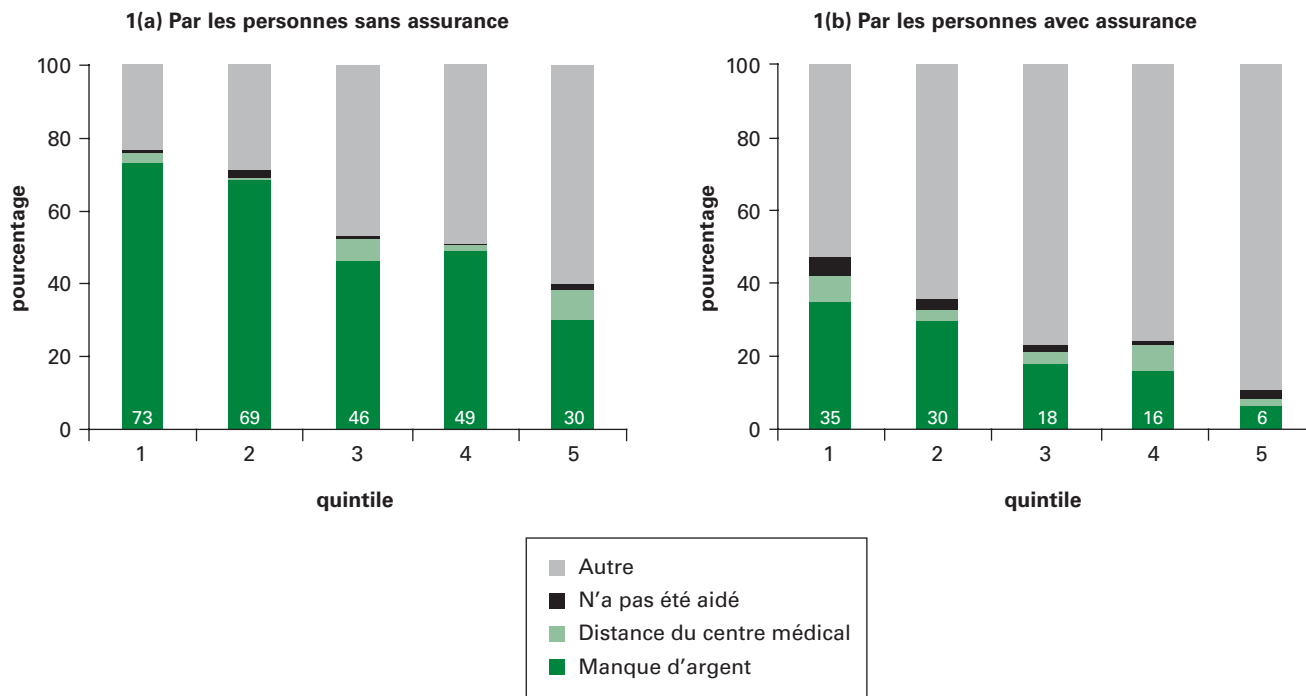
La réforme a offert plus de possibilités d'accès aux soins de santé pour les pauvres. Toutefois, des différences persis-

taient entre les personnes couvertes par une assurance et les autres. Les personnes assurées étaient toujours plus souvent traitées que celles qui ne l'étaient pas dans les zones tant rurales qu'urbaines et elles recouraient aussi davantage aux services de soins préventifs.

La réforme de 1993 a augmenté la protection financière pour tous mais spécialement pour les pauvres et les populations des zones rurales. Avant 1993, 23 % des Colombiens étaient financièrement protégés contre les risques de chocs sanitaires. Dix ans plus tard, 62 % de la population avait accès à l'assurance maladie, un changement impressionnant si l'on compare ce chiffre à celui des pays de l'Amérique latine qui avaient un système de soins de santé similaire à celui de la Colombie avant 1993.

La réforme a favorisé l'équité du système grâce à l'introduction des instruments de protection financière pour les pauvres qui auparavant n'étaient disponibles que pour les personnes officiellement employées et pour les nantis (Figure 3). La couverture dans le groupe des plus riches ne s'est améliorée que de façon marginale avec la réforme, de 60 % en 1992 à 82 % en 2003, alors que chez les plus pauvres elle est

Figure 4. Raisons invoquées pour ne pas rechercher les soins de santé, 2003



**Tableau 1. Individus poussés en dessous du seuil de pauvreté et d'indigence par un choc sanitaire (%)**

Choc sanitaire	Non assurés		Assurés affiliés au RS	
	Pauvreté	Subsistance	Pauvreté	Subsistance
Soins ambulatoires	5	6	4,1	3
Hospitalisation	14	18	4,2	11

Source : Escobar 2005

passée de 9 % à 49 % au cours de la même période. Avec l'introduction du régime d'assurance subventionné, l'accès à l'assurance maladie n'était plus lié à un emploi et un revenu formels.

La réforme a réduit les obstacles économiques à l'utilisation des soins de santé pour tous les groupes de revenu, mais en particulier pour les pauvres. Le manque d'argent était toujours la raison invoquée le plus souvent par les pauvres, assurés ou non, pour justifier le fait qu'ils ne recherchaient pas les soins médicaux (Figures 4a et 4b). Les obstacles économiques à l'accès aux soins de santé étaient plus de deux fois plus élevés pour le groupe des plus démunis non assurés que pour ceux qui étaient assurés.

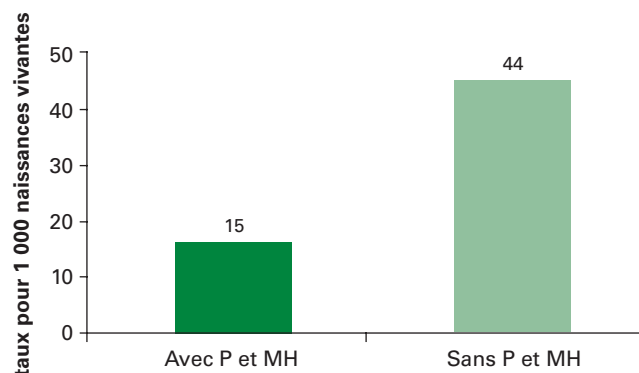
Les dépenses de santé en pourcentage du revenu sont plus importantes pour les personnes non couvertes que pour celles qui appartiennent aux régimes contributif ou subventionné. L'assurance formelle en Colombie a permis de réduire de 50 à 60 % les dépenses personnelles en soins ambulatoires. Les pauvres appartenant au RS dépensaient environ 4 % de leur revenu en soins ambulatoires, mais les pauvres qui ne sont pas assurés dépensaient plus de 8 %. Les dépenses personnelles en services d'hospitalisation des pauvres non assurés absorbaient plus de 35 % de leur revenu en 2003. Les pauvres appartenant au RC dépensaient une plus petite proportion de leur revenu en services d'hospitalisation par rapport aux pauvres affiliés au RS. Toutefois, un choc sanitaire nécessitant l'hospitalisation poussait 14 % des personnes hospitalisées et sans assurance en dessous du seuil de pauvreté alors que ce sort n'était réservé qu'à 4 % des patients hospitalisés couverts par le RS (Tableau 1).

L'introduction de l'assurance maladie a amélioré l'accès aux soins préventifs. Alors que 65 % des assurés ont consulté un médecin ou un dentiste au moins une fois à titre préventif et sans être malade en 2003, 35 % seulement des personnes non assurées ont fait de même.

La réglementation réserve l'accès préférentiel à l'assurance dans le RS aux enfants, mères célibataires, personnes âgées, handicapés et personnes souffrant d'une maladie chronique. De façon empirique, ces personnes pauvres et assurées étaient moins en santé que les personnes non assurées, ce qui pourrait faire croire à une mauvaise sélection. En réalité, il n'appartenait pas aux individus de décider du moment de s'affilier au RS parce que le renouvellement annuel de la couverture était fonction de la disponibilité des ressources financières.

Des données diachroniques n'étaient pas disponibles pour permettre de déterminer si l'accès à l'assurance maladie chez les pauvres avait un impact sur leur santé en général. Toutefois, quelques déductions pouvaient être faites à partir des données relatives à la mortalité infantile, aux accouchements en milieu hospitalier et aux soins prénatals.

**Figure 5. L'impact de l'accouchement en milieu hospitalier et des soins prénatals sur le taux de mortalité infantile**



Source : Escobar 2005

Conformément aux données sur d'autres pays, les Colombiens assurés recherchaient les soins de santé plus souvent et plus rapidement que ceux qui ne l'étaient pas. Ceci était particulièrement évident dans le cas des naissances et de la santé maternelle et infantile. Des taux plus bas de mortalité infantile ont été enregistrés chez les enfants dont les mères ont eu accès aux soins pendant la grossesse, ont utilisé des soins prénatals et ont eu des accouchements assistés médicalement. Les enquêtes démographiques et sanitaires indiquaient une amélioration importante de l'accès à ces services particulièrement dans les zones rurales. Selon les enquêtes démographiques et sanitaires de la Colombie (1986, 1990, 1995 et 2000), les augmentations suivantes ont été enregistrées dans les domaines ci-après : naissances médicalement assistées, 66 % ; accouchements en milieu hospitalier, 18 % ; et utilisation des soins prénatals par les femmes, 49 %. Les changements intervenus en 1993 étaient influencés par l'amélioration de l'accès aux soins de santé chez les assurés.

L'Enquête démographique et sanitaire de l'an 2000 a indiqué que l'accès aux soins prénatals et à l'accouchement en milieu hospitalier a réduit la mortalité infantile. La Figure 5 montre une différence frappante entre les taux de mortalité infantile chez les enfants dont les mères ont eu accès aux services de soins prénatals (P) et d'accouchement en milieu hospitalier (MH), par rapport à ceux dont les mères n'ont pas eu accès à ces services.

## Les futurs enjeux

En dépit des résultats positifs du système d'assurance sociale en Colombie, on lui reproche de n'avoir pas atteint une couverture universelle et de financer des programmes de prestations moins complets pour les pauvres (RS) que pour les riches (RC). La transformation plus lente que prévu des subventions de stimulation de l'offre qui financent les hôpitaux publics en subventions de promotion de la demande pour financer l'assurance maladie pour les pauvres a également été accusée d'avoir ralenti l'extension du programme de prestations du RS.

Plusieurs tentatives n'ont pas réussi à introduire une législation pour revenir à un système de services de santé appartenant à l'État et dispensés par l'État, tel que celui qui était en vigueur en 1992. Toutefois, la Colombie doit encore relever de nombreux défis pour achever de consolider le régime d'assurance sociale, non seulement en vue de couvrir la population entière, mais également d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins de santé. Le changement en faveur du nouveau système fondé sur l'assurance a été difficile du point de vue politique, administratif et technique. Le processus de décentralisation amorcé au début des années 90 a eu des inconvénients mais aussi des avantages pour la mise en œuvre de la réforme de 1993.

---

Cette note d'information vise à faire la synthèse des bonnes pratiques en matière de santé, de nutrition et de population. Elle est une adaptation de l'article de María-Luisa Escobar, intitulé « Health Sector Reform in Colombia » paru dans *Development Outreach* 7 (2 mai 2005): 6-9, 22. Les opinions exprimées dans la présente note d'information ne reflètent pas nécessairement celles de la Banque mondiale.

Ces notes d'information sont également disponibles sur le site [www.worldbank.org/wbi/healthandaids](http://www.worldbank.org/wbi/healthandaids)

