



HAL
open science

**Assurance maladie, réforme du système de santé et de la
politique pharmaceutique en Chine, et étude de cas sur
données d'enquêtes dans la préfecture de Weifang
(Province Shandong)**

Xiezhe Huangfu

► **To cite this version:**

Xiezhe Huangfu. Assurance maladie, réforme du système de santé et de la politique pharmaceutique en Chine, et étude de cas sur données d'enquêtes dans la préfecture de Weifang (Province Shandong). Economies et finances. Université Clermont Auvergne [2017-2020], 2017. Français. NNT : 2017CLFAD002 . tel-01892267

HAL Id: tel-01892267

<https://theses.hal.science/tel-01892267v1>

Submitted on 10 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Ecole Doctorale des Sciences Economiques, Juridiques, Politiques et de Gestion
Centre d'Etudes et de Recherches sur le Développement International
Université Clermont Auvergne

**ASSURANCE MALADIE, REFORME DU SYSTÈME
DE SANTÉ ET DE LA POLITIQUE
PHARMACEUTIQUE EN CHINE, ET ÉTUDE DE CAS
SUR DONNÉES D'ENQUÊTES DANS LA PRÉFECTURE
DE WEIFANG (PROVINCE SHANDONG)**

Thèse présentée et soutenue publiquement le 3 mai 2017,
pour l'obtention du titre de Docteur en Sciences Economiques
par

Xiezhe HUANGFU

sous la direction de Martine AUDIBERT & Jacky MATHONNAT

Membres du Jury

Prénom nom	Qualification, institut de rattachement	
Boidin Bruno	Maître de conférences HDR, Université de Lille 1	Rapporteur
Mossé Philippe	Directeur de recherche CNRS émérite	Rapporteur
Mourji Fouzi	Professeur, Université Hassan II	Suffragant
Audibert Martine	Directrice de recherche au CNRS	Directrice de thèse
Mathonnat Jacky	Professeur des universités	Directeur de thèse

Remerciement/Acknowledgement

L'achèvement de cette thèse est un moment important dans ma vie professionnelle et privée. D'un côté, les acquis théoriques et techniques durant ces années de recherche me rendent plus solide et plus confiant pour réaliser mon ambition professionnelle et rentrer pleinement dans le marché du travail, un monde qui ne m'est pas totalement inconnu. Tout au long de ma thèse, j'ai essayé d'équilibrer le temps consacré à ma recherche scientifique et à mes différentes activités professionnelles, ressources financières, pour que je puisse accomplir ce travail. En effet, ce n'est pas une période très simple, pourtant très enrichissante et valorisante. De l'autre, au fur et à mesure de d'avancement de ma thèse, les échanges avec mes directeurs de thèse et les collègues permettent d'avoir un esprit de rigueur et un regard logique et objectif sur les différents phénomènes, non seulement dans le milieu de la santé, mais aussi dans d'autres domaines sociaux et économiques. Je tiens ici à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagné jusqu'à l'aboutissement de ce travail.

J'adresse en premier lieu mes remerciements à mes directeurs de thèse, Mme Martine Audibert et M. Jacky Mathonnat qui m'ont soutenu intellectuellement et moralement tout au long de ce travail. Leurs disponibilités et leurs patiences m'ont beaucoup aidé pour passer les moments difficiles, et j'ai beaucoup appris de leurs connaissances et de leurs expériences complémentaires. De plus le contact professionnel et humain avec eux a été très agréable, je les remercie sincèrement de la confiance qu'ils m'ont accordée durant les différents projets de recherche. Personnellement, ils sont un duo exemplaire en tant que directeurs de thèse.

Je tiens également à remercier M. Bruno Doidin (Rapporteur), M. Philippe Mossé (Rapporteur) et M. Fouzi Mourji (Suffragant), pour l'honneur qu'ils me font d'être dans mon jury de thèse. Leurs expertises et expériences seront sûrement enrichissantes et valorisantes pour ce travail déjà accompli.

Je voudrais aussi remercier l'ensemble de l'équipe d'administration et de support à la recherche au sein de CERDI. Vos accueils chaleureux et vos services compétents m'ont permis de travailler dans les meilleures conditions.

Une partie de ce travail consiste en une étude de cas à Weifang dans la province du Shandong en Chine. Je remercie Mme Chen Ningshan, M. Ma Anning, M. Sheng Hongqi et toutes les personnes de l'équipe de Weifang de nous avoir accueillis et soutenus pendant nos enquêtes de terrain. Vos contributions au succès de ce projet sont indispensables. Je voudrais également remercier mon binôme de ce projet, Laurène Petitfour, pour sa gentillesse et son aide. Cela a été un grand plaisir de travailler avec vous tous.

Je voudrais aussi remercier tous les responsables et collègues des établissements (Centre Fleura de l'Université Blaise Pascal, Michelin, Institut des Langues de Spécialité) dans lesquels j'ai travaillé durant cette période. Je vous remercie pour vos accueils, vos disponibilités, et aussi vos souplesses et compréhensions en cas de contraintes de temps avec mes obligations à l'université.

Je tiens à remercier Jean-Louis, Chloé et Claire pour la relecture de la thèse. Merci pour vos disponibilités et le temps consacré à la lecture. Vos soutiens sont indispensables pour mieux valoriser ce travail.

Enfin, je tiens à remercier très sincèrement mon épouse Xuan, mes parents, mes beaux-parents et mes amis. Merci pour votre compréhension, votre soutien et vos encouragements depuis de longue date. Sans vous, ce travail n'aurait jamais pu voir le jour. Je vous aime très fort. Et la dernière phrase, je la réserve pour ma petite fille Chuhan, merci d'être venue, quel bonheur de t'avoir dans mes bras !

Résumé

Avec le fruit d'un développement économique impressionnant, la Chine met également l'accent sur le développement social, notamment sur l'amélioration de son système de santé. Après une série de réformes, le système de santé chinois a réussi à offrir à son peuple une couverture quasi-universelle pour les soins de base. Bien que la Chine soit classée aujourd'hui par la Banque Mondiale comme un pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure), les faiblesses de son système de santé restent toujours d'actualité, telles que la présence importante de l'économie informelle, le développement économique déséquilibré entre les régions, la pénurie financière, la manque de personnel qualifié et d'équipement dans les régions pauvres etc. La thèse présente le système de santé en Chine à travers son évolution depuis les années 50 et en fait une analyse institutionnelle pour comprendre comment le gouvernement chinois a réagi pendant les différentes phases de développement face à la demande de la population en termes de protection sanitaire. Le chapitre 1 rappelle les notions développées dans l'assurance maladie. Le chapitre 2 expose et analyse à la fois l'environnement institutionnel du système de santé chinois et la segmentation de l'assurance maladie de base qui couvre l'ensemble de la population en fonction de ses statuts. Le chapitre 3 se concentre sur l'évolution du régime coopératif de santé dans le milieu rural, qui prépare aussi un terrain contextuel pour le chapitre 4 dans lequel est présentée notre étude de cas à Weifang sur l'activité et l'efficacité des hôpitaux cantonaux. L'idée de cette thèse est de combiner une analyse institutionnelle avec une étude de cas pour comprendre en profondeur le système de santé Chinois, mais aussi pour essayer de fournir des supports utiles pour les autres études qui pourraient être menées sur ce sujet.

Mots clés : assurance maladie, financement de la santé, analyse institutionnelle, pays en développement, Chine

Summary

With the result of impressive economic development, China also emphasizes the social development, such as improving her health system. After a series of reforms, the Chinese health system succeeds in providing her people with a quasi-universal coverage for basic healthcare. However, Although China is classified nowadays like an upper middle income country, and those weaknesses of the health system for developing country are always true for her, such as significant presence of informal economy, unbalanced economic development among regions, financial shortage, lack of qualified staff and equipment in poor regions etc. This thesis tries to explain the Chinese health system since the 50s, and make an institutional analysis to understand how Chinese government reacted during different steps of development face to population's demand in terms of health protection. Chapter 1 reviews some theoretical concepts developed in health insurance. Chapter 2 presents and analyzes both institutional Chinese health system environment and the segmentation of the basic health insurance scheme that covers the entire population according to their status. Chapter 3 focuses on the evolution of the cooperative medical scheme, this chapter also makes a contextual presentation for Chapter 4 in which is presented the case study in Weifang about the activity and efficiency of township hospitals. The purpose of this thesis is to associate an institutional analysis with a case study to deeply understand chinese health system, at the meanwhile this thesis tries to provide useful support for other future studies on this sujet.

Key words: Health insurance, health financing, institutional analysis, developing country, China

Abréviations

ACP	Analyse en Composantes Principales
AEMTC	Administration d'Etat de la Médecine Traditionnelle Chinoise
AMBC	Assurance Maladie à Base Communautaire
AMC	Assurances Maladies Commerciales
AMCF	Assurance Maladie Complémentaire pour les Fonctionnaires
AMS	Assurance Maladie Sociale
AMT	Assurance Médicale du Travail
ANP	Assemblée Nationale Populaire
BC	Budget Contrôlé
BG	Budget Global
BNCPOP	Bureau National de Contrôle des Produits Alimentaires et Pharmaceutiques
BNSC	Bureau National des Statistiques Chinois
CCPPC	Conférence Consultative Politique du Peuple Chinois
CE	Consulation Externe
CEM	Compte d'Epargne Médicale
CERDI	Centre d'Etudes et de Recherches sur le Développement International
CMD	Catégories Majeures de Diagnostic
CNDR	Commission Nationale du Développement et de la Réforme
CNSPF	Commission Nationale de la Santé et de la Planification Familiale
CSE	Complémentaire Santé d'Entreprise
CSMS	Complémentaire Santé pour les Maladies Sévères
CUS	Couverture Universelle en Santé
CV	Clinique de Village
DG	Dépense Gouvernementale
DGS	Dépense Gouvernementale en Santé
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DRG	Diagnosis Related Group
EIP	Etablissement d'Intérêt Public
ESB	Etablissement de Santé de Base
ESPSP	Etablissements Spécialisés Pour la Santé Publique

ETC	Equipe Technique Centrale
EVN	Espérance de Vie à la Naissance
FEBG	Financement par l'Espace Budgétaire Global
GHM	Groupes Homogènes de Malades
HC	Hôpital Cantonal
IAG	Indice d'Activité Globale
MAC	Ministère des Affaires Civiles
MRHSS	Ministère des Ressources Humaines et de la Sécurité Sociale
NRCS	Nouveau Régime Coopératif de Santé
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PIB	Produit Intérieur Brut
PFR	Pays à Faible Revenu
PNCH	Paiement au Nombre d'Hospitalisations
PNJH	Paiement au Nombre de Journées d'Hospitalisation
PNME	Politique Nationale des Médicaments Essentiels
PP	Paiement à la Pathologie
PPA	Parité de Pouvoir d'Achat
PPP	Paiement Plafonné à la Pathologie
PRE	Pays à Revenu Elevé
PRITI	Pays à Revenu Intermédiaire, Tranche Inférieure
PRITS	Pays à revenu Intermédiaire, Tranche Supérieure
PVD	Pays en Voie de Développement
RAMB	Régime d'Assurance Maladie de Base
RAMBEU	Régime d'Assurance Maladie de Base pour les Employés Urbains
RAMBRU	Régime d'Assurance Maladie de Base pour les Résidents Urbains
RCS	Régime Coopératif de Santé
RMM	Ratio de mortalité maternelle
RNB	Revenu National Brut
SAMB	Système d'Assurance Maladie de Base
SMG	Service Médical Gratuit

TCBM	Taux de Consultation Bi-Mensuel
TGSM	Taux de Gestion Standardisée de la Maternité
TMI	Taux de mortalité infantile
TMIJ	Taux de mortalité infanto juvénile
TNCBM	Taux de Non Consultation Bi-Mensuel
TOL	Taux d'Occupation des Lits
TPP	Tarifcation par pathologie
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

Remerciement/Acknowledgement.....	- 4 -
Résumé.....	- 6 -
Abréviations.....	- 8 -
Table des matières.....	- 11 -
INTRODUCTION GENERALE	- 16 -
CHAPITRE 1	- 23 -
Les notions développées dans l'assurance maladie.....	- 23 -
1 Introduction.....	- 24 -
1.1 La couverture universelle en santé.....	- 24 -
1.2 Le financement de la santé	- 26 -
2 L'assurance maladie.....	- 29 -
2.1 Les différents régimes d'assurance maladie	- 30 -
2.1.1 Les principaux types d'assurance maladie dans le monde	- 31 -
2.1.2 L'assurance maladie sociale	- 32 -
2.1.3 L'assurance maladie à base communautaire	- 35 -
2.1.4 L'assurance maladie privée	- 38 -
2.2 Les trois défaillances classiques du système de l'assurance maladie	- 39 -
2.2.1 L'asymétrie d'information.....	- 40 -
2.2.2 L'aléa moral	- 41 -
2.2.3 La sélection adverse.....	- 42 -
3 La régulation du système de l'assurance maladie.....	- 44 -
3.1 Régulation par l'offre.....	- 45 -
3.1.1 Le paiement prospectif.....	- 45 -
3.1.2 Le paiement par capitation.....	- 49 -
3.1.3 La stratégie d'achat	- 50 -
3.2 La régulation sur la demande	- 51 -
3.2.1 Ticket modérateur.....	- 51 -
3.2.2 Le prix de référence	- 52 -
3.2.3 La franchise globale	- 53 -

4	La problématique du financement de la santé dans les pays en développement	- 54 -
4.1	Que signifie dépense catastrophique en santé ?	- 56 -
4.2	Le choix du système de financement de la santé	- 57 -
4.2.1	Financer la santé par l'EBG ?	- 57 -
4.2.2	Faisabilité de l'Assurance Maladie Sociale (AMS) dans les PVD-	62 -
4.2.3	Que choisir entre l'AMS et le FEBG, ou bien un système mixte ?-	64 -
5	Conclusion.....	- 67 -
CHAPITRE 2.....		- 69 -
Une vue d'ensemble du système de santé en Chine : environnement institutionnel et assurance maladie.....		- 69 -
1	Introduction.....	- 70 -
2	Environnement institutionnel du système de santé en Chine	- 72 -
2.1	La structure administrative du système de santé chinois	- 72 -
2.2	Le réseau des établissements de santé en Chine	- 73 -
3	Système d'assurance maladie de base en Chine	- 79 -
3.1	Le régime d'assurance maladie de base pour les employés urbains.....	- 83 -
3.1.1	La couverture du RAMBEU	- 83 -
3.1.2	Le financement et le niveau de remboursement du RAMBEU..-	84 -
3.2	Le régime d'assurance maladie de base pour les résidents urbains.....	- 84 -
3.2.1	La couverture du RAMBRU	- 84 -
3.2.2	Le financement et l'enveloppe de prestations du RAMBRU.....-	87 -
4	Assurance maladie complémentaire	- 94 -
5	Assurances Maladie Commerciales	- 97 -
6	Conclusion.....	- 100 -
CHAPITRE 3.....		- 102 -
L'évolution du système de santé en Chine en milieu rural et le Nouveau Régime Coopérative de Santé.....		- 102 -
1	Introduction.....	- 103 -
2	Le Régime Coopératif de Santé (RCS) avant la réforme économique (du milieu des années 50 au début des années 80)	- 105 -
2.1	La prospérité du RCS	- 105 -
2.2	L'organisation des soins de santé du RCS (Système des trois niveaux)	- 106 -
2.3	Première évolution de la santé pendant la période du RCS.....	- 107 -

2.4	L'effondrement du RCS	- 113 -
2.4.1	Le changement de structure économique dans la zone rurale.-	114 -
2.4.2	La pénurie de ressources en soins de santé.....	- 115 -
2.4.3	La gestion inefficace.....	- 116 -
2.4.4	La corruption	- 117 -
2.4.5	Le manque de soutien politique	- 117 -
3	La période entre l'effondrement du RCS et le rétablissement du RCS (entre le début des années 80 et le début des années 2000)	- 118 -
3.1	Que s'est-il passé après l'effondrement du RCS ?.....	- 118 -
3.1.1	L'état de la santé de la population après l'effondrement du RCS-	118 -
3.1.2	Dépenses de santé et équité financière	- 129 -
3.1.3	Le système de financement de santé en milieu rural et l'utilisation de services de soins de santé	- 134 -
3.1.4	Propriété des établissements de soins de santé et la prestation des services de soins de santé	- 142 -
3.2	Qu'elle a été la réaction du gouvernement ? (Rétablissement du RCS).....	- 143 -
4	Le nouveau régime coopératif de santé dans le milieu rural (NRCS).....	- 147 -
4.1	Qu'est ce que le nouveau RCS ?.....	- 147 -
4.2	L'administration du NRCS.....	- 148 -
4.3	L'évolution du NRCS	- 150 -
4.4	La collecte des ressources et la mise en commun des ressources du NRCS-	154 -
4.4.1	La collecte des ressources du NRCS.....	- 154 -
4.4.2	La mise en commun des ressources du NRCS	- 159 -
4.5	L'enveloppe de prestations du NRCS.....	- 163 -
4.5.1	L'enveloppe de prestations au début du lancement de NRCS -	163 -
4.5.2	Les enveloppes de prestation d'aujourd'hui	- 165 -
4.6	Le revenu des prestataires de soins du NRCS.....	- 173 -
4.6.1	Composition de revenu des prestataires de soins du NRCS....	- 173 -
4.6.2	Mode de rémunérations des prestataires de soins du NRCS...-	175 -
4.7	Evolution de l'utilisation des services médicaux avant et après le NRCS ..	- 178 -
5	Conclusion.....	- 181 -
	Chapitre 4.....	- 183 -
	La réforme de la Politique Nationale des Médicaments Essentiels : rôle sur la	

	performance et l'efficience des hôpitaux ?	- 183 -
	<i>Etude de cas à Weifang dans la province de Shandong en Chine</i>	- 183 -
1	Introduction.....	- 184 -
2	Les raisons d'une indispensable PNME en Chine.....	- 186 -
2.1	Une forte dépense individuelle en santé avant la PNME	- 186 -
2.2	Comportement de l'offre de soins avant la PNME	- 189 -
3	La Politique Nationale des Médicaments Essentiels.....	- 193 -
3.1	Liste nationale des médicaments essentiels	- 194 -
3.2	Production, approvisionnement et distribution des médicaments essentiels-	195
	-	
3.3	Fixation du prix des médicaments essentiels.....	- 197 -
3.4	Mécanismes de compensation et séparation des recettes et des dépenses..	- 198 -
3.4.1	Compensation exclusivement gouvernementale	- 198 -
3.4.2	Compensations multiples	- 199 -
3.4.3	Séparation des recettes et des dépenses	- 199 -
3.4.4	Mécanisme d'incitation	- 200 -
4	Etude de cas à Weifang dans la province de Shandong en Chine : activité et efficience des hôpitaux cantonaux	- 201 -
4.1	Objectif, approche et encadrement de notre étude	- 201 -
4.1.1	Deux orientations de l'analyse d'efficience.....	- 201 -
4.1.2	Efficience, qualité et équité.....	- 202 -
4.1.3	Plan d'étude	- 203 -
4.2	Echantillon et données	- 203 -
4.3	Evolution des principales caractéristiques des HC depuis la réforme	- 206 -
4.3.1	Personnel des HC.....	- 206 -
4.3.2	Evolution du nombre moyen de lits.....	- 212 -
4.3.3	Evolution des équipements	- 215 -
4.4	Evolution de l'activité.....	- 221 -
4.4.1	Une progression spectaculaire des activités curatives	- 221 -
4.4.2	Activités préventives	- 226 -
4.4.3	Très forte progression hétérogène des examens de laboratoire et des radiologies : réponse à des besoins et comportements stratégiques	- 235 -
4.4.4	Indice synthétique d'activité globale	- 238 -

4.5	Évolution des revenus tirés des médicaments, des subventions totales et des remboursements effectués par les NRCS	- 243 -
4.5.1	Chute des revenus tirés de la vente des médicaments	- 243 -
4.5.2	Hausse des subventions totales, largement supérieure à la chute des revenus tirés des médicaments	- 248 -
4.5.3	Forte croissance des remboursements effectués par les NRCS	- 250 -
4.6	Evolution de l'efficacité des HC étudiés	- 255 -
4.6.1	Résultats de l'analyse de l'efficacité	- 256 -
4.7	Analyse qualitative des entretiens avec les directeurs des HC	- 268 -
4.7.1	Le profil du directeur	- 270 -
4.7.2	Les objectifs fixés par les HC dans le cadre de cette réforme pharmaceutique, les difficultés rencontrées par les HC et leurs réactions	- 270 -
4.7.3	Les impacts de la PNME sur les revenus et les activités	- 272 -
4.7.4	Les diverses compensations du revenu pour les HC	- 273 -
4.7.5	La livraison des médicaments essentiels	- 275 -
4.7.6	Le recrutement des personnels hors-quota	- 276 -
4.7.7	Les échos des patients	- 277 -
4.8	Conclusion sur l'étude de cas à Weifang	- 278 -
	Conclusion Générale	- 282 -
	REFERENCE	- 287 -
	Annexes	- 320 -

INTRODUCTION GENERALE

La santé est un bien précieux de la vie, en tant qu'individu, si les conditions nous le permettent, nous n'hésiterons pas à la conserver avec les moyens disponibles. La constitution de l'Organisation mondiale de la santé (version 2006) affirme que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* ». Toutefois ce meilleur état de santé concerne non seulement une meilleure espérance de vie de l'individu, mais aussi sa jouissance de loisirs et sa capacité dans les activités productives.

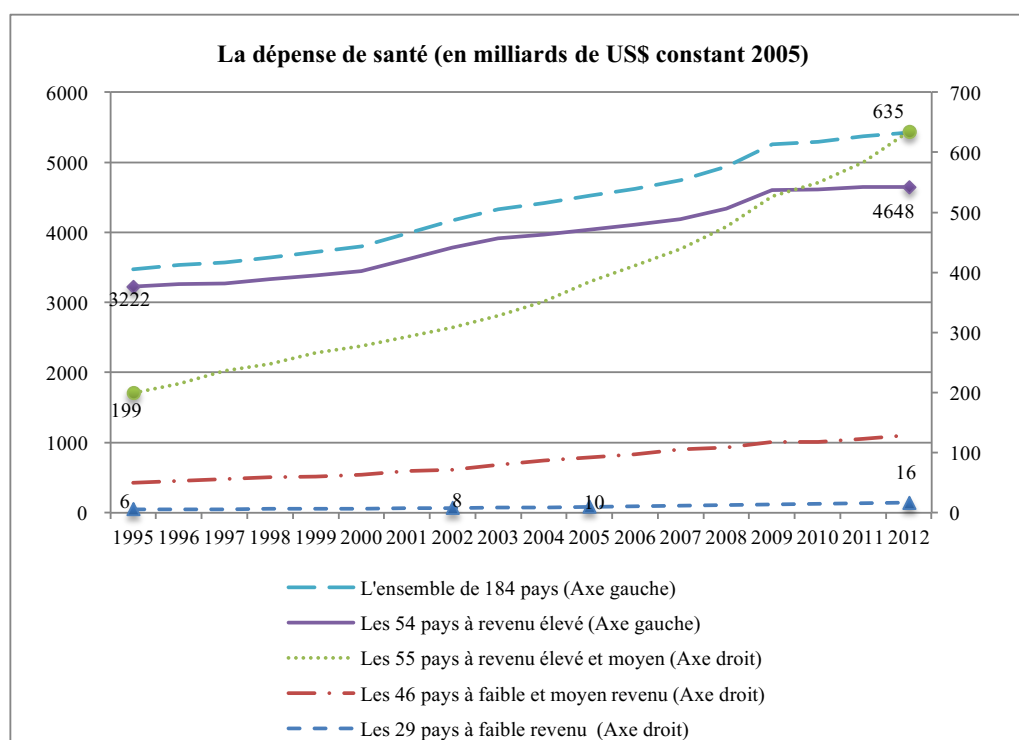
Depuis le programme « Santé pour tous » de l'OMS, lancé dans les années 1970 et la déclaration d'Alma-Ata de 1978, atteindre le niveau de santé le plus élevé possible est devenu l'objectif qui guidait les politiques de santé nationales et internationales (OMS, 2013). De même, la santé n'est pas seulement un bien individuel, mais aussi un bien collectif, d'autant que les ressources sont limitées. Il convient donc que l'utilisation de ces ressources soit à la fois efficiente et équitable pour faire face à une demande importante et croissante.

Depuis une vingtaine d'années, les statistiques montrent une tendance croissante de la dépense de santé au niveau international, tant pour les pays à revenu élevé que pour les pays à revenu faible ou intermédiaire. Cette tendance s'est accrue encore à partir du début du XXI^e siècle en raison de progrès médicaux à haute technologie, de la progression de l'espérance de vie, conduisant au vieillissement de la population dans certains pays à revenu intermédiaire, d'un consentement politique sur le droit à l'amélioration de l'état de santé de la population, induisant une augmentation parfois irraisonnable des dépenses de santé etc.

Dans un tel contexte, non seulement les questions de l'efficacité et de l'efficience des dépenses de santé se posent, mais aussi, bien évidemment, celle de l'équité. La Figure 1 fait apparaître une tendance fortement inégalitaire qui s'est accrue sur la période.

Même si la dépense de santé pour les pays à faible revenu a presque triplé en 17 ans, passant de 6 milliards US\$ (constants) en 1995 à 16 milliards US\$ (constants) en 2012 (figure 1), le montant de ces dépenses est très faible comparé aux dépenses des pays à revenu élevé qui, ont pourtant comparativement moins progressé, passant de 3222 milliards US\$ en 1995 à 4648 milliards US\$ en 2012. En 2012, les pays à faible revenu dépensaient en moyenne 0,55 milliards US\$ en santé contre 86 milliards US\$ pour les pays à revenu élevé. D'autre part, la dépense de santé pour les pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure) a connu une croissance considérable entre 1995 et 2012 : trois fois plus élevée, soit 199 milliards US\$ en 1995 et 635 milliards US\$ en 2012, bien plus importante que celle des pays à revenu élevé. Malgré cette forte hausse, le montant des dépenses de santé en 2012 (635 milliards US\$) était plus de sept fois moins élevé que celui des pays à revenu élevé (4648 milliards US\$).

Figure 1 : Evolution des dépenses totales de santé pour les 184 pays de l'OMS



Source : OMS Global Health Expenditure Database, Les pays comme Libéria, Afghanistan, Somalie, Soudan du Sud, Timor-Leste, Irak, Niue et Israël ne sont pas inclus dans cette figure à cause du manque de données.

Il est cependant plus pertinent de se pencher sur les dépenses totales de santé par habitant et de s'interroger sur l'effort consacré à la santé par les gouvernements. Ainsi en 2012, la dépense totale de santé par habitant en Parité de Pouvoir d'Achat (PPA) la plus élevée est celle des Etats-Unis, avec 8845 US\$, soit 21,15% du PIB par tête et le pays ayant la plus faible dépense de santé par habitant est la République démocratique du Congo, avec 25 US\$, représentant 9,16% du PIB par tête. En Chine, la dépense de santé par habitant est de 578 US\$ PPA, soit 17,72% du PIB par tête.

Selon l'OMS (2012), le montant minimum de dépenses de santé devait être en 2009 de l'ordre de 44 US\$ par habitant pour qu'un pays puisse assurer un ensemble de soins essentiels (dont ceux sur le VIH, la tuberculose, le paludisme, la santé maternelle et infantile, la prévention contre certaines maladies non transmissibles). Plus les ressources sont élevées, plus les pays auront la possibilité d'assurer une couverture complète et équitable. Pour ce faire, il faut que le pays puisse se fonder sur un financement efficient de la santé.

Bien que la Chine soit bien au-dessus de ce montant minimum, du fait d'une croissance économique forte, les besoins de la population en services de soins de santé continuent de croître également, et cela bien plus vite que la croissance des revenus. Dans ce cas, le système de soins de santé devrait être adéquat pour assurer un service de soins accessible et abordable. Toutefois, en Chine, l'inaccessibilité et l'inabordabilité des soins de santé se situe au 1er rang des trois plus importants problèmes sociaux (ACSS¹ 2007). Une enquête, intitulée « La 7^{ième} enquête nationale par sondage sur le sentiment de sécurité du peuple », organisée par le BNSC à la fin de l'année 2007, a montré que le problème social le plus important (15,3% des personnes interrogées de l'échantillon) était le problème des soins médicaux, avant le problème moral (14,3%) et le problème de sécurité (13,2%).

En ce qui concerne les préoccupations du public sur le système de soins de santé en milieu rural, les statistiques du « Chinese Journals Full-text Database », qui est une des meilleures références parmi les journaux académiques en Chine, estiment que le

¹ Académie Chinoise des Sciences Sociales

nombre d'articles enregistrés dans sa base entre 1911 et 1979 comportant les mots "santé rurale" et "régime coopératif de soins santé" dans ses titres était d'environ 221. Ce nombre a subi une très forte augmentation et s'est élevé entre 1980 et 2002, à 3121 (Wang, 2008) Ces deux décennies correspondent exactement à la période pré-RCS² et post-RCS.

Toutes ces préoccupations individuelles ont convaincu les décideurs que le problème des soins médicaux, en particulier dans les zones rurales, est devenu un problème urgent, et qu'il doit être traduit en un problème politique.

Outre le fait que la dépense de santé est importante et croissante à un niveau global, elle est aussi difficilement à prévenir et encore plus pour un individu. La gestion du risque financier liée à la détérioration de la santé joue donc un rôle crucial dans le système de santé d'un pays, il nécessite un subventionnement croisé entre les riches et les pauvres, les personnes à faible risque et les personnes à risque élevé. Pour garantir l'efficacité du fonctionnement de ce système de subventionnement croisé, il faudrait que le pays dispose d'un environnement macroéconomique adéquat, un environnement institutionnel efficace ainsi qu'un fort consensus sur l'entraide chez la population.

Parallèlement au développement macroéconomique et institutionnel, « ...la recherche scientifique joue un rôle fondamental dans l'amélioration de la santé. Elle est indispensable au développement des technologies, des systèmes et des services nécessaires pour parvenir à la couverture sanitaire universelle... » (OMS, 2013). Ceci prouve l'importance des recherches fructueuses réalisées par des économistes en santé depuis de nombreuses années.

Comme indiqué précédemment, la conception et le fonctionnement du système de santé sont fortement liés aux caractéristiques du pays, de ce fait les problématiques en termes de santé sont différentes entre les pays développés et les pays moins

² Entre le milieu des années 1950 et le début des années 1980, en termes de la couverture sanitaire, les ruraux étaient couverts par le Régime Coopératif de Santé (RCS) qui est un système de prépaiement, financé par les caisses sociales communautaires et les contributions des ruraux. Ce régime sera présenté en détail dans le chapitre 3 de la thèse.

développés. En conséquence, pour réaliser une étude empirique dans un pays quel qu'il soit, l'analyse institutionnelle est plus que nécessaire pour que le choix et la conception de la méthode d'analyse soient plus adaptés au cas réel, l'interprétation des résultats soit plus pertinente, et que les suggestions fournies aux décideurs politiques soient plus compréhensibles et plus facile à accepter. Compte tenu de la complexité des diverses problématiques dans le domaine de la santé, la présente thèse se concentre sur une analyse institutionnelle du système de santé en Chine, complétée par une étude de cas à Weifang dans la province de Shandong en Chine.

Le chapitre 1 fera un rappel des notions développées dans l'assurance maladie telles que les différents régimes d'assurance maladie, la régulation du système de l'assurance maladie et le problème du financement de la santé dans les pays en développement. A l'issue de cette revue de la littérature, les termes techniques abordés apporteront un support théorique aux analyses réalisées dans les chapitres suivants.

Le chapitre 2 essaie de montrer une vue d'ensemble du système de santé en Chine, y compris son environnement institutionnel et les différents régimes d'assurance maladie. Il existe quelques phénomènes paradoxaux dans le système de santé chinois. D'un côté, la plupart des services de santé sont fournis par les établissements publics de santé et la taille, l'effectif de personnel, le rôle et la tarification des actes de soins de base de ces établissements, sont définis par l'Etat, néanmoins leurs fonctionnements suivent le mécanisme du marché libéré avec un faible contrôle du gouvernement. D'un autre côté, les politiques en termes de santé sont généralement conçues et décidées au niveau national par le gouvernement central, cependant les coûts de la mise en place de ces politiques reposent essentiellement sur le financement des gouvernements locaux. Tous ces conflits institutionnels et financiers nuisent à l'efficacité du système. Une autre particularité du système de santé chinois se manifeste par une nette séparation entre la zone urbaine et la zone rurale, à la fois dans l'offre de soins et dans la couverture. Cette séparation est essentiellement due aux différences du développement et de la structure économique (formelle et informelle) et le niveau de vie entre ces deux zones, et cet écart s'aggrave davantage après la fameuse « la réforme et l'ouverture ».

Le chapitre 3 se concentre sur l'analyse de l'évolution du régime coopératif de santé dans le milieu rural en Chine. Il relie le chapitre 2 et le chapitre 4, d'un côté, il complète la partie du système de santé en zone rurale qui a été brièvement présentée dans le chapitre 2 ; de l'autre il prépare un terrain contextuel pour le chapitre 4 dans lequel est présentée notre étude de cas à Weifang. Avant la fin des années 1970, le régime coopératif de santé offrait quasi-gratuitement les soins de base pour la population rurale, et il a été considéré par l'OMS comme un modèle de succès dans la communauté internationale à l'époque (Xu et al., 2009). Cependant ce système s'est effondré à cause du changement de structure économique dans la zone rurale qui a eu lieu au début des années 1980. Jusqu'en 2003 l'année où le gouvernement a décidé de mettre en place un Nouveau Régime Coopératif de Santé (NRCS), les ruraux vivaient sans aucune couverture depuis plus de deux décennies. Ce chapitre discute les différents modes de fonctionnement du NRCS telles que la collecte de ressources, la mise en commun de ressources, l'enveloppe de prestation et le mode de paiement des prestataires. Sachant que les gouvernements locaux ont une certaine autonomie sur la conception du NRCS tout en respectant la ligne directrice du gouvernement central, seule une brève comparaison descriptive de l'utilisation des services médicaux au niveau national avant et après le NRCS a été présentée dans ce chapitre. C'est pour cette raison qu'il était intéressant d'avoir un exemple concret pour analyser les différents aspects du système de santé en milieu rural. Le chapitre 4 discute le fonctionnement des hôpitaux cantonaux (principaux agents qui offrent des soins de base aux ruraux chinois) sous une nouvelle vague des réformes.

Pendant la nouvelle vague des réformes dans le système de santé en Chine, une des plus importantes est la Politique Nationale des Médicaments Essentiels (PNME). Cette politique a été mise en place par le gouvernement chinois vers la fin de l'année 2009, pour faire face à la forte dépense individuelle, et en même temps pour redresser les comportements de l'offre de soins dans les établissements de santé de base qui étaient plutôt du type « recherche de rente ». Depuis cette réforme les établissements de santé de base ne pourront plus tirer aucun bénéfice de la vente des médicaments essentiels, et ils seront obligés d'utiliser seulement les médicaments essentiels. La perte du revenu tiré par la vente des médicaments est généralement compensée par des subventions gouvernementales. Sous un tel contexte, le chapitre 4 présente une étude

de cas que nous avons réalisée dans la préfecture de Weifang dans la province de Shandong en Chine. Cette étude consiste à analyser l'évolution de l'activité, de la productivité, du financement et de l'efficacité des hôpitaux cantonaux avant et après la politique nationale des médicaments essentiels

CHAPITRE 1

Les notions développées dans l'assurance maladie

1 Introduction

1.1 La couverture universelle en santé

De nos jours, offrir une protection sanitaire et financière pour l'ensemble de la population contre les risques de maladie est devenu un consensus de la plupart des pays du monde où on parle de Couverture Universelle en Santé (CUS). Selon la littérature, il existe plusieurs façons de définir la CUS :

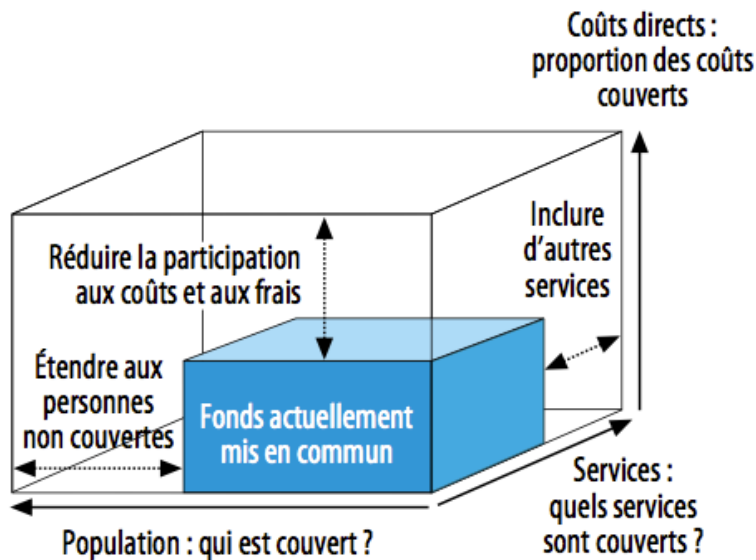
« Le but de la couverture universelle en matière de santé est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières » (OMS, 2012a)

« La CUS se définit comme le résultat souhaité d'un système de santé où tous les individus nécessitant des services de santé (promotion, prévention, traitement, rééducation et soins palliatifs) les reçoivent, sans encourir de difficultés financières injustifiées » (OMS et le Groupe de la Banque Mondiale, 2014)

Bien que les tournures de phrase soient différentes, nous pouvons toutefois identifier trois caractéristiques clés qui déterminent ce qu'est la CUS (Cf. Figure 2) :

- Un ensemble de services de santé qui couvre les besoins essentiels des individus,
- Minimiser le nombre de personnes non couvertes.
- Une participation aux coûts des usagers qui doit être abordable.

Figure 2 Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle



Source : « Rapport sur la santé dans le monde 2013 », OMS

L'idée de CUS poursuit l'initiative « santé pour tous » de l'OMS, lancée dans les années 1970 et l'objectif principal de la déclaration d'Alma-Ata qui est la promotion des soins de santé primaires pour tous les peuples du monde. En 2005, lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé, tous les Etats Membres de l'OMS sont invités à prévoir la transition vers la CUS en développant leurs systèmes de financement de la santé afin que tout à chacun puisse accéder aux services de santé, sans subir de difficultés financières. La notion de la CUS a été ensuite soulignée dans le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde 2010 en mettant en avant la nécessité de l'adaptation et de la réforme du système de financement de la santé, quel que soit le niveau de revenu du pays, afin d'atteindre l'objectif de la CUS. De plus la CUS fait partie des objectifs du Millénaire pour le développement et ceux du cadre émergent du développement Mondial post-2015 (Nations Unis, 2013).

Après dix ans de transition vers la CUS, où en sommes-nous au jour d'aujourd'hui ? Selon une estimation de l'OMS, les objectifs de la CUS sont loin d'être atteints : chaque année, 150 millions de personnes subissent des dépenses catastrophiques de santé et en 2011, seulement la moitié de personnes contaminées par le VIH et éligibles à une thérapie antirétrovirale en bénéficiaient (OMS, 2013). Afin de mieux mesurer et

comparer le progrès vers la CUS entre pays et au fil du temps, l'OMS et le Groupe de la Banque Mondiale ont établi conjointement en 2014 un cadre mondial de suivi du progrès de la CUS.

Quelle est la position de la Chine face à l'appel de l'OMS vers la CUS ? En 2009, le gouvernement chinois a classé la CUS comme un des objectifs prioritaires dans le nouveau projet de la réforme en santé. D'autre part sur son chemin vers la CUS, les progrès de la Chine en termes de la mobilisation de ressources, de la réduction des paiements directs, de l'efficacité et de l'équité de l'utilisation des ressources ont été reconnus par l'OMS (OMS, 2010).

1.2 Le financement de la santé

Un des obstacles majeurs de l'accomplissement de la CUS est le financement. La grande question est comment parvenir à un système de financement de la santé qui permettrait à un pays d'offrir à tout son peuple une protection contre le risque financier, dû aux dépenses en santé, sachant que même les pays à revenu élevé doivent rechercher en permanence des fonds pour répondre aux besoins croissants de leurs populations et améliorer la qualité des services.

Avant de répondre à cette question, il faut d'abord connaître les fonctions du financement de la santé. Etant donné que les ressources sont limitées et que la demande est importante et croissante, un système de financement de santé performant doit pouvoir mobiliser suffisamment de ressources et les gérer de façon efficiente et équitable pour que les prestataires offrent des services de santé efficaces aux individus qui en ont besoin.

La mobilisation des ressources désigne la façon dont le système de santé reçoit l'argent des individus, des ménages, des entreprises, des organisations et des sources externes. La Figure 3 montre les différents flux des ressources pour le financement de la santé, dont les deux principaux sont : le système de financement par l'Espace Budgétaire

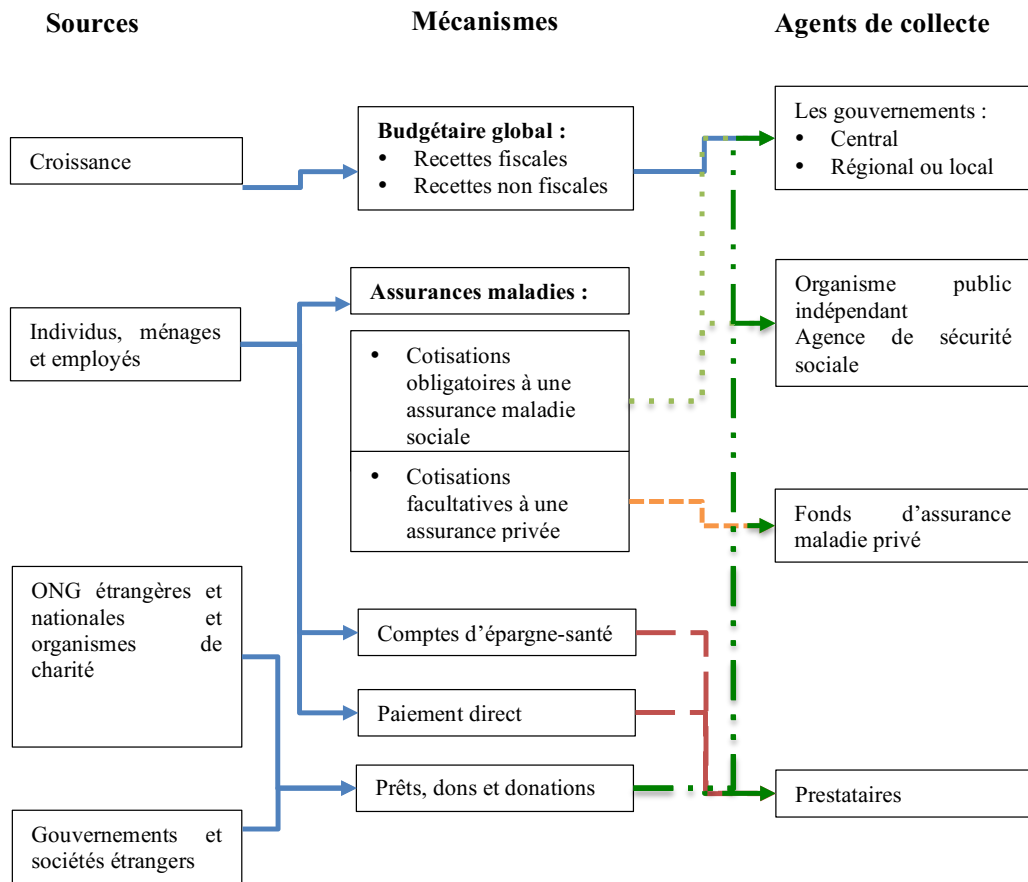
Global (EBG), c'est ce que nous appelons le « modèle beveridgéen³ », et le financement par les cotisations (obligatoires ou facultatives) à une assurance maladie (sociale ou privée), ce que nous appelons, le « modèle bismarckien ».

La mise en commun des ressources (*pooling*) désigne l'accumulation et la gestion des recettes de façon à ce que les risques des dépenses de santé imprévues soient partagés par l'ensemble des membres du groupe assuré et non par chaque individu (OMS, 2000). Pour atteindre cet objectif, il faut des mécanismes de subvention croisée entre, d'une part, les personnes à risque élevé et les personnes à faible risque et, d'autre part, les personnes ayant un faible revenu et les personnes ayant un revenu élevé. Dans le système de santé, la mise en commun des ressources peut être à la fois explicite, les individus étant consciemment affiliés à une assurance, et à la fois implicite, le financement de santé se faisant par l'impôt. Dans ce chapitre, nous analysons essentiellement le côté explicite, c'est à dire l'assurance maladie.

Enfin, la troisième fonction du financement de santé est l'achat des services sanitaires qui désigne le processus selon lequel les prestataires sont payés par les fonds collectés, et délivrent un ensemble d'interventions sanitaires spécifiées ou non-spécifiées de la santé.

³ Lord Beveridge a proposé dans son rapport de 1942 un droit à chacun à la sécurité sociale. Il instaure un système de santé qui fournit des services médicaux gratuits à tous les citoyens et qui est financé par le budget de l'Etat c'est-à-dire l'impôt. Le système de financement engage donc directement les finances publiques. L'exemple connu de ce modèle est le NHS (National Health Service) en Angleterre.

Figure 3 Mobilisation des ressources pour la santé



Source : Adapté de Mathonnat. 2010 et de Mossialos et al., 2004

2 L'assurance maladie

Une assurance est un mécanisme qui fournit une prestation (généralement financière) lors de la survenue d'un risque, en contrepartie, les assurés versent une cotisation ou une prime dépendant du risque. Les conséquences d'un risque peuvent être lourdes pour un individu et l'assurance peut mutualiser les risques. En principe, plus la population assurée est grande, plus les conséquences d'un risque seront médiocres pour chaque assuré.

L'assurance maladie n'est qu'une catégorie parmi de nombreux types d'assurance, mais elle se différencie par ses cinq particularités (Majnini, 2001) :

- 1) L'incertitude de l'occurrence de la maladie et de sa gravité ;
- 2) L'incertitude du coût imprévisible des soins ou des pertes de revenus d'activité ;
- 3) La concentration des dépenses qui peut rendre les soins lourds et inaccessibles ;
- 4) L'aversion pour le risque qui confère à l'assurance une utilité intrinsèque ;
- 5) Le désir de solidarité et d'égalité d'accès de la collectivité à l'égard des plus pauvres ou de certains de ses membres.

La combinaison des trois premières particularités permet de comprendre l'importance de l'assurance maladie. Par conséquent, L'assurance maladie est née dans la logique de partage du risque, pour répondre au problème de l'incapacité des individus à payer face à des soins coûteux dus au paiement direct. Ce mécanisme permet de guider les individus pour éviter la gestion au coup par coup de leurs événements de santé, et les inciter à l'anticipation des dépenses.

Les garanties offertes par l'assureur peuvent porter sur la compensation des diverses conséquences du sinistre lié à la maladie : les frais médicaux, la perte de revenu, le dédommagement d'un tiers etc., en contrepartie, les assurés doivent payer une prime régulière. Les détails de la compensation, le montant et l'échéance de la prime d'assurance sont définis à l'avance par un contrat entre l'assuré et l'assureur.

2.1 Les différents régimes d'assurance maladie

Les régimes d'assurance maladie peuvent être classés selon leurs caractéristiques techniques, le statut et les objectifs de l'assureur, la définition de la population assurable, le degré de participation des assurés au régime et l'intervention de l'Etat ou d'un tiers (Perrot et de Roodenbeke, 2005)

Par les caractéristiques techniques, les régimes d'assurance maladie peuvent être distingués en :

- Un régime qui couvre le petit risque nécessitant des soins primaires et/ou des prescriptions de médicaments, par exemple les soins ambulatoires ;
- Un régime qui couvre le gros risque nécessitant une hospitalisation et/ou une prise en charge de longue durée, par exemple les hospitalisations ;
- Des régimes ayant des différents niveaux de couverture (autrement dit le pourcentage de remboursement) selon le co-paiement, pour des consultations, des médicaments, des frais d'hospitalisation.

Par le statut et les objectifs de l'assureur, les régimes d'assurance maladie peuvent être distingués en public, privé, à but lucratif ou à but non lucratif.

Par la définition de la population assurable, les régimes d'assurance maladie peuvent être dédiés à un groupe socioprofessionnel particulier, à l'ensemble de fonctionnaires, à toute la population salariée, à des agriculteurs, à des femmes et enfants d'un village, etc.

Par l'intervention de l'Etat ou d'un tiers, les régimes d'assurance maladie peuvent être distingués en obligatoire et volontaire. Pour les pays à faible revenu, selon le processus de négociation, de conclusion et de suivi de contrats, les régimes d'assurance maladie peuvent être distingués en :

- Caisses d'assurance maladie publiques, l'adhésion à ces régimes est obligatoire, la gouvernance de ces caisses est confiée à un conseil d'administration de composition généralement mixte.
- Les organismes de micro assurance, l'adhésion à ces régimes est volontaire, ils ont un statut plutôt privé et leurs gouvernances peuvent être confiées aux représentants des assurés, à une ONG ou une administration.
- Les régimes intégrés à l'offre de soins, qui ont un statut privé et propose une adhésion volontaire, sa gouvernance est liée à l'offre de soins.

2.1.1 Les principaux types d'assurance maladie dans le monde

Dans l'objectif de mutualiser les risques des dépenses de santé imprévues, les pays ont mis en place différentes assurances maladies dont nous pouvons résumer trois types principaux :

- l'assurance maladie sociale,
- l'assurance maladie à base communautaire,
- l'assurance maladie privée.

Parmi ces trois types d'assurances, il n'y a pas de consensus sur celui qui serait le meilleur ou le pire. Théoriquement, si toutes les conditions sont réunies, elles peuvent toutes fournir d'une manière stable un accès aux soins de santé abordable et équitable pour l'ensemble de la population ou une population définie. Elles sont complémentaires les unes des autres. De plus, la réalisation des deux premiers systèmes est progressive. Quelles sont les conditions nécessaires pour la réussite de ces trois assurances ? Pour en parler, il faut s'intéresser d'abord à leurs caractéristiques.

2.1.2 L'assurance maladie sociale

L'assurance maladie sociale se distingue du modèle beveridgéen qui est financé par les recettes fiscales générales, par la présence d'un fonds d'assurance indépendant ou quasi indépendant, par le recours à des cotisations dédiées obligatoires perçues sur les salaires et par une relation évidente entre ces cotisations et une série de droits précis dont jouissent les personnes assurées (Gottret et Schieber, 2007)

Plus précisément, l'assurance maladie sociale a quatre caractéristiques techniques :

- La participation est rendue obligatoire par l'Etat pour une population spécifique ;
- Un financement qui provient principalement des cotisations des employeurs et des employés ;
- La gestion par un fonds d'assurance à but non lucratif ;
- L'existence d'un panier de bénéfices ;
- Le concept de solidarité sociale est essentiel pour tout régime social d'assurance maladie. L'application de ce concept implique un haut niveau de subventionnement croisé dans tout le système, entre les riches et les pauvres, entre les personnes à risque élevé et à risque faible, et entre les individus et les familles.
- La gestion de ce régime exige un certain degré d'autonomie vis-à-vis du gouvernement, souvent par l'entremise d'une organisation quasi indépendante responsable du système.

A. L'origine de l'assurance maladie sociale

Pour certaines études, le régime social d'assurance correspond au système bismarkien. Ce terme correspond à la politique sociale mise en place en 1881 par le Chancelier allemand Bismarck pour protéger les salariés ayant un revenu inférieur à un seuil déterminé. Cette politique repose sur le mécanisme des assurances sociales ayant le caractère obligatoire (prévention du risque maladie, vieillesse et accident du travail), dans lequel l'état aura le rôle central, et les prestations sont la contrepartie de cotisations. A partir de 1890, cette couverture est étendue aux familles des cotisants.

B. Les points forts de l'assurance maladie sociale

- Un financement plus stable et facile à percevoir

Les prélèvements sur les salaires rendent le financement par l'assurance maladie sociale plus stable et facile à percevoir. D'une part, les cotisations sociales sont indépendantes des négociations budgétaires entre Ministères. D'autre part, les employeurs peuvent déduire les cotisations sociales des salaires, et les employés semblent être moins réticents à payer leurs cotisations parce qu'ils savent que la somme payée est liée à un besoin vital.

- Des effets redistributifs importants

Un haut niveau de subventions croisées dans le système social d'assurance maladie permet de créer des effets redistributifs importants. Les subventions croisées peuvent aller des adhérents à revenu élevé vers ceux dont le revenu est faible, des adhérents à risque élevé vers des adhérents à risque faible, des jeunes vers les personnes âgées et des individus vers les familles.

- Socialement durable

Le régime social d'assurance repose avant tout sur un ensemble de valeurs sociales et de convictions bien ancrées. Les avantages non économiques de ce système sont compris par les citoyens et les décideurs politiques comme aussi importants que les avantages économiques (Saltman, 2004) En conséquent, ce système favorise la solidarité et responsabilise les citoyens en les amenant à participer.

C. Les points faibles de l'assurance maladie sociale

- Le risque d'exclusion des pauvres

La mise en place de ce régime est généralement progressive, la plupart des pays commencent d'abord par une petite partie de la population, par exemple, les fonctionnaires et/ou les employés des grandes entreprises. Les travailleurs de l'économie informelle sont souvent laissés sans couverture. Même si les gouvernements gardent la couverture universelle comme un objectif ultime, cependant il est généralement difficile et coûteux d'intégrer les travailleurs de l'économie informelle à la population couverte. Car leur revenu est difficile à évaluer, surtout dans beaucoup de pays en développement (PVD) qui ont un système déficient de la fiscalité. De plus, très souvent, les travailleurs de l'économie informelle ne comprennent pas clairement les bénéfices qu'ils peuvent tirer d'une adhésion au tel système.

- Un système coûteux et complexe

A court terme, ce système peut être d'abord coûteux pour les employeurs. Face à une hausse des cotisations prélevées sur les salaires, il est difficile pour les employeurs de réduire les salaires pour compenser leurs pertes, cela entraînera une hausse des coûts de la main-d'œuvre qui va accroître le taux de chômage et réduire la compétitivité du pays face aux investisseurs.

D'autre part, le bon fonctionnement de ce système nécessite la participation des différents acteurs (l'Etat, les fonds maladie, les prestataires de service de

soins, les employeurs, les salariés etc.), les interactions sont complexes (les prélèvements des cotisations, les négociations des contrats entre les fonds maladies et les prestataires, les remboursements etc.), et les tâches sont compliquées. Par conséquent, les coûts administratifs de ce système sont plus élevés que le financement par recettes fiscales générales.

- Une couverture déficiente pour l'instant dans les pays en développement pour les maladies chroniques et les soins préventifs.

Le régime social d'assurance fonctionne souvent avec le paiement à l'acte des prestataires, et les malades ont un accès libre aux services de santé. Pour une unique consultation, ce système peut être très efficace, cependant il n'est pas le meilleur système pour les maladies chroniques qui exigent l'intervention de plusieurs professionnels dont le travail doit être étroitement coordonné. A cause d'un lien faible entre les fonds maladies, les prestataires publics et les prestataires privés, il est difficile d'organiser une coopération adéquate entre ces trois acteurs pour fournir les soins préventifs comme les campagnes de vaccination et de dépistage (Mckee, Delnoij et Brand, 2004).

2.1.3 L'assurance maladie à base communautaire

Dans la littérature, l'Assurance Maladie à Base Communautaire (AMBC) est un terme fréquemment utilisé, qui désigne une grande variété de modalités de financement de santé telles que micro-assurance, mutuelle de santé, assurance de santé pour les ruraux etc (Preker et al., 2001 ; Soors et al., 2010). Toutes ces assurances représentent quelques points en commun. Tout d'abord, c'est en général un régime d'assurance à base volontaire dans lequel « *le volontariat reste nécessaire pour faire accepter le mécanisme* » (Letourmy et Pavy-Letourmy, 2005). Deuxièmement, l'AMBC vise à couvrir les personnes qui ne bénéficient pas de système classique d'assurance (Shafik et Criel, 2011), par exemple les travailleurs dans le secteur informel, les étudiants, etc. Le terme « communauté » désigne un groupe de personnes qui partagent des caractéristiques communes, par exemple la proximité géographique, la même profession, la religion ou tout autre type d'affiliation qui facilite leur coopération pour atteindre une

protection financière (Jakab et Krishnan, 2004). Troisièmement l'action collective joue un rôle prédominant dans les trois fonctions essentielles du financement de santé, et elle supervise le management du financement de santé bien qu'il existe parfois une interface avec les programmes ou les services gouvernementaux (Preker et al., 2001).

L'AMBC a fait preuve de sa pertinence dans les pays à faible revenu, notamment en termes de l'amélioration de l'accès aux soins et du financement de santé, de l'extension de la protection sociale, de la lutte contre la pauvreté et de l'élargissement du marché de l'assurance (Letourmy et Pavy-Letourmy, 2005).

A. Les principaux points forts des assurances maladies à base communautaire

L'AMBC permet d'offrir un meilleur accès aux soins non seulement pour les pauvres, mais aussi pour les autres personnes non couvertes par le système classique. Il existe souvent des mécanismes comme l'exemption de prime d'assurance ou des subventions pour aider les plus pauvres.

D'autre part les primes d'assurances sont forfaitaires, ce qui permet de faciliter la collecte des ressources et réduire le coût des transactions.

En termes d'utilisation des ressources collectées, la plupart des AMBC décident collectivement qui est couvert et quel panier des bénéfices offrir, certaines AMBC négocient même collectivement le prix et les modalités de paiement avec les prestataires.

La gestion de l'AMBC a souvent un haut niveau de participation démocratique dans un contexte local, et cette culture de management collectif permet de rendre le système plus adapté au contexte local, et de mieux contrôler les comportements des assurés et de prestataires afin de mitiger les problèmes d'aléa moral, de sélection adverse et de demande induite.

B. Les principaux points faiblesses des assurances maladies à base communautaire

L'essentielle faiblesse de l'AMBC est la taille et la composition du *pool*. Les tailles de *pool* chez les AMBC sont souvent très petites (Preker, 2001 ; Ilo-Step, 2002). Cette faiblesse nuit sa capacité de mobilisation de ressources, quand il y a un manque ou une insuffisance de subventions, la pénurie financière est souvent complétée par des redevances d'usages qui créeront une barrière financière pour les pauvres. En plus ce défaut de mobilisation de ressources limite la protection financière pour les assurés, et le panier de bénéfiques est souvent restreint, comme la souscription est volontaire, il pourrait y avoir un cercle vicieux : pourquoi souscrire une assurance si les bénéfiques sont inférieurs aux coûts ?

Les AMBC peuvent parfois exclure les très pauvres, parce que même des primes très modestes peuvent être trop coûteuses pour eux. D'autre part, si tout le monde dans le *pool* est pauvre, alors l'effet de subventionnement croisé sera fortement réduit.

Bien qu'il y ait une participation collective des AMBC dans la négociation des prix et des modalités de paiement avec les prestataires, et par cette participation collective, les assurés semblent avoir plus de chance de négocier en leur faveur avec les prestataires, mais l'écart des pouvoirs de négociation entre la communauté et les prestataires est tellement important et rend souvent cette chance impossible.

Comme peu d'AMBC ont un mécanisme de réassurance ou autres mécanismes similaires, la petite taille du *pool* les rend vulnérables aux échecs financiers, surtout face à un très grand risque, une épidémie ou un désastre naturel.

Enfin, la gestion de l'AMBC est relativement indépendante, l'encadrement et le contrôle du gouvernement sont moins présents, et cela pourrait entraîner des fraudes et des abus dans le fonctionnement des AMBC. Les gérants des AMBC sont souvent vulnérables face à la corruption.

2.1.4 L'assurance maladie privée

L'assurance maladie privée peut être la source principale du financement de la santé ou une source additionnelle. Comme ces assurances ne sont pas imposées par le gouvernement, le régime d'adhésion est volontaire (sauf en Suisse où la souscription par les individus à une assurance maladie commerciale est obligatoire). Ces assurances doivent effectuer 11 tâches commerciales génériques pour développer et maintenir une position sur le marché (Bowie et Adams, 2005) :

- Définir et développer des produits ;
- Déterminer le prix des produits ;
- Vendre les produits ;
- Percevoir les primes ;
- Gérer les demandes de remboursement ;
- Gérer les risques ;
- Gérer les relations externes ;
- Fournir aux clients et aux prestataires des services et des informations pertinentes ;
- Utiliser les technologies de communication et d'information ;
- Gérer les opérations ;
- Assurer l'orientation stratégique.

A. Les points forts de l'assurance maladie privée

L'OCDE a conclu, dans son étude de 2004, les points forts de l'assurance maladie privée de façon suivante :

- Elles offrent une protection financière abordable comparée aux dépenses à la charge des patients ;
- Elles augmentent l'accès aux services de santé, lorsque le financement obligatoire est incomplet ;
- Elles accroissent la capacité du service et stimulent l'innovation ;
- Elles aident à financer des soins de santé qui ne sont pas couverts par le régime public, dans le cas de l'assurance additionnelle.

B. Les points faibles de l'assurance maladie privée

L'étude de l'OCDE conclut que les marchés de l'assurance maladie privée ont généralement soulevé les défis suivants :

- Ils n'ont pas réduit certaines barrières financières à l'accès aux soins (comme les prix trop élevés et volatiles) ;
- Ils ont exacerbé l'accès différentiel aux soins de santé dans certains pays ;
- Ils n'ont pas stimulé l'amélioration de la qualité, avec quelques exceptions ;
- Ils ont peu contribué à réduire la pression sur les coûts des systèmes publics de santé ;
- Ils ont fait grimper les dépenses totales de santé dans plusieurs pays de l'OCDE ;
- Ils n'ont pas réussi à offrir des produits compétitifs sur le plan de la valeur ;
- Ils ont généralement dû couvrir des frais administratifs élevés.

2.2 Les trois défaillances classiques du système de l'assurance maladie

Outre les risques qui ne sont pas assurables par nature telles que les guerres, les émeutes, les catastrophes naturels ou les risques liés au capital humain (chômage, divorce, etc.) (Dana et Scarsini, 2007), il existe trois défaillances classiques du système de l'assurance maladie :

- L'asymétrie d'information
- L'aléa moral
- La sélection adverse

2.2.1 L'asymétrie d'information

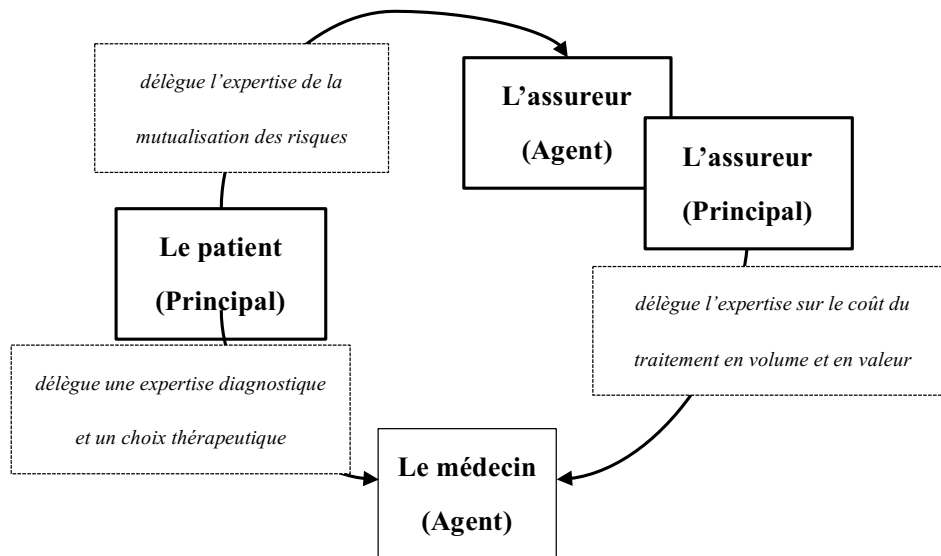
Avant de parler l'asymétrie d'information, parlons d'abord de la relation d'agence. Dans une relation d'agence, un principal mandate, par un contrat, à un agent une tâche quelconque qui implique une délégation d'un certain pouvoir à l'agent. Le but de la théorie de l'agence est de modéliser une relation dans laquelle un principal engage un agent dans des conditions d'information imparfaite. Dans beaucoup de cas, l'agent dispose des informations ou d'une capacité d'expertise dont le principal se trouve privé (Akerlof, 1970). C'est ce que l'on appelle l'asymétrie d'information.

La Figure 4 montre une triple relation d'agence dans l'assurance santé, les trois acteurs disposent chacun des informations et d'expertises que les autres n'ont pas. Le patient connaît son état de santé, l'assureur sait combien lui coûte en moyenne les assurés et le médecin est expert dans le diagnostic de la maladie et du traitement correspondant.

Le patient peut nouer une alliance tacite avec le médecin contre l'assureur dans les soins inutiles et/ou de confort qui favorisent la demande induite et l'aléa moral (Vaithianathan, 2003). A l'inverse, par rapport au patient, le médecin en sait plus sur l'efficacité du traitement et le coût causé pour le patient, la sur-préscription pourra alors avoir lieu au bénéfice du médecin, et ce problème d'asymétrie d'information ne pourra pas être résolu par l'assureur qui connaît encore moins ce qui s'est passé entre le patient et le médecin.

D'autre part, l'assureur peut refuser de couvrir certaines personnes à risque élevé à cause du coût, à l'inverse, les patients peuvent cacher leur état de santé lorsqu'ils souscrivent à une assurance, c'est ce que l'on appelle la sélection adverse. Dans le système beveridgien, une alliance entre les médecins et leur tutelle peut se nouer au détriment de la satisfaction des patients et de la qualité des soins (Majnoni D'intignano, 2001).

Figure 4 La triple relation d'agence dans l'assurance de la santé



Source : Adapté de Majnoni D'intignano, 2001

2.2.2 L'aléa moral

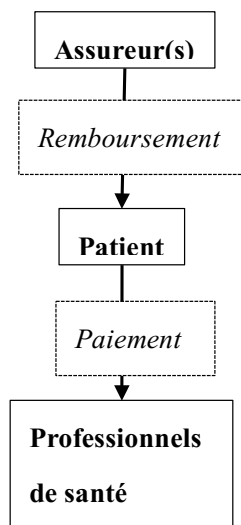
Adam Smith a défini à la fin du 18^{ème} siècle l'aléa moral comme « La maximisation de l'intérêt individuel sans prise en compte des conséquences défavorables de la décision sur l'utilité collective ». Dans le domaine de l'assurance de la santé, l'aléa moral est la possibilité qu'un assuré augmente sa prise de risque, par rapport à la situation où il supporterait entièrement les conséquences négatives de l'occurrence d'un risque. Avec la présence de l'assurance, les coûts ponctuels des soins pour l'assuré est diminué, même nuls sous le système du « tiers-payant » (cf. Encadré 1) Cela pousse donc l'assuré à négliger la prévention, voire même à adopter des comportements risqués. Lors de l'occurrence de risque, c'est-à-dire en cas de maladie, il y aura une demande accrue de quantité et de qualité de soins. En bref, l'aléa moral accroît la tolérance à l'égard du prix des soins. L'effet de l'aléa moral peut être contrôlé par une imposition de la participation financière à l'assuré, par exemple le « ticket modérateur »⁴.

⁴ Le « ticket modérateur » est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'assurance maladie. Le taux en sera d'autant plus élevé et/ou efficace que la demande est élastique par rapport au prix et le malade bien informé : donc pour les médicaments ou les soins de confort.

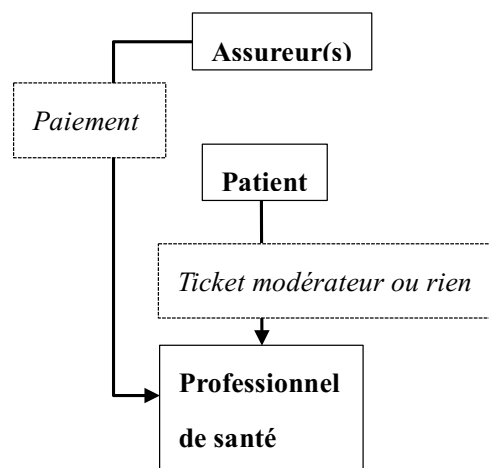
Encadré 1 Qu'est-ce que c'est le régime du tiers-payant ?

Le régime du tiers-payant est la facilité donnée au malade d'être exonéré de l'avance de la partie ou de la totalité des dépenses de santé prise en charge par son ou ses assureur(s). Cette dispense résulte d'accords conclus préalablement par les établissements et les praticiens et les organismes sociaux.

AVANCE DE FRAIS



TIERS-PAYANT



Source : Adapté du « Fiche thématique du CISS n°40 – Le tiers-payant – 2010 »

2.2.3 La sélection adverse

La sélection adverse est appelée aussi parfois l'anti-sélection, elle désigne un effet, qui, du fait d'asymétries d'information, conduit à ce qu'une offre faite sur un marché ait des résultats inverses de ceux souhaités.

En termes de l'assurance de santé, en vertu de l'asymétrie d'information, les assureurs ne peuvent pas distinguer entre deux types de demandeurs d'assurance (les bien-portants et les sujets à la maladie, les demandeurs à faible risque et les demandeurs à risque élevé). Ceux qui savent qu'ils auront besoin d'une assurance sont prêts à payer un prix beaucoup plus élevé que ceux qui se savent en bonne santé. Une hausse de la prime d'assurance va attirer davantage les demandeurs à risque élevé et démotiver les

demandeurs à faible risque. Cela va nuire à la viabilité de l'assurance en conduisant à un haut niveau de risque sur le marché (une plus forte probabilité de tomber malade pour les assurés). (Akerlof, 1970)

De ce fait, la sélection adverse produit en général un « écrémage » de la clientèle et déstabilise le marché de l'assurance. Les individus dont la maladie coûte à l'assurance plus chère que la moyenne, sont gagnants et ont intérêt à rester assurés, alors que les bien-portants, au contraire, ont intérêt à rester chez leur propre assureur ou à rechercher un assureur moins cher. Pour faire face à la hausse du nombre d'assurés à risque élevé, les assureurs segmentent le marché en regroupant les sujets à risque homogène. Ils offrent ainsi une couverture plus complète contre une prime plus élevée pour les sujets à risque élevé, dont la demande d'assurance est plus forte et moins élastique par rapport au prix et une couverture avec tickets modérateurs plus élevés et prime plus basse aux bien-portants, dont la demande est élastique par rapport au prix. Mais cette stratégie conduit le plus souvent, notamment en l'absence d'un système de couverture obligatoire, à une mauvaise couverture pour les sujets à faible risque et à une exclusion des sujets à risque élevé.

3 La régulation du système de l'assurance maladie

Comme mentionné dans la section précédente, les défaillances du système de l'assurance maladie comme l'asymétrie d'information, l'aléa moral et la sélection adverse, vont nuire à la performance et à la durabilité du système. Au-delà de ces défaillances, les politiques de régulations doivent être mises en place pour atteindre les objectifs ultimes d'un système performant.

Au niveau macro-économique, le système de santé ne doit pas comporter des contraintes trop fortes sur l'ensemble de l'économie. Par exemple, dans le régime social d'assurance maladie, les prélèvements sur les salaires ne doivent pas être une cause de la baisse de compétitivité des entreprises, ni une cause de l'augmentation du chômage.

Au niveau micro-économique, un système performant doit être capable de maintenir un équilibre entre les sommes dépensées en santé, le volume et la qualité de soins et la satisfaction des patients. Enfin l'équité sociale doit être prise en compte par le système de santé qui a vocation de fournir à tout le monde des soins accessibles et abordables. (Bloch et Ricordeau, 1996 ; Mougeot, 1999)

Des outils de régulation sont disponibles pour que les pays puissent répondre aux objectifs mentionnés ci-dessus. Selon la littérature (Klarman, 1965 ; Mathonnat, 2008 ; PENNER Susan J., 2004 ; Cashin Cheryl et al., 2014) , en termes de la régulation il existe deux grandes : une dirigiste et une incitative, comme ces approches sont généralement combinées, la section suivante présentera ces outils à partir de deux points de vue : le point de vue du côté de l'offre et le point de vue du côté de la demande.

3.1 Régulation par l'offre

Dans le système de santé, les médecins disposent de l'expertise diagnostic et du choix de traitement, ils jouent donc un rôle important de « garde-barrière » face à la demande des patients en termes de prescription des médicaments et des tests qui sont inutiles ou seulement pour le confort. L'exemple récent est celui d'une femme enceinte qui demande à sa gynécologue de lui prescrire une échographie pour obtenir une photo de l'échographie (montrant le bébé in utéro) pour l'envoyer à sa famille. Normalement, les médecins sont tenus par la déontologie et doivent refuser ce genre de prescription. Cependant, face à la pression du patient ou même dans l'optique d'un intérêt commun, une alliance peut se nouer entre le médecin et le patient contre le payeur (cf. Section 2.2 les défaillances du système de l'assurance maladie).

Pour corriger ces défaillances du système de l'assurance maladie, les méthodes sont disponibles, par exemple, les paiements prospectifs, le paiement par capitation et la sélection des offreurs.

3.1.1 Le paiement prospectif

Au contraire du paiement à l'acte qui est un financement de manière rétrospective des soins en fonction du coût observé, il existe deux modes de paiement prospectif qui permettent d'inciter à un fonctionnement efficace : le budget global qui est un budget attribué à un prestataire pour l'ensemble de son activité annuelle ; la tarification par pathologie qui finance chaque séjour par un forfait calculé pour chaque pathologie (Groupe homogène de malades). L'objectif du paiement prospectif est d'inciter les prestataires de santé de fournir des soins efficaces avec une rémunération donnée.

A. Le budget global

Dans un système de santé régulé, l'enjeu principal est d'inciter les prestataires de services de la santé à réduire les coûts sans pour autant les amener à ignorer la qualité des soins. Un outil pour freiner la hausse de la dépense de la santé est de contrôler le paiement des prestataires est de fixer la dépense totale pour les prestataires de santé, (Benstetter et Wambach, 2006). Cet outil a été utilisé par plusieurs pays européens, c'est ce que l'on appelle le budget global.

La politique du budget global a deux caractéristiques principales (Mougeot et Naegelen, 2005) :

- Premièrement, le budget global est fixé par le gouvernement de manière exogène, c'est-à-dire qu'il doit être voté par le Parlement et respecté selon les principes démocratiques.
- Deuxièmement, lorsque les prestataires exercent des activités supplémentaires du fait de la demande induite, le paiement par activité sera automatiquement réduit. Plus les prestataires fournissent des soins, plus le prix unitaire de soins sera faible.

Le budget global permet de maintenir l'équilibre entre les dépenses de soins et les dépenses affectées aux autres grandes fonctions collectives, et garantit les contribuables contre l'expansion illimitée des dépenses de santé (Majnoni D'intignano, 2001).

Par contre, comme le budget global est fixé pour les prestataires, si le prix unitaire des activités est bas, les prestataires sont obligés d'induire la demande pour atteindre un revenu satisfaisant. D'autre part, si le budget a été fixé trop bas, cela peut entraîner une baisse d'efficacité chez les prestataires et la qualité de soins qu'ils fournissent. Cela peut enchaîner un effet de cercle vicieux et à la fin les prestataires seront forcés de quitter le marché. Pour briser ce cercle vicieux, Benstetter et Wambach (2006) proposent d'ajouter un prix unitaire garanti dans le budget global, fixé selon leur

modèle, cette solution a le même effet que celui de mettre en place un nombre maximum de traitements dans un système budgétaire. D'autre part, ce système budgétaire demande une révision périodique, si la quantité de soins baisse, le budget accordé doit baisser également, sinon le budget global n'aura pas d'effets sur le contrôle de dépenses. Le régulateur doit être capable de suivre l'évolution de la quantité de soins effectués par les prestataires. (Mougeot et Naegelen, 2005)

B. Tarification par pathologie

Dans l'objectif de mesurer et d'estimer l'activité des hôpitaux, le système de la TPP (Tarification Par Pathologie), (Diagnosis Related Group, DRG, en anglais), a été développé au début des années 1970 aux Etats-Unis. Sa version finale est sortie en 1983 par l'université Yale et les Centers for Medicare and Medicaid Services. Le but est de développer un système de classification médico-économique des hospitalisations qui mesure la quantité de ressources nécessaires pour traiter un patient avec un diagnostic donné (McClellan, 1997 ; Busse et al., 2011). Ce système a été ensuite introduit dans le programme *Medicare* qui contenait à l'époque 23 Catégories Majeures de Diagnostic (CMD) avec 470 Groupes Homogènes de Malades (GHM) (Cf. Encadré 2).

Encadré 2 Le paiement prospectif dans le cas des Etats-Unis

En 1983, l'administration fédérale a adopté un paiement prospectif basé sur les DRGs pour le fonds Medicare. Un tarif forfaitaire national par cas a été instauré rapidement, couvrant l'ensemble des dépenses de soins à l'hôpital, hors honoraires des médecins. Des ajustements tarifaires par zone géographique ont été prévus pour tenir compte des différences de coûts salariaux et immobiliers, des activités d'enseignement et des patients présentant des coûts catastrophiques et des différents types d'établissements (urbain/semi-urbain/rural). L'initiative de Medicare a donné le coup d'envoi à la généralisation d'un paiement par DRG pour l'ensemble des assureurs sur le marché américain.

Source : de Pourville, 2009

La TPP classe les cas selon trois types de variables : les caractéristiques personnelles du patient (âge, sexe, comorbidité etc.), les diagnostics (principal et secondaire) et les interventions pratiquées. Les cas appartenant à un même GHM sont caractérisés par une consommation homogène des ressources et en même temps les GHM sont cliniquement significatifs. Le calcul de la TPP suit la formule (Mathauer et Wittenbecher, 2013) :

$$DRG \text{ based payment rate for a case group} = \text{Cost weight} \times \text{Base rate} [\times \text{Adjustement factor}]$$

La pondération par le coût (*cost weight*) est calculée sur la base des coûts par cas d'un échantillon d'hôpitaux, elle est égale au ratio entre le coût moyen des cas normaux (hors cas aberrants) d'un GHM et le coût moyen de l'ensemble des cas normaux de l'échantillon d'hôpitaux (tous GHM confondus). Si le coût moyen d'un GHM est égal au coût moyen de l'ensemble des cas, alors la pondération par le coût de ce GHM est à 1.

Le *Base rate* est une valeur monétaire qui est le prix de base pour tous les GHM. Il est déterminé par les partenaires tarifaires. La rémunération d'un cas dans un GHM qui a une pondération par le coût égale à 1 équivaut au *Base rate*.

Le facteur d'ajustement (*Adjustment factor*) est un outil pour ajuster le montant à rembourser. Les raisons pour l'ajustement peuvent être nombreuses, y compris le besoin de ressources supplémentaires pour les hôpitaux universitaires ou pour couvrir les différences régionales etc.

En effet, le remboursement d'un cas réalisé selon la TPP sera égal au prix de base multiplié par la pondération par le coût et le facteur d'ajustement.

De nombreuses études considèrent que ce mode de paiement peut être prospectif (Siciliani, 2006). Cependant, McClellan (1997) indique dans son étude que, pour que ce mode de paiement soit prospectif, il faut que le tarif ne soit pas influencé par le comportement des prestataires. Car à part certains déterminants de TPP qui sont exogènes au prestataire (comme le type de l'hôpital, l'âge et le sexe du patient),

d'autres déterminants sont endogènes. Etant donné que pour un diagnostic particulier, plusieurs traitements sont possibles, les prestataires ont le libre choix sur le type de traitement, cela peut donc causer un problème d'agence entre le médecin et le patient. En conséquence, pour résoudre ce problème, une tarification plus élevée est envisageable pour que les prestataires choisissent le traitement incité.

3.1.2 Le paiement par capitation

Le paiement par capitation désigne un contrat signé entre le payeur et les médecins ou les cabinets médicaux, dans lequel les médecins ou les cabinets médicaux reçoivent un forfait par personne inscrite sur leur liste d'abonnés, en contrepartie, les médecins ou les cabinets médicaux fournissent des services de soins sous les conditions initialement inscrites dans le contrat (Gravelle, 1999). Ce mode de rémunération des médecins est employé dans des pays européens comme le Royaume-Uni, la Suède et la Norvège pour les soins primaires.

Comme les patients sont inscrits sur la liste d'un médecin et que les soins sont gratuits lorsqu'ils en ont besoin, cela améliorent l'accès aux soins pour la population couverte. D'autre part, les médecins sont rémunérés plutôt par la taxation que par le paiement direct des patients, les patients ne sont donc intéressés que par la qualité des soins fournis et la question géographique (Gravelle et Masiero, 2000). En principe, face à l'exigence des patients, les médecins doivent se concurrencer en améliorant la qualité de leurs services pour attirer les patients.

Cependant, à cause de l'asymétrie d'information, les patients peuvent parfois faire des erreurs dans le choix du médecin et ignorer le coût du changement de médecin. De plus le payeur n'a pas le contrôle direct sur la qualité de soins fournis, l'étude de Dixon et al. (1997) montre qu'une petite proportion (1.5%) de patients a changé de médecins sans changer d'adresse. Cela signifie peut-être que les médecins n'ont pas à se concurrencer pour avoir des patients. Les raisons pour lesquelles les patients n'ont pas corrigé leurs erreurs de choix sont peut-être la distance géographique ou le coût de changement trop important. Certaines études proposent des solutions à ce problème comme : augmenter la tarification du paiement par capitation pour inciter les

médecins à améliorer la qualité de leurs services ; attribuer des subventions aux patients pour qu'ils puissent changer de médecin en cas de besoin (Gravelle, 1999).

3.1.3 La stratégie d'achat

Dans un modèle classique, les offreurs de soins dépendent ou sont gérés par le gouvernement, et le gouvernement subventionne totalement ou partiellement le fonctionnement des offreurs de soins. La littérature (Preker et al., 2007 ; Figueras et al., 2005 ; Busse et al., 2007) montre que certains pays ont opté pour la stratégie d'achat (*strategic purchasing* en anglais) afin de séparer l'achat de la production des soins. L'objectif de la stratégie d'achat est d'améliorer la performance du système de santé par une allocation effective des ressources financières aux offreurs de soins. Le fait de passer d'un monopole d'offre de soins par le secteur public à une compétition entre les différents offreurs (public ou privé) pourrait rendre l'allocation des ressources dédiées à la santé plus efficiente. Selon Preker et al. (2007), l'asymétrie d'information dans le secteur public augmente le coût de la transaction en termes de structuration, du monitoring et d'établissement de contrats entre le principal et l'agent. De plus les agents publics n'ont pas toujours une considération claire sur ce coût de la transaction à cause de leurs fonctions sociales non-spécifiées et la complexité des ressources en termes de subvention. Par contre les entreprises, orientées vers le profit, sont fortement incitées à limiter le coût de la transaction liée à l'asymétrie d'information (Famme et Jensen, 1983).

Le passage vers la stratégie d'achat est une réforme longue qui doit être accompagné d'un renforcement des capacités du gouvernement telles que la contractualisation, la régulation et la coordination avec les offreurs de soins non-gouvernementaux. Un consensus dans la littérature montre que la clé de réussite de la stratégie d'achat repose sur les trois considérations fondamentales : 1- Quelles interventions doit-on acheter en vue de répondre les besoins du peuple, tout en tenant compte les priorités de la politique de la santé nationale et l'évidence sur le coût-efficacité ? 2- A qui l'on achète des interventions sachant que les niveaux de la qualité et de l'efficience des offreurs sont relatifs ? 3- Et comment les interventions sont achetées, quel mécanisme contractuel et quel mode de paiement (Busse et al., 2007) ? « ...Une stratégie d'achat

suppose la recherche constante des meilleures interventions disponibles, des meilleurs prestataires auxquels il convient de les acheter ainsi que des mécanismes de paiement et des procédures de passation des marchés les plus appropriées pour payer ces interventions... » (OMS, 2000).

3.2 La régulation sur la demande

Quand un patient est bien couvert par un système d'assurance performant, son intérêt est de chercher à optimiser les services de soins dont il pourra bénéficier en termes de quantité et de qualité, sans tenir compte des coûts occasionnés. Si les prestataires de soins de santé sont payés à l'acte, la situation sera aggravée, car il y aura un double aléa moral. La section précédente a présenté des outils disponibles pour réguler du côté des prestataires, cette section présentera les outils utilisés pour réguler du côté de la demande :

- Le ticket modérateur (*co-payment*)
- Le prix de référence (*reference pricing*)
- La franchise globale (*deductible*)

L'objectif de ces outils est de corriger l'effet aléa moral des patients sans pour autant pénaliser l'accès aux soins. La régulation sur la demande doit être plus prudente que sur l'offre, car les patients sont plus vulnérables au risque que les médecins (Trottmann et al., 2012).

3.2.1 Ticket modérateur

Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'assurance maladie. Il est appelé en anglais « *co-payments* ». Par contre, le « *co-payment* » peut être une source principale du financement de la santé dans des pays en voie de développement même en l'absence de couverture universelle. Dans cette section, on parle plutôt du ticket modérateur utilisé comme un mécanisme de régulation de la dépense de la santé. Certaines études comme Cecil et

al., 2006, Hsu et al., 2006, Benedetti et al., 2008, montrent que le nombre de consultations externes et le nombre de consultations d'urgence diminuent si le taux du ticket modérateur augmente.

D'autre part, l'étude de Zweifel et Manning (2000) montre que certains types de ticket modérateur, particulièrement dans les pays à revenu élevé, encouragent les patients à utiliser les soins d'une façon plus efficiente et à modérer leur demande sur les soins qui ne sont pas de type essentiel. En général, le ticket modérateur peut inciter les patients à être plus sensibles à la qualité et au prix des interventions, et le taux du ticket modérateur en sera d'autant plus élevé et/ou efficace que la demande est élastique par rapport au prix et le patient bien informé (Majnoni D'intignano, 2001 ; Benedetti et al., 2008).

3.2.2 Le prix de référence

Le prix de référence est un mécanisme de régulation qui consiste en des regroupements de médicaments selon certains critères d'équivalence (chimique, pharmacologique ou thérapeutique). A chaque regroupement des médicaments est attribué un prix de référence défini par le régulateur, et les tiers payeurs ne remboursent qu'à la hauteur du prix de référence pour les médicaments qui sont dans le même regroupement (Miraldo, 2009). Si le patient achète un médicament à un prix inférieur ou égal au prix de référence du regroupement, la charge restant au patient est nul. Dans le cas contraire, si le médicament est acheté à un prix supérieur au prix de référence, la surcharge sera payée par le patient. D'autre part, les laboratoires peuvent fixer un prix de leur médicament qui est supérieur au prix de référence, dans ce cas, le surcoût sera payé par le patient ; dans un cas inverse, les laboratoires peuvent également fixer un prix inférieur, ils partageront donc les économies avec les tiers payeurs (Brekke et al., 2007).

Comme le prix de référence définit en quelque sorte le remboursement du médicament, dans ce cas, la tâche du choix des critères pour les regroupements sera la plus controversée dans le développement de ce système. Les groupes doivent être définis de la façon suivante (Brekke et al., 2007) :

- Les produits avec les mêmes principes actifs ;
- Les produits avec les principes actifs chimiquement similaires qui sont pharmacologiquement équivalents ;
- Les produits qui peuvent être ni chimiquement identiques, ni pharmacologiquement équivalents, mais qui ont des effets thérapeutiques comparables.

Même si le développement de ce mécanisme de régulation varie d'un pays à l'autre, les prix de référence sont généralement considérés comme un mécanisme efficace dans la réduction des prix de médicaments en encourageant l'autocontrôle chez les patients, en contrôlant la demande élastique des médicaments à prix élevé, en encourageant l'utilisation rationnelle des médicaments, ainsi en conséquence, en contrôlant les dépenses pharmaceutiques chez les tiers payeur (Miraldo, 2009).

3.2.3 La franchise globale

La franchise globale, appelée aussi en anglais « *deductible* », s'applique sur l'ensemble des soins. Il s'agit de la partie laissée à la charge de l'assuré. L'assureur ne rembourse qu'au-delà d'une somme déterminée.

L'objectif de la franchise globale est de corriger l'aléa moral. En général, la franchise globale freine les utilisations de soins de confort ou des soins qui ne sont pas nécessaires.

Cependant, la franchise globale n'est pas toujours efficace dans le cas où les patients savent que leurs dépenses dépasseront largement la franchise, par exemple, les patients ayant une maladie chronique (Van Kleef *et al*, 2009). Elle peut conduire à l'effet pervers de pousser les patients à consommer des soins coûteux dès qu'ils ont dépassé la franchise. Dans le cas inverse, la franchise pourrait aussi limiter l'accès aux soins pour les patients ayant une maladie chronique, ou ayant recours fréquemment aux services de santé du fait de leur âge (cette formule est de fait discriminatoire à l'égard des personnes âgées).

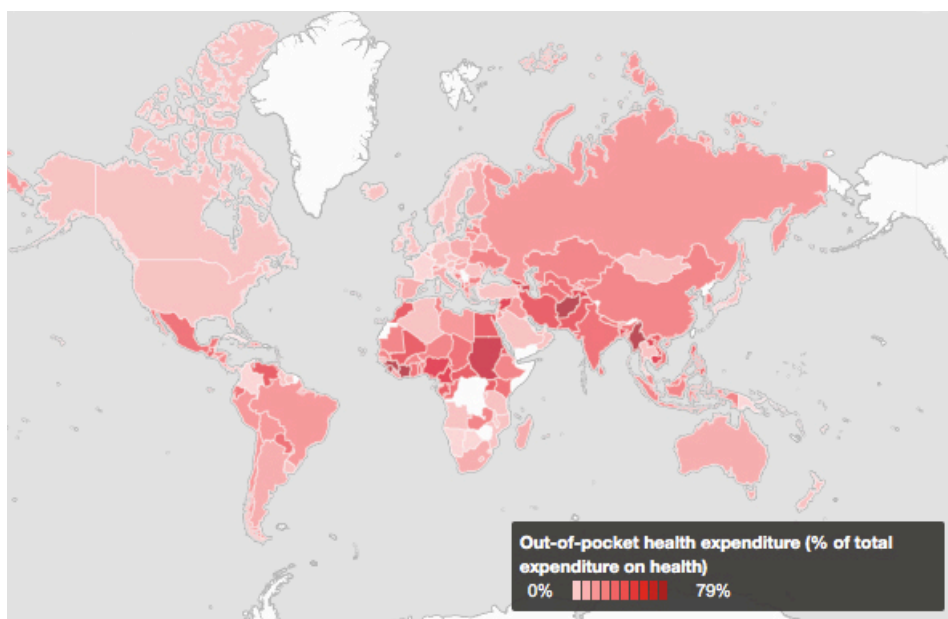
4 La problématique du financement de la santé dans les pays en développement

Il n'existe pas un modèle universel du financement de la santé, de plus les expériences montrent qu'il faut une longue période de transition pour qu'un système soit performant (Carrin et James, 2004). Les pays en différentes phases de développement doivent traiter leurs priorités sanitaires tout en tenant compte de leurs propres caractéristiques économiques, administratives, institutionnelles et démographiques, et aussi des besoins spécifiques dans un tel environnement. Notamment pour les PVD, un grand challenge est de réduire les dépenses catastrophiques en cas d'interventions médicales. Bien que les dépenses catastrophiques touchent les pays avec différents niveaux de revenu, ce problème est beaucoup plus sévère dans les pays à faible et moyen revenu que dans les pays à revenu élevé (Xu et al., 2007). La Figure 5 montre l'évolution des taux de paiement direct par rapport à la dépense totale en santé entre 2010 et 2014.

Une des principales raisons des dépenses catastrophiques est la part importante du paiement direct des patients lors de leurs recours aux soins. Plus la part du paiement direct dans la dépense totale en santé est élevée, plus il y aura des risques de dépenses catastrophiques. La Figure 6 montre de grandes disparités à ce sujet entre les pays à différents revenus. La part moyenne du paiement direct, tous pays confondus, est restée stable sur la période 2005-2013, soit autour de 18% ; on observe cette stabilité également dans les pays à revenu élevé avec un taux moyen autour de 14%. Dans le reste du monde, cette part est bien plus élevée, même si elle a tendance à diminuer. Elle est ensuite d'autant plus élevée que le revenu est faible et la tendance à la baisse est bien plus faible dans les pays à faible revenu ou les pays à revenu intermédiaire. Ainsi, cette part est passée de 61% en début de période à moins de 54,3% en fin de période dans les pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure et de 47% à 41% dans les pays à faible revenu contre 41% et 32% respectivement dans les pays à revenu intermédiaire, tranche supérieure. En Chine, si cette part était bien plus élevée que celle des pays à revenu faible ou intermédiaire (tranche supérieure) en début de période (52%), l'effort consenti a été comparativement plus faible avec un taux égal à 34% en fin de période.

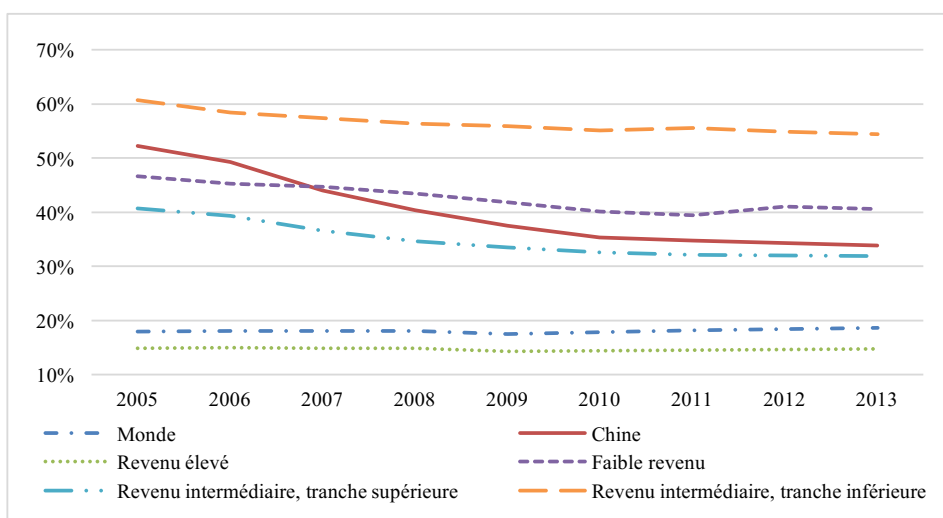
Un financement de santé dépendant excessivement en paiement direct enchaînera deux impacts négatifs pour les malades, soit les malades renoncent à des soins et leur état de santé se dégrade de plus en plus, soit ils vont subir les risques d'une dépense catastrophique.

Figure 5 Paiement direct en pourcentage de la dépense totale en santé 2010-2014 dans le monde



Source : Données Banque Mondiale

Figure 6 Evolution du paiement direct en pourcentage de la dépense totale en santé



Source : Données de la Banque Mondiale

4.1 Que signifie dépense catastrophique en santé ?

« La dépense catastrophique de la santé signifie que les ménages réduisent leurs dépenses de base pendant une certaine période pour faire face aux factures médicales d'un ou plusieurs de leurs membres » (Xu, 2003).

La dépense catastrophique de santé est une mesure relative, autrement dit, le risque de ce type de dépenses ne concerne pas seulement les pauvres, bien qu'ils soient les plus vulnérables et qu'un petit montant de dépense en santé pourrait être catastrophique pour eux, il concerne aussi les riches, qui peuvent être amenés à régler une facture importante, s'ils ne sont pas couverts par une assurance non obligatoire et/ou universelle dans leur pays de résidence (Himmelstein et al., 2005).

Deuxièmement, comme il est expliqué dans la définition, la dépense catastrophique en santé réduit les autres dépenses de base pour les ménages telles que les dépenses alimentaires, vestimentaires, de logement. Mais à quel point, et par rapport à quoi, une dépense de santé sera considérée comme catastrophique ? Certaines études comparent les paiements directs par rapport au revenu du ménage (par exemple, Wagstaff et Doorslaer, 2002), d'autres, les comparent par rapport à la capacité à payer (par exemple, Xu et al., 2007). Néanmoins cette dernière façon d'estimer la dépense catastrophique semble être plus utilisée dans la littérature, parce que les données sur les revenus sont souvent moins disponibles et plus biaisées que les données qui peuvent être utilisées pour mesurer la capacité à payer.

Troisièmement il n'existe pas de consensus sur le seuil qui détermine la notion « catastrophique » (paiement direct / capacité à payer). Ce seuil varie entre 5% et 40%, ce qui est énorme (Berki, 1986 ; Xu et al., 2003 ; Waters et al., 2004). Dans une récente étude « La couverture universelle en santé : suivi des progrès à l'échelon national et mondial » menée conjointement par l'OMS et la Banque Mondiale (2014), ce seuil a été fixé à 25% et la capacité à payer a été mesurée à partir de la consommation non alimentaire.

En effet, dans les PVD, la disparité des revenus disponibles est souvent importante, la proportion de personnes pauvres est plus importante que celle des pays développés, les systèmes de couverture de santé sont moins efficaces et équitables, les personnes dans les PVD sont donc plus sensibles et vulnérables au problème de la dépense catastrophique. Le risque de tomber en dessous de la ligne de pauvreté à cause des dépenses catastrophiques est plus élevé. En conséquence, pour que les populations soient protégées contre les dépenses catastrophiques, l'instauration d'un mécanisme de prépaiement semble y être indispensable.

4.2 Le choix du système de financement de la santé

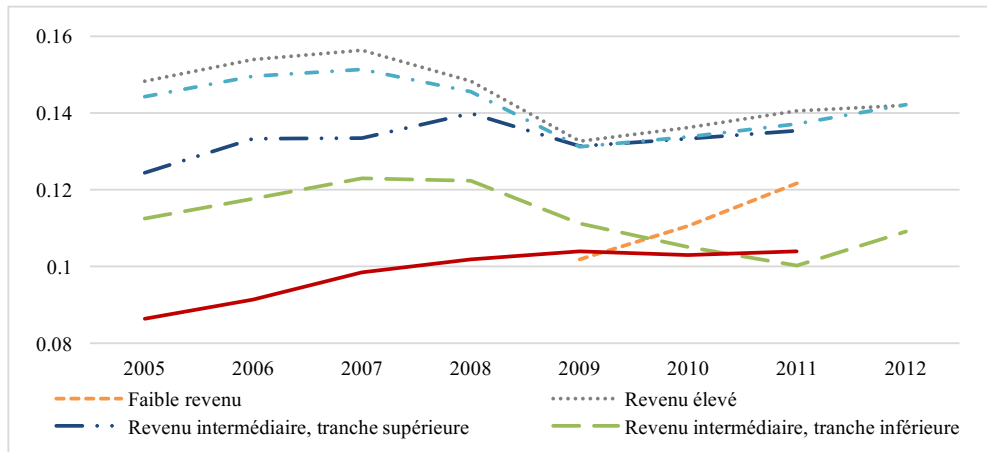
Il existe aujourd'hui deux modèles de financement de la santé pour atteindre la CUS, soit par l'Espace Budgétaire Global (EBG), soit par le régime d'assurance sociale. Certains pays ont adopté un système mixte en associant les deux modèles. Dans tous les cas, le pays doit choisir son système de financement de la santé tout en tenant compte de son environnement économique, institutionnel et démographique.

4.2.1 Financer la santé par l'EBG ?

La définition de Heller (2005) sur l'EBG est généralement retenue : « Dans sa conception élargie, l'espace budgétaire peut être défini comme l'existence d'une marge de manœuvre budgétaire qui permet à un gouvernement d'allouer des ressources à un objectif désiré sans aucun préjudice pour la soutenabilité de la position financière du gouvernement ». Pour choisir de financer la santé par l'EBG, il faut que les pays disposent d'une excellente capacité de collecte des impôts, et en général, cette capacité est associée à une économie bien structurée, ce qui n'est pas le cas pour les PVD (OMS, 2000). Comme le montre la Figure 7, plus le niveau de revenu d'un pays est élevé, plus la part des revenus fiscaux dans le PIB est importante, autrement dit, plus il y a des revenus provenant du secteur formel. Quant à la Chine, même si elle est classée comme pays à revenu intermédiaire, ses parts de revenus fiscaux par rapport au PIB restent au même niveau que celui des pays à faible revenu. Cela signifie que la part de l'économie informelle en Chine est importante, et que les ressources générées par ce

secteur ne pourront pas être utilisées pour financer la santé.

Figure 7 Revenu fiscal en pourcentage du PIB par groupe de pays à différent niveau de revenu



Source : Données en ligne de la Banque Mondiale

Une fois les ressources collectées, les mesures avec lesquelles les pays vont les utiliser définissent la part de ressources consacrée au secteur de la santé. Par conséquent, pour obtenir de ressources supplémentaires pouvant être consacrées à la santé, il faut analyser l'espace budgétaire du pays. Cette analyse permet aux PVD de trouver des ressources supplémentaires pour étendre la couverture, améliorer la qualité des services sanitaires, augmenter l'efficacité des dépenses en santé et assurer la performance et la stabilité de leurs systèmes de santé.

Selon le concept de l'espace budgétaire pour la santé de Heller (2006), les ressources supplémentaires pour le secteur de santé peuvent être générées par les cinq méthodes suivantes :

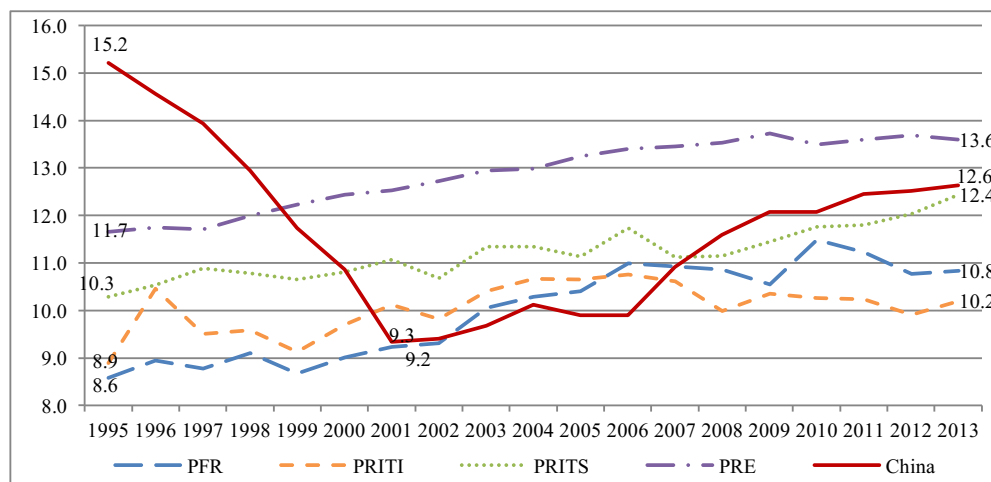
- **Une amélioration des conditions macroéconomiques.** Supposons que la politique du financement de système de santé dans un pays reste stable, autrement dit le pourcentage des dépenses en santé par rapport aux dépenses totales ne change pas, dans ce cas une meilleure situation financière grâce à la croissance économique permet au pays d'augmenter les dépenses en santé. Inversement un ralentissement ou une chute

économique peuvent causer des fortes influences négatives dans les dépenses publiques en santé.

- **Une redéfinition des priorités**, sachant que les dépenses publiques couvrent non seulement le secteur de la santé, mais aussi autres secteurs tels que le développement, l'investissement et l'éducation etc. La Figure 8 montre les évolutions de la Dépense Gouvernementale en Santé (DGS) par rapport à la Dépense Gouvernementale (DG) par groupe de pays à différent revenu. Entre 1995 et 2013, les taux DGS/DG ont légèrement augmenté pour l'ensemble des pays, et nous pouvons constater qu'en général plus le pays a une bonne situation économique, plus le taux DGS/DG est élevé, sauf après 2005, le taux DGS/DG des PFR a dépassé celui des PRITI. Il est évident qu'une économie croissante permet au pays d'avoir plus de marge de manœuvre de donner plus de priorité à la santé. Néanmoins si la croissance économie stagne, par exemple pendant une période de crise, il faut que le gouvernement maintienne, voir augmente le pourcentage de dépenses en santé par rapport aux dépenses totales, tout en étant conscient que le bien-être de la population crée des conditions favorables au développement économique.

Le taux DGS/DG de la Chine a connu une chute phénoménale de 39% (soit de 15.2% à 9.3%) entre 1995 et 2001. Entre 2001 et 2007, ce taux est resté plus bas que celui des PFR, cependant il a augmenté ensuite très rapidement, à partir de l'année 2008, il a dépassé le taux moyen des PRITS.

Figure 8 Ratio DGS/DG (%) par groupe de pays à différent niveau de revenu



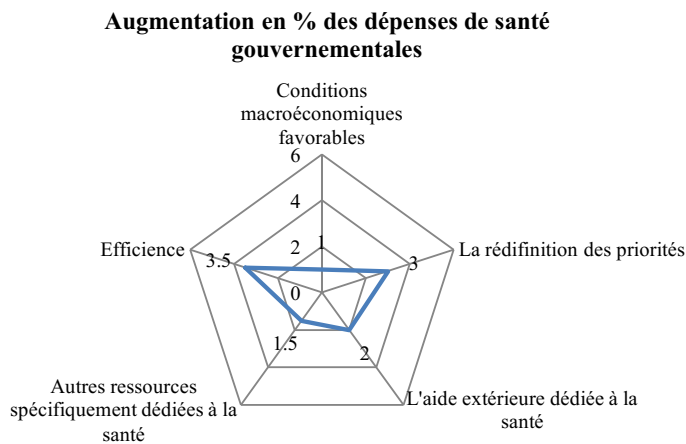
Source: Global Health Expenditure Database, OMS

- **Autres ressources spécifiquement dédiées à la santé**, comme les deux méthodes précédentes, celle-ci est aussi liée aux conditions de la politique macroéconomique. Si les conditions le permettent, le gouvernement peut augmenter les taxes sur le tabac et l'alcool, des produits qui nuisent à la santé publique. Les revenus générés par cette taxation seront alloués au secteur de la santé.
- **Améliorer l'efficience**, l'élargissement de l'Espace budgétaire peut être réalisé également par l'amélioration de l'efficience du système de la santé. Autrement dit c'est de maximiser les rendements du système de la santé en utilisant la même quantité de ressources. Ceci peut être réalisé selon les axes suivants : efficience technique et allocative des dépenses en santé. Par exemple, utiliser des critères coût-efficacité dans l'allocation de ressources, réduire les pertes occasionnées pendant les transferts inter-budgétaires, ou dresser l'absentéisme des personnels de santé (Tandon et Cashin, 2010).

- **L'aide extérieure dédiée à la santé** est aussi une solution pour élargir l'Espace budgétaire pour la Santé, cependant elle n'est pas complètement indépendante des autres méthodes, par exemple, si l'économie domestique du pays s'améliore, et que les ressources venant des donateurs se réduisent.

La Figure 9 montre un exemple fictif de l'Espace budgétaire pour le secteur de la santé. Dans cet exemple, une augmentation de 1% des dépenses de santé gouvernementales peut être due à l'amélioration générale de l'économie ; 3% peut être dû à la réorientation politique vers le secteur de la santé ; 2% vient de l'aide extérieure ; 1,5% est généré par les ressources spécifiquement dédiées à la santé et enfin 3,5% est due à une meilleure efficacité du système de santé.

Figure 9 Un exemple fictif de l'Espace budgétaire pour la santé



Source : Auteur selon le concept de Heller (2006)

Concernant les avantages et les inconvénients du FEBG, toutes les choses ont une double-face, il est difficile de dire que tel système sera considéré comme ayant plus d'avantages ou plus d'inconvénients par rapport que les autres systèmes. Par exemple, certains considèrent que la grande taille de *pooling* permet une meilleure mutualisation des risques. De plus le fait que tous les individus contribuent dans ce système qui les couvrent, sans tenir compte de leurs statuts socio-professionnels, états de santé et revenus, permet d'avoir une couverture plus équitable et d'éviter des problèmes de la

sélection adverse. Par contre d'autres considèrent que cela pourrait rendre les individus moins responsables sur leurs états de santé (problème d'aléa moral).

Pour que ce mode de financement soit efficace, le pays doit réunir les conditions suivantes :

- une situation macroéconomique stable,
- une économie bien structurée avec un secteur informel peu important,
- une forte capacité de collecte des impôts,
- une volonté politique vers le secteur de santé,
- une administration performante du système de santé qui permet d'assurer l'efficacité et de régulariser en cas de problème.

Les pays qui ont choisi ce mode de financement de la santé sont par exemple, le Royaume-Uni, le Danemark, la Suède, la Finlande, l'Italie, l'Espagne, le Portugal, la Grèce, le Canada, l'Australie et Nouvelle-Zélande.

4.2.2 Faisabilité de l'Assurance Maladie Sociale (AMS) dans les PVD

L'étude de Carrin et James (2004) indique que pour que les pays puissent choisir l'AMS comme un moyen de financement de la santé, il faut qu'ils réunissent les conditions suivantes :

Tout d'abord, comme pour le financement par les recettes fiscales, il faut une économie bien structurée. Si le secteur informel représente une majorité sur le marché de travail, la difficulté sera comment enregistrer et collecter des contributions de leurs parts. De plus si le financement de la santé repose essentiellement sur les contributions salariales, il risque d'augmenter les charges salariales pour les employeurs et ensuite causer des problèmes sur la compétitivité des entreprises et l'offre d'emploi.

Deuxièmement, se demander si le pays est capable de construire des institutions efficaces d'AMS et s'il dispose de suffisamment de personnel qualifié (dans les domaines comme la comptabilité, l'opération bancaire et le traitement de l'information) pour faire fonctionner l'AMS ?

Troisièmement, existe-t-il un encadrement légal qui détermine les objectifs du système d'assurance maladie sociale, les droits et les obligations des assurés, ainsi que les rôles et les fonctions des institutions qui gèrent l'AMS.

Quatrièmement, lorsque les conditions ci-dessus sont remplies, est ce que le pays dispose d'une infrastructure sanitaire qui assure les services définis dans l'enveloppe de prestations de l'AMS.

Enfin autres que les conditions matérielles et institutionnelles, il faut qu'il y ait un consensus entre toutes les parties prenantes (les assurés, les patients, les prestataires, les personnels dans le secteur de la santé et le gouvernement) du système de l'AMS pour suivre les règles basiques et les régulations du système.

Les pays qui ont choisi ce mode de financement de la Santé sont par exemple l'Allemagne, la France, le Belgique, le Luxembourg, le Pays-Bas, l'Autriche, la Suisse, l'Israël et le Japon.

La mise en place du système de l'AMS est généralement longue. Les facteurs qui peuvent influencer la vitesse de la période de transition, autres que ceux qui sont indiqués ci-dessus, sont :

- la capacité à payer les contributions de l'AMS des entreprises et des individus, ceci est aussi lié à la croissance économique,
- la répartition de la population, la mise en de l'AMS est évidemment plus facile dans les zones urbaines avec une forte densité de la population, une meilleure qualité de l'infrastructure que dans les zones rurales avec une population dispersée,

- la solidarité au sein de la société, la clé de la réussite de l'AMS repose sur un haut niveau de subventionnement croisé entre les riches et les pauvres, entre les personnes à faible risque et les personnes à risque élevé. Cette solidarité peut être imposée par les décideurs politiques, cependant un niveau de solidarité inné et suffisant est nécessaire pour la viabilité de l'AMS.

4.2.3 Que choisir entre l'AMS et le FEBG, ou bien un système mixte ?

Dans le monde d'aujourd'hui, selon une étude de Wagstaff et Moreno-Serra (2009), dans presque la moitié des pays OCDE, la majorité des dépenses gouvernementales provient des contributions de l'AMS, pour l'autre moitié, les ressources proviennent des recettes fiscales générales. Dans le reste du monde, seulement 21% des pays ont choisi l'AMS comme la principale méthode de financement de la santé.

Le choix entre l'AMS et le FEBG reste un débat traditionnel, il sera prudent de ne pas juger lequel est le meilleur système sans tenir compte des caractéristiques socioéconomiques et des contextes politiques de chaque pays et de leurs capacités à opter pour un tel système comme cité précédemment. Néanmoins certains avantages et inconvénients de ces deux systèmes de financement ont été prouvés dans la littérature.

Tout d'abord, grâce à sa façon de collecte des ressources et de distribution de services, il est évident que le FEBG permet d'offrir plus facilement une couverture universelle que l'AMS qui a des difficultés à couvrir les secteurs informels et les pauvres. D'autre part, le FEBG pourrait également bénéficier des gains d'une économie d'échelle dans l'administration, la mutualisation des risques et le pouvoir d'achats (Savedoff, 2004). Au contraire, les écarts dans les enveloppes de prestations restent un problème connu dans l'AMS qui repose sur les contributions liées aux revenus des assurés.

En termes de la dépense individuelle en santé, certaines études indiquent que l'AMS peut être plus coûteuse que le FEBG (Wagstaff et Moreno-Serra, 2009 ; Van Der Zee et Kroneman, 2007 ; Wagstaff, 2009). Cela est principalement dû à deux raisons. Premièrement, concernant les prestations des services sanitaires, les systèmes d'AMS

dans les pays de l'OCDE ont tendance de contracter avec des prestataires publics ou privés, plus qu'avec les systèmes de FEBG qui fournissent généralement les prestations sanitaires par les établissements de santé d'Etat (ou des établissements gérés directement par l'Etat). Le fait d'opter pour la contractualisation avec les prestataires enchaîne des coûts supplémentaires, surtout les contractualisations sélectives. Les coûts supplémentaires comprennent la sélection des prestataires, l'élaboration et l'application des contrats, la lutte contre les fraudes etc. D'autre part, beaucoup de pays avec le système l'AMS utilisent le paiement à l'acte pour prestataire, alors que ce mode de paiement encourage l'offre des services et hausse la dépense individuelle de santé. Pour éviter ce problème, certains pays avec le système d'AMS ont changé ce mode de paiement à l'acte par les modes de paiement prospectif comme DRG etc.

La deuxième raison est qu'en général, presque dans tous les systèmes de FEBG, il existe des médecins référents qui jouent un rôle de « *gatekeeper* » dans les soins primaires. D'un côté, pour le bien-être des patients, ils dépistent et traitent des maladies en phase précoce ; de l'autre, ils évitent les renvois inutiles vers un niveau supérieur dans le parcours de soins, ce qui évite également des dépenses redondantes et inutiles. Au contraire, les pays avec l'AMS ont rarement mis en place ce système de « *gatekeeper* » (Wagstaff, 2009).

Concernant les résultats en matière de santé, comme les dépenses individuelles sont plus élevées sous le système d'AMS, on pourrait penser que les résultats en santé sont meilleurs que le système de FEBG. L'étude de Van Der Zee et Kroneman en 2007 a montré que le taux de mortalité et l'espérance de vie étaient légèrement meilleurs avec l'AMS qu'avec le FEBG. Par contre les études de Wagstaff et Moreno-Serra (en 2009, dans 28 pays de l'Europe et de l'Asie centrale) et de Wagstaff (en 2009, dans les pays de l'OCDE) ont montré un exemple contraire, même si le système d'AMS dépense plus par individu, les résultats en santé ne sont pas systématiquement meilleurs. De plus il peut être pire dans la mortalité prématurée causée par le cancer du sein, les années potentielles de vie perdues sont entre 5% et 6% plus élevées dans un système d'AMS. En effet, un dépistage du cancer du sein en phase précoce pourrait réduire le taux de mortalité dû à cette maladie, pour y arriver, il faut un programme de dépistage bien

organisé et au niveau national qui semble être plus facilement mis en place dans les systèmes de FEBG.

Comme le système d'AMS est fortement lié aux contributions tirées des revenus des employés dans le secteur formel, en conséquence il a un impact négatif sur la structure économique et l'emploi. L'AMS peut réduire la part des emplois dans le secteur formel, augmenter le taux de chômage parmi la population active (Wagstaff et Moreno-Serra, 2009 ; Wagstaff, 2009).

Les comparaisons faites ci-dessus semblent dire que le système de FEBG est meilleur que le système d'AMS. En effet, le système de FEBG est souvent critiqué par son instabilité due à l'environnement macroéconomique et à la compétition entre différents secteurs des dépenses publiques. D'autre part, il a été considéré comme inefficace à cause d'un manque de gestions et des contrôles effectifs et incitatifs dans les services publics (Savedoff, 2004).

En conclusion, faire un bon choix entre ces deux systèmes dépend fortement d'une gouvernance rationnelle et analytique. Pour le PVD sans un système de financement de santé performant, avant d'opter pour un tel système, il faut faire des recherches préalables sur par exemple l'environnement macroéconomique et institutionnel, l'espace budgétaire, les infrastructures liées au secteur de la santé et les besoins sanitaires de la population etc. Le raisonnement des décideurs politiques doit suivre l'idée que choisir un système de financement adapté est pour assurer le bien-être de la population qui par la suite sera favorable au développement économique, et non contraire. Toutefois le financement de santé n'est pas exclusif, une telle catégorisation entre AMS et FEBG est relativement brute, l'un peut apprendre des idées de l'autre système, certains pays ont pratiqué un système mixte, par exemple la France, une partie de la population est couverte par l'AMS, et l'autre est couverte par le financement public, de plus d'autres assurances complémentaires sont venues offrir une meilleure couverture à la population (Sauvignet, 2004).

5 Conclusion

- **Pas de mode de financement de santé Omnipotent**

L'objectif de ce premier chapitre était de décrire d'abord les différentes notions développées dans l'assurance maladie par une revue de la littérature, ensuite comparer, dans un contexte de pays en voie de développement, les avantages et les inconvénients entre l'assurance maladie sociale et les recettes fiscales générales pour le financement de santé. Les conclusions tirées de l'analyse consistent à dire qu'il n'y a pas un seul mode de financement de santé universelle adaptée pour tous les pays. L'AMS n'est pas meilleur que le FEBG, de plus l'un pourrait prendre les idées de l'autre pour améliorer le système. C'est au décideur politique de faire un compromis entre ces deux systèmes, tout en tenant compte des caractéristiques propres du pays.

En général, les pays développés ont souvent un système du financement de santé bien plus performant que celui des pays en voie de développement. Leurs expériences peuvent servir de leçon pour les PVD. La période entre la mise en place d'un système du financement de santé et sa maturité est en général très longue. Les PVD ne peuvent pas non plus faire simplement copier-coller du système d'un pays développé. Un système performant dans un pays développé peut ne pas fonctionner du tout dans un PVD, si les conditions nécessaires sont manquantes, par exemple la structure économique, les infrastructures, les institutions, le personnel etc.

- **Le challenge de la Chine dans le perfectionnement de son système de santé.**

Tout en tenant compte des particularités de la Chine en termes d'économie, de développement, d'administration et de culture, aucun système d'un autre pays sera transposable pour la Chine. Sur sa voie vers un meilleur système de santé, plusieurs questions se posent et doivent attirer notre attention, telles que la montée rapide des maladies non transmissibles, dont les pathologies cardio-vasculaires, le diabète et les cancers ; la lutte contre le tabagisme semble marquer le pas, les multiples problèmes de santé liés à la détérioration de l'environnement et à l'insécurité de l'alimentation deviennent fortement préoccupants. Et il y a, transversalement à ces questions,

unanimité pour reconnaître que le système génère un gaspillage de ressources et des inefficiences protéiformes. (Mathonnat et al., 2015). D'autre part, la présence du secteur d'économie informelle reste importante, ce qui est défavorable pour la collecte des ressources dédiées à la santé, le développement économique est donc déséquilibré (écart entre régions, écart entre zone rurale et zone urbaine). Dans un tel contexte, l'application de la décision en termes d'une politique de santé du gouvernement central par les gouvernements locaux devient complexe.

Le chapitre suivant revoit la mutation du système de santé en Chine en analysant les questions posées ci-dessus. Cette période de transition est longue et loin d'être finie, et plusieurs vagues de réforme ont été initiées par le gouvernement, dont les conséquences ont été parfois lourdes : rupture de couverture pour certaines catégories de la population, hausse de dépense individuelle en santé, appauvrissement dû aux dépenses catastrophiques etc. Ainsi ces conséquences sont devenues les motifs des nouvelles réformes qui entraîneront d'autres conséquences indésirables. On a observé une sorte de tâtonnement dans la réaction du gouvernement chinois face aux problèmes de santé. C'est aussi l'objectif de cette thèse qui en analysant les réformes entreprises veut montrer les réussites et les écueils potentiels.

CHAPITRE 2

**Une vue d'ensemble du système de santé en Chine :
environnement institutionnel et assurance maladie**

1 Introduction

Depuis sa fondation en 1949, la République Populaire de Chine a fait des progrès impressionnants dans le domaine de la santé. L'espérance de vie à la naissance des Chinois est passée de 35 ans en 1949 à 75 ans en 2013 (74 pour la moyenne des pays à revenu moyen et élevé (CNSPF, 2013a ; OMS, 2015)), le taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes a baissé de 200 en 1949 à 10,9 en 2013 (15,6 pour la moyenne des pays à revenu moyen et élevé)(CNSPF, 2013a ; OMS, 2015), le taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes a baissé de 1500 en 1949 (ratio estimé par le CNSPF) à 32 en 2012 (57 pour la moyenne des pays à revenu moyen et élevé)(CNSPF, 2013a ; OMS, 2015).

Concernant les infrastructures sanitaires, le nombre total des établissements de santé a augmenté de 3 670 (dont 2 600 hôpitaux) en 1949 à 950 297 (dont 23 170 hôpitaux) en 2012 (CNSPF, 2013a). Le nombre total des établissements de santé a cru beaucoup plus rapidement que le nombre d'hôpitaux. Cet accroissement est principalement dû à l'apparition des établissements de santé de base (1 000 169 en 2000 pour le premier recensement de la CNSPF, et 912 620 en 2012). Le nombre total de personnel dans le secteur de la santé a augmenté de 541 240 en 1949 à 9 115 705 en 2012 (CNSPF, 2013a). Le nombre de personnel soignant pour 1 000 habitants a quintuplé, passant de 1 en 1949 à 5 en 2012. Le nombre de médecins pour 1 000 habitants a augmenté de moins d'une personne en 1949 à presque 2 personnes en 2012, et le nombre d'infirmières pour 1 000 habitants est passé de 0.06 en 1949 à quasiment 2 pour 1000 habitants en 2012 (CNSPF, 2013a).

En termes du financement de la santé et de la protection sociale, pendant la période avant la réforme et l'ouverture, la santé est essentiellement financée par les entreprises publiques pour les employés et les membres de leur famille immédiate, par les fonds de caisse sociale commune pour les résidents ruraux, par le gouvernement pour le reste de la population. Ce système a permis au peuple chinois d'avoir un accès aux soins primaires indépendamment de leurs situations financières. Cependant la situation a commencé à se détériorer à partir du début des années 1980s. Le régime coopératif de santé en zone rurale s'est effondré, sachant qu'en 1980, 81% de la

population chinoise était rurale (Base de données de BNSC). Les charges financières en santé sont devenues extrêmement lourdes pour le gouvernement, ce qui a conduit à la disparition progressive du service médical gratuit pour les personnes sans emploi. Par ailleurs, comme les subventions gouvernementales pour les établissements publics de santé avaient fortement chuté à partir de 1985, le mode de paiement des prestataires de santé s'est orienté au fur et à mesure vers le paiement à l'acte (Livre bleu sur le développement et la réforme, 2008). Les résultats ont été néfastes, plus de 90% de résidents ruraux vivaient sans aucune couverture entre 1984 et 2003 (l'année du déclenchement du nouveau régime coopératif de santé). Entre le milieu des années 1980s et 2007 (l'année du déclenchement de l'assurance maladie de base pour les résidents urbains), les personnes sans emploi étaient sans couverture maladie. D'autre part, la part du paiement direct par rapport à la dépense totale de santé s'est fortement accrue et a atteint en 2001 60% des dépenses totales de santé (Global Health Expenditure Database, OMS).

Afin de corriger cette situation et rendre les soins accessibles et abordables au peuple, le gouvernement chinois a mis en place progressivement un système d'assurance maladie de base : l'assurance maladie de base pour les employés urbains en 1998, le nouveau régime coopératif de santé pour les ruraux en 2003 et l'assurance maladie de base pour les résidents urbains en 2007.

L'objectif de ce chapitre est de présenter les différents régimes d'assurance maladie en Chine, essentiellement les assurances maladies de base que le gouvernement chinois a mises en place pour répondre à la demande de l'OMS sur la couverture universelle. Cependant avant cela, il convient de connaître l'environnement institutionnel du système de santé en Chine.

2 Environnement institutionnel du système de santé en Chine

2.1 La structure administrative du système de santé chinois

La structure administrative du système de santé chinois est bien complexe, et peut être sommairement décrit comme une grille. Le gouvernement central (le Conseil d'Etat) transmet de haut en bas, niveau par niveau, ses décisions et politiques sanitaires via la Commission Nationale de la Santé et de la Planification Familiales⁵ (CNSFP) puis via les départements et bureaux de la santé aux niveaux inférieurs (provincial, préfectoral, district). Le dernier niveau administratif, le canton, n'est pas doté de bureau de la santé, le rôle de gouvernance des établissements de santé (appelés cliniques) de village est attribué au maire adjoint de canton. Au niveau du district, le bureau de la santé élabore un plan de développement sanitaire et soumet ce plan au bureau de la santé préfectorale. Le bureau de la santé préfectoral étudie et amende ce plan. La version finale du plan de développement sanitaire du district sera intégrée dans le plan de développement sanitaire préfectoral. Cette procédure sera répétée entre le niveau préfectoral et le niveau provincial, puis entre le niveau provincial et le niveau central. (CNSPF, 1994c).

De manière transversale, hormis la CNSPF, principale entité administrative dans le secteur de santé, d'autres Ministères participent également à l'élaboration des politiques sanitaires, à travers la régulation, le financement et l'offre de soins. Ce sont la Commission nationale du développement et de la réforme, le Ministère de la ressource humaine et de la sécurité sociale, le Bureau national de contrôle des produits alimentaires et pharmaceutiques, le Ministère des finances le Ministère des affaires civiles, etc.

Le Ministère des ressources humaines et de la sécurité sociale est chargé de promulguer des décrets, élaborer des politiques sur l'assurance maladie de base dans les zones urbaines et assurer son application. Il est également responsable pour la transition de l'ancien régime (Assurance maladie complémentaire pour les

⁵ La CNSPF est l'ancien Ministère de Santé qui a été fusionné avec la Commission Nationale de la Planification Familiale en 2003.

fonctionnaires et Service médical gratuit) à l'assurance maladie de base dans les zones urbaines. Le Ministère des affaires civiles est chargé de fournir des aides financières aux pauvres victimes de dépenses catastrophiques.

Le Ministère des finances détermine le niveau des dépenses gouvernementales dans le secteur de la santé. L'allocation des ressources publiques prend la forme de subventions, à la fois pour les prestataires de soins publics, et pour les assurances maladies d'Etat. Par contre, comme la plupart des subventions sont allouées par les budgets des gouvernements locaux, le gouvernement central a donc peu d'influence sur les décisions sur l'allocation de ces ressources (Liu et Yi, 2004).

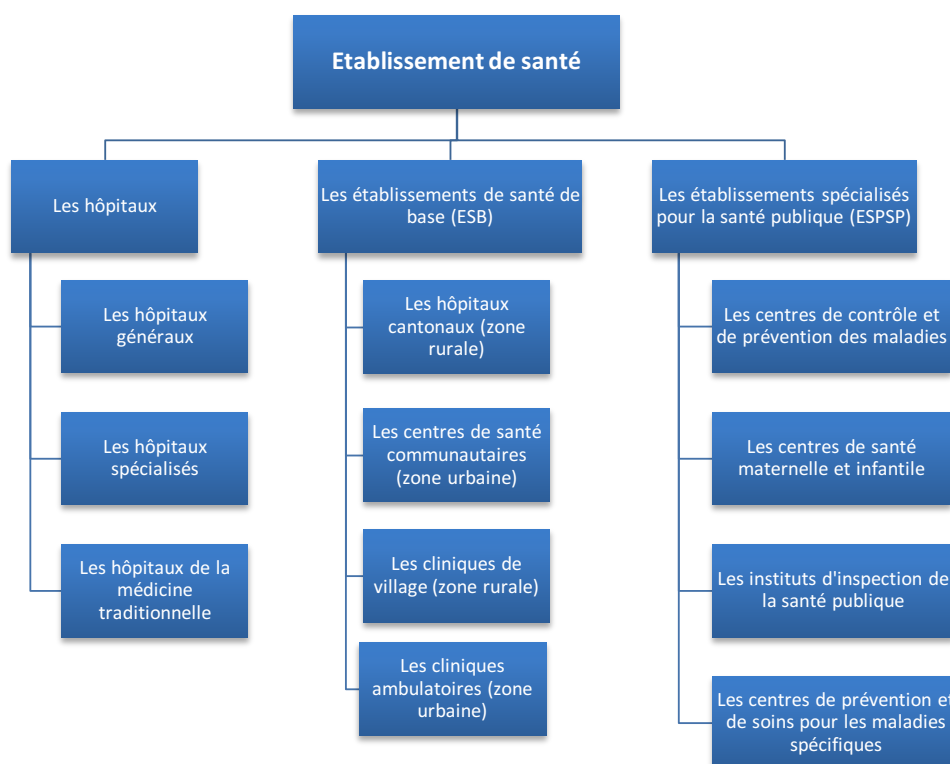
Le Bureau national de contrôle des produits alimentaires et pharmaceutiques est un établissement indépendant de la CNSPF, sous la direction du Conseil d'Etat. Dans le secteur de la santé, ses fonctions consistent essentiellement à élaborer les réglementations sur la supervision et le management des médicaments et des équipements médicaux, établir les normes dans la R&D, la production, la distribution, l'utilisation et la qualité des médicaments et des équipements médicaux et contrôler l'application de ces normes. Le Bureau national de contrôle des produits alimentaires et pharmaceutiques participe également à l'élaboration de la liste nationale des médicaments essentiels.

2.2 Le réseau des établissements de santé en Chine

La Figure 10 présente la classification des établissements de santé en Chine, ce réseau est composé par des établissements de santé ayant différentes fonctions comme les soins avancés, les soins primaires et la santé publique. Les soins avancés sont réalisés dans les hôpitaux généraux, les hôpitaux spécialisés et les hôpitaux de la médecine traditionnelle. La prévention et les soins de santé primaire sont assurés par les centres de santé communautaire et les cliniques ambulatoires dans les zones urbaines, et par les hôpitaux cantonaux (township hospital en anglais), les cliniques de village sont sous la responsabilité des hôpitaux cantonaux.

Il existe d'autres établissements qui ont des fonctions de promotion et de supervision sur la santé publique. Le centre de contrôle et de prévention des maladies apporte des supports scientifiques à la CNSPF concernant la législation, la politique, les normes et la planification sur le contrôle et la prévention des maladies. Il établit des systèmes d'urgence face aux épidémies sévères, les intoxications publiques, les pollutions qui nuisent à la santé publique ; il établit également un système national de contrôles sur les environnements et les comportements à risque. Le centre de santé maternelle et infantile fournit des soins préventifs ou primaires, une éducation sanitaire aux femmes et enfants. Le centre de prévention et de soins pour les maladies spécifiques se focalise sur la prévention et le traitement des maladies bucco-dentaires, maladies mentales, maladies de peau, maladies sexuellement transmissibles, tuberculose, maladies dû au travail, maladies endémiques, schistosomiase etc. L'institut d'inspection de la santé publique est responsable de l'application des lois sur la santé publique, il contrôle la sécurité alimentaire, l'assainissement des espaces publics etc.

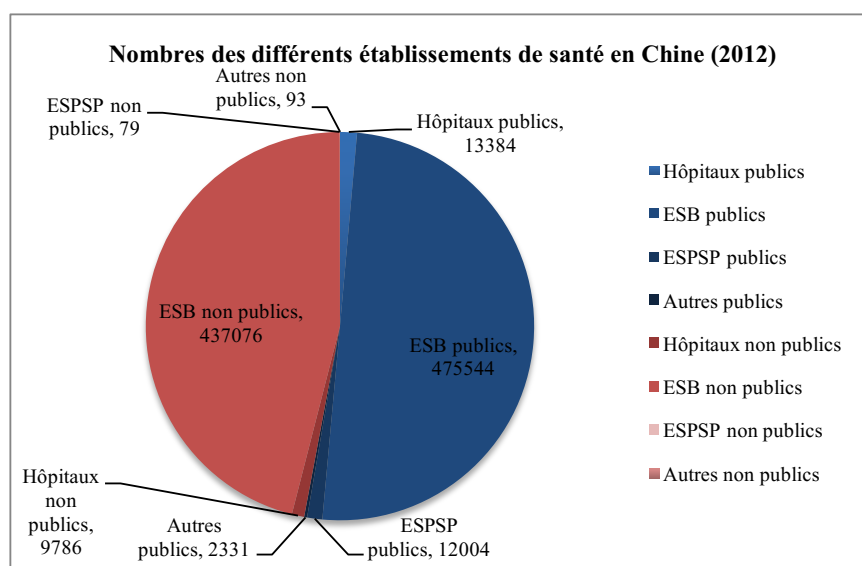
Figure 10 La classification des établissements de santé en Chine



Source : Figure créée par l'auteur selon l'annuaire statistique Santé 2013, CNSPF

En Chine, l'offre de soins est dominée par les établissements publics de santé bien que le nombre d'établissements non publics⁶ soit légèrement inférieur au nombre d'établissements publics (Cf. Figure 11). Cependant les nombres de consultations et de personnes hospitalisées dans les hôpitaux publics représenteraient près de 90% de l'activité en 2012 (source : CNSPF) sur le marché de l'offre de soins (Cf. Figure 12 et Figure 13). Ce déséquilibre me semble extrêmement important, cependant il ne dispose pas de données officielles qui permet d'analyser ce phénomène. Deux explications possibles sont : les activités dans les hôpitaux non publics ne sont pas déclarées entièrement, ou les hôpitaux non publics sont totalement inefficients par rapport aux hôpitaux publics. Malgré tout, la part des hôpitaux non public a gagné des places sur le marché entre 2005 et 2012, il est passé de 5% à 10% pour le nombre de consultations et de 4% à 11% pour le nombre de personnes hospitalisées.

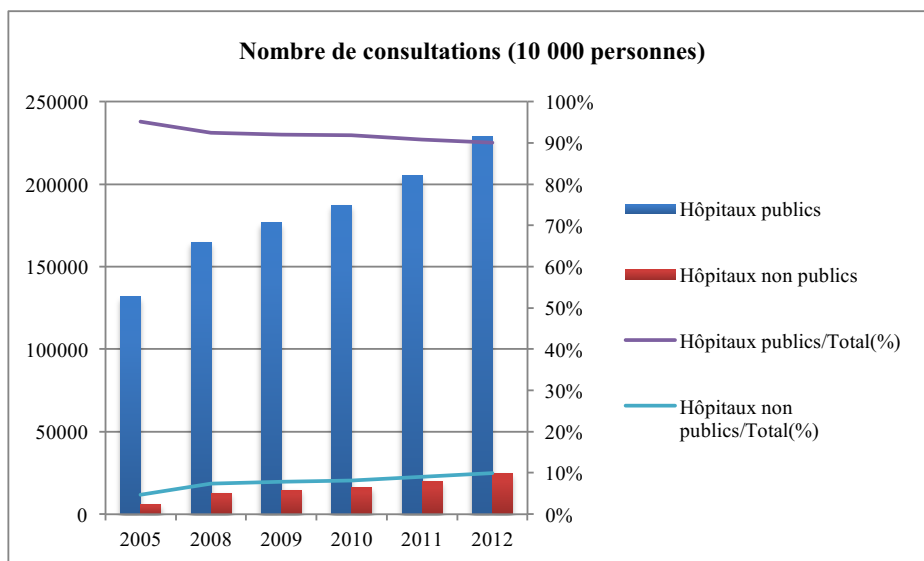
Figure 11 Effectif des différents établissements de santé en Chine en 2012



Source : Annuaire statistique santé 2013, CNSPF

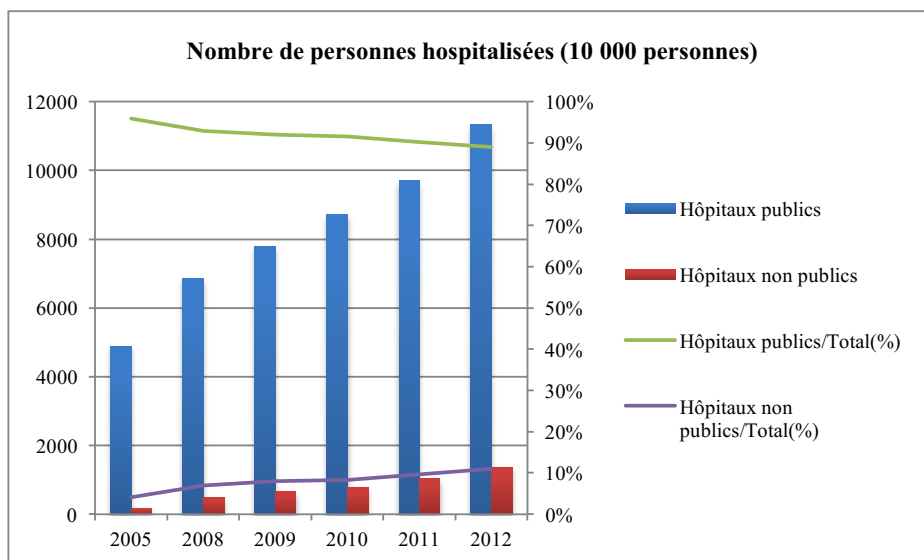
⁶ Les établissements de santé non publics désignent tous les établissements dont la personne morale n'est pas exclusivement publique, par exemple, les établissements privés, les joint ventures, les établissements étrangers etc.

Figure 12 Evolution du nombre de consultations dans les hôpitaux publics et non publics



Source : Annuaire statistique santé 2013, CNSPF

Figure 13 Evolution du nombre de personnes hospitalisées dans les hôpitaux publics et non publics



Source : Annuaire statistique santé 2013, CNSPF

Les hôpitaux sont évalués et classés. Les critères d'évaluation comprennent la taille, le niveau technique des soins, l'équipement, le niveau managérial et la qualité des services.

Les hôpitaux sont classés en trois grandes catégories : Cat. I, Cat. II et Cat. III. Les catégories I et II sont encore respectivement divisées en trois sous-catégories (Cat. I-1, Cat. I-2, Cat. I-3 ; Cat. II-1, Cat. II-2, Cat. II-3) et la catégorie III est par contre divisée en quatre sous-catégories, une de plus par rapport aux deux autres catégories, c'est la Cat. III d'excellence qui représente le niveau suprême parmi tous les établissements de santé chinois. Cependant aucun hôpital n'a été classé actuellement à ce niveau, et une nouvelle campagne d'évaluation pour le niveau Cat. III d'excellence organisée par la CNSPF est en cours.

Un hôpital de la Cat. I est un établissement de santé de base qui fournit des services curatifs, préventifs et de rééducation pour les patients de la commune. En cas de besoin il réfère les patients à un hôpital de niveau supérieur. Il peut accueillir entre 20 et 99 lits. Les hôpitaux cantonaux (hôpitaux de notre étude, voir Chapitre 4) sont souvent classés dans la Cat. I (CNSPF, 1994a).

Un hôpital de la Cat. II se charge de plusieurs communes. Il accueille les patients référés du premier niveau, fournit un guide technologique pour les hôpitaux de la Cat. I qui sont sous sa responsabilité. Il est également capable d'exercer certaines activités de recherche et d'enseignement. Sa taille se trouve entre 100 et 499 lits (CNSPF, 1994a).

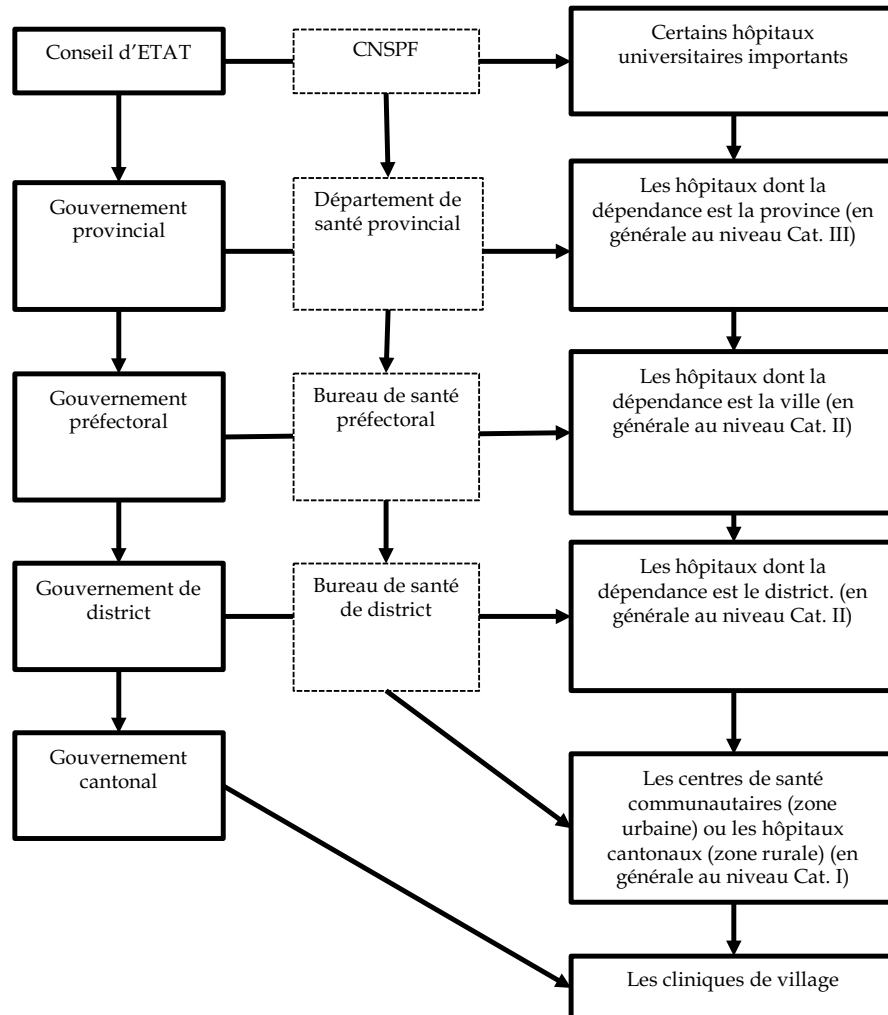
Un hôpital de la Cat. III est inter-régional, même s'il fournit des services médicaux à une échelle nationale. Il est également un centre médical de recherche et d'enseignement. Il fournit un guide technologique pour les hôpitaux de la Cat. II qui sont sous sa responsabilité, accueille les patients référés du deuxième niveau. Le nombre de lits est supérieur à 500 (CNSPF, 1994a).

Comme le montre la Figure 14, la gestion des établissements de soins de santé est basée sur les dépendances. Les hôpitaux sont sous la direction de la CNSPF ou de ses subdivisions aux différents niveaux. Certains hôpitaux universitaires importants dépendent directement à la CNSPF. Le bureau de santé de district dirige non seulement les hôpitaux de district mais aussi les hôpitaux cantonaux. Il n'existe pas de subdivision de la CNSPF au niveau cantonal, les cliniques de village sont sous la direction du gouvernement cantonal (chargé par un maire adjoint du canton) et

reçoivent les soutiens techniques du centre de santé cantonal.

Figure 14 La structure administrative des établissements de soins de santé en Chine

Source : cette figure a été réadaptée de l'article de Liu et Yi, 2004 et du « Manuel de la

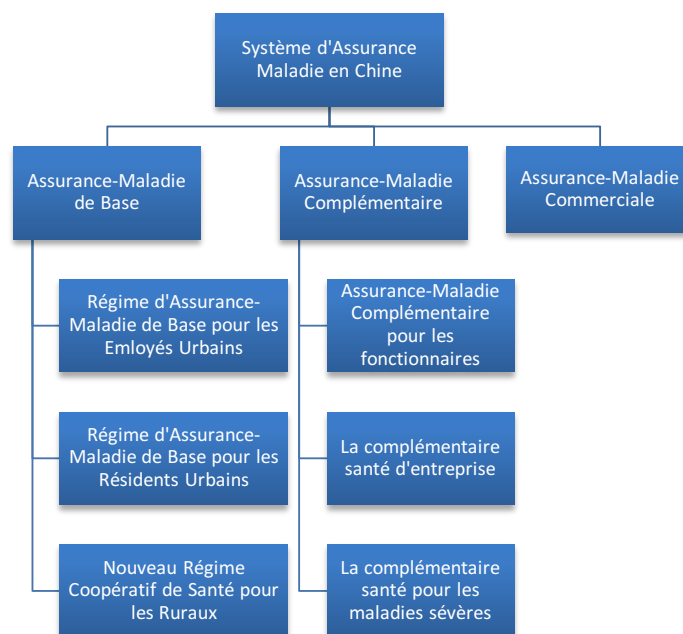


classification et le management des hôpitaux » (CNSPF, 1989)

3 Système d'assurance maladie de base en Chine

La couverture en matière de santé en Chine est principalement organisée par l'Etat. Les Assurances Maladies Commerciales (AMC), ou dites privées sont peu présentes sur le marché national, elles visent plutôt la classe supérieure (Dong, 2009). La Figure 15 nous montre une composition des différents régimes d'Assurance Maladie, tels que le régime d'Assurance Maladie de base qui offre de nos jours au peuple chinois une couverture quasi-universelle. Cependant une couverture quasi-universelle n'est pas égale à une prise en charge à 100%, les dépenses de soins qui ont dépassé le plafond de remboursement du régime de base nécessitent l'intervention des autres régimes complémentaires dont nous parlerons dans la section suivante.

Figure 15 Composition du système d'assurance maladie en Chine



Source : figure créée par l'auteur selon les informations sur les sites de Conseil d'Etat et de CNSPF

Le SAMB (Système d'Assurance Maladie de Base) en Chine est composé principalement de trois régimes publics : le RAMBEU (Régime d'Assurance Maladie de Base pour les Employés Urbains) qui est sous la direction du Ministère des ressources humaines et de la sécurité sociale, le RAMBRU (Régime d'Assurance Maladie de Base pour les Résidents Urbains) qui est sous la direction du Ministère des

affaires civiles, le NRCS (Nouveau Régime Coopératif de Santé pour les Ruraux) qui est sous la direction de la CNSPF. Grâce au SAMB, à la fin de l'année 2012, la Chine a réussi à mettre en place une couverture quasi-universelle, à savoir 99% de la population était assurée par le SAMB (cf. Tableau 1). Le nombre de personnes assurées a été calculé en additionnant le nombre de personnes assurées respectivement par le RAMBEU, le RAMBRU et le NRCS. Certaines études indiquent qu'il existe des cas où certains travailleurs migrants se sont inscrits simultanément dans le RAMBEU et le NRCS, cependant selon « L'Avis sur les mesures provisoires pour le transfert de dossier de l'assurance maladie de base pour les travailleurs migrants », les travailleurs migrants ne peuvent que s'inscrire dans un des trois régimes du SAMB, et ne bénéficient que des remboursements des frais des soins attribués par le régime de leurs choix.

Tableau 1 Le taux de couverture du SAMB

	2009	2011	2012
Nombre de personnes assurées (10 000 pers.)	123447	130543.2	134141.3
La population totale (10 000 pers.)	133450	134735	135404
Taux de couverture	92.50%	96.89%	99.07%

Source : Taux calculés à partir des données collectées de la CNSPF et du BNSC

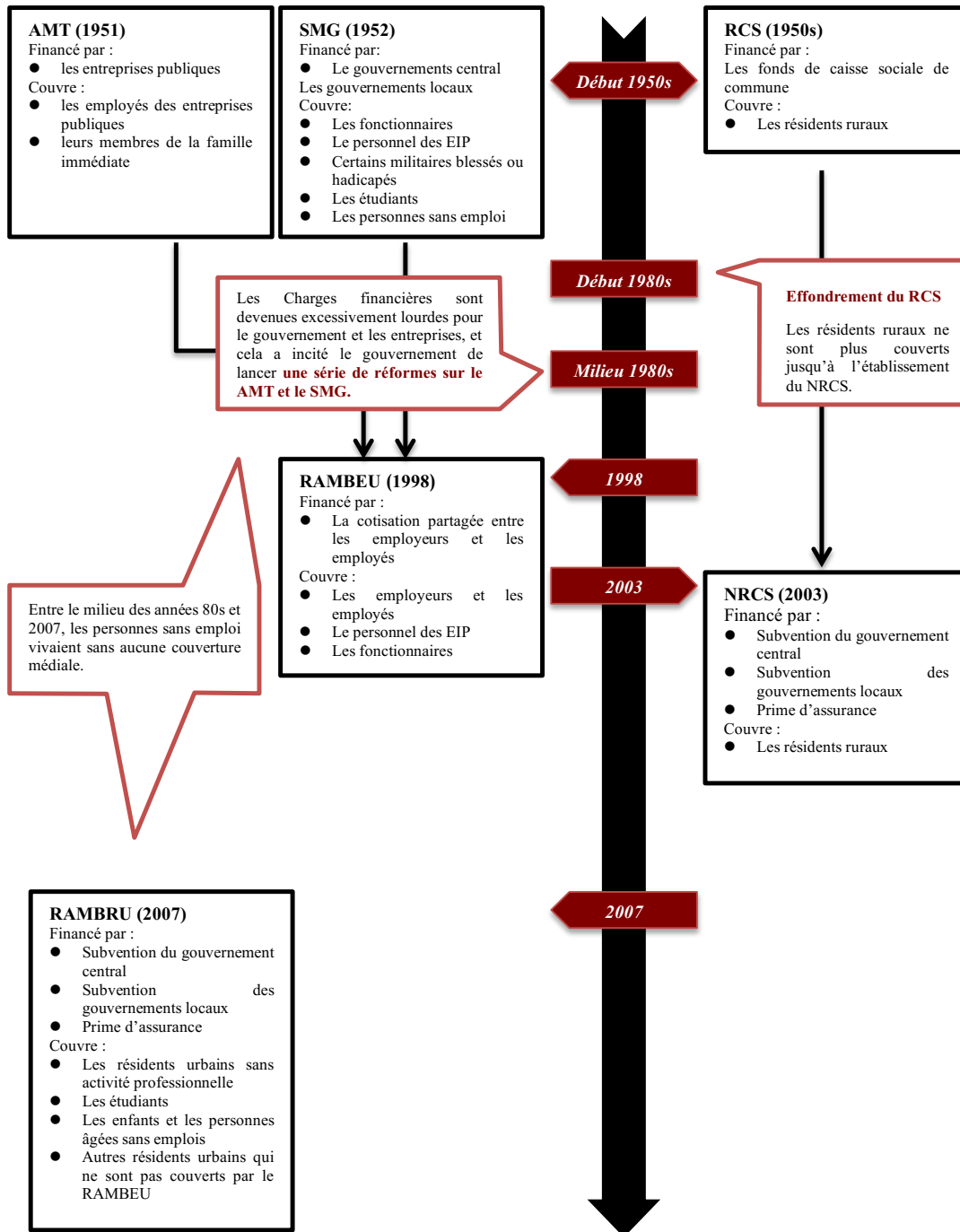
Les chiffres ci-dessus montrent que le gouvernement a tenu sa promesse sur la couverture universelle qui était attendue par le peuple chinois de longue date. Durant la période de l'économie planifiée, la couverture universelle a été réalisée dans un système de l'Etat providence. A l'époque la majorité de la population chinoise est rurale et le RCS (Régime Coopératif de Santé) couvrait les résidents ruraux. L'AMT (Assurance Médicale du Travail) couvrait les employés et leurs membres de famille immédiate, et le SMG couvrait les fonctionnaires et le personnel de l'EIP.

A partir du début des années 80s, la réforme économique a détruit brusquement l'ancien système de l'Etat providence. Premièrement, le RCS s'est effondré dû à la disparition des fonds des caisses sociales de commune. Deuxièmement les charges financières en termes de dépense de santé sont devenues excessivement lourdes pour le gouvernement et les entreprises. Les dépenses du SMG en pourcentage par rapport

au budget gouvernemental de la santé ont atteint 30% en 1993, contre 25% en 1990 (World Bank, 2002). Le problème de hasard moral chez les demandeurs de soins s'aggravait sévèrement. Tous ces phénomènes négatifs incitaient le gouvernement à lancer une série de réformes sur le AMT et le SMG. L'objectif des réformes était de créer un système d'assurance maladie pour les employés (y compris les fonctionnaires et le personnel des EIP) et de contrôler la dépense de santé, de rendre le système de santé plus efficient, et de réduire le hasard moral chez les demandeurs de soins. En 1989, le Conseil des affaires d'Etat a enclenché la réforme des essais du système d'assurance maladie dans 4 villes pilotes : ville de Siping à Jilin, ville de Dandong à Liaoning, ville de Huangshi à Hubei et ville de Zhuzhou à Hunan, et simultanément il a déclenché la réforme des essais du système de la sécurité sociale à Shenzhen et à Hainan (People Daily, 2001). L'idée principale était de séparer la ressource de la santé venant du gouvernement et des entreprises en deux parties, une partie était utilisée en tant que fonds d'assurance maladie servant à rembourser les dépenses médicales des employés causées par des maladies sévères, l'autre partie était utilisée pour créer un CEM (Compte d'Epargne Médicale) servant à rembourser les dépenses des employés pour les soins courants. D'autre part, une cotisation périodique a été demandée aux employés pour rehausser le CEM. Après plusieurs années d'expériences, en 1998, le RAMBEU a été lancé officiellement pour l'ensemble du pays. Cependant la disparition de l'AMT et du SMG a conduit les personnes sans emploi à ne pas être couvertes depuis le milieu des années 80s jusqu'à l'année 2007 où le gouvernement a enfin lancé le RAMBRU.

Concernant la couverture médicale pour les résidents ruraux, depuis le début des années 1950s, le gouvernement a instauré le RCS qui était financé par les fonds de caisse sociale de commune. Cette implantation a été étendue rapidement sur l'ensemble du pays, au milieu des années 1970s, la plupart des résidents ruraux étaient couverts par ce régime. Néanmoins, à cause du changement de structure économique suite à la réforme et l'ouverture dans l'ensemble du pays, le RCS s'est effondré brusquement à cause de la disparition des fonds de caisse sociale de commune. L'évolution du RCS sera présentée en détail dans le Chapitre 3. La Figure 16 donne une vue générale de l'évolution du système d'assurance maladie de base en Chine.

Figure 16 Changements importants du système d'assurance maladie de base



Source : figure créée par l'auteur

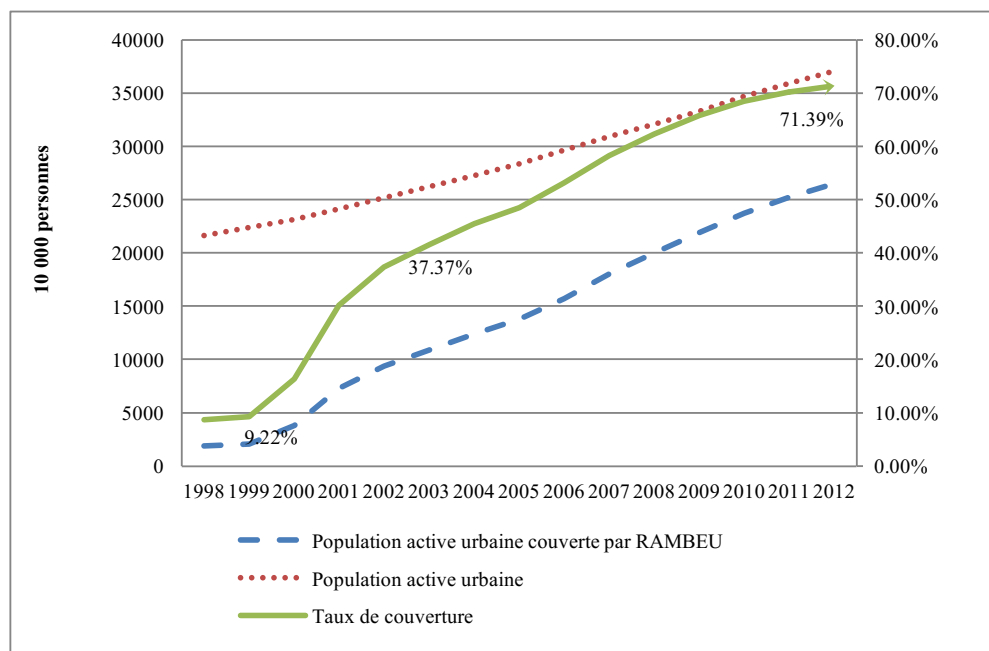
3.1 Le régime d'assurance maladie de base pour les employés urbains

3.1.1 La couverture du RAMBEU

Le RAMBEU est obligatoire pour tous les employeurs et les employés dans la zone urbaine, comprenant toutes sortes d'entreprises, les établissements d'Etat, les EIP, les groupes sociaux et les organisations non-lucratives. L'exception porte sur les employeurs et les employés des entreprises individuelles, l'obligation de leurs adhésions sera décidée par les gouvernements provinciaux.

La Figure 17 montre l'évolution de la couverture du RAMBEU. Au moment de son lancement, le taux de couverture était extrêmement faible, moins d'un dixième de la population active urbaine était couverte par le RAMBEU, puis le taux a très rapidement augmenté à partir de 2002 (37,37%) pour s'élever à 71,39% en 2012.

Figure 17 Evolution de la couverture du RAMBEU



Source : Bureau National des Statistiques de Chine

3.1.2 Le financement et le niveau de remboursement du RAMBEU

Depuis la décision du Conseil d'Etat en 2005, le RAMBEU est financé conjointement par l'employeur et l'employé, la cotisation patronale est autour de 6% du salaire brut, et la cotisation salariale est en général égal à 2% du salaire brut. Ces taux de cotisation pourront être modifiés suivant l'évolution économique.

Les cotisations sociales sont gérées de deux manières : la totalité de la cotisation salariale plus 30% de la cotisation patronale sont utilisées pour créer un CEM, le reste (70% de la cotisation patronale) est utilisé pour construire un fonds RAMBEU. Le fonds RAMBEU est géré par le bureau des ressources humaines et de la sécurité sociale au niveau préfectoral.

Quant au paiement des soins par le RAMBEU, selon le montant des dépenses par rapport à la franchise et au plafond, elles sont prises en charge différemment. En principe la franchise est définie autour de 10% de la moyenne des revenus annuels dans la même zone administrative. D'autre part, le plafond est égal à 4 fois la moyenne des revenus annuels dans la zone. Les dépenses inférieures à la franchise sont payées par le CEM ou le paiement direct du patient, en outre si les dépenses se trouvent entre la franchise et le plafond, elles sont remboursées en partie par le fonds RAMBEU. Le taux de remboursement est défini par la zone administrative qui gère le fonds RAMBEU en suivant le principe de « contrôler la dépense par la recette et maintenir l'équilibre entre les deux ».

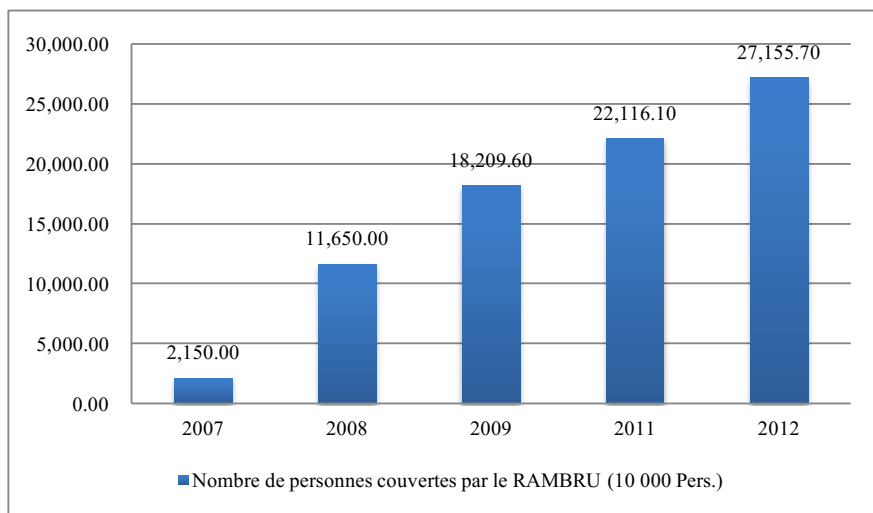
3.2 Le régime d'assurance maladie de base pour les résidents urbains

3.2.1 La couverture du RAMBRU

A partir du milieu des années 1980s, du fait de l'abolition du SMG par le gouvernement, les personnes sans emploi et les personnes qui n'étaient pas couvertes par le RAMBEU vivaient sans aucune couverture santé. Avant 2007, le nombre de résidents urbains exclus du réseau social de la protection sanitaire s'élevait à environ

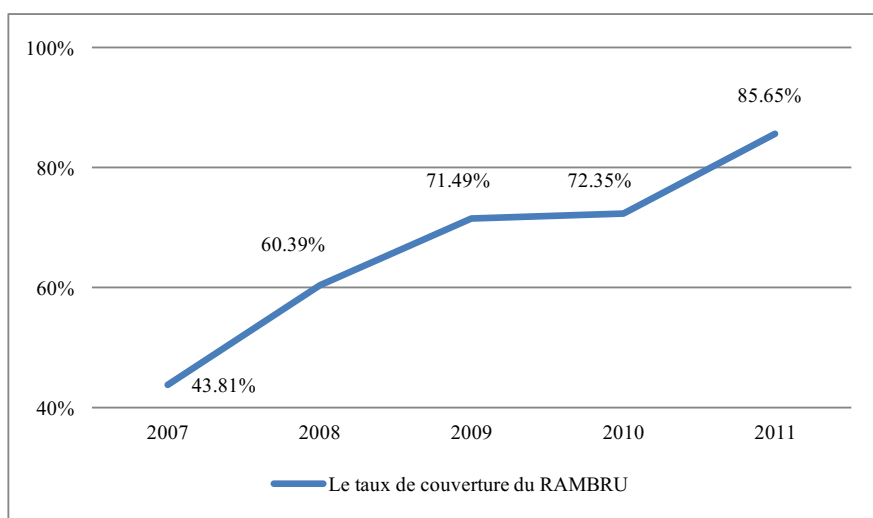
420 millions (Lin et al. 2009). Il a fallu attendre 2007, pour que le gouvernement initie les essais sur la mise en place du RAMBRU dans deux ou trois villes pilotes dans des provinces ayant des conditions nécessaires pour le projet (Conseil d'Etat, 2007). Un total de 79 villes a été choisi comme villes pilotes en 2007 (Lin et al. 2009) et la phase d'implémentation a débuté en 2008. Le nombre de personnes couvertes par le RAMBRU est alors passé de 21,5 millions en 2007 à 116,50 millions en 2008, et à 271,56 millions en 2012 (Cf. Figure 18). Malgré la hausse du nombre de personnes couvertes, le taux de couverture est resté relativement faible (43,81%) jusqu'en 2007 (Cf. Figure 19). Cela peut être expliqué par la méconnaissance des personnes concernées de l'existence de ce régime. Selon une enquête organisée par le Conseil d'Etat en 2007, seulement 64,63% des résidents urbains interrogés ont reçu l'information et les sources principales de l'information étaient l'antenne communautaire du travail et de la protection sociale (48,33%), la télévision (33,38%), les prospectus (30,20%) et les journaux (28,07%) (Conseil d'Etat, 2008). La généralisation de la réforme à l'ensemble du pays en 2011 a connu un succès impressionnant, puisque 85,65% des résidents urbains concernés ont été couverts par le RAMBRU en 2011, étant donné que pour la même année, parmi les résidents urbains interrogés, 87,34% de personnes ont été informés, et l'antenne communautaire du travail et de la protection sociale et la télévision se plaçaient toujours en tête des sources principales. Néanmoins jusqu'en 2011, il y avait encore 5,3% de résidents urbains qui n'avaient aucune couverture sanitaire (Conseil d'Etat, 2012).

Figure 18 Evolution de la couverture du RAMBRU



Source : Bureau National des Statistiques de Chine et Conseil d'Etat (Rapport en 2009)

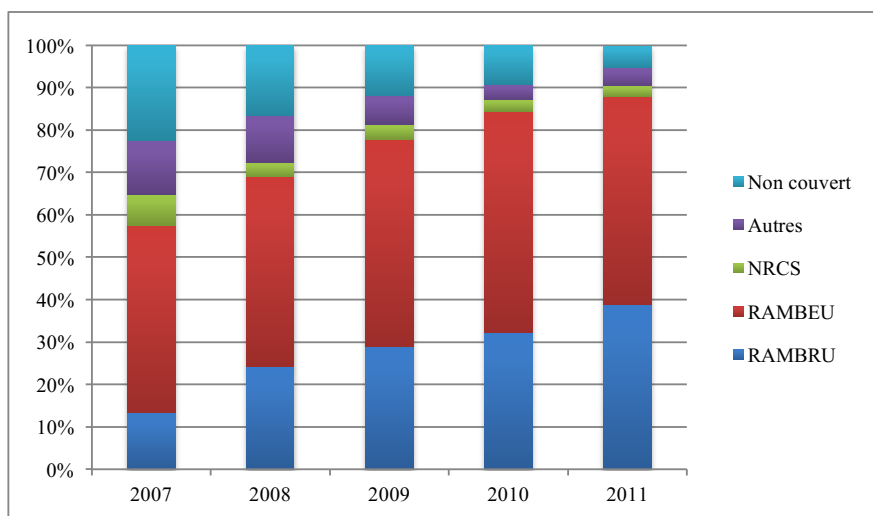
Figure 19 Evolution du taux de couverture du RAMBRU



Source : Rapport d'évaluation sur le SAMB pour les résidents urbains (2007-2011), Conseil d'Etat

Contrairement au RAMBEU qui apporte une couverture sanitaire pour les employés urbains, le RAMBRU couvre essentiellement les enfants, les élèves de l'enseignement primaire et secondaire et tous autres résidents urbains qui ne sont pas couverts par le RAMBEU. La Figure 20 montre le taux de couverture sanitaire par les différents régimes d'assurance maladie pour les résidents urbains.

Figure 20 Proportion des différents types de couverture sanitaire pour les résidents urbains



Source : Rapport d'évaluation sur le SAMB en 2011, Conseil d'Etat

3.2.2 Le financement et l'enveloppe de prestations du RAMBRU

La souscription au RAMBRU se fait sur une base volontaire au niveau des ménages. L'objectif de choisir un régime de souscription volontaire est d'éviter les coûts administratifs élevés associés à la souscription obligatoire, et la souscription par ménage sert à réduire le risque de sélection adverse associée à la souscription individuelle. La mise en commun des ressources se fait au niveau préfectoral (zone urbaine seulement).

Le financement du RAMBRU dépend principalement des contributions des ménages, le gouvernement apporte aux ménages un soutien financier sous forme d'allocation.

Les montants de la cotisation pour chaque membre de famille sont progressifs selon l'âge (adulte ayant moins de 60 ans, adulte ayant plus de 60 ans et enfants) et varient selon certains critères, tels que le handicap, le droit à l'allocation minimale de survie, le revenu etc. Le principe est que les personnes les plus vulnérables reçoivent plus d'aide gouvernementale et paient moins de contribution individuelle. Etant donné que les niveaux de revenu varient beaucoup sur le territoire, les montants de la contribution sont également différents selon les zones géographiques.

Le montant de l'allocation est défini selon les circonstances économiques du gouvernement local. Lors du lancement du RAMBRU, l'apport gouvernemental (central et local) avait été fixé en 2007 à un minimum de 40 yuans par personne par an. Cet apport gouvernemental a été doublé en 2008 (80 yuans) et triplé en 2010 (120 yuans), (Conseil d'Etat, 2010). En plus de cette base, pour les personnes ayant droit à l'allocation minimum de survie, les personnes invalides, les personnes ayant plus de 60 ans qui vivent dans une famille à faible revenu, le gouvernement les aide à payer les contributions avec des allocations supplémentaires. Quant au partage de cette charge financière entre le gouvernement central et les gouvernements locaux, pour les régions du centre-ouest qui sont relativement plus pauvres, l'apport du gouvernement central est égal à la moitié du montant minimum, par exemple, parmi les 80 yuans de l'allocation par personne en 2008, 40 yuans sont payés par le gouvernement central.

L'Encadré 3 présente les différents cas de figure du montant de la prime d'assurance et de la contribution individuelle dans trois villes quelconques de trois régions de Chine, dont les caractéristiques sont présentées au Tableau 2. Ces exemples sont construits sur la base des données tirées du rapport d'évaluation sur le RAMBRU en 2011 organisé par le Conseil d'Etat.

Tableau 2 Principales caractéristiques de trois villes (Z, H et N)

	Localisation	Nombre d'habitants urbains	PIB en 2011 (yuan)	La moyenne de revenu disponible des habitants urbains en 2010 (yuan)
Ville Z	Centre-ouest	4,25 millions	491,27 milliards	19376*
Ville H	Delta du Yangtsé	6,37 millions	701,18 milliards	45025
Ville N	Sud-ouest	3,44 millions	221,15 milliards	18032

Source : Rapport d'évaluation sur le RAMBRU en 2011, Conseil d'Etat (Sauf *, ce chiffre vient du bureau de statistique de la ville Z)

Nous pouvons observer que dans la ville H qui est économiquement plus développée, avec un PIB de 701,18 milliards de yuans, la moyenne nationale étant de 460,86 milliards de yuans (BNSC), le revenu disponible des habitants urbains est plus élevé, soit 19 376 yuans, la moyenne nationale étant de 19 109 yuans (BNSC). En conséquence

le niveau de contribution et la part restant à payer par les assurés étaient beaucoup plus importants par rapport aux villes comme Z et N qui sont moyennement ou moins développés. (Cf. Encadré 3) Par contre, il y a un point commun entre ces trois villes, c'est que le gouvernement aide financièrement davantage les personnes les plus vulnérables ; pour les personnes âgées, les ménages ayant droit à l'allocation minimum de survie, le RAMBRU est gratuit. D'autre part le gouvernement considère que les enfants, les élèves et les étudiants engendrent en général moins de dépenses médicales, de ce fait le niveau de leurs primes a été défini beaucoup plus bas que les adultes, et leurs contributions individuelles ont été défini ainsi largement plus bas.

Encadré 3 Exemples du financement de RAMBRU

Le montant standard de la prime d'assurance (yuan par an)						
	Ville Z		Ville H		Ville N	
	Montant total	Contribution individuelle	Montant total	Contribution individuelle	Montant total	Contribution individuelle
Les personnes sans emploi / sans emploi fixe	380	380	1200 ou 800*	1200 ou 800	320	320
Les personnes âgées (> 60 ans)	380	180	1200 ou 800*	400 ou 200*	320	120
Les ménages ayant droit à l'allocation minimum de survie	380	0	1200 ou 800*	0	320	0
Les enfants et les élèves	160	30	400	250	230	30
Les étudiants	160	30	120	30	170	30

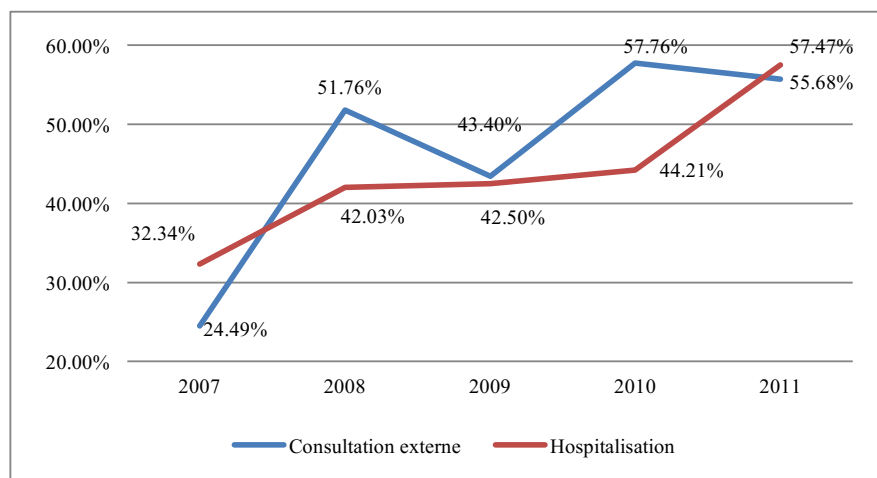
* Deux montants différents signifient que les enveloppes de prestation des consultations externes sont aussi différentes (sauf certaines maladies définies en avance), par contre, les enveloppes de prestation pour l'hospitalisation sont les mêmes.

Source : Rapport d'évaluation sur le RAMBRU en 2011, Conseil d'Etat

Au niveau national, le rapport d'évaluation du Conseil d'Etat sur le RAMBRU en 2010 montre que les gouvernements locaux aidaient davantage les personnes les plus vulnérables, en moyenne, le pourcentage des aides financières gouvernementales étaient respectivement 48,3%, 56,6%, 74,4% et 74,4% pour les adultes, les personnes âgées, les enfants et les étudiants. De plus le pourcentage d'aide gouvernementale dépassait 80% si la personne était dans une des situations suivantes : handicap sévère, sous le seuil de pauvreté, ayant droit à l'allocation minimum de survie. D'autre part entre 2007 et 2010 la partie de la contribution individuelle est restée stable, en moyenne il y a eu des légères augmentations pour les adultes (de 145 yuans à 155 yuans), les personnes âgées (de 116 yuans à 122 yuans) et les étudiants (de 24 yuans à 39 yuans), il y a eu au contraire une baisse minime pour les enfants (de 45 yuans à 43 yuans).

Comme l'objectif primordial de la mise en place du RAMBRU est d'arriver à une couverture de 100% pour les résidents urbains, pendant la première phase de l'implantation, les gouvernements locaux sont libres de définir la franchise, le plafond et les différents taux de remboursement. La Figure 21 nous montre l'évolution de la moyenne nationale du taux de remboursement du RAMBRU. Nous pouvons constater que le taux de remboursement pour l'hospitalisation a continué à augmenter (de 32,34% en 2007 à 57,47% en 2011), ce résultat correspondait à l'objectif du gouvernement qui est d'éviter les dépenses catastrophiques et l'appauvrissement à cause d'une maladie sévère. Quant au taux de remboursement pour la consultation externe, il a augmenté très rapidement entre 2007 et 2008, le taux s'est élevé à 51,76% en 2008, soit plus le double du taux de 2007. Par la suite, ce taux fluctuait autour de 50%, et il s'est élevé à 55,68% en 2011, soit une baisse de 2% par rapport à l'année 2010.

Figure 21 Evolution de la moyenne nationale du taux de remboursement du RAMBRU



Source : Rapport d'évaluation sur le SAMB en 2011, Conseil d'Etat

Dans le même rapport d'évaluation du Conseil d'Etat en 2011, il est montré trois exemples de l'enveloppe de prestations pour les mêmes villes : Z, H et N. L'Encadré 4 est construit avec les données dudit rapport. Nous pouvons constater que les enveloppes de prestations sont variées en termes de franchise, de plafond (le niveau ou le nombre), de taux de remboursement, de mode de remboursement et de différenciation du type des personnes couvertes.

Concernant le mode de remboursement, en 2011, la ville H a déjà adopté le *pooling* pour le remboursement des consultations externes, et la ville Z l'a adopté à partir de 2012, seule la ville N continuait à utiliser le CEM.

Quant au plafond de remboursement, la ville Z a mis en place un plafond unique pour la consultation externe et un autre plafond unique pour l'hospitalisation. La ville H s'est différenciée en créant trois échelles de plafond pour l'hospitalisation. Par ailleurs, la ville N a défini un plafond évolutif selon le revenu disponible des habitants urbains. A propos du taux de remboursement, la ville H, qui était le leader économique parmi les trois, a développé une enveloppe largement plus détaillée : les taux de remboursement de consultation externe variaient suivant le montant de la contribution individuelle, les taux de remboursement d'hospitalisation variaient suivant l'échelle de plafond et l'âge de l'assuré.

Bien que les enveloppes de prestations définies par ces trois villes aient été plus au moins différentes et détaillées, nous pouvons toujours constater un point commun qui est de favoriser la fréquentation des établissements de santé de base. Pour tous, les taux de remboursement étaient dégressifs suivant l'augmentation du niveau de l'hôpital. Cette conception de l'enveloppe de prestations correspond parfaitement un des objectifs de la réforme de l'offre de soins en Chine, qui est de développer le rôle de *gate-keeper* des établissements de santé de base afin de contrôler les dépenses sanitaires.

Encadré 4 Exemples de l'enveloppe de prestations du RAMBRU (unité : yuan)

		Consultation externe				
		Centre de soins communautaire	Hôpital (Cat. I)	Hôpital (Cat.II)	Hôpital (Cat.III)	
Ville Z	Franchise	0	0	0	-	
	Plafond	200	200	200	-	
	Taux de remboursement	60%	50%	40%	-	
			Hospitalisation			
			Centre de soins communautaire	Hôpital (Cat. I)	Hôpital (Cat.II)	Hôpital (Cat.III)
	Franchise	-	300	600	900	
Plafond	-	40 000	40 000	40 000		
Taux de remboursement	-	65%	60%	55%		
Notes : Avant 2012, les consultations externes étaient remboursées par le CEM, les taux de remboursement pour les consultations externes indiqués ci-dessus ont entré en vigueur en 2012. D'autre part, pour l'hospitalisation, les dépenses hors plafond étaient prises en charge (jusqu'à 60 000 yuans) par une complémentaire santé organisée par le même organisme social, et les taux de remboursement étaient les mêmes pour les différents types de l'hôpital.						
		Consultation externe				
		Centre de soins communautaire	Hôpital (Cat. I)	Hôpital (Cat.II)	Hôpital (Cat.III)	
Ville H	Franchise	300	300	300	300	
	Plafond	-	-	-	-	
	Taux de remboursement	70%/60%*	70%/60%*	50%/35%*	40%/25%*	
			Hospitalisation			
			Centre de soins communautaire	Hôpital (Cat. I)	Hôpital (Cat.II)	Hôpital (Cat.III)
	Franchise	300	300	600	800	
	Plafond ¹	20 000	20 000	20 000	20 000	
	Taux de remboursement ¹	65%/76%**	65%/76%**	60%/70%**	55%/64%**	
	Plafond ²	40 000	40 000	40 000	40 000	
	Taux de remboursement ²	70%/80%**	70%/80%**	65%/75%**	60%/70%**	
Plafond ³	150 000	150 000	150 000	150 000		
Taux de remboursement ³	75%/84%**	75%/84%**	70%/80%**	65%/76%**		
Notes : Les consultations externes pour certaines maladies prédéfinies suivaient le mode de remboursement de l'hospitalisation sans franchise. * Le premier taux était pour les personnes qui ont opté pour une contribution individuelle de 400 yuans, et le deuxième taux pour 200 yuans. ** Le premier taux était pour les adultes, et le deuxième taux était pour les enfants.						
		Hospitalisation				
		Centre de soins communautaire	Hôpital (Cat. I)	Hôpital (Cat.II)	Hôpital (Cat.III)	
Ville N	Franchise	100/50*	150/100*	300/150*	500/300*	
	Plafond	6 fois le revenu disponible des habitants urbains de l'année précédente				
	Taux de remboursement	85%	80%	55%	45%	
Notes : Pour les consultations externes, si la maladie était sur la liste des 15 maladies sévères (présélectionnées), le taux de remboursement est de 70%, les plafonds variaient selon la maladie. Sinon les autres consultations externes sont payées par le CEM, dans lequel le fonds RAMBRU versait chaque année 20 yuans pour les adultes et 15 yuans pour les enfants, le surplus était payé par les individus. * La Franchise est moins élevée pour la deuxième (ou plus) hospitalisation dans la même année.						

Source : Rapport d'évaluation sur le SAMB en 2011, Conseil d'Etat (réadapté)

4 Assurance maladie complémentaire

Il existe aujourd'hui trois différents régimes complémentaires qui ont des objectifs spécifiques et des gestions variables :

- L'AMCF (Assurance Maladie Complémentaire pour les Fonctionnaires), toujours financé et géré par l'Etat, est un régime alternatif du SMG (Service Médical Gratuit) qui offrait gratuitement des soins aux fonctionnaires chinois, le personnel des EIP⁷ (Etablissement d'Intérêt Public), certains militaires blessés ou handicapés, les étudiants des universités publiques et les personnes sans emploi. L'objectif de sa création était essentiellement de maintenir le niveau de couverture de santé seulement pour les fonctionnaires et le personnel des EIP suite à une décision du gouvernement central en 1998 sur l'abolition progressive du SMG (Conseil d'Etat, 1998). Cependant cette phase progressive est extrêmement longue, parce que ce geste gouvernemental a été considéré par les fonctionnaires comme une privation des privilèges dont ils devraient profiter. Jusqu'au début de l'année 2012, parmi les 31 zones administratives au rang provincial, 7 conservaient toujours le SMG (Zeng, 2012). De plus, à partir de l'année 2000, pour ceux qui ont supprimé le SMG, le gouvernement central a attribué aux gouvernements locaux la possibilité d'instaurer l'AMCF, dès lors le système s'est orienté vers l'iniquité volontaire. Depuis, à part les étudiants et certains militaires blessés ou handicapés, ils étaient toujours sous couverture du SMG, les personnes sans emploi et leurs enfants ont été laissés tomber pendant presque une vingtaine d'années, jusqu'en 2007, un nouveau régime de base a été créé à leurs recours (Cf. Section 2.2).

Le financement du AMCF est inscrit dans le budget du gouvernement local en tenant compte des dépenses des soins sous l'ancien régime de SMG, la situation de l'économie locale. L'idée principale était de maintenir voire

⁷ Les EIP sont des établissements de service public, créés par l'Etat ou autres organismes qui utilisent les ressources d'Etat. L'objectif de ces établissements est de promouvoir le bien-être public. Les activités des EIP couvrent l'enseignement, la science et la technologie, la santé etc.

d'augmenter le niveau de couverture suivant la croissance économique. Le fonds AMCF devait être géré, utilisé et contrôlé indépendamment de l'Assurance Maladie de Base, et il servait à rembourser la partie du paiement direct des patients, le gouvernement local avait la liberté de définir les procédures d'utilisation de ce fonds, ainsi que des différents taux de remboursement, tout en tenant compte de sa balance budgétaire.

- La CSE (Complémentaire Santé d'Entreprise) est une assurance optionnelle pour les entreprises qui ont déjà souscrit à l'Assurance Maladie de Base et qui ont une meilleure situation financière (Conseil d'Etat, 1998). L'objectif de la CSE est d'aider les salariés à réduire leurs charges financières dues aux dépenses non remboursables par l'assurance maladie de base. Les entreprises sont libres dans le choix du type de couverture complémentaire pour leurs salariés. Il existe trois principaux modes volontaires d'assurance complémentaire:

La complémentaire santé peut être organisée par les organismes sociaux qui gèrent également les assurances-maladies de base. Cependant le fonds collecté pour la complémentaire santé doit être géré dans un compte séparé des autres comptes de couverture sociale. Les organismes sociaux définissent selon les circonstances locales l'enveloppe de prestations et les taux de remboursement.

Les entreprises mêmes, les syndicats ou les organisations à but non-lucratif peuvent également mettre en place leurs propres mutuelles santé.

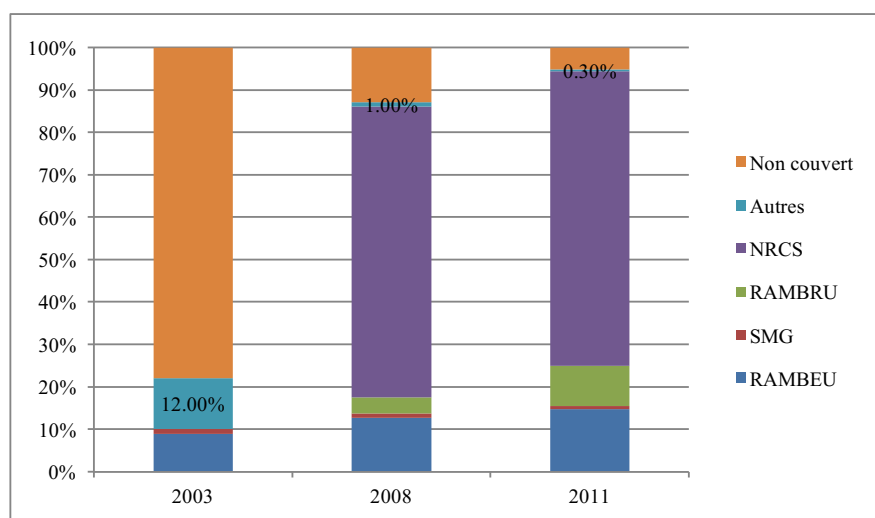
D'autre part, les entreprises peuvent aussi négocier avec les assureurs privés, et conclure avec eux des contacts d'assurance maladie complémentaire pour leurs salariés.

- La CSMS (Complémentaire Santé pour les Maladies Sévères), comme les autres régimes complémentaires, aident les assurés à payer les dépenses non remboursables par l'assurance de base, l'objectif est d'éviter l'appauvrissement dû aux dépenses catastrophiques causées par les maladies sévères. Dans certaines régions en Chine, la CSMS est obligatoire. Deux modes de gestion sont mis en place, soit les organismes sociaux gèrent directement la CSMS, comme à Shanghai, Zhenjiang, Beijing, Nanjing, Hangzhou, Dalian etc., soit les organismes sociaux souscrivent des contrats d'assurance avec les assureurs privés, comme à Xiamen, Tianjin, Zhuhai, Shantou, Fuzhou etc (Chen et al., 2004).

5 Assurances Maladie Commerciales

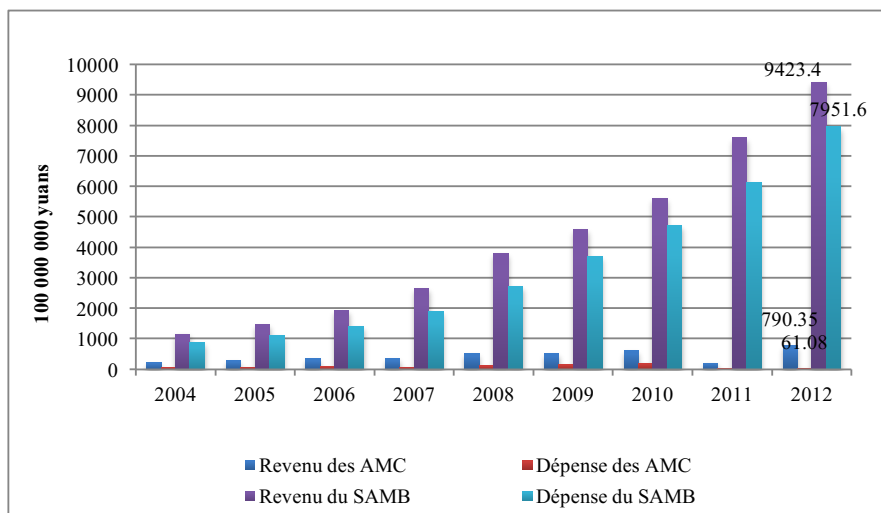
Les AMC sont très peu présentes sur le marché chinois. En 2003, selon l'enquête nationale sur les services de santé, seulement 12% de la population est couverte par les AMC. La Figure 22 montre l'évolution de la composition de la couverture du peuple chinois, dans laquelle les AMC sont considérées comme autres. Nous pouvons constater que moins de 1% en 2008 et moins de 0,3% en 2011 de la population est couverte par les AMC. En termes de volumes du revenu et de la dépense, la Figure 23 montre une différence incomparable entre les AMC et le SAMB. En 2012, le revenu de l'ensemble d'AMC était de 79 milliards de yuans, soit 8,39% du revenu du SAMB (942,34 milliards de yuans), et la dépense de l'ensemble d'AMC était de 6,11 milliards de yuans, soit 0,77% de la dépense du SAMB.

Figure 22 Evolution de la composition de la couverture du peuple chinois



Source : CNSPF

Figure 23 Comparaison revenu-dépense entre les AMC et le SAMB



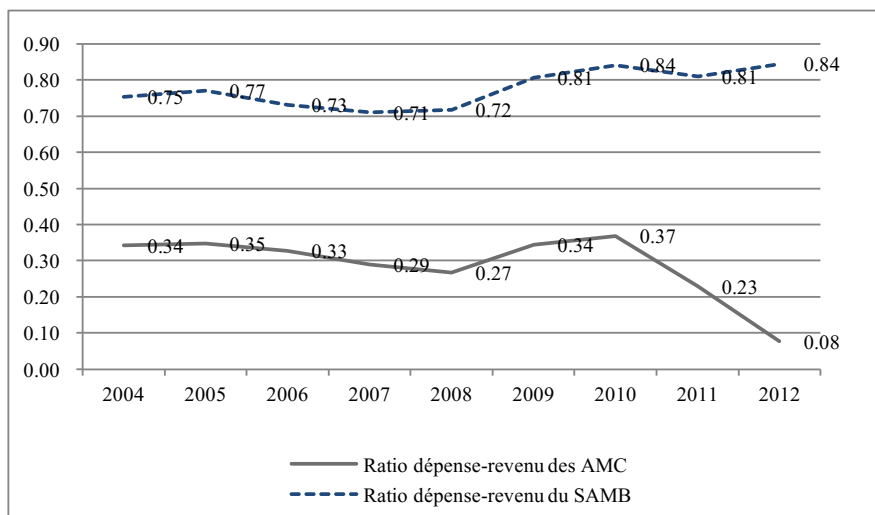
Source : CNSPF et BNSC

Cette faible présence des AMC peut être expliquée d’abord par l’orientation politique du gouvernement qui est d’établir un système public d’Assurance Maladie de base, en créant une couverture universelle. Sous cette forte intervention de l’Etat dans le système d’Assurance Maladie, les AMC jouent seulement un rôle d’assurance complémentaire.

D’autre part, les défauts de conception des AMC chinoises ont également freiné leur développement sur le marché. De nombreuses études ont critiqué les AMC sur leurs primes d’assurance onéreuses (Dong, 2009), leurs enveloppes de prestations simples, limitées ou répétitives par rapport aux assurances publiques (Wang, 2009).

Par ailleurs, le taux d’utilisation de fonds d’assurance est extrêmement faible chez les AMC par rapport aux régimes publics. Entre 2004 et 2012, le taux d’utilisation de fonds d’assurance chez les AMC fluctuait autour de 30%, et tombait jusqu’à 8% en 2012, au contraire le taux d’utilisation de fonds d’assurance chez les régimes publics continuait à augmenter légèrement (Cf. Figure 24). Ce faible taux d’utilisation de fonds d’assurance concorde avec la principale plainte des assurés des AMC : « La prime d’assurance est trop chère, et les conditions d’entrée sont trop sévères, mais ils ne remboursent rien en cas de besoin ».

Figure 24 Comparaison du ratio dépense-revenu entre les AMC et le SAMB



Source : CNSPF et BNSC

6 Conclusion

De nos jours, le système d'assurance maladie de base offre à la plupart des Chinois un large accès aux soins primaires. Nous pouvons considérer que le système de financement de la santé a opté pour un modèle mixte qui est composé de l'assurance maladie sociale (RAMBEU) et de l'assurance maladie à base communautaire (RAMBRU et NRCS). Bien que ce ne soit pas un système de financement par les recettes fiscales générales, l'intervention gouvernementale reste primordiale dans la gestion et le financement du système. Le RAMBEU est géré par le Ministère des ressources humaines et de la sécurité sociale, le RAMBRU est géré par le Ministère des affaires civiles, et le NRCS est géré par la CNSPF. Les établissements publics de santé dominant le marché de l'offre de soins. De plus les primes d'assurance du RAMBRU et du NRCS sont largement subventionnées par le gouvernement. Le choix de ce mode de financement a d'abord répondu à l'appel de l'OMS sur la transition vers une couverture universelle, mais il correspond aussi aux différentes caractéristiques de la Chine en termes d'environnement macroéconomique et institutionnel, d'infrastructures, d'environnement socioéconomique, de ressources humaines dans le secteur de la santé etc.

Cependant ce système est encore loin d'être considéré comme parfait. Différents problèmes se posent, notamment sur le niveau de remboursement, la coordination entre différents RAMB, l'efficacité du système d'assurance et l'équité en termes de protection etc.

Tout d'abord, le SAMB vise à rembourser plutôt les dépenses d'hospitalisation que les dépenses de consultation ambulatoire, fin 2014. Ainsi, les taux de remboursements d'hospitalisation des RAMBEU et RAMBRU sont respectivement de 75% et 70% (Xiong et al, 2015) sachant que la CNSPF et le Ministère des finances ont défini conjointement dans le plan de travail du NRCS de 2015 un taux de remboursement d'hospitalisation de 75%. Cependant tout n'est pas remboursé, parce que les hospitalisations remboursables sont prédéfinies par chaque régime selon la morbidité et la sévérité de la maladie.

Deuxièmement les trois régimes du SAMB sont différents l'un et l'autre en termes de statut de la population couverte, de collecte des ressources y compris au niveau de la contribution individuelle, de mise en commun des ressources et d'enveloppe de prestations. Toutes ces différences entraînent un problème de coordination entre les RAMB lorsqu'il y a un changement de statut ou de lieu de résidence d'un assuré. Le passage d'un RAMB à un autre est très compliqué, parfois peut être dissuasif pour la souscription, notamment pour le passage du RAMBEU aux RAMBRU et NRCS. La population concernée est souvent les travailleurs migrants⁸ ou les travailleurs naviguant entre le secteur formel et le secteur informel. D'autre part la hausse de la subvention gouvernementale dans la prime d'assurance du RAMBRU et du NRCS a créé un problème d'équité, parce que les travailleurs dans le secteur formel paient beaucoup plus cher que les travailleurs dans le secteur informel, et leurs bénéficiaires en termes de protection financière se rapprochent de plus en plus. Cela encourage les travailleurs naviguant entre le secteur formel et le secteur informel à rentrer dans le secteur informel.

Ce chapitre a présenté en détail le RAMBEU et le RAMBRU en délaissant le NRCS (assurance rurale) qui sera présenté au chapitre suivant, parce que les différences entre la zone urbaine et la zone rurale sont toujours importantes en terme d'infrastructures et de niveau de vie. En 2014, la moyenne du revenu disponible des résidents urbains était 2,75 fois plus élevée que celle des résidents ruraux (BNSC, 2014). La population rurale est plus vulnérable face aux dépenses en santé, et 45% de la population chinoise vit en zone rurale (BNSC, 2014). Il faudra donc un RAMB performant pour offrir un accès aux soins à cette population vulnérable. Ce sera l'objet du chapitre 3 de cette présente étude.

⁸ Les travailleurs migrants désignent les personnes d'origine rurale quittent leurs pays natals et s'installent en ville pour obtenir un meilleur revenu. En 2014 le nombre de travailleurs migrants s'élève à 168 millions, soit 12,3% de la population totale (BNSC, 2015).

CHAPITRE 3

L'évolution du système de santé en Chine en milieu rural et le Nouveau Régime Coopérative de Santé

1 Introduction

La réforme et l'ouverture à partir de la fin des années 1970, ont permis à la Chine de connaître une forte croissance économique durant ces 40 dernières années. En 1980, le PIB de la Chine s'élevait à 216,31 milliards de US dollars (constants de 2005) et se positionnait au 16ième rang au niveau mondial (World DataBank). Cependant le RNB (Revenu National Brut) par habitant n'était que de 220 US Dollars (valeur courante, méthode Atlas de la Banque Mondiale) en 1980, classant ainsi la Chine parmi les pays les moins développés et à faible revenu. Trente ans plus tard, grâce à un taux de croissance économique phénoménal (autour de 10% en moyenne) durant ces dernières années, le PIB a atteint 4 864 milliards de US dollars (constants de 2005) en 2013 et se positionnait au 2e rang au niveau mondial (World DataBank). Avec un RNB par habitant de 7 640 US dollars (valeur courante, méthode Atlas de la Banque Mondiale), la Chine a été classée comme pays à revenu intermédiaire élevé.

Toujours est-il que le fruit de cette impressionnante croissance économique n'a pas été entièrement introduit dans le développement social, y compris dans les systèmes de soins de santé (Anand et al. 2008), et plus particulièrement dans les régions rurales. Avant la fin des années 70, malgré un bas niveau de service en termes de techniques et d'instruments médicaux, le RCS (Régime Coopératif de Santé) en Chine Rurale assurait des soins de santé primaires de relative bonne qualité, qui comprenaient les services préventifs et curatifs, accessibles à la plupart des ruraux. En moins de trois décennies, alors que les techniques et les instruments médicaux se sont améliorés, les soins sont devenus moins accessibles et moins abordables, dus aux impacts négatifs de la réforme et de l'ouverture économique : le changement de structure économique et administratif dans les zones rurales a fait s'effondrer le RCS, la masse de privatisation des entreprises publiques a privé leurs employés de la jouissance du AMT (Assurance Médicale du Travail). De plus les inégalités se sont aggravées entre les zones urbaines et rurales (Anand et al. 2008, Wagstaff et al. 2009).

En 2014, la population de la Chine s'élevait à 1,36 milliard dont la population urbaine s'élevait à 749 millions et la population rurale s'élevait à 618 millions (BNSC en ligne). Par contre, parmi la population urbaine, 168 Millions sont des travailleurs migrants

d'origine rurale. En conséquence, plus de la moitié de la population chinoise est la cible des politiques de santé, cible à protéger par un régime de couverture sanitaire dédié aux zones rurales. De plus la population subit des inégalités importantes en termes de revenu et de dépense, notamment en dépense de santé. En 2014, le revenu disponible par habitant urbain était 2,75 fois plus élevé que le revenu disponible par habitant rural, et en 2012, la dépense de santé par habitant urbain était un peu plus de 2 fois plus élevée que celle en zone rurale (estimations de l'auteur selon la Base de données en ligne du BNSC). Or, la dépense de santé en pourcentage du total de la dépense de consommation individuelle par habitant rural était plus élevée (8,7%) que celle par habitant urbain (6,4%) (CNSPF, 2013b). Par conséquent, la population rurale est toujours plus vulnérable face aux risques financiers causés par le mauvais état de santé : il faut un régime d'assurance maladie adapté à cette population en lui offrant un accès abordable aux soins, et en évitant une dépense catastrophique et l'appauvrissement dus aux dépenses médicales.

Dans ce chapitre, nous allons nous focaliser sur l'évolution de la couverture sanitaire en zone rurale chinoise qui peut être aussi résumée en plusieurs étapes de vie du RCS : la prospérité du RCS entre le milieu des années 1950 et le début des années 80, l'effondrement du RCS à partir du début des années 80 et le rétablissement du RCS à partir du début des années 2000 puis renommé NRCS (Nouveau Régime Coopératif de Santé). Nous expliquerons également dans ce chapitre, les différentes caractéristiques du RCS telles que le financement, l'enveloppe de prestations, le mode de paiement de prestataires etc. Nous verrons enfin les évolutions des principaux indicateurs de santé, et l'utilisation des services médicaux sous différentes phases du RCS illustrées par des figures comparatives entre la Chine et le monde et entre la zone rurale et la zone urbaine.

2 Le Régime Coopératif de Santé (RCS) avant la réforme économique (du milieu des années 50 au début des années 80)

2.1 La prospérité du RCS

Entre le milieu des années 1950 et le début des années 1980, la plupart de la population rurale a été couverte par le RCS qui est un système de prépaiement, financé par les caisses sociales communautaires et les contributions des ruraux. La part des caisses sociales communautaires dans le financement total du RCS varie entre 30% et 90%, avec une moyenne de 50% (Cheng, Liu, 1995 & Liu, Hu, Fu, Hsiao, 1996). Les contributions des ruraux s'élèvent entre 0,5% et 2% de leurs revenus annuels (Carrin et al. 1999). En contrepartie, certains établissements de santé de base exemptaient les inscrits du RCS des frais médicaux, d'autres en remboursaient une partie (Feng et al. 1995). Le RCS a joué un rôle important dans la consolidation des services médicaux en Chine rurale. Il a rendu possible l'accès aux soins primaires pour les ruraux, indépendamment de leur situation financière. En outre, il a créé une base financière solide pour le fonctionnement et l'entretien des établissements de santé de base.

Le RCS a été mentionné, pour la première fois en 1956, par une coopérative agricole nommée Tuanjie dans le canton de Wangdian du district de Zhengyang de la province du Henan (Zhu, 2007). A cette époque, le RCS était comme une aide mutuelle, et n'avait pas la forme de l'assurance maladie.

En novembre 1959, Le RCS a été approuvé par la CNSPF au cours du « Congrès National pour le travail de Santé en milieu rural ». Durant la fin des années 60 et le début des années 70, une grande variété du RCS a été mise en place par les communes et les brigades⁹ de production avec l'encouragement explicite à la fois du Parti Communiste, et du gouvernement, en particulier du Président Mao Zedong, dans sa directive du 26 Juin 1965 – « *Le développement des services de soins de santé devrait être axé*

⁹ Une brigade de production est une unité de production agricole de base dans le système de « commune populaire ». Une fois le système de « commune populaire » remplacé par le système de « responsabilité productive des ménages », les brigades de production furent transformées en villages.

sur les zones rurales ». Du 8 décembre 1968 jusqu'au 4 décembre 1969, une série de vingt-trois « discussions sur le régime de soins de santé en milieu rural » a été organisée par le « Quotidien du peuple » qui est un des journaux les plus influents et qui fait autorité en Chine (Xia, 2003). L'objectif de ces discussions concernait la promotion du RCS à un large champ d'application. Vers le milieu des années 70, plus de 90% de communes et brigades de production mirent en place un RCS qui permit aux ruraux un accès aux soins de santé primaires (Carrin et al. 1999).

L'ère du RCS fût cependant une époque avec une insuffisance importante de médicaments et de médecins. Afin de maintenir la performance du RCS, en 1968, le programme de « médecins aux pieds nus »¹⁰ fût présenté par le journal « Drapeau rouge » comme une politique nationale axée sur la formation paramédicale rapide de ces médecins pour répondre aux besoins ruraux (Zhang et Unschuld, 2008). En même temps, des équipes mobiles de médecins venant des hôpitaux urbains et des hôpitaux militaires furent envoyées pour fournir des soins de santé et former « les médecins aux pieds nus » dans les zones rurales. Malgré un bas niveau de service en termes de technique et d'instruments médicaux, « les médecins aux pieds nus » ont apporté une contribution importante au développement de services de soins de santé primaires en Chine rurale : prévention, vaccination, santé maternelle et infantile, éducation, amélioration de l'assainissement, collecte d'informations sur les maladies (Cui, 2008).

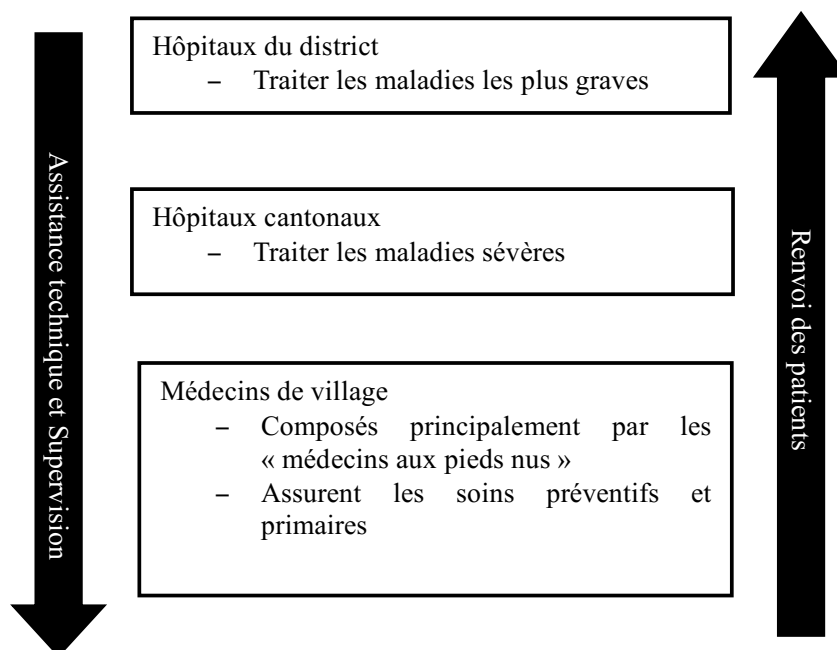
2.2 L'organisation des soins de santé du RCS (Système des trois niveaux)

Les soins de santé du RCS ont été organisés avec un système de « trois niveaux » (Liu et al. 1995). Dans le cadre du RCS, comme le montre la Figure 25, les médecins de village, les hôpitaux cantonaux, les hôpitaux de district, ont été intégrés dans ce système des « trois niveaux » par une administration verticale. Les hôpitaux de district et les hôpitaux cantonaux assuraient une assistance et une supervision régulière aux organisations du niveau inférieur. En outre, la formation continue des « médecins aux

¹⁰ Médecin aux pieds nus – ce sont des agriculteurs ou des travailleurs qui ont reçu en général, trois mois ou plus de formation en soins de santé, et qui ont affecté une partie de leurs temps à des activités de santé.

« pieds nus » a été entreprise par les équipes mobiles de médecins venant des hôpitaux urbains et des hôpitaux militaires, comme indiqué précédemment.

Figure 25 Système des trois niveaux (RCS)



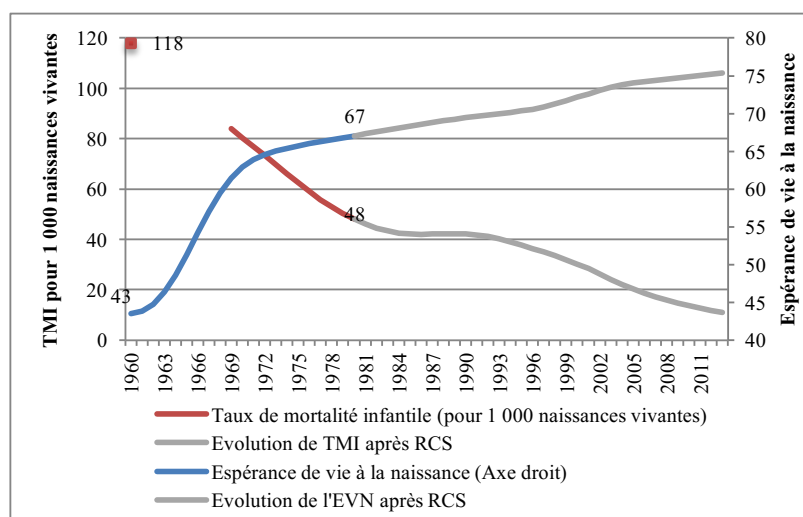
Source : « Planification du développement du réseau des services de la santé dans la zone rurale », CNSPF, 2006

2.3 Première évolution de la santé pendant la période du RCS

Selon les données (en ligne) de la Banque Mondiale, la population rurale représentait 84% en 1960 et 81% en 1980 de la population chinoise. Nous pourrions presque dire qu'une amélioration de la santé en milieu rural signifie une amélioration globale de la santé durant cette période. Les paragraphes suivants présentent l'évolution de l'état de santé avec ses principaux indicateurs pendant la période du RCS.

En 1949, juste après la période de guerre¹¹, l'espérance de vie à la naissance (EVN) était de 35 ans, le taux de mortalité infantile (TMI) était de 200 pour mille naissances vivantes (BNSC, 1989) et le ratio de mortalité maternelle (RMM) de 1 500 pour 100 000 naissances vivantes (CNSPF, 1996). Depuis la mise en place du RCS, l'EVN, le TMI et le RMM se sont considérablement améliorés comme le montre la Figure 26 et la Figure 33. L'EVN est passé de 43 ans en 1960 à 67 ans en 1980, le TMI a baissé de 118 à 48 pour 1 000 naissances vivantes et le RMM de 1 500 à 94,7 pour 100 000 naissances vivantes en 1989. D'un côté ces indicateurs sont sensibles à la stabilité de la société, la condition de vie et l'amélioration de l'environnement socio-économique comme le revenu, l'éducation etc ; de l'autre une meilleure prise en charge des frais médicaux, ainsi que le progrès technologique de la médecine ont fortement contribué aux progrès réalisés.

Figure 26 EVN et TMI pendant la période de RCS



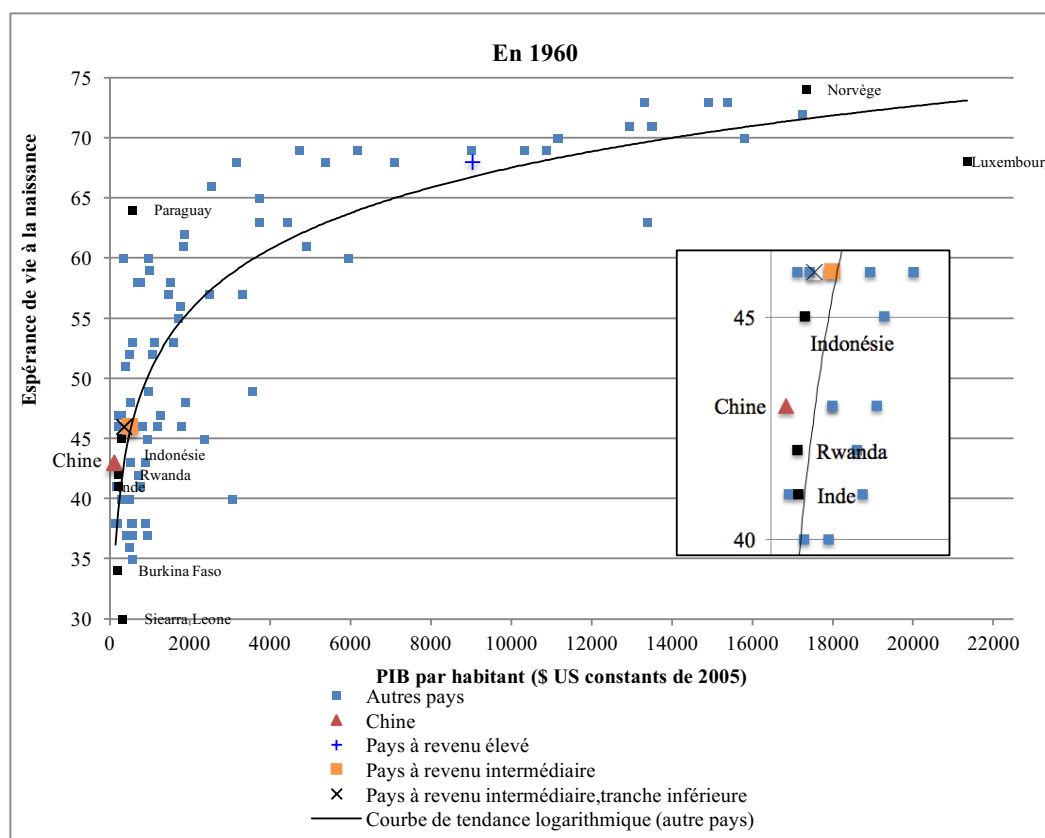
Source : Auteur ; source des données brutes : Banque Mondiale

Afin de comparer cette évolution avec les autres pays du monde, nous utilisons les données de la Banque Mondiale pour illustrer les grands progrès de la Chine. Les figures ci-dessous montrent l'évolution de l'EVN et du TMI par rapport au PIB par

¹¹ A partir de 1840 (la première guerre d'opium), la société chinoise a été bouleversée par une série de guerres : la révolte des Taiping (1851-1864), la deuxième guerre d'opium (1856-1860), la guerre franco-chinoise (1881-1885), la première guerre sino-japonaise (1894-1895), la révolte des Boxers (1899-1901), la révolution chinoise de 1911 qui a mis fin à la dernière dynastie Qing en 1912, le mouvement du 4 Mai en 1919 contre les prétentions de l'Empire du Japon sur la Chine, la deuxième guerre sino-japonaise (1937-1945), la guerre civile chinoise (1927-1950). Cette période de guerre a duré plus d'un siècle, les bouleversements induits par les guerres ont eu de forts impacts négatifs sur l'état de santé de la population chinoise.

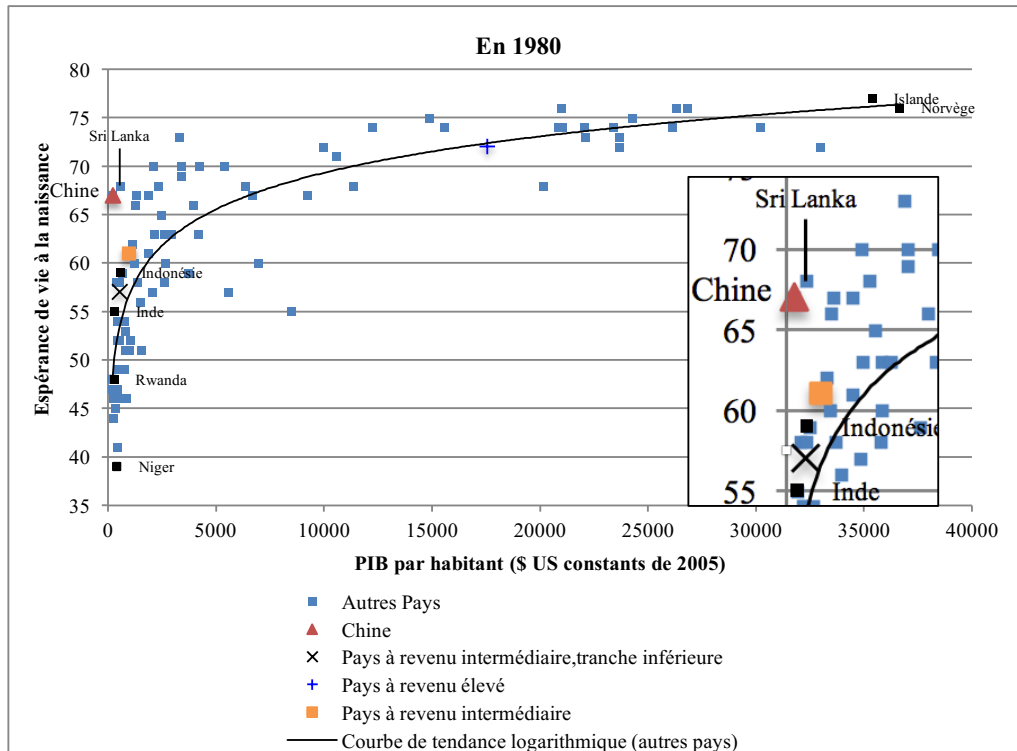
habitant, l'idée est de faire une comparaison du développement sanitaire en associant le développement économique. Avec un PIB par habitant de 121 US dollars (\$ constants de 2005), classant la Chine parmi les pays les moins avancés (Cf. Figure 27), l'EVN s'élevait à 43 ans dans les années 1960. Vingt ans après et alors que le PIB par habitant était resté à un niveau très bas (221 US dollars, constants de 2005), l'EVN a considérablement augmenté (Figure 28 et Figure 29). Ce progrès a été bien plus rapide que les progrès observés au niveau mondial : la Chine avait dépassé la moyenne (61 ans) des pays à revenu intermédiaire 6 et son EVN n'était plus très éloignée de celle des pays à revenu élevé (72 ans).

Figure 27 Comparaison de l'EVN entre la Chine et le monde, en 1960



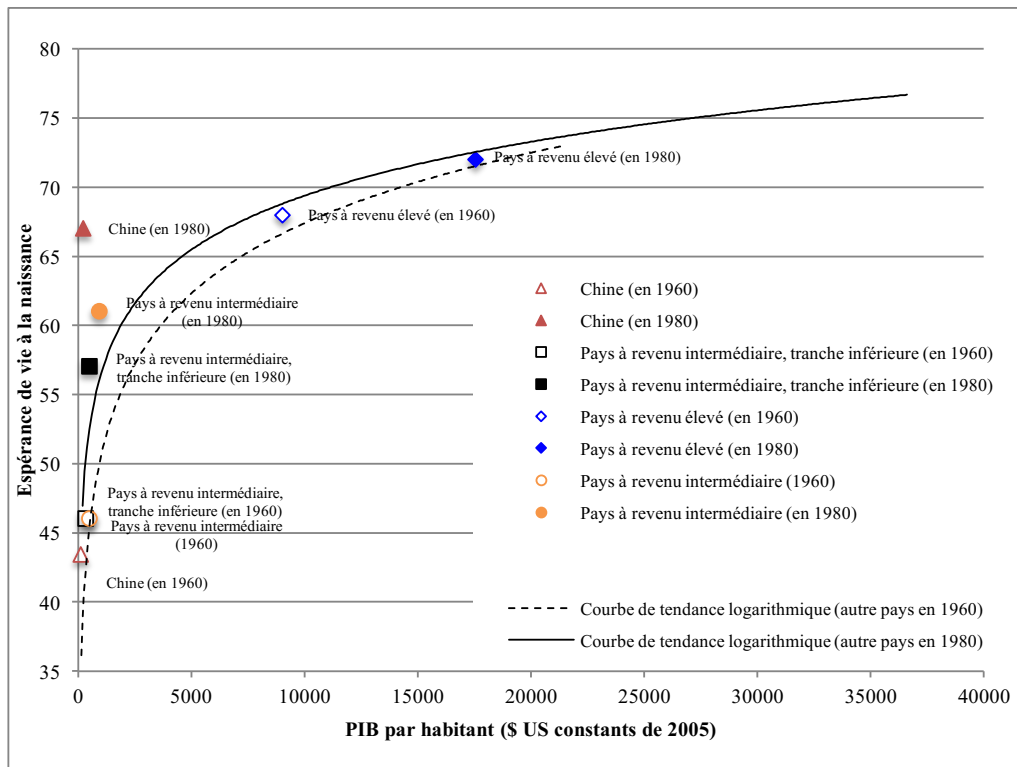
Source : Auteur ; source des données brutes : Banque Mondiale

Figure 28 Comparaison de l'EVN entre la Chine et le monde, en 1980



Source : Auteur ; source des données brutes : Banque Mondiale

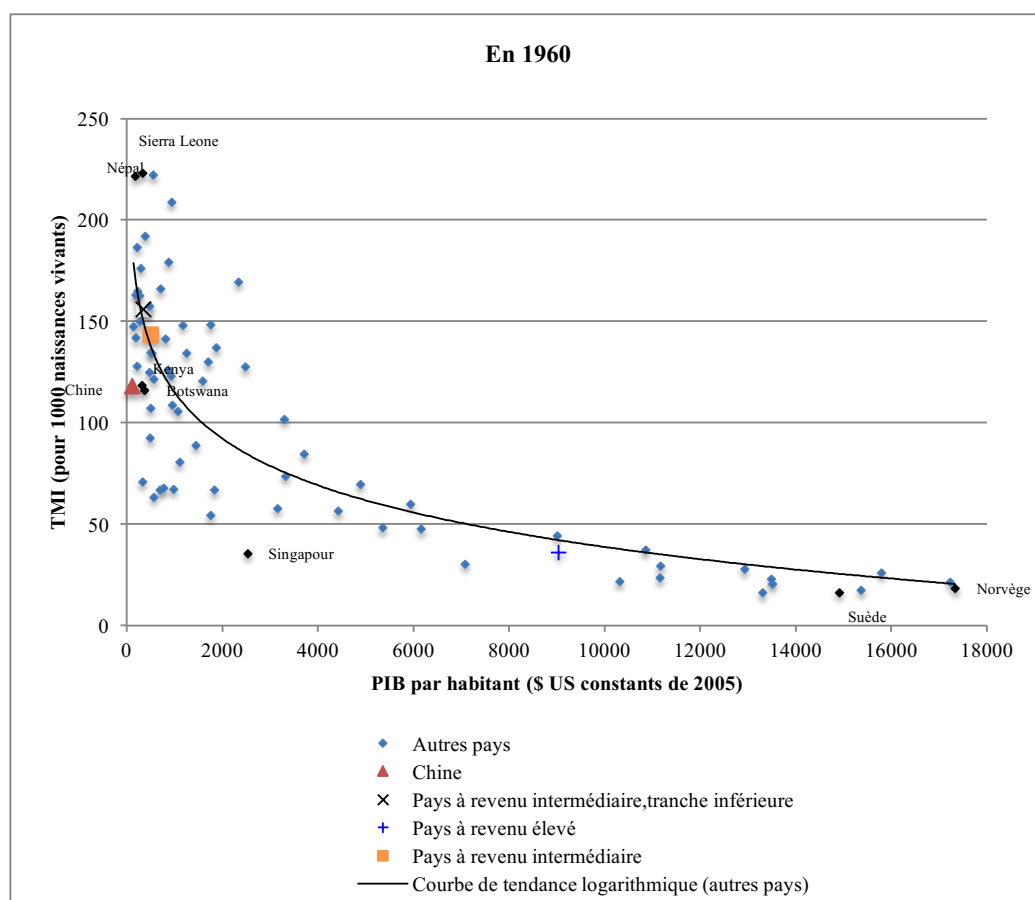
Figure 29 EVN de la Chine par rapport aux autres pays entre 1960 et 1980



Source : Auteur ; source des données brutes : Banque Mondiale

Le même progrès a été réalisé également en termes de mortalité infantile : en 1960, le TMI était égal à 118 pour 1000 naissances vivantes, contre 48 pour 1000 naissances vivantes en 1980. Ce taux est bien plus bas que la moyenne des pays à revenu intermédiaire (83), une fois de plus le progrès était plus rapide que la tendance mondiale (Cf. Figure 30, Figure 31 et Figure 32).

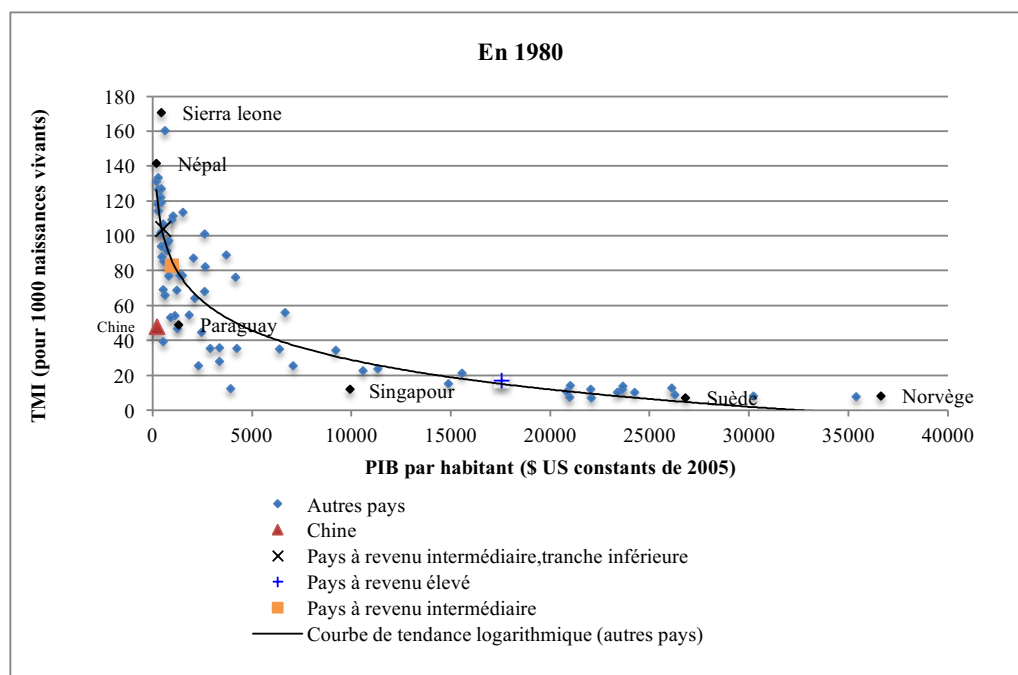
Figure 30 Comparaison du TMI entre la Chine et le monde, en 1960



Source : Auteur ; source des données brutes : Banque Mondiale

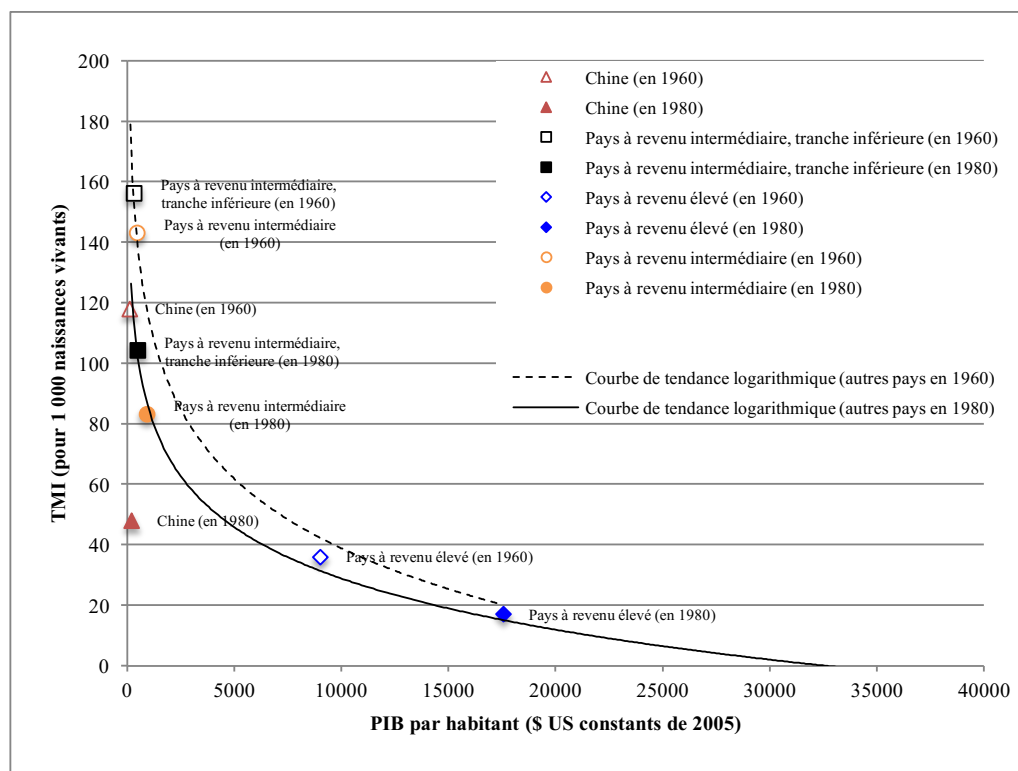
* Le TMI de Chine en 1960 est non disponible dans la base de données de la Banque Mondiale, cette donnée a été complétée par le « World Population Prospects : The 2012 Revision » des Nations Unies

Figure 31 Comparaison du TMI entre la Chine et le monde, en 1980



Source : Auteur ; source des données brutes : Banque Mondiale

Figure 32 TMI de la Chine par rapport aux autres pays entre 1960 et 1980

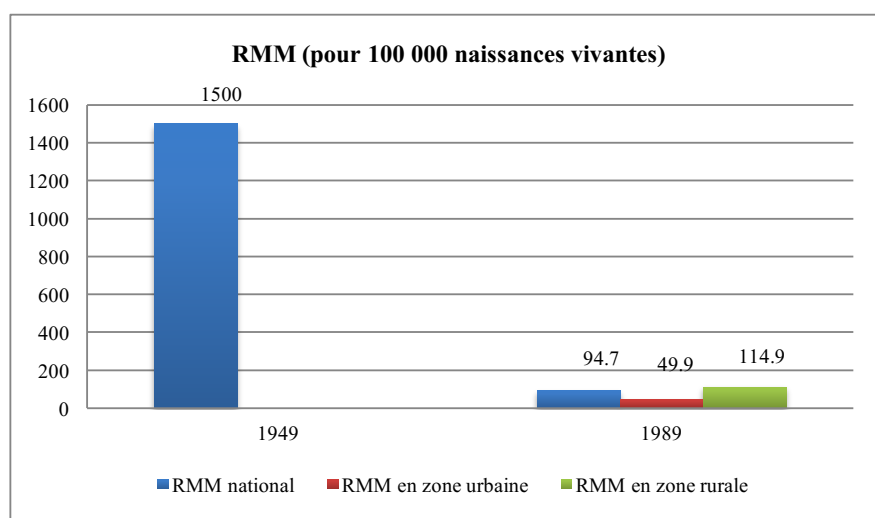


Source : Auteur ; source des données brutes : Banque Mondiale

* Le TMI de Chine en 1960 est non disponible dans la base de données de la Banque Mondiale, cette donnée a été complétée par le « World Population Prospects : The 2012 Revision » des Nations Unies.

Selon les données disponibles de la CNSPF dans les zones enquêtées, le progrès de la Chine en termes du RMM a été aussi impressionnant. Il est passé de 1.500 pour 100.000 naissances vivantes en 1949 à 95 en 1989. Toutefois il existe un grand écart entre la zone urbaine et la zone rurale, le RMM en zone rurale est plus de deux fois plus élevé que celui en zone urbaine en 1989 (Cf. Figure 33).

Figure 33 RMM en Chine (1949-1989)

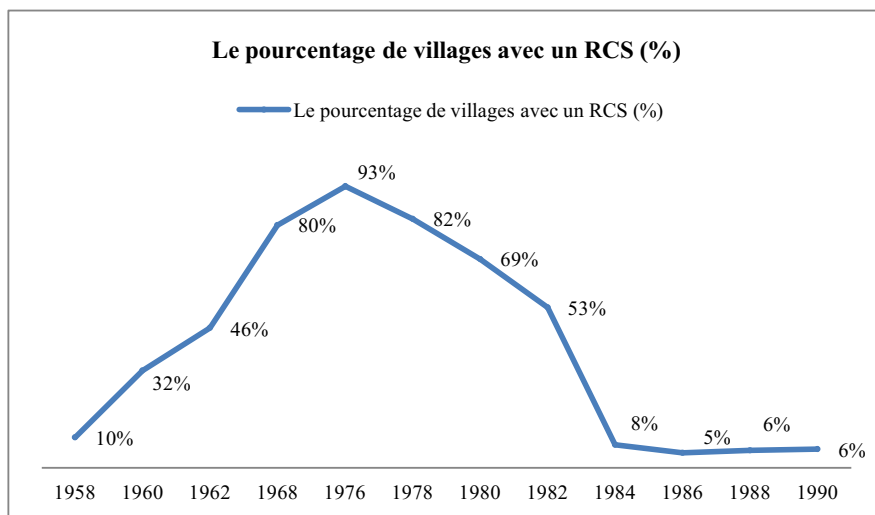


Source : Ministère de la Santé, 1996

2.4 L'effondrement du RCS

Entre la fin des années 70 et le début des années 80, le RCS s'est effondré au niveau national et le pourcentage de villages avec un RCS est tombé de 93% en 1976 à 5% en 1986, comme le montre la Figure 34. La plupart de la population rurale n'était alors plus assurée et devait supporter le coût des soins.

Figure 34 Pourcentage de villages avec un RCS (%)



Source: « Transformation of China's rural health care financing » (Liu et al., 1995) for 1958 - 1968 figures, « Cooperative medical schemes in contemporary rural China » (Feng et al., 1995) for 1976 - 1990 figures

L'effondrement du RCS a été attribué à une combinaison de facteurs dont les raisons sont les suivantes : le changement de la structure économique, la pénurie de ressources en soins de santé, la gestion inefficace, la corruption, le manque de soutien politique.

2.4.1 Le changement de structure économique dans la zone rurale

Le changement de structure économique et administrative dans le milieu rural, passant d'un système de "commune populaire" à un système de "responsabilité productive des ménages"¹² fût l'une des principales causes des problèmes financiers.

Avant la disparition du système de "commune populaire", la production et la redistribution de la richesse étaient gérées collectivement et chaque rural recevait un

¹² Le système de "responsabilité productive des ménages" a été établi en 1982, après plusieurs années d'expériences. Chaque ménage recevait un lopin de terre à cultiver, mais la terre restait toujours la propriété collective. Les ménages négociaient des contrats pour l'utilisation des terres et assumaient en même temps la pleine responsabilité financière de leurs exploitations. On leur a affecté des quotas de cultures spécifiques qui devaient être vendus au gouvernement à un prix donné. En plus des quotas, ils pouvaient cultiver ce qu'ils voulaient et vendre les produits au prix qu'ils souhaitaient. Les agriculteurs contractants conservaient tout le bénéfice net, mais en assumaient également toutes les pertes.

revenu en “workpoints” (unités de paiement de la main d’œuvre)¹³. Les fonds de la caisse sociale de la commune étaient retenus par le “chef brigade” avant la redistribution de la richesse et cette caisse recueillait environ 0,5-2% du revenu annuel d’un ménage en tant que fonds du RCS (Hillier et Shen, 1996). A la suite de ces changements, d’une production collective à une production individuelle, de la commune au canton, les cantons et les villages ont perdu le droit de s’approprier une partie de la production agricole pour les investissements et les services sociaux, ainsi que pour le financement de leur RCS, provoquant ainsi la disparition de la principale source de financement pour les médicaments et les autres services. En outre, le 31 octobre 1985, afin de réduire les charges des ruraux, la « notification sur la répression du quota de collecte de fonds et la collecte arbitraire des charges des ruraux » délivré par le Conseil d’Etat a conduit à un strict contrôle sur la collecte de fonds des ruraux. De sorte que, sans appui politique, la plupart des cantons et des villages ne furent pas en mesure de remplacer ces pertes de ressources et ont chargé les frais aux ménages ruraux, ainsi beaucoup d’entre eux furent confrontés à de graves problèmes financiers. D’autre part, une politique de « laisser-faire » a été entreprise par le gouvernement central et peu ou pas de subventions ont été attribuées pour redresser le RCS. A la fin de l’année 1998, les hôpitaux cantonaux couvraient seulement 10,5% de leurs dépenses avec les subventions du gouvernement et les médecins de village ne recevaient pratiquement plus de soutien du gouvernement (Fu et al. 2000).

2.4.2 La pénurie de ressources en soins de santé

Dès lors que la priorité des gouvernements central et local est passée d’un développement social à une croissance économique, les priorités affichées des hôpitaux de district, des hôpitaux cantonaux et des médecins de village changèrent également. Beaucoup de gouvernements locaux ne pouvaient plus mobiliser suffisamment de fonds pour la santé publique et les travaux d’infrastructure, car ils

¹³ Le système de “workpoints” a été mis en œuvre entre la fin des années 50 et la fin des années 70 dans le cadre de la collectivisation. Tous les agriculteurs dans la même unité partageaient la responsabilité de la production. Les produits étaient mis en commun et répartis en fonction des “workpoints” de chaque agriculteur. Plus un agriculteur travaillait, plus il gagnait des “workpoints” - Définition de "mountain voices".
<http://www.mountainvoices.net/china.asp.html>

n'étaient pas autorisés à utiliser la main d'œuvre sans compensation adéquate dans le cadre du nouveau système économique (Feng et al. 1995). C'est ainsi que de nombreux centres de santé cantonaux furent dégradés en raison de l'insuffisance d'entretien et de réparation.

D'autre part, si la réforme et l'ouverture dans les zones rurales ont créé beaucoup d'autres opportunités pour accroître les revenus du personnel médical en milieu rural, beaucoup d'entre eux ont abandonné leurs postes de soins de santé (Xia, 2003) (Feng et al. 1995).

Par ailleurs, conformément au « Rapport d'une solution raisonnable à la question des subventions pour les « médecins aux pieds nus », approuvé par le Conseil d'Etat en 1981, 1,25 million de « médecins aux pieds nus » ont demandé à passer un examen pour être qualifiés « médecins de village ». La moitié seulement (0,64 millions) d'entre eux ont réussi l'examen. La "professionnalisation" de « médecins aux pieds nus » a conduit à une réduction à grande échelle des praticiens de santé publique en milieu rural, même si certains de ceux qui avaient échoué à l'examen, continuèrent à travailler dans la santé publique sous la direction des médecins de village. Cette ponction de ressources humaines a accéléré l'effondrement du RCS.

2.4.3 La gestion inefficace

Une autre des raisons qui a contribué au déclin du RCS a été sa gestion inefficace. Depuis que le RCS a été établi dans de nombreuses communautés comme un engagement politique, la solvabilité financière et l'efficacité économique de ces régimes ont souvent été ignorées. (Liu et al. 1995) Alors qu'aucune directive claire n'ait été produite pour la conception et la gestion de ces régimes, dans beaucoup de communautés, les RCS ont été mis en place sans avis d'experts sur la planification et la gestion financière. (Gu et Tang, 1995) Les problèmes pouvaient être liés également à un financement inadéquat et une administration inefficace, par exemple : ne pas être en mesure de rembourser les membres pour les dépenses engagées en fin d'année, les abus de pouvoir de certains cadres pour leurs intérêts personnels. D'autre part, la plupart des RCS ont été organisées au niveau du village, par conséquent, le fond qui

a été mis en commun est resté largement insuffisant. En cas de sélection adverse et aléa moral, les fonds de ces petites structures se sont rapidement épuisés. (Liu et al. 1995)

2.4.4 La corruption

En vertu de l'administration du RCS, les cadres locaux avaient le pouvoir de nommer et de révoquer les personnels médicaux ou les gestionnaires de fonds. Beaucoup d'entre eux bénéficiaient également de traitements préférentiels en recevant des médicaments coûteux, ou bien des remboursements de frais médicaux importants. (Zhu, 2007).

2.4.5 Le manque de soutien politique

Puisque la majorité des RCS fût lancée et identifiée durant la révolution culturelle, dès lors que la révolution culturelle fût répudiée par le gouvernement, la tendance fut de rejeter toutes les innovations qui prennent leur origine au cours de cette période (Carrin et al. 1999, Feng et al. 1995, Liu et al. 1995). Avec d'autres raisons que celles citées précédemment, le manque de soutien politique a contribué également à l'effondrement du RCS durant le début des années 80.

3 La période entre l'effondrement du RCS et le rétablissement du RCS (entre le début des années 80 et le début des années 2000)

3.1 Que s'est-il passé après l'effondrement du RCS ?

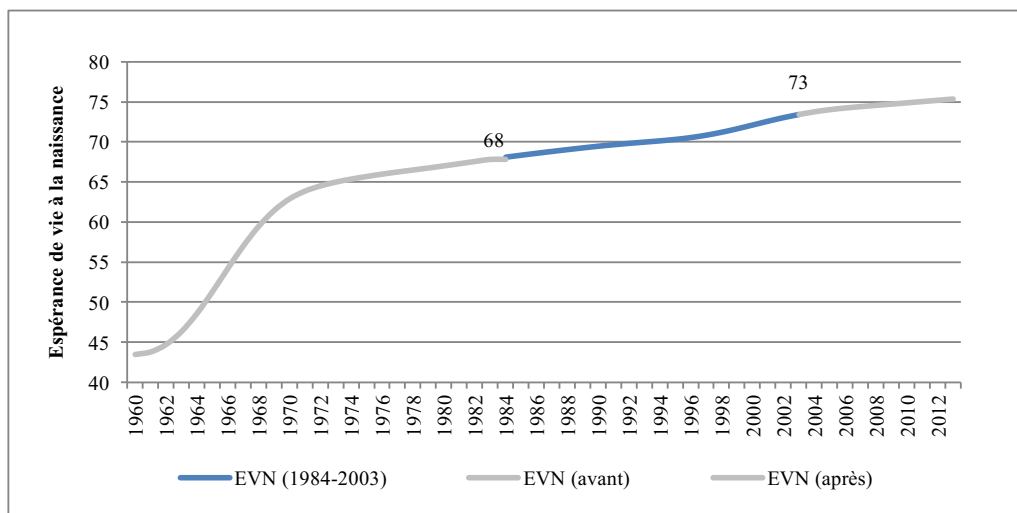
3.1.1 L'état de la santé de la population après l'effondrement du RCS

L'Etat de santé de la population s'est globalement amélioré au cours de la réforme du système économique, mais plus lentement qu'avant la réforme (Liu et al. 1999). L'essor économique a contribué à l'accélération de l'urbanisation, le pourcentage de la population rurale passant de 78% en 1984 à 60% en 2003. En même temps les inégalités d'état de santé entre les zones urbaines et les zones rurales restaient toujours importantes.

❖ L'EVN après l'effondrement du RCS

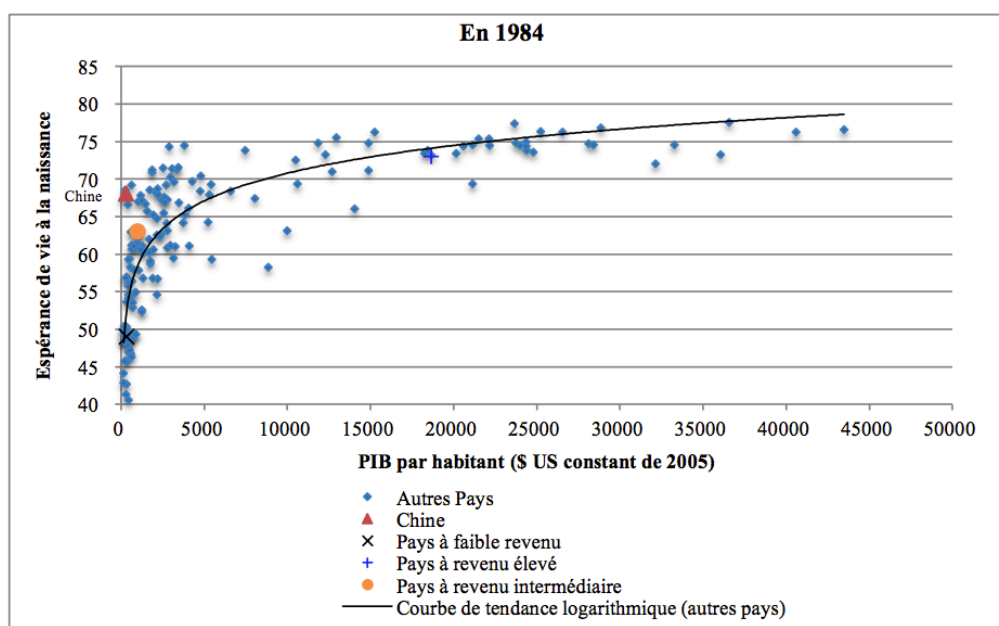
L'EVN a continué à s'améliorer après l'effondrement du RCS, passant de 68 ans en 1984 à 73 ans en 2003 (Cf. Figure 35). Lorsque nous comparons l'évolution de l'EVN par rapport au PIB par habitant entre la Chine et les autres pays du monde, nous pouvons constater que l'espérance de vie à la naissance en Chine se situe toujours au-dessus de la courbe de tendance logarithmique. Ainsi, avec un faible niveau de PIB par habitant, la Chine a toujours obtenu un meilleur résultat en termes d'EVN que les pays de son groupe de revenu. En 1984, le PIB par habitant moyen des pays à revenu intermédiaire (1.014 \$ US constant de 2015) était plus de trois fois plus élevé que le PIB par habitant de la Chine (306 \$ US constant de 2015), pourtant, l'EVN était en Chine supérieur (68 ans pour la Chine contre 63 ans pour les pays à revenu intermédiaire). En 2003, la Chine rattrape en partie son retard économique vis-à-vis des pays à revenu intermédiaire, avec un PIB par habitant égal à 1 437 \$ US (constant de 2015) tandis que son espérance de vie atteint 73 ans ce qui la rapproche inexorablement du niveau des pays à revenu élevé (76 ans en 2003 ; Cf. Figure 36, Figure 37 et Figure 38).

Figure 35 EVN après l'effondrement du RCS et avant le NRCS



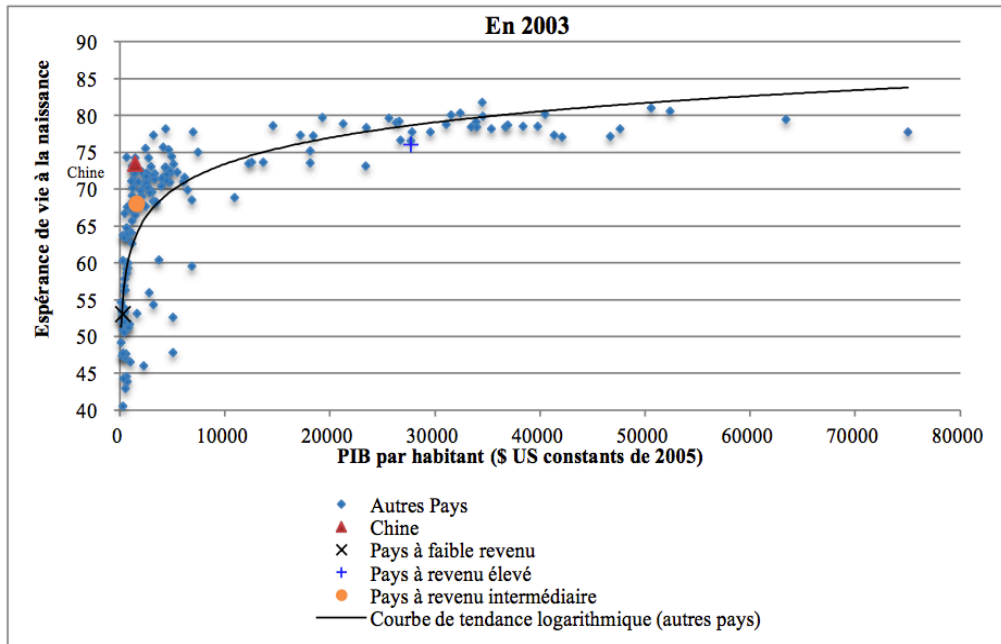
Source : Auteur ; source des données brutes : Banque Mondiale

Figure 36 Comparaison de l'EVN entre la Chine et le monde, en 1984



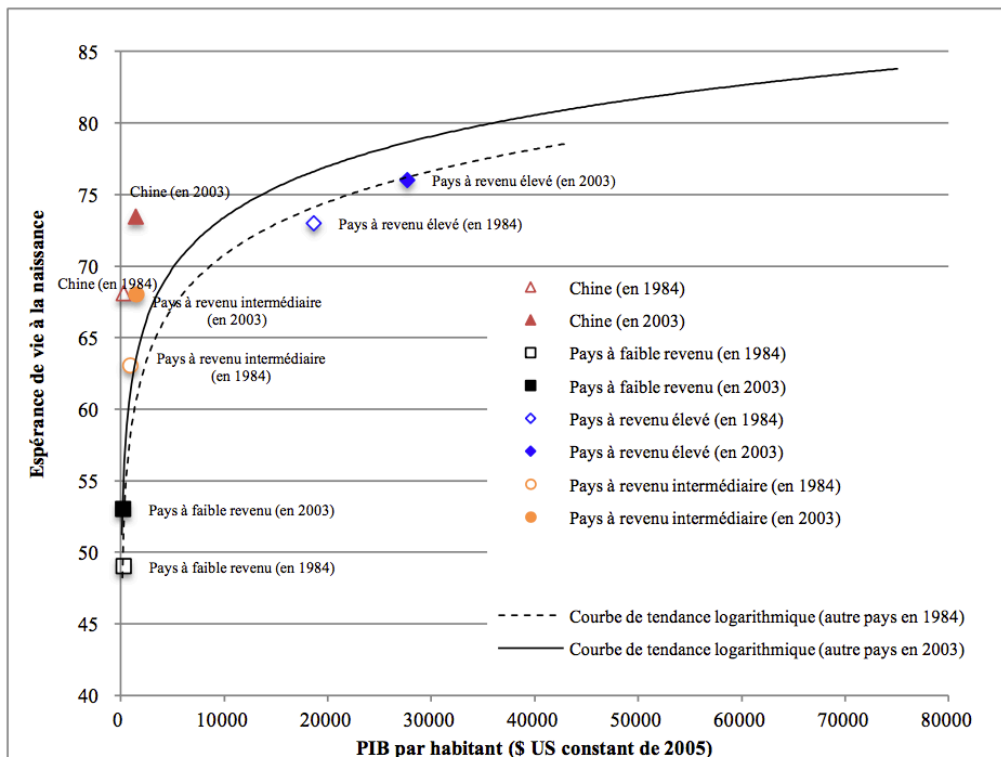
Source : Auteur ; source des données brutes : Banque Mondiale

Figure 37 Comparaison de l'EVN entre la Chine et le monde, en 2003



Source : Auteur ; source des données brutes : Banque Mondiale

Figure 38 EVN de la Chine par rapport aux autres pays entre 1984 et 2003



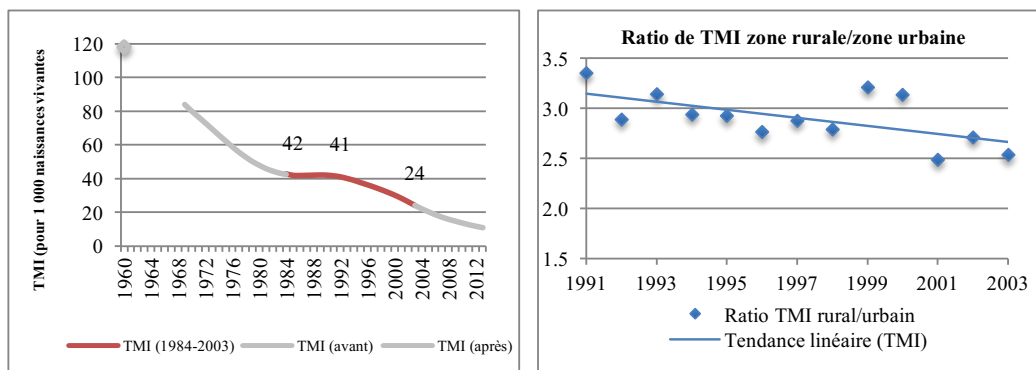
Source : Auteur ; source des données brutes : Banque Mondiale

❖ Mortalité infantile après l'effondrement RCS

Comme le montre la Figure 39, la mortalité infantile a quasiment stagné après l'effondrement du RCS (43 pour 1 000 naissances vivantes en 1984, 41 en 1992). Cette période coïncidait avec le début de la fameuse « réforme et ouverture », au contraire de ce que nous pourrions imaginer : la croissance économique aurait pu contribuer à un meilleur état de santé de la population. Dans son livre « *The Great Escape* », Angus Deaton a apporté son explication à ce sujet : « ...*What happened in China is no mystery. When the authorities decided to focus on growth, resources were switched to making money and away from everything else, including public health and health care. Even the people who were responsible for keeping mosquitoes under control were turned into farmers to join the dash for growth. In the early years, the Communist Party paid a great deal of attention to public health...but that focus was lost after the reforms...* »

La mortalité infantile a considérablement diminué de fait entre 1992 et 2003 (le TMI est passé de 41 pour 1000 en 1992 à 24 pour 1000 en 2003). Le développement économique par l'amélioration du niveau de vie de la population et le développement des infrastructures sanitaires semble y avoir fortement contribué. Pourtant, bien que l'inégalité en termes de TMI ait baissé, le TMI en zone rurale restait toujours 2,5 fois plus élevé qu'en zone urbaine.

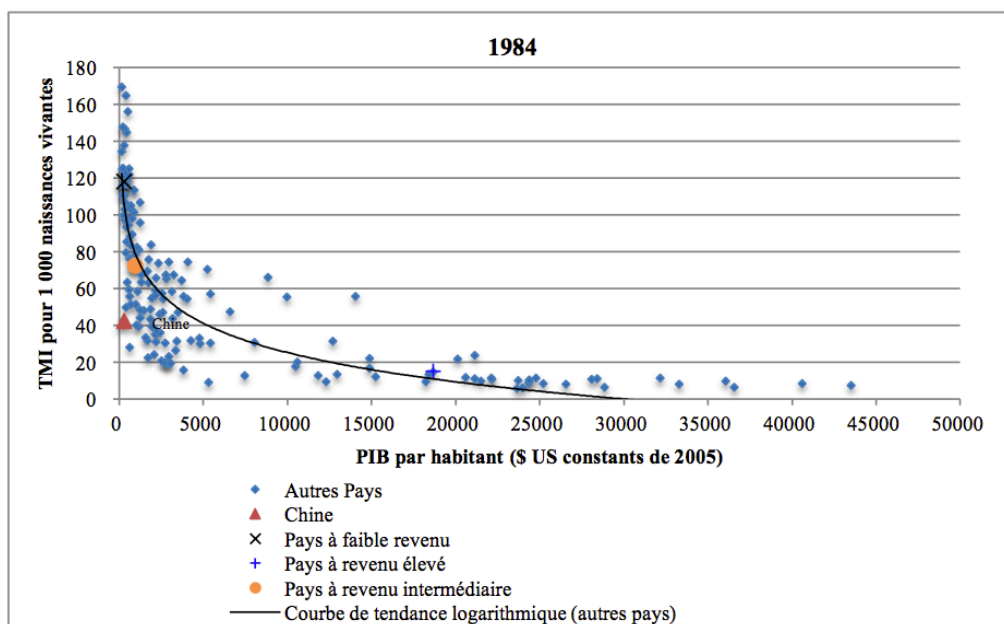
Figure 39 TMI après l'effondrement du RCS et avant le NRCS



Source : figures créées par l'auteur selon les données ouvertes de la Banque Mondiale et celles du BNSC

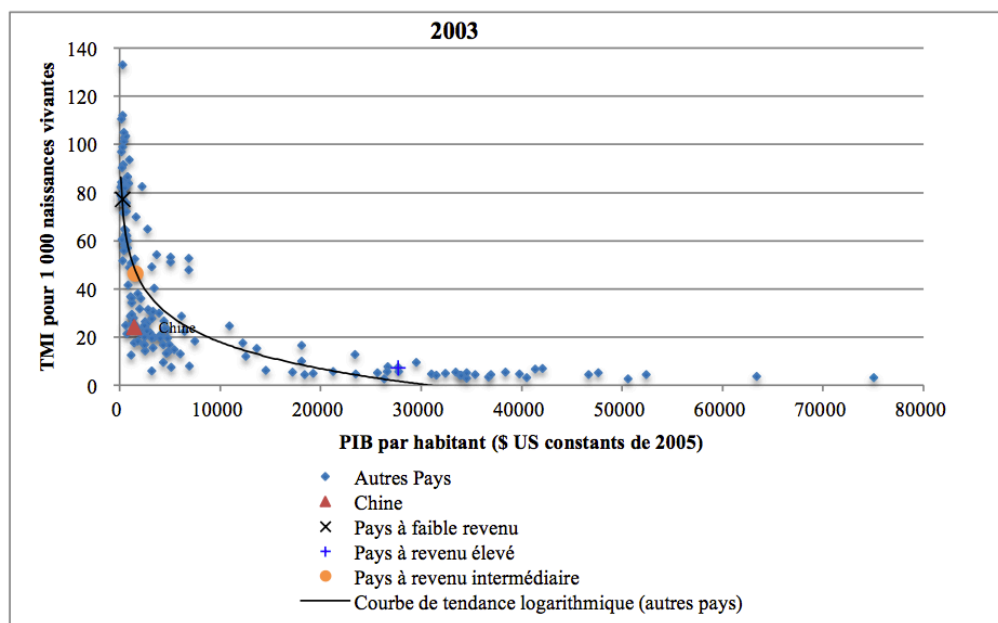
Lorsque nous comparons l'évolution du TMI de la Chine avec les autres pays du monde, nous pouvons constater que la baisse du TMI en Chine est toujours plus rapide que la tendance mondiale (Cf. Figure 40, Figure 41 et Figure 42). En 1984, le PIB par habitant de la Chine était inférieur de la moyenne des pays à faible revenu, pourtant le TMI de la Chine (soit 43 pour 1 000 naissances vivantes) était beaucoup plus bas que la moyenne des pays à revenu intermédiaire (72 pour 1 000). En 2003, le PIB par habitant de la Chine était proche de la moyenne des pays à revenu intermédiaire et son TMI (24 pour 1 000) ne représentait que la moitié de celui des pays à revenu intermédiaire (46 pour 1 000).

Figure 40 Comparaison du TMI entre la Chine et le monde, en 1984



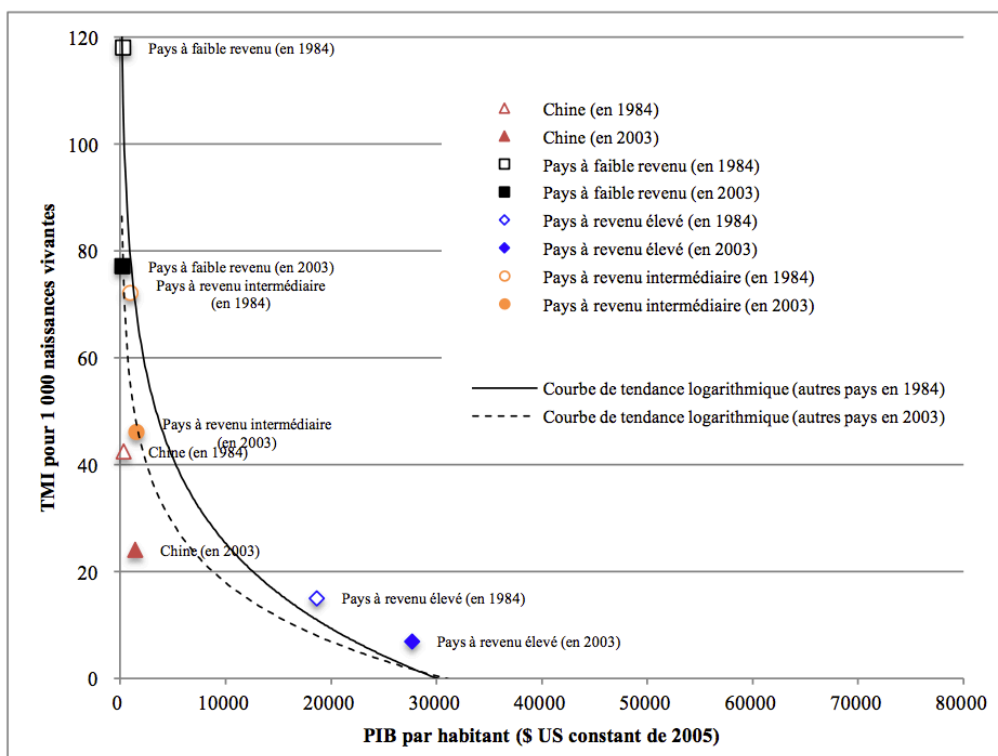
Source : Auteur ; source des données brutes : Banque Mondiale

Figure 41 Comparaison du TMI entre la Chine et le monde, en 2003



Source : Auteur ; source des données brutes : Banque Mondiale

Figure 42 Evolution du TMI de la Chine par rapport aux autres pays entre 1984 et 2003

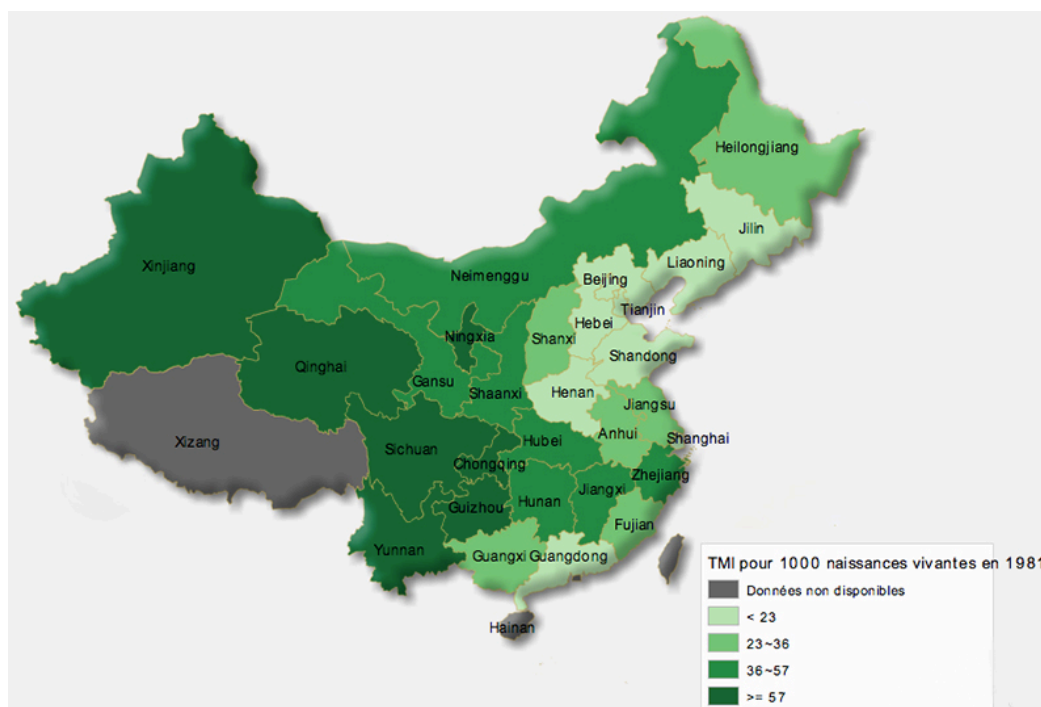


Source : Auteur ; source des données brutes : Banque Mondiale

Les inégalités cependant coexistent non seulement entre la zone rurale et la zone urbaine, mais aussi entre les différentes régions de la Chine. En général, plus les régions se situent à l'est, plus leur développement économique est avancé. Le TMI suit quasiment la même tendance (Cf. Figure 43, Figure 44 et Figure 45). En 1981, si le TMI moyen de l'ensemble des régions chinoises était de 41, on enregistre un TMI égal à 16,1 à Beijing et un de 115 à Xinjiang, l'écart-type était de 23,7. Comme le montre la Figure 43, les inégalités étaient évidentes entre les régions côtières (à l'est), les régions centrales et les régions à l'ouest. En 1990, la situation s'est améliorée, excepté dans trois régions, Jilin, Fujian et Guangxi, où les TMI ont augmenté respectivement de 23%, 2% et 38%. Le TMI en moyenne a baissé à 31,1, le TMI minimum a baissé à 8,8 à Beijing, et le TMI maximum a baissé à 96,2 à Xizang (autrement dit Tibet). Les inégalités étaient réduites par rapport à l'année 1981, avec un écart-type de 20 (Cf. Tableau A.1). Pourtant les inégalités entre les régions étaient toujours aussi évidentes que celles observées en 1981.

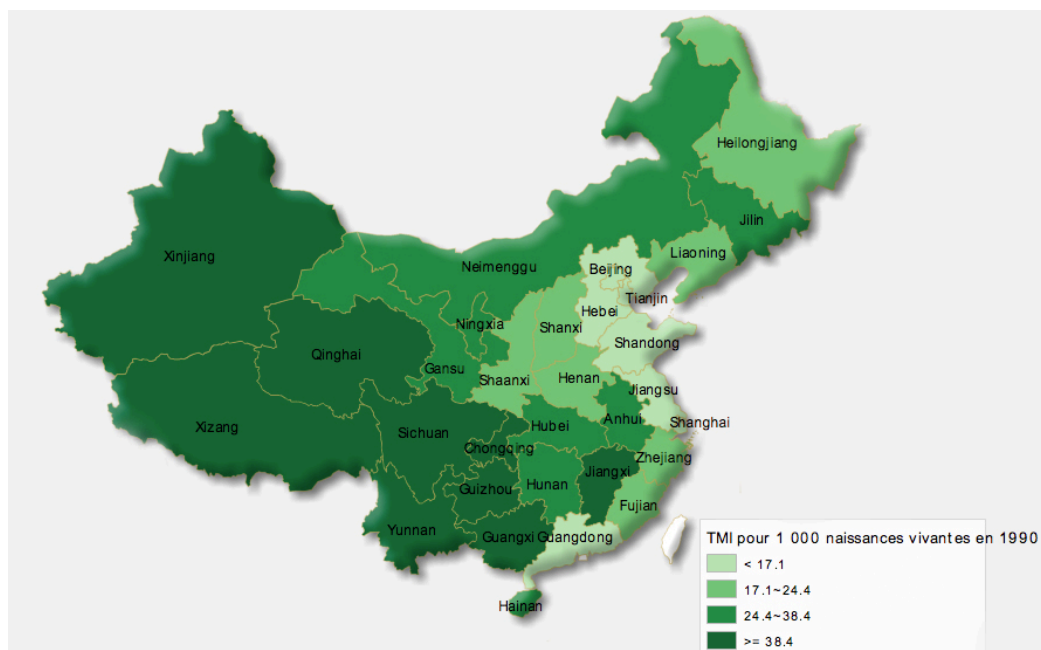
En 2000, les inégalités entre régions persistaient, comme le montre la Figure 45, bien que la moyenne et l'écart-type du TMI ont respectivement baissé à 27,2 et 17,2 (Cf. Tableau A.1). Cependant le TMI dans presque un tiers des régions chinoises s'est dégradé entre 1990 et 2000. Douze régions (sur un total de 31 régions) ont connu une augmentation du TMI, parmi lesquelles Hebei, Shaanxi, Gansu ont connu une augmentation de plus de 50%, soit 98% pour Hebei, 50% pour Shaanxi et 68% Gansu. Cette dégradation en termes de TMI correspond à la période où une grande partie de la population chinoise était sans aucune couverture et que l'accessibilité aux soins de santé est devenu la préoccupation la plus importante du peuple chinois comme mentionné dans l'introduction générale.

Figure 43 TMI des différentes régions en Chine en 1981



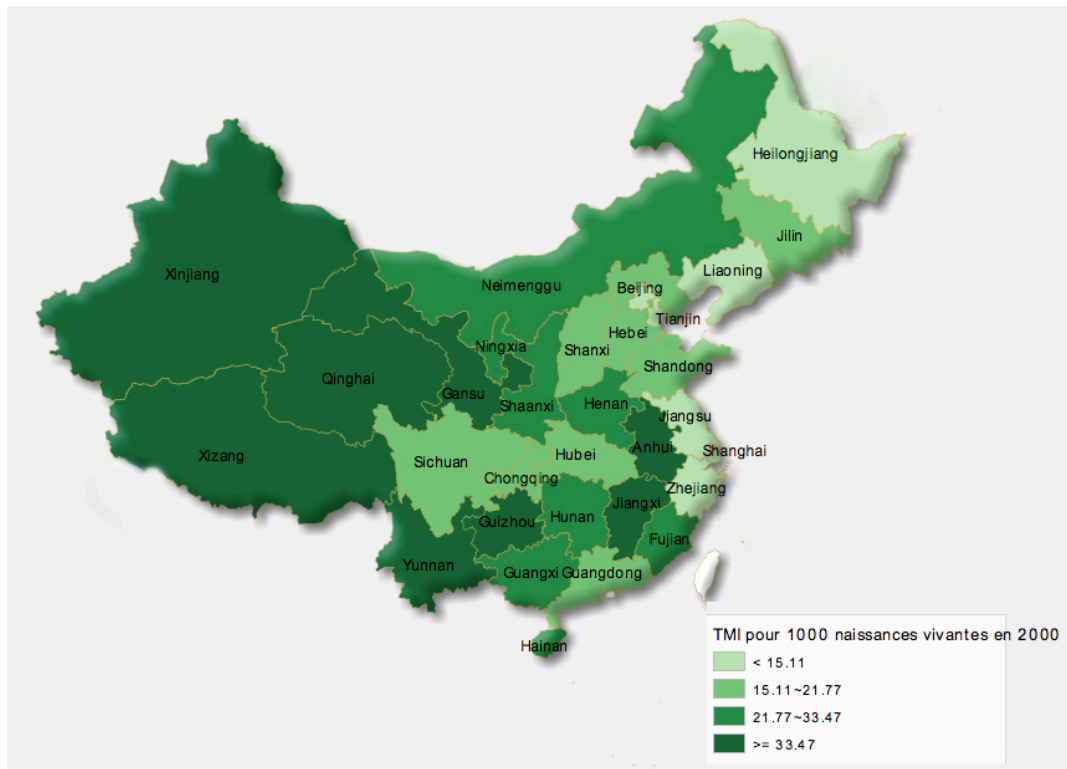
Source : Auteur ; source des données brutes : “National Population and Reproductive Health Science Data Center”

Figure 44 TMI des différentes régions en Chine en 1990



Source : Auteur ; source des données brutes : “National Population and Reproductive Health Science Data Center”

Figure 45 TMI des différentes régions en Chine en 2000

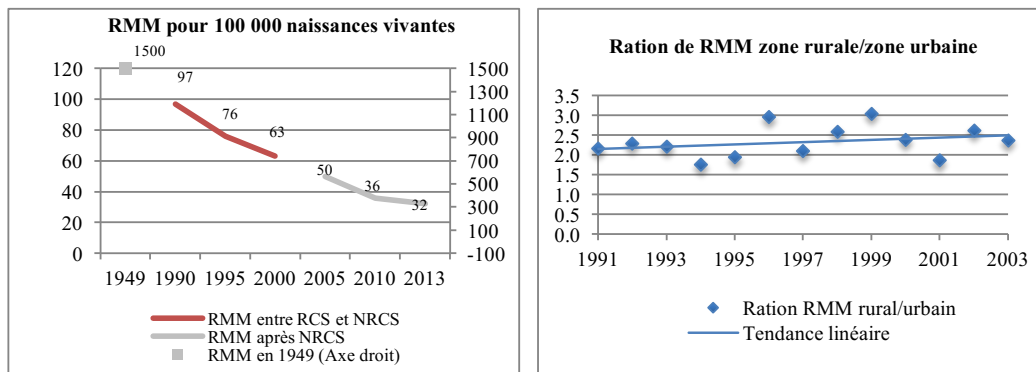


Source : Auteur ; source des données brutes : “National Population and Reproductive Health Science Data Center”

❖ Mortalité maternelle

Concernant la mortalité maternelle, la situation continuait à s'améliorer même après l'effondrement du RCS. La Figure 46 montre l'évolution du ratio de mortalité maternelle (RMM) après 1990. Le RMM est passé de 97 (pour 100 000 naissances vivantes) en 1990 à 50 en 2005. Cependant l'inégalité en termes de RMM entre les zones rurales et les zones urbaines s'est aggravée, et durant cette période le RMM dans les zones rurales est au moins 2,5 fois plus élevés que le RMM dans les zones urbaines.

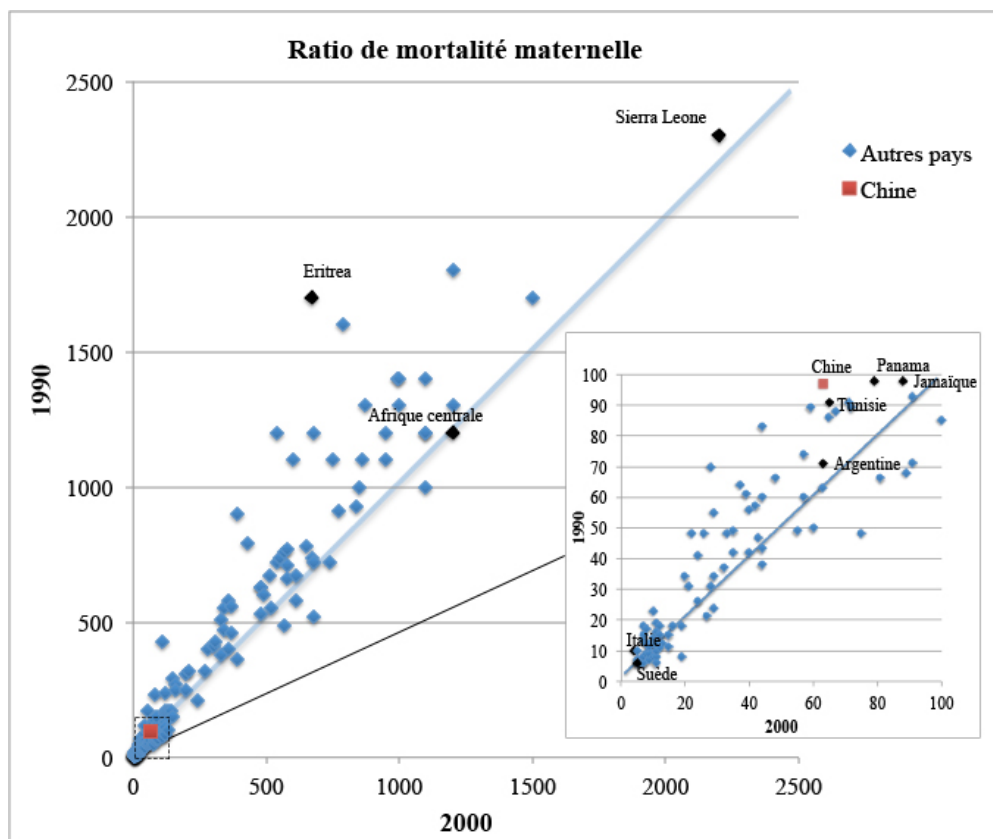
Figure 46 Evolution du RMM après l'effondrement du RCS et avant le NRCS



Source : Auteur ; source des données brutes : OMS et BNSC

Quand nous comparons l'évolution du RMM de la Chine avec celle des autres pays du monde durant cette période (Cf. Figure 47), nous constatons que le RMM de la Chine s'est amélioré. En 1990, le RMM de la Chine était égal à 97 pour 100 000 naissances vivantes, au même niveau que les pays comme le Panama (98) et la Jamaïque (98). En 2000, le progrès de la Chine était plus important que celui de ces deux pays, le RMM de la Chine rattrapait le niveau des pays qui étaient meilleurs en 1990 comme la Tunisie (91 en 1990, 65 en 2000) et l'Argentine (71 en 1990, 63 en 2000).

Figure 47 Comparaison de l'évolution du RMM entre la Chine et les autres pays (1990-2000)



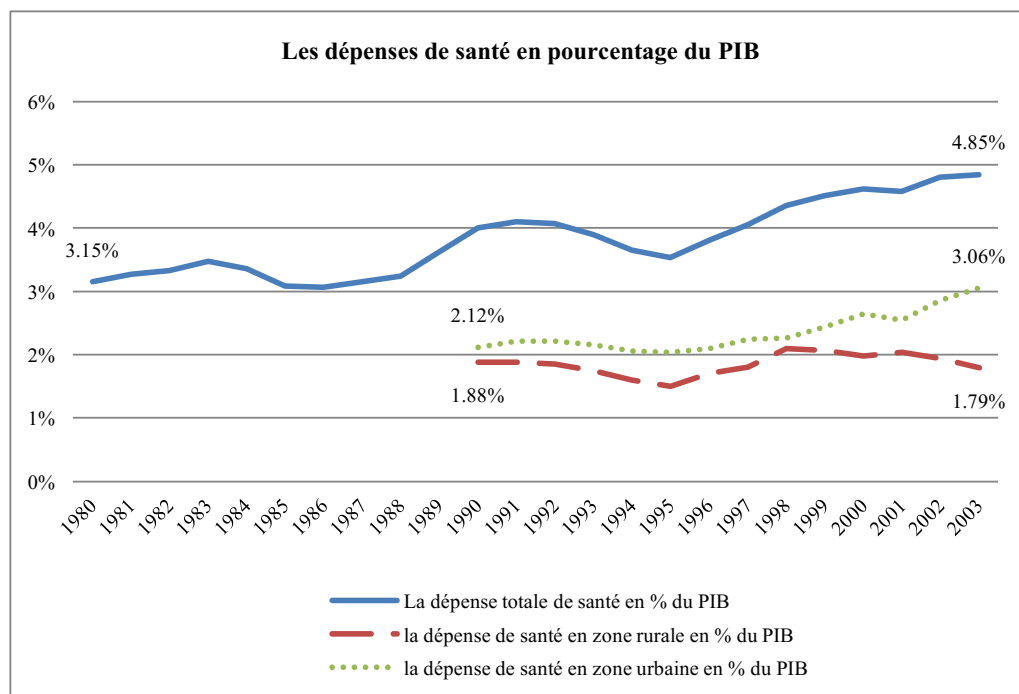
Source : Figures créées par l'auteur selon les données en ligne de l'OMS

3.1.2 Dépenses de santé et équité financière

Pendant la période de transition entre le RCS et le NRCS, comme le montre la Figure 48 le total des dépenses en santé en Chine par rapport au PIB a augmenté de presque 54% : il est passé de 3,15% en 1980 à 4,85% en 2003. Par contre cette évolution a bénéficié seulement aux zones urbaines, soit une augmentation de 44% entre 1990 et 2003, pourtant durant la même période, le pourcentage des dépenses en santé dans les zones rurales par rapport au PIB demeurait autour de 2%.

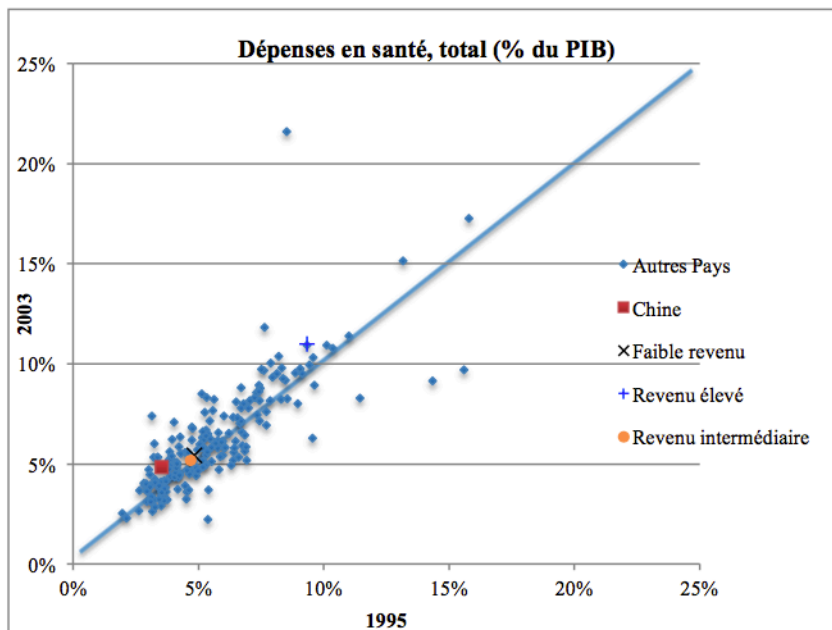
Lorsque nous comparons le total des dépenses en santé de la Chine par rapport aux autres pays du monde, la Figure 49 montre que la dépense totale de santé en pourcentage du PIB de la Chine s'est légèrement améliorée et se situait au même niveau que la moyenne des pays à revenu intermédiaire et de celle des pays à faible revenu (5% en 2003). Par contre, l'écart par rapport aux pays à revenu élevé était encore important, la moyenne de la dépense totale de santé en pourcentage du PIB des pays à revenu élevé était de 11% en 2003.

Figure 48 Dépenses de santé en pourcentage du PIB en Chine



Source : Annuaire National des Statistiques Sanitaires en 2011, Ministère de la santé

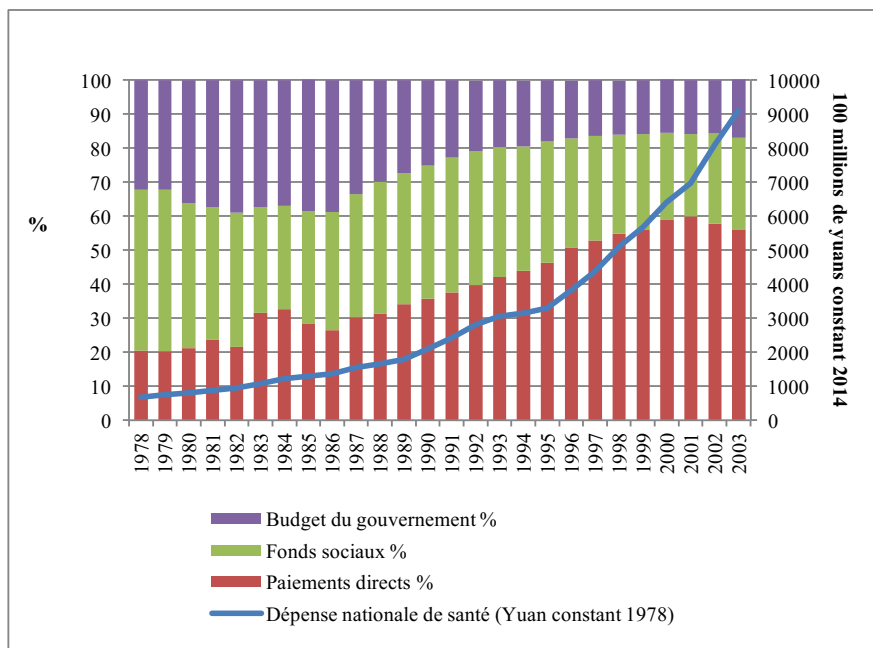
Figure 49 Comparaison de l'évolution du total des dépenses en santé entre la Chine et les autres pays



Source : figures créées par l'auteur selon les données ouvertes de la Banque Mondiale

Si nous analysons la composition de la dépense totale de santé, nous pouvons observer un transfert de charges financières du gouvernement aux ménages durant la période de transition. Comme le montre la Figure 50, le financement de la santé par le budget gouvernemental et les fonds sociaux en pourcentage de la dépense totale de santé ont diminué respectivement de 36,2% en 1980 à 15,5% en 2000, et de 42,6% en 1980 à 25,5% en 2000. En revanche, le paiement direct des individus en pourcentage de la dépense totale de santé a augmenté de 21,2% en 1980 à 59% en 2000, ce qui signifie que les prestataires de services de soins de santé recevaient environ 60% de leurs recettes de la part de paiements directs des individus. Le système de financement de santé en Chine est devenu alors de plus en plus inéquitable. Néanmoins, le rapport de l'OMS - « La santé dans le monde 2000 » indiquait que : « le meilleur moyen de garantir l'équité financière est de privilégier le prépaiement et un prépaiement progressif, par rapport au paiement direct » et « un système de santé dans lequel chacun doit payer directement une part substantielle du coût des services de santé au moment où il vient se faire soigner en limite manifestement l'accès aux seules personnes qui ont les moyens de les payer et risque d'exclure les membres les plus pauvres de la société. » (OMS, 2000)

Figure 50 Changement de composition de la dépense nationale de santé en Chine



Source : « Annuaire National des Statistiques Sanitaires en 2011 », Ministère de la santé

❖ La dépense de santé dans les zones urbaines et rurales

En raison du manque de données disponibles sur les proportions des dépenses individuelles de santé et des dépenses de santé provenant du budget gouvernemental par rapport à la dépense totale en santé en milieu rural, l'inéquité est étudiée en comparant les dépenses de santé des zones urbaine et rurale.

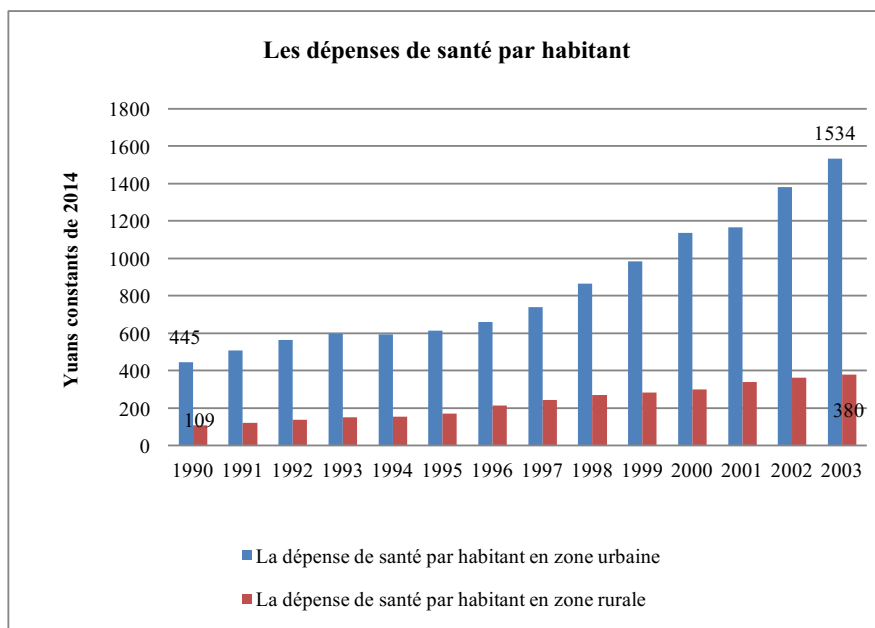
Les Figure 51 et Figure 52 montrent clairement les inégalités entre milieu rural et urbain. Les dépenses de santé par habitant en zone urbaine qui étaient de 445 yuans en 1990 atteignent 1.534 yuans en 2003, contre 109 yuans en 1980 et 380 yuans en 2003 en zone rurale. L'écart entre les deux zones était important : la dépense de santé par habitant en zone rurale ne représente que 25% de la dépense de santé par habitant en zone urbaine, tant en 1990 qu'en 2003.

Le revenu disponible joue un rôle parfois décisif dans la dépense de santé. Les revenus disponibles annuels par habitant en zone urbaine qui étaient de 2 081 yuans en 1980 atteignent 11 717 en 2003, contre 810 yuans en 1980 et 3 626 yuans en 2003 en zone

rurale. La zone urbaine bénéficie davantage des fruits économiques de la réforme et de l'ouverture (les revenus par habitant ont été multipliés par 5,6 en zone urbaine contre 4,5 en zone rurale), il existe toujours un écart considérable entre les deux zones : le revenu disponible par habitant en zone rurale en 2003 représente 31% du revenu disponible par habitant en zone urbaine (il représentait 39% en 1980).

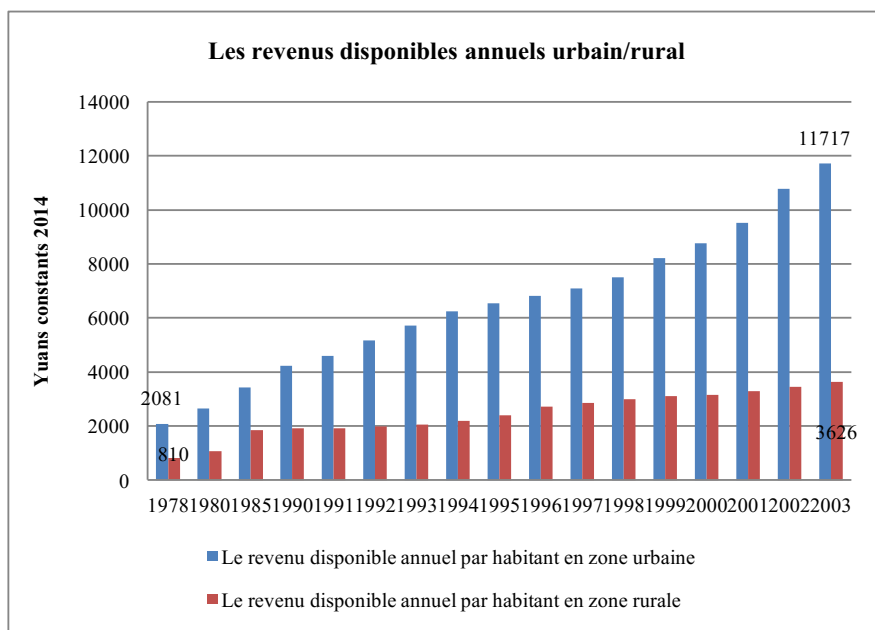
Quant à la dépense de santé en pourcentage du revenu disponible, ce taux a continué à augmenter entre 1990 et 2003 à la fois dans la zone urbaine, à la fois dans la zone rurale. Comme le montre la Figure 53, la dépense de santé par rapport au revenu disponible est passée de 11% en 1990 à 13% en 2003 en zone urbaine et de 6% en 1990 à 10% en zone rurale. Pendant cette période, Les citoyens consacraient une partie plus importante de leurs revenus à la santé que les ruraux.

Figure 51 Evolution des dépenses de santé par habitant en zones urbaines et rurales



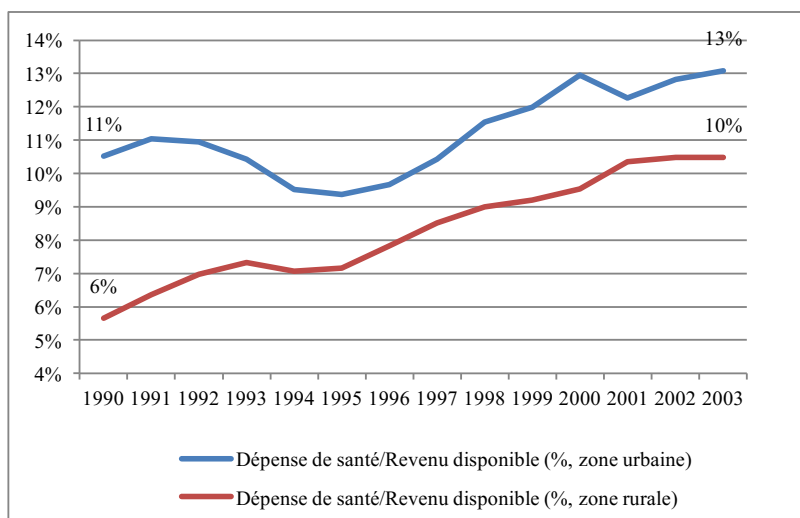
Source : « Annuaire National des Statistiques Sanitaires en 2011 », Ministère de la santé

Figure 52 Disparité de revenu disponible annuel par habitant entre zones urbaines et zones rurales



Source : « Annuaire National des Statistiques en 2012 », BNSC

Figure 53 Evolution de la dépense de santé en pourcentage du revenu disponible entre zone urbaine et zone rurale



Source : Auteur ; Source des données brutes : CNSPF 2011 et BNSC 2012

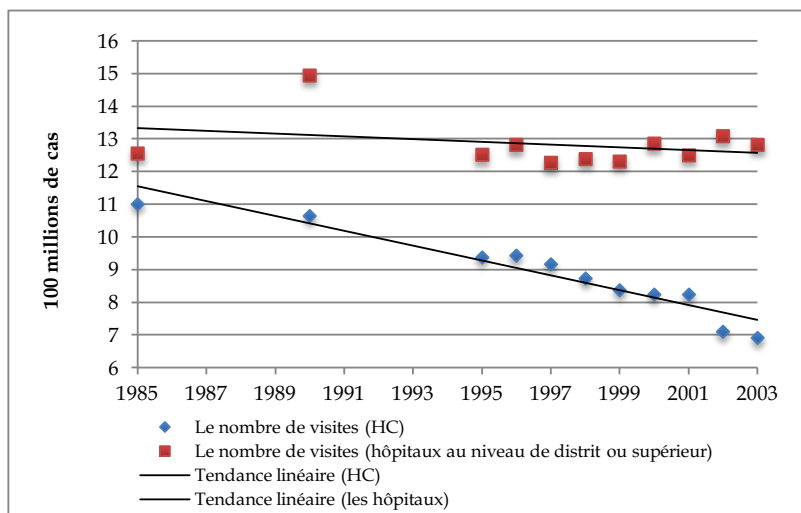
3.1.3 Le système de financement de santé en milieu rural et l'utilisation de services de soins de santé

Après l'effondrement du RCS dans la zone rurale, aucun système de financement de la santé n'a été mis en place par le gouvernement central pour remplacer les caisses sociales communautaires (la principale source de financement du RCS). De nombreuses communautés rurales pouvaient alors concevoir et mettre en place leurs propres mécanismes de financement. La disparition des caisses sociales communautaires et l'autonomie accrue ont conduit de nombreuses communautés rurales à opter pour le système de rémunération à l'acte. En outre, si les budgets des HC et des hôpitaux de district étaient auparavant financés par le gouvernement, y compris les salaires, depuis l'effondrement du RCS seulement 60% des salaires continuaient à être financés par le gouvernement, les 40% restants ainsi que les consommables devaient être financés par les revenus des activités (Dong et al. 1999). A cette fin, les établissements de santé ont été autorisés à prendre plus de 15% de marge sur la vente des médicaments, ce qui a incité les personnels médicaux à « surprescrire » des traitements et des tests diagnostiques afin d'augmenter les revenus des établissements de santé (Liu et al. 1996) (Zhan et al. 1997). Ce problème de demande induite par les prestataires de soins persiste encore jusqu'à nos jours.

En termes d'utilisation des services médicaux dans la zone rurale, comme le montrent les Figure 54 et Figure 55, le nombre de visites et le nombre d'hospitalisations ont connu une forte diminution entre 1985 et 2003, soit de 1,1 milliard à 700 millions pour le nombre de visites, soit de 17,7 millions à 16 millions pour le nombre d'hospitalisations. De même, le taux d'occupation des lits diminue de 46% en 1985 à 31% en 2001, ensuite il remonte jusqu'à 36% en 2003 (Cf. Figure 56). Quant à la durée moyenne de l'hospitalisation, elle raccourcit de 2 jours entre 1985 et 2002 (Cf. Figure 57).

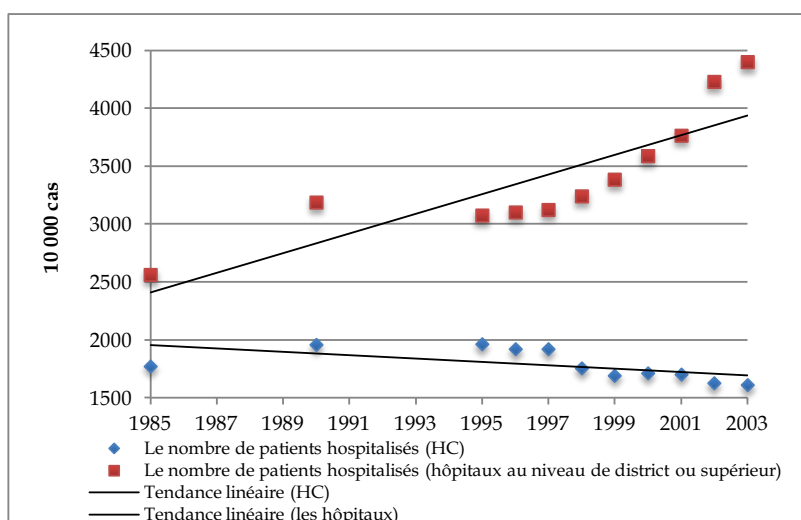
La diminution de l'utilisation des services médicaux peut d'un côté, être expliquée par la hausse de la barrière financière d'accès aux soins de santé primaires causée par le système de rémunération à l'acte. De l'autre, lorsque nous regardons l'utilisation des services médicaux dans les hôpitaux de district ou de niveau supérieur, nous avons constaté que le nombre de visites est resté presque inchangé, par contre le nombre d'hospitalisations a largement augmenté durant la même période, soit de 27 millions de cas en 1985 à 44 millions de cas en 2003. Ce contraste peut être expliqué par le transfert d'une partie des patients des HC aux hôpitaux de plus haut niveau. Les patients ont plus confiance en la qualité des services médicaux dans les hôpitaux que dans les établissements de santé de base et préfèrent payer plus cher et se déplacer plus loin pour être sûr de la qualité des soins (Eggleston et al., 2008 ; Bao, 2009 ; Liu, 2010).

Figure 54 : Nombre de visites dans les hôpitaux cantonaux



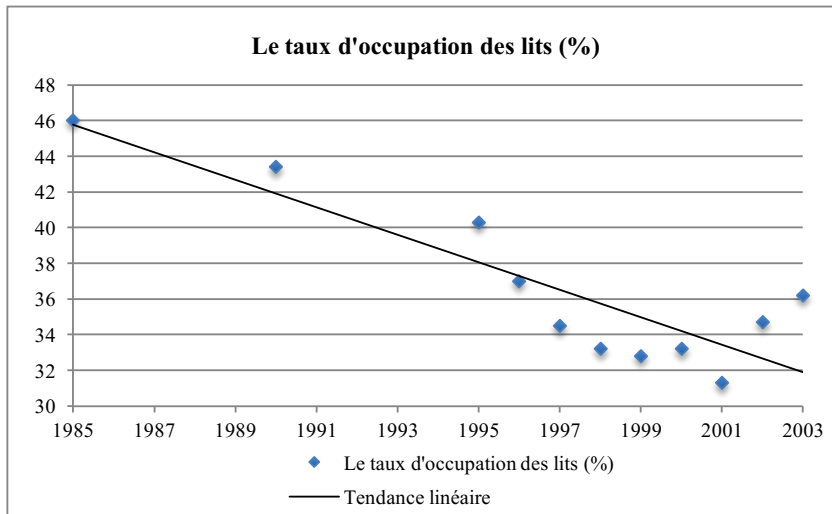
Source : Auteur ; Source des données brutes : CNSPF 2004 et 2008

Figure 55 : Nombre de patients hospitalisés dans les hôpitaux cantonaux



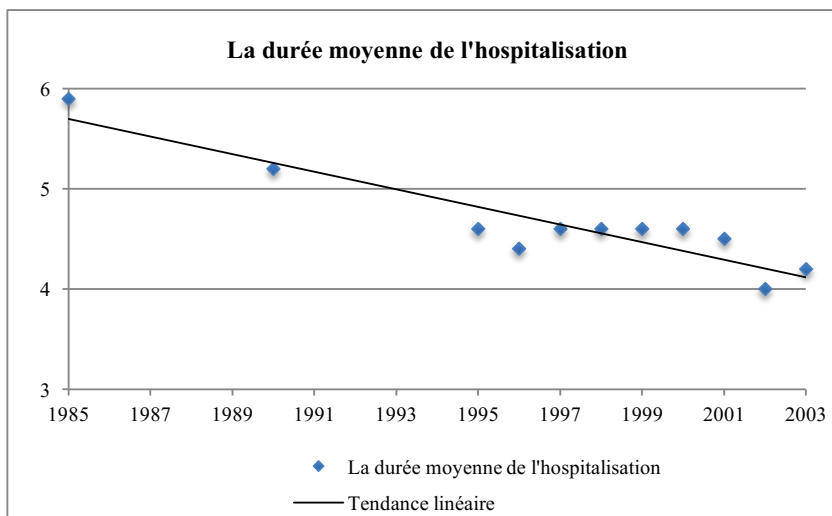
Source : Auteur ; Source des données brutes : CNSPF 2004 et 2008

Figure 56 : Taux d'occupation des lits dans les hôpitaux cantonaux (%)



Source : « Résumé des Statistiques Sanitaires en 2008 », Ministère de la santé

Figure 57 : Durée moyenne de l'hospitalisation dans les hôpitaux cantonaux



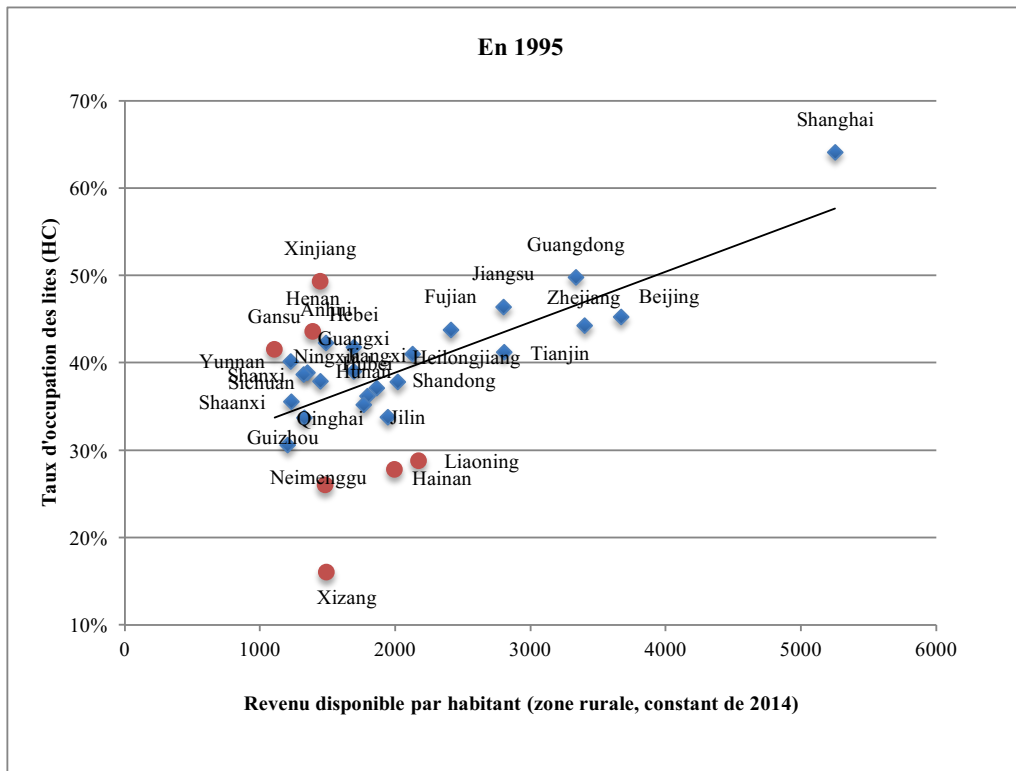
Source : « Résumé des Statistiques Sanitaires en 2008 », Ministère de la santé

La diminution de l'utilisation de soins de santé peut être plus explicitement illustrée par un phénomène particulier dans les régions rurales en Chine : "Refuser le traitement de maladies courantes, retarder le traitement de maladies graves, et finalement les maladies courantes deviennent maladies graves." Les données issues du « Résumé des Statistiques Sanitaires de la Chine en 2008 » concernant le TCBM (Taux de Consultation Bi-Mensuel) et le TNCBM (Taux de Non Consultation Bi-Mensuel) en 1998 et 2003, illustrent bien également la diminution de l'utilisation des

services de santé. On y voit que le TCBM est passé de 16,46% en 1998 à 13,92% en 2003, en revanche, le TNCBM a augmenté, passant de 33,2% en 1998 à 45,8% en 2003. En d'autres termes, en 2003, le nombre de personnes malades qui n'ont pas eu de consultation médicale est le triple de ceux qui ont pu en bénéficier ; c'était le double en 1998.

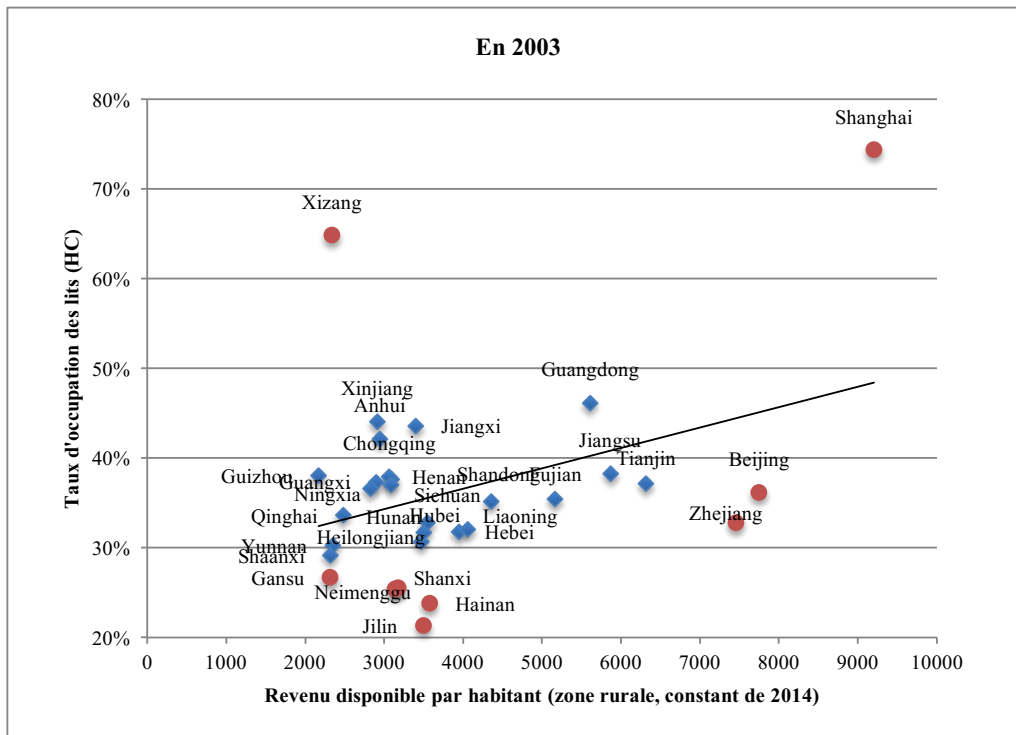
Quant à l'utilisation des services médicaux dans les HC de différentes régions chinoises, nous constatons qu'il existe une grande disparité entre régions, cette disparité restait toujours importante durant la période pré-NRCS (avant 2003). Lorsque nous regardons le Taux d'Occupation des Lits (TOL), en 1995, le taux moyen entre différentes régions chinoises était de 39% (16 régions avaient un TOL supérieur ou égal à 40%), avec un écart-type de 9%, le taux le plus faible était celui de Xizang (16%), contre le taux le plus élevé à Shanghai (64%, ce taux était plus faible que le taux moyen des pays OCDE dans la même année : 73,8%) (OCDE, 2009). D'autre part, comme le montre la Figure 58, quand nous comparons le taux d'occupation des lits par rapport au revenu disponible par habitant, nous constatons que plus la région était riche, plus son TOL était élevé, sauf que certaines régions se sont éloignées de cette tendance, comme Xinjiang, Henan et Gansu, leurs TOL était plus élevés que d'autres régions qui avaient le même niveau de revenu disponible par habitant. Au contraire, certaines régions comme Xizang, Neimenggu, Hainan et Liaoning, leurs TOL étaient beaucoup plus faibles que les régions qui avaient le même niveau de revenu. En 2003, comme le montre la Figure 59, le TOL moyen a baissé à 36% (seulement 6 régions avaient un TOL supérieur ou égal à 40%), l'écart entre régions a augmenté, avec un écart-type de 11%. Le TOL le plus élevé est toujours Shanghai (74% qui était proche du niveau des pays OCDE en 2002, soit 75%) (OCDE, 2005), et le TOL le plus faible était celui du Jilin, soit 21%. Le lien entre TOL et le revenu disponible par habitant était toujours progressif. Certaines régions avaient encore un TOL plus faibles que les régions ayant le même niveau de revenu, comme Gansu, Neimenggu, Jilin, Shanxi, Hainan, Zhejiang et Beijing. Par contre le TOL du Xizang a quadruplé par rapport à l'année 1995, il a augmenté jusqu'à 65%, cette croissance phénoménale peut être due à la mise en place du système de service médical gratuit dans la zone rurale de Xizang à la fin d'année 1993. (Conseil d'Etat, 2014).

Figure 58 : Taux d'occupation des lits dans les HC, par région, en 1995



Source : Auteur ; source des données brutes : CNSPF 1996 et BNSC 1999

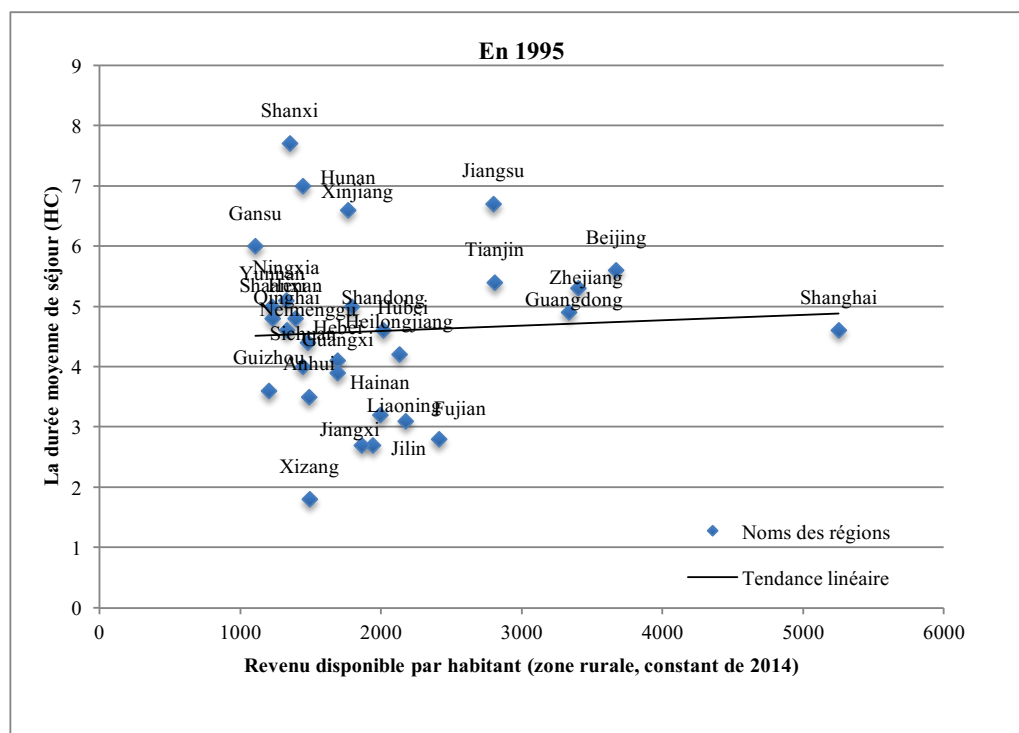
Figure 59 : Taux d'occupation des lits dans les HC, par région, en 2003



Source : Auteur ; source des données brutes : CNSPF 2004 et BNSC 2004

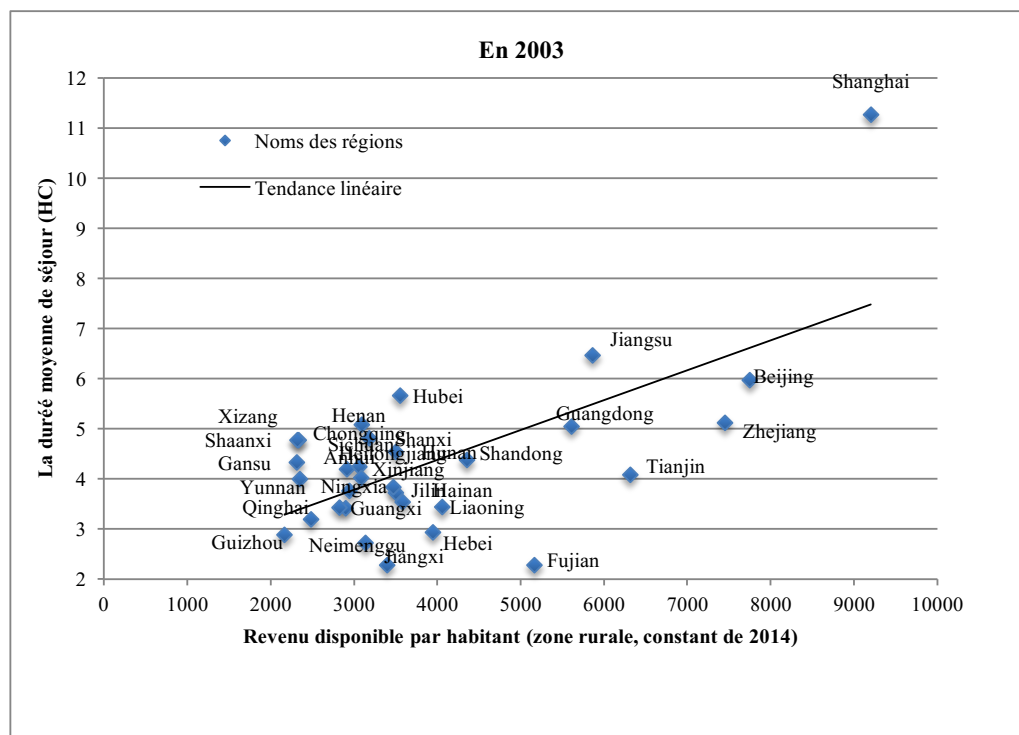
En termes de Durée Moyenne de Séjour (DMS) dans les HC, la relation entre la DMS et le revenu disponible par habitant était beaucoup moins significative en 1995 qu'en 2003 (Cf. Figure 60 et Figure 61). En 1995, la DMS moyenne était de 5 jours, avec un écart-type de 1,4 jour. La DMS la plus longue était celle de Shanxi (soit 7,7 jours), la DMS la plus courte était celle de Xizang (soit 1,8 jour). En 2003, la DMS moyenne restait presque au même niveau qu'en 1995, soit 4 jours, avec également un même niveau d'écart-type (soit 2 jours). Par contre, la DMS de Xizang a presque triplé, soit de 1,8 jour à 4,8 jours, la raison peut être aussi due à la gratuité des services médicaux dans la zone rurale de Xizang. D'autre part, en 2003, le lien entre la DMS et le revenu disponible par habitant est devenu significativement progressif, surtout à Shanghai, la DMS a plus que doublé. Ceci peut être expliqué par la croissance de la demande induite due au changement de mode de paiement des prestataires de santé. Comme le montrent la Figure 62 et la Figure 63, le même phénomène existait également en termes du nombre de visites par habitant et du nombre d'hospitalisations par habitant.

Figure 60 : Durée moyenne de séjour dans les HC, par région, en 1995



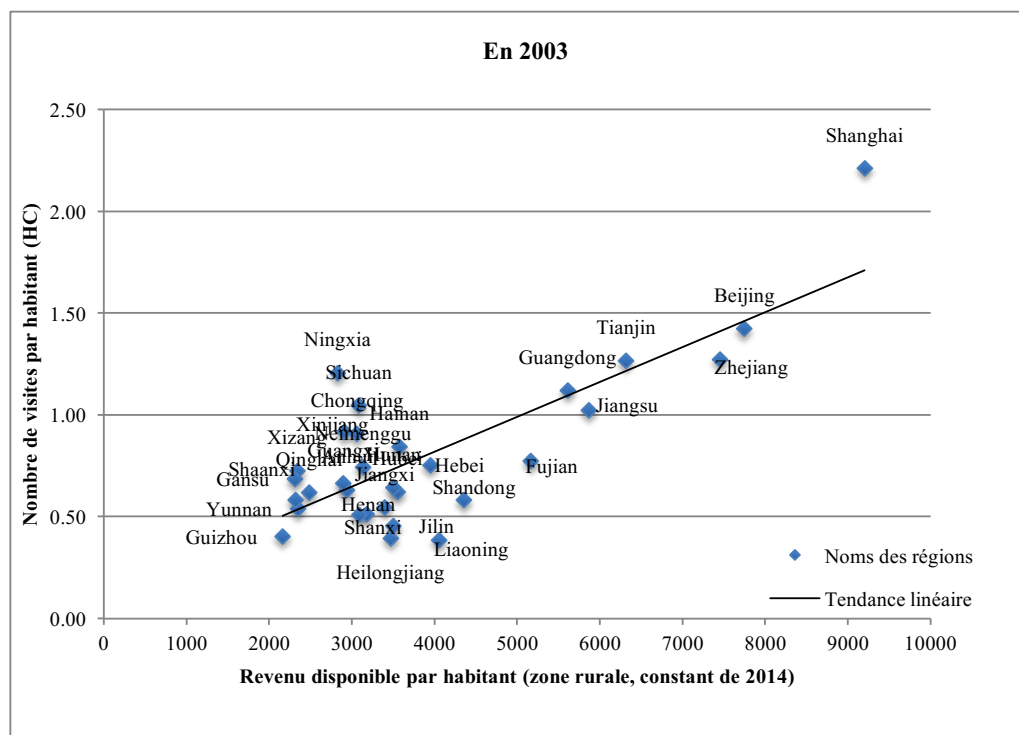
Source : Auteur ; source des données brutes : CNSPF 1996 et BNSC 1999

Figure 61 : Durée moyenne de séjour dans les HC, par région, en 2003



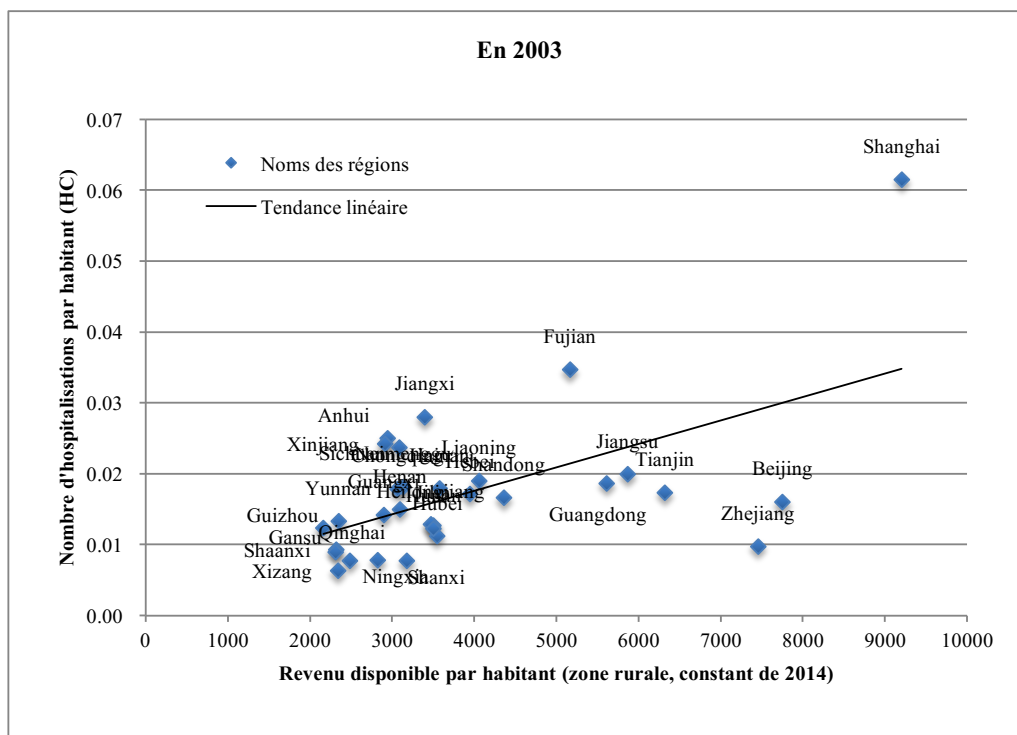
Source : Auteur ; source des données brutes : CNSPF 2004 et BNSC 2004

Figure 62 : Nombre de visites par habitant dans les HC, par région, en 2003



Source : Auteur ; source des données brutes : CNSPF 2004 et BNSC 2004

Figure 63 : Nombre d'hospitalisations par habitant dans les HC, par région, en 2003



Source : Auteur ; source des données brutes : CNSPF 2004 et BNSC 2004

3.1.4 Propriété des établissements de soins de santé et la prestation des services de soins de santé

En raison de la réforme de l'économie, du système d'administration, et de l'effondrement du RCS, la structure de la propriété des établissements de soins de santé en milieu rural, ainsi que leur gestion, en furent modifiées. Avant la réforme, la plupart des cliniques de village étaient détenues par les villages et financées principalement par les RCS. Après la réforme économique, beaucoup d'entre elles ont été vendues à des particuliers ou cédées à des praticiens privés (Feng et al. 1995). Comme le montre le Tableau 3, en 1990, plus de la moitié de ces centres de santé fonctionnaient à titre individuel ou étaient détenus par des groupes de praticiens privés.

Tableau 3 Pourcentage des cliniques de village (CV) sous différentes formes de propriété, Chine rurale, 1982-1990

Année	Nombre de CV	Village et Canton	Groupes de praticien privé	Autre
1982	608 145	Presque 100%	-	-
1984	707 168	64%	32%	4%
1986	795 963	52%	44%	4%
1988	806 497	49%	46%	5%
1990	803 956	47%	48%	5%

Certains villages ont un ou plusieurs cliniques.

Source : " Statistiques Sanitaires de Chine, édition sélectionnée ", Ministère de la Santé.

Sans subventions gouvernementales ni soutien financier du RCS et dans un objectif de maintenir leurs activités d'exploitations et de réaliser des bénéfices, ces établissements privés répondaient moins à l'état de santé publique et à la priorité gouvernementale qu'à leur propre intérêt économique. De sorte que, leurs services de soins furent déformés et l'émergence et la prévalence de la demande induite par les prestataires aggravèrent non seulement la charge financière de la dépense individuelle de santé, mais limitèrent l'accès aux soins de santé primaires pour les pauvres, et firent tomber la qualité des services de soins de santé.

Comme la santé publique n'était plus la première préoccupation des établissements de santé à cause de l'existence manifeste d'une information asymétrique et cela afin d'accroître leurs ressources et leurs revenus, les médecins purent facilement « surprescrire » des médicaments ou des tests diagnostiques qui affectèrent négativement la prestation des services de soins de santé (Zhan et al. 1997).

3.2 Qu'elle a été la réaction du gouvernement ? (Rétablissement du RCS)

Comme indiqué précédemment, après le changement du système de "commune populaire" en un système de "responsabilité productive des ménages", la caisse sociale de commune qui était la ressource principale du RCS disparut et le RCS

s'effondra. En 1990, seulement 6% de villages restaient encore couverts par le RCS. Face aux problèmes du RCS traditionnel, à partir du milieu des années 80 jusqu'au début des années 1990, le gouvernement chinois fût conscient de la nécessité de la restauration du système de soins de santé en milieu rural. Une série de travaux de recherche¹⁴ fût organisée par la CNSPF en coopération avec les organisations internationales et les instituts nationaux (Wang et Ye, 2004).

Face à cette situation, le gouvernement songea à rétablir le RCS. En 1993, le rapport d'ORCE du Ministère de la Santé formulait plusieurs propositions sur le rétablissement du RCS. La proposition principale fût que l'accès aux soins de santé primaires pour la population rurale dans les zones sous développées avait besoin d'une amélioration immédiate et que le premier objectif du RCS serait de réduire considérablement les problèmes de pauvreté causée par la maladie ou les problèmes de maladies causées par la pauvreté. D'autres propositions dans ce rapport furent que (Carrin et al. 1999) :

- Les modèles du RCS devraient s'adapter à la situation économique locale et au revenu de la population locale.
- L'objectif du RCS devrait être à but non lucratif.
- L'inscription devrait être sur une base volontaire.
- Le RCS devrait améliorer la qualité des services et faciliter l'accès aux soins de santé.

¹⁴ 1985-1993: « Une série d'études sur le système d'assurance santé en Chine rurale » dans le JIAN YANG et le MEI SHAN district dans la province de SI CHUAN. Ces études, intitulées « Santé II » ont été financées par la Banque mondiale et co-organisées par la CNSPF et « Rand Corporation ».

1987: « Une série d'études sur le Régime Coopératif de Santé en Chine rurale ». Ces études ont été co-entreprises par la CNSPF et l'Université de Médecine d'AN HUI.

1988: « Etude de système de soins de santé en Chine rurale », co-entreprise par la CNSPF et "The Expert Committee of Health Policy and Management Research" (ECHPMR¹⁴)

1993: « Accélérer la réforme et la construction du système coopérative de soins de santé en Chine rurale, un rapport de recherche », ce rapport a été mis en évidence par l'office de recherche du Conseil d'Etat (ORCE) et la CNSPF après une étude générale sur la faisabilité de la réintroduction du RCS.

En mars 1994, le projet de rétablissement du RCS fût lancé par la CNSPF dans quatorze districts pilotes de sept provinces¹⁵. Une Equipe Technique Centrale (ETC), composée de fonctionnaires du Ministère de la Santé et des chercheurs de l'Université de Médecine de Beijing et d'Anhui, fût créée. L'appui technique de l'Organisation Mondiale de la Santé fût fourni grâce à la collaboration avec l'ETC (Carrin et al. 1999).

En Octobre 1995, une première évaluation à mi-parcours du RCS fût organisée par l'OMS, la CNSPF et l'ETC. La conclusion générale de cette évaluation confirma que la charge des ménages concernant les soins de santé avait été réduite, quoique légèrement, mais que l'avenir du RCS était optimiste (Carrin et al. 1999).

En Juillet 1996, 183 districts des 19 provinces, villes et régions autonomes furent choisis comme districts pilotes et à la fin de l'année 1996, le taux de couverture du RCS dans les villages atteignit alors 17,59%, soit une augmentation de 6,41% par rapport à l'année 1995.

En janvier 1997, le rétablissement du RCS fût encouragé par la « Décision sur la réforme de la santé et le développement » délivré par le Conseil d'Etat, en outre, le financement du RCS fût déterminé dans cette décision : La principale source de financement du RCS sera alors les contributions individuelles, puis les soutiens appropriés de la part du gouvernement et des collectivités.

Cependant cette forme de collecte des recettes ne permit pas de résoudre le problème traditionnel du financement du RCS. Comme le système de financement collectif avait déjà disparu, les soutiens appropriés du gouvernement et la faible capacité et volonté de paiement des habitants en zones rurales ne purent couvrir l'augmentation des dépenses de santé.

¹⁵ Les districts pilotes sont Tongxian et Pinggu (Beijing), Qidong et Xinghua (Province de Jiangsu), Haining et Xiaoshan (Province de Zhejiang), Xinmi et Wuzhi (Province de Henan), Wuxue et Changyang (Province de Hubei), Yongning et Lingwu (Province de Ningxia), Yongxiu et Yihuang (Province de Jiangxi); Au début de l'année 1995, Tongxian a été remplacé par Fangshan (Beijing).

En outre, des travaux de recherche montraient que certains gouvernements locaux considéraient la contribution individuelle du RCS comme une lourde charge financière pour les habitants en zones rurales. Certains programmes du RCS furent donc arrêtés par obligation, (Wang et Ye, 2004) tel que les programmes du RCS dans le district de Kaifeng et le district de Linzhou dans la province de Henan qui ont été désignés par la CNSPF en tant que districts pilotes du RCS.

Suite à ces études, le gouvernement chinois a identifié un nombre de problèmes dans le système de financement communautaire :

- sélection adverse,
- inefficacité de la gestion,
- augmentation des coûts,
- bénéfices insuffisants pour la population couverte,
- support insuffisant de la part de gouvernement central et local,
- faible qualité de service médical dans les hôpitaux cantonaux et les cabinets médicaux de village,
- un sentiment de méfiance de la gestion du RCS parmi les résidents ruraux,
- défaut de mode de remboursement.

Pour faire face à ces défis, le gouvernement chinois a initialisé en 2003 un nouveau régime coopératif de santé dans le milieu rural.

4 Le nouveau régime coopératif de santé dans le milieu rural (NRCS)

A la suite de la suppression des coopératives dans les zones rurales au cours de la réforme économique du début des années 1980, l'accès aux soins de santé primaires a été de plus en plus difficile pour la majorité des habitants ruraux (OMS, 2004).

Après plus d'une décennie d'expérience en collaborant étroitement avec les institutions internationales et nationales dans les districts pilotes, en 2002, le gouvernement a décidé d'introduire un nouveau Régime Coopératif de Santé (NRCS) avec l'objectif de fournir une couverture de l'assurance pour toute la population rurale. Ce fut la première fois dans l'histoire moderne de la Chine que le gouvernement exprimait ainsi sa grande intention et son engagement d'améliorer la santé en milieu rural (Yang et al. 2008).

Le NRCS a plusieurs caractéristiques importantes qui découlent du projet de rétablissement du RCS de 1994 développé dans les 14 districts pilotes. Cependant, les modes de financement sont significativement différents entre ces deux régimes : dans le RCS, le soutien financier du gouvernement est approprié ou faible. La ressource principale est la contribution individuelle. Avec une forte croissance économique, le gouvernement a une plus forte capacité financière à fournir de meilleurs services sociaux (Liu et Rao, 2006) et a donc décidé de participer activement au financement du NRCS.

4.1 Qu'est ce que le nouveau RCS ?

Le Nouveau Régime Coopératif de Santé (NRCS), succédant au RCS, couvre les personnes ayant un « *hukou* »¹⁶ rural. A la différence de son prédécesseur, c'est un

¹⁶ Le « *hukou* » est un système d'enregistrement et de contrôle de la population instauré à l'époque maoïste pour servir le projet de développement socialiste. Interdisant à l'origine toute mobilité sociale et spatiale, séparant strictement ruraux et urbains en conférant à ces derniers des privilèges déniés aux premiers, il a instauré une société de statuts s'opposant à l'égalité des citoyens devant la loi, pourtant stipulée par la Constitution chinoise. Bien qu'assoupli par la réintroduction de l'économie de marché il y a un quart de siècle et par les réformes dont il a fait l'objet depuis plus de vingt ans, il reste aujourd'hui une institution fondamentale du régime de la République Populaire de Chine. (Froissart, 2008)

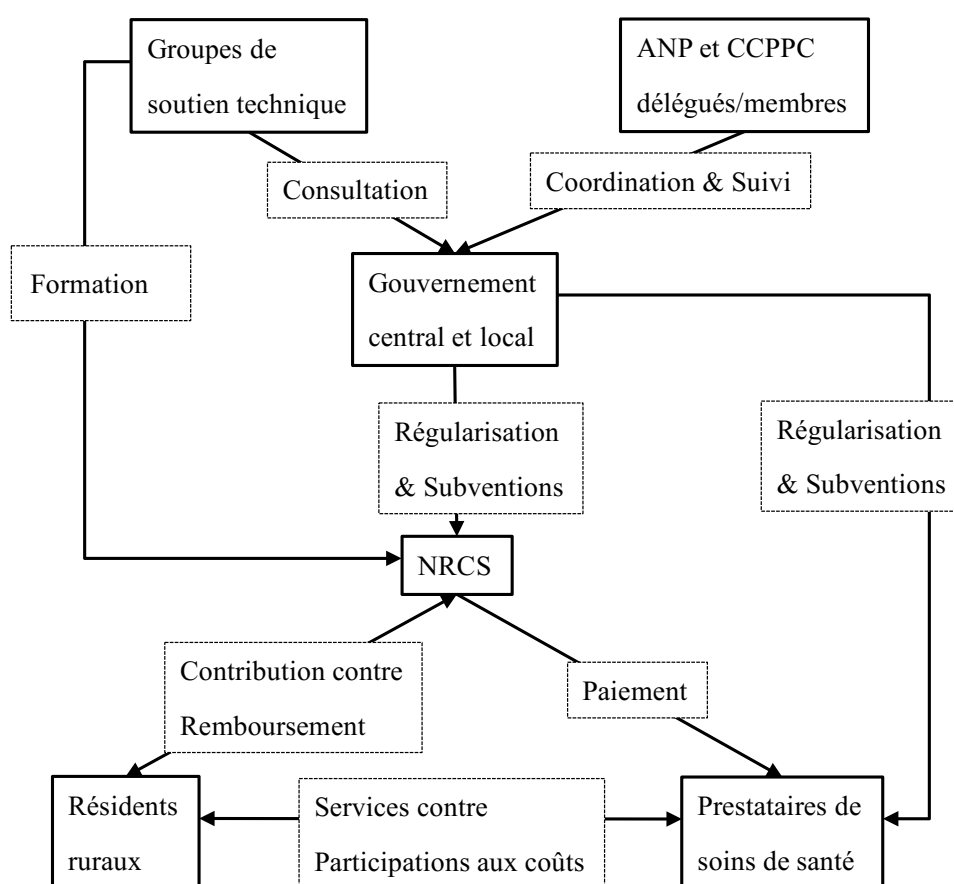
régime d'assurance de base volontaire qui fonctionne au niveau du district. Il est organisé, guidé et soutenu par le gouvernement chinois, financé par plusieurs parties prenantes : individu, gouvernements central et local (Center for China Cooperative Medical Scheme, 2005). Au début du lancement du NRCS, dans un objectif de promouvoir le nombre de souscription, le montant de la cotisation individuelle a été fixé très bas (soit 10 yuans par personne en 2003), et les subventions gouvernementales étaient de 20 yuans par personne par an. Ce budget s'est avéré insuffisant et pour couvrir une grande population rurale non-assurée, et pour permettre la promotion de la santé et mener des activités préventives (Hu, 2004 ; Wagstaff et al. 2007). Pour corriger ce défaut, le niveau de financement du NRCS a été rehaussé plusieurs fois et a atteint 90 yuans pour la cotisation individuelle et 320 yuans pour les subventions gouvernementales en 2014. L'objectif du NRCS est de fournir une protection de la population rurale contre le risque financier lié aux dépenses catastrophiques de santé avec comme objectifs de réduire la pauvreté due à la maladie et d'augmenter la satisfaction des ruraux vis-à-vis des services de soins de santé (OMS, 2004). Le panier de bénéfice était essentiellement basé sur le remboursement des frais d'hospitalisation. Le taux de remboursement des frais d'hospitalisation est passé de 23.14% en 2004 à 55% en 2012 (Figure 3.31). La tendance aujourd'hui est d'élargir le panier de bénéficiaires au remboursement des frais des consultations ambulatoires

4.2 L'administration du NRCS

Au niveau central, la ligne directrice pour la conception et l'administration du NRCS est produite par la CNSPF en collaboration avec d'autres Ministères, départements et bureaux concernés, comme le Ministère des Finances, le Ministère de l'Agriculture et le Ministère des Affaires Civiles, suivis par le Conseil d'Etat. Les bureaux de santé au niveau provincial ont la responsabilité d'offrir la direction et l'assistance technique aux autorités des districts participants. Les agences administratives de santé au niveau du district sont chargées de la conception, de la mise en œuvre et de l'administration des programmes NRCS du district (Ministère de la Santé et al. 2003, Brown et al. 2008).

Il existe cinq principales parties prenantes qui assurent le fonctionnement du NRCS : les départements concernés des gouvernements central et local, les groupes de soutien technique¹⁷, les délégués de l'ANP (Assemblée nationale populaire) et les membres de la CCPPC (Conférence Consultative Politique du Peuple Chinois), les prestataires de soins de santé et les résidents ruraux (Wang 2008), ce qui forme une relation multilatérale de contrôle mutuel, comme le montre la Figure 64.

Figure 64 La relation entre les parties prenantes du NRCS



Source : figure créée par l'auteur selon l'article de Wang Yunping 2008

¹⁷ Les groupes de soutien technique sont composés des organisations nationales et internationales, comme l'Organisation Mondiale de la Santé, la Banque Mondiale etc.

Parmi ces parties prenantes, le gouvernement a la plus forte influence. Il est non seulement l'encadreur de l'ensemble des règles du jeu du NRCS, celui qui régule et surveille les comportements des autres parties, mais aussi le principal contributeur des fonds en attribuant des subventions aux participants de ce régime et en contrôlant les prestations de services de santé auprès du budget (Mao, 2005).

Les résidents ruraux ont la plus faible influence à cause de leur faible capacité économique et intellectuelle, du manque de cohésion en tant que groupe d'intérêt, et de l'absence de canaux pour exprimer leurs préoccupations.

Les prestataires de soins de santé ont une influence relativement forte et peuvent utiliser leurs avantages en information et en technique pour maximiser leur propre intérêt.

Les deux autres parties prenantes : les groupes de soutien technique et les délégués de l'ANP ou les membres de la CCPPC jouent un rôle de coordinateur dans le cadre du NRCS. Leurs influences sont très fortes. L'expertise, la connaissance et l'expérience internationale des groupes de soutien technique sont très importantes et utiles pour les décideurs, plus particulièrement en Chine, là où la prise de décision suit un modèle "top-down". Les délégués du CNP et les membres de la CPPCC, ayant une certaine influence politique, peuvent défendre les intérêts des habitants ruraux par les voies officielles et les médias.

4.3 L'évolution du NRCS

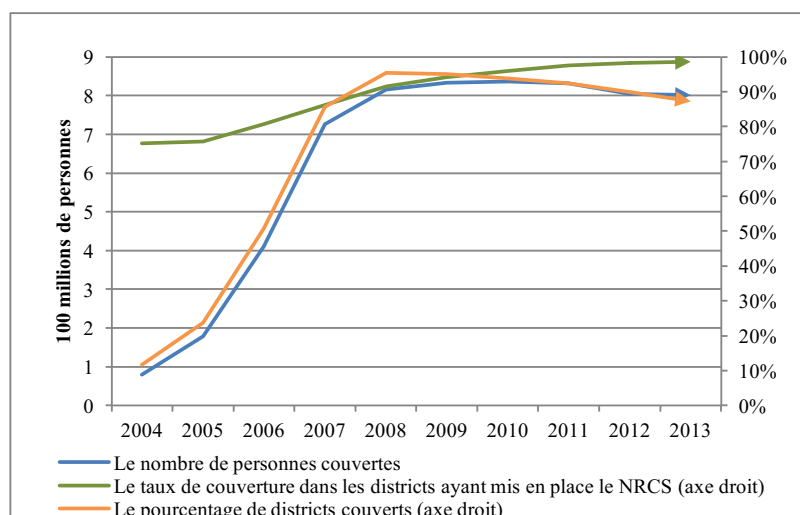
En octobre 2002, établir un nouveau Régime Coopératif de Santé a été explicitement indiqué dans la « Décision du Conseil d'Etat sur le renforcement de la Santé rurale ». La même année, les provinces de Yunnan, de Hubei et de Jilin ont été sélectionnées comme les premières unités expérimentales.

La Figure 65 montre le développement rapide du NRCS. Selon les données du Bureau National des Statistiques Chinois, jusqu'à fin octobre 2004, 12% des districts (soit 333 sur 2 862 districts) ont commencé à mettre en œuvre le NRCS. Le nombre de cotisants

a atteint 80 millions et le taux de couverture dans ces 333 districts était de 75%. En 2005, le nombre des districts couverts par le NRCS a doublé (soit 24% de districts). A la fin mars 2006, le nombre de districts couverts par le NRCS doublait encore pour couvrir 51% des districts du pays. Le NRCS couvrait alors 410 millions de ruraux, soit 56,04% de la population rurale et le taux de couverture dans ces 1 451 districts était de 80,7%.

Après dix ans d'expérience, de 2003 à 2013, le NRCS a été mis en œuvre sur une grande échelle dans la plupart des districts chinois. A la fin de l'année 2013, 2 489 districts chinois (soit 87% de districts) avaient mis en œuvre le NRCS, avec un taux de couverture de 97,5%, soit 832 millions d'inscrits.

Figure 65 Couverture du NRCS



Source : « Résumé des Statistiques Sanitaires en 2009 et en 2013 », Ministère de la santé

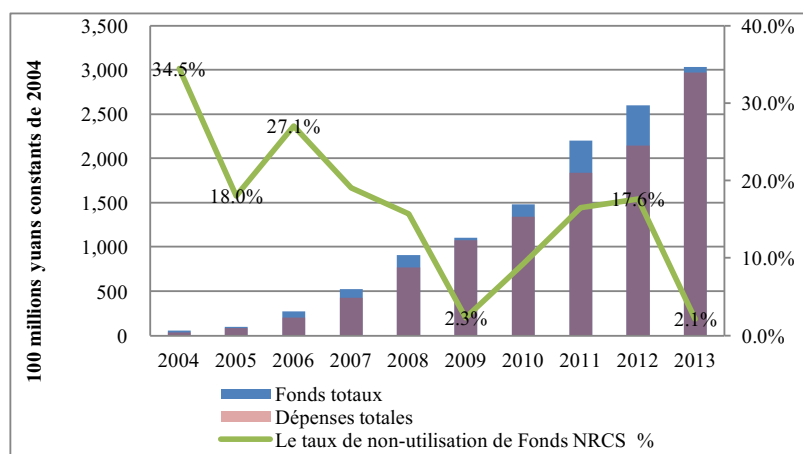
La Figure 66 montre que les fonds totaux et les dépenses totales du NRCS ont augmenté rapidement et considérablement. Les fonds totaux comprennent, les subventions de gouvernement central et des gouvernements locaux, les contributions des ruraux, les intérêts perçus du compte des fonds NRCS. La dépense totale du NRCS est la somme des dépenses dédiées aux remboursements par le NRCS. Cependant le taux de non-utilisation de fonds NRCS est fluctuant, il baisse de 34,5% en 2004 à 18% en 2005. Il était très bas en 2009, 2,28%, et s'élève à 16,45% en 2012, puis redevient bas en 2013 : 2,1%. Au début du lancement de NRCS, le taux de non-utilisation de fonds NRCS était élevé, deux raisons peuvent expliquer ce phénomène, premièrement, la

plupart des districts ont mis en place un compte d'épargne médical pour les dépenses occasionnées par les consultations ambulatoires et l'argent mis sur ce compte provenait principalement de la cotisation individuelle des inscrits, de ce fait, le compte d'épargne médical n'avait pas un effet d'incitation sur l'utilisation des services médicaux des inscrits. Deuxièmement, dans l'objectif de ne pas avoir de déficits pour les fonds NRCS, les taux de remboursement des frais médicaux dans certains districts ont été fixés trop bas pour que ce soit intéressant pour les inscrits. Pour corriger cette situation et rendre les remboursements plus avantageux pour les inscrits, en 2007 et 2009, dans son avis sur la définition de l'enveloppe de prestations de NRCS, la CNSPF a ordonné aux districts ayant un taux élevé de non-utilisation de fonds NRCS, d'organiser un deuxième remboursement à la fin d'année. Désormais le taux de non-utilisation de fonds NRCS devait être maintenu autour de 15%.

Quant à l'évolution du remboursement du NRCS, comme le montre la Figure 67, la sollicitation du remboursement NRCS a baissé au début de son lancement, soit de 1 cas par inscrit en 2004 à 0,6 cas par inscrit en 2007, puis le nombre d'épisodes remboursés par inscrit a continué à augmenter jusqu'à 2,4 cas en 2013. Cette évolution correspond à la stratégie du gouvernement sur la mise en place du NRCS, au début du programme NRCS, l'accent a été mis sur la taille de la couverture avec une faible cotisation individuelle et aussi un niveau de remboursement modeste, quand la taille de la couverture a atteint un niveau suffisamment élevé, le gouvernement s'est efforcé d'améliorer le niveau de remboursement du NRCS. Le montant moyen par remboursement a plus que triplé entre 2004 (soit 46 yuans constant de 2014) et 2013 (soit 153 yuans constant de 2014). La même amélioration existe aussi en termes de taux de remboursement pour l'hospitalisation et la consultation ambulatoire. La Figure 68 montre le niveau moyen du taux de remboursement des frais d'hospitalisation pour les ruraux qui augmente fortement et atteint 55% en 2012. Quant au taux de remboursement pour la consultation ambulatoire, avant 2009, la plupart de districts NRCS utilisaient un compte d'épargne médical pour payer les frais médicaux occasionnés par les consultations. Le système de *pooling* pour les consultations n'a été généralisé pour l'ensemble de la Chine qu'à partir de l'année 2009. A titre indicatif, nous pouvons voir dans le « Rapport d'évaluation des Assurances Maladies de Base en Chine, version 2011 » de l'Association Chinoise de la Recherche sur l'Assurance

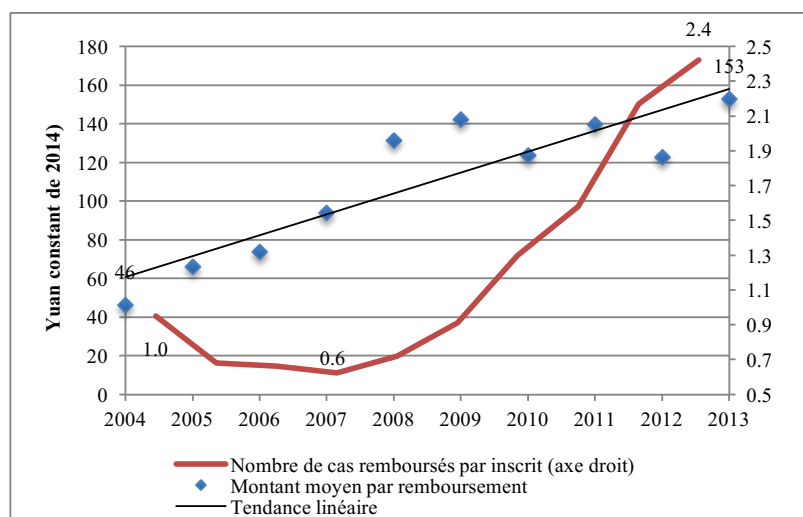
Maladie, que le taux moyen de remboursement pour la consultation ambulatoire dans neuf provinces enquêtées¹⁸ a fortement augmenté de 23,77% en 2010 à 51,36% en 2011. L'objectif de la CNSPF en 2015 pour l'ensemble de la Chine est d'augmenter le taux de remboursement pour l'hospitalisation à 75% et le taux de remboursement pour la consultation ambulatoire à 50%.

Figure 66 Recettes et dépenses du NRCS (en yuans constants)



Source : Auteur ; Source des données brutes : CNSPF, 2009 et 2012

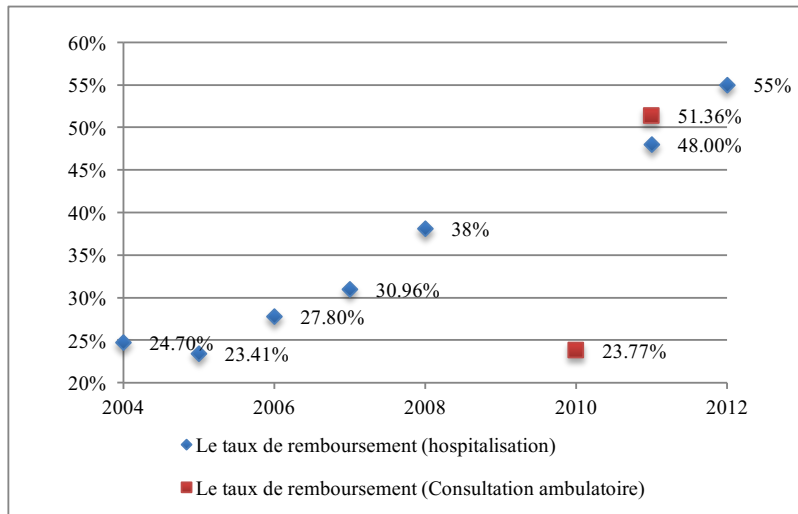
Figure 67 Evolution du remboursement du NRCS



Source : Auteur ; Source des données brutes : BNSC

¹⁸ Les neuf provinces ou régions enquêtées sont Neimenggu, Guangdong, Liaoning, Jilin, Heilongjiang, Shanxi, Henan, Hainan, Yunnan.

Figure 68 Taux de remboursement du NRCS



Source : Auteur ; Source des données brutes : CNSPF 2007, 2009 et 2013 pour le taux de remboursement (hospitalisation), China Health Insurance Research Association, 2011

4.4 La collecte des ressources et la mise en commun des ressources du NRCS

4.4.1 La collecte des ressources du NRCS

Compte-tenu du faible revenu des habitants ruraux, le NRCS est essentiellement financé par les gouvernements centraux et locaux sous forme des subventions, auxquelles s'ajoute une cotisation individuelle relativement faible. Les subventions gouvernementales sont directement versées sur le compte du fonds NRCS, par contre, au début du lancement de NRCS, les cotisations individuelles étaient collectées chez les résidents ruraux par le personnel du comité de management de NRCS. Ce moyen de collecte nécessitait un déplacement du personnel. D'un côté, la présence du comité de management de NRCS assurait les résidents ruraux, et correspondait à leur habitude de transaction (face à face). En même temps, le personnel du comité de management de NRCS profitait de cette occasion de rencontre pour faire la promotion du NRCS (Li, 2012). De l'autre, le coût de ce moyen de collecte était élevé. Certaines études montrent que le coût de la collecte des cotisations individuelles représentait un tiers de la cotisation elle-même (Hu et Zuo, 2007 ; Xia 2008 ; Gao, 2009).

Afin de contrôler le coût de la collecte, d'autres méthodes ont été appliquées au fur et à mesure. Premièrement, dans certains cantons, les résidents ruraux pouvaient payer leurs cotisations de l'année suivante à tout moment et en plusieurs fois à la caisse NRCS installée dans les hôpitaux ou centres de santé désignés lorsqu'ils demandaient le remboursement après une consultation ou une hospitalisation. L'intérêt de cette méthode est que les avantages financiers du NRCS ont été reconnus par les patients (parce qu'ils venaient d'être remboursés) et les encourageaient à continuer à souscrire. Cependant cette méthode nécessite une mise en commun de ressources pour les consultations ambulatoires et les hospitalisations, en conséquence, elle ne s'applique pas pour un fonctionnement avec le compte d'épargne médical. Selon l'étude de Wang et al. (2007), après deux années d'expériences en 2005 et en 2006, le district de Ganyu dans la province de Jiangsu a réduit le coût de la collecte des cotisations individuelles de 1,2 million de yuans (soit de 20% du montant collecté à moins de 5% du montant collecté). En 2007, plus de 130 districts dans 18 provinces avaient appliqué cette méthode de collecte.

Deuxièmement, dans certains districts riches où le système bancaire était relativement développé et où les résidents ruraux possédaient des économies sur leurs comptes bancaires, ils pouvaient émettre un mandat avec les autorités des cantons, ainsi que leurs cotisations seraient versées directement du compte personnel au compte du fonds NRCS. L'étude de Qin et al. (2007) montre que dans le district Dongzhi de la province d'Anhui, grâce à cette méthode, le coût de collecte en pourcentage du montant total des cotisations individuelles a baissé de 18% (collecte avec le déplacement des agents) en 2005 à 6% en 2006.

La troisième méthode de collecte de ressources est le paiement différé. Lorsqu'un résident rural ne peut pas payer la totalité de la cotisation, le reste dû est payé par le fonds NRCS du village (avec l'accord de l'assemblée du village) ou le budget de la clinique de village (le résident rural doit signer un accord avec la clinique). Lorsque le résident rural demande un remboursement après une consultation, le montant à rembourser sera déduit de la somme que l'on lui a prêtée. L'étude de Cui et al. (2007) montre que dans le canton de Wanghe de la province de Shanxi, grâce à cette méthode, le coût de collecte en pourcentage du montant total des cotisations individuelles a

baissé de 13,8% (collecte avec le déplacement des agents) en 2003 à 3,1% en 2006. Cependant son étude indique également que cette méthode n'est applicable que dans des zones riches où le fonds NRCS peut avancer les cotisations aux ruraux.

La dernière méthode est que certains districts organisaient une collecte par village et par an. Le moment et le lieu de collecte étaient préalablement fixés et communiqués aux résidents ruraux de chaque village. Cette méthode pouvait réduire le coût, mais elle n'était pas flexible, et parfois la distance entre la résidence et le lieu de collecte pouvait être un obstacle à la collecte.

Le partage entre la cotisation individuelle et les subventions gouvernementales est défini par la CNSPF. Comme le montre la Figure 69, la norme du financement du NRCS évolue rapidement ces dernières années et le niveau des contributions gouvernementales augmente aussi fortement, il a été multiplié par 16 entre 2003 et 2014 (les contributions gouvernementales sont passées de 20 yuans en 2003 à 320 yuans en 2014). Dans les régions ayant un meilleur niveau de développement économique, la cotisation individuelle et les subventions gouvernementales peuvent être plus élevées que la norme.

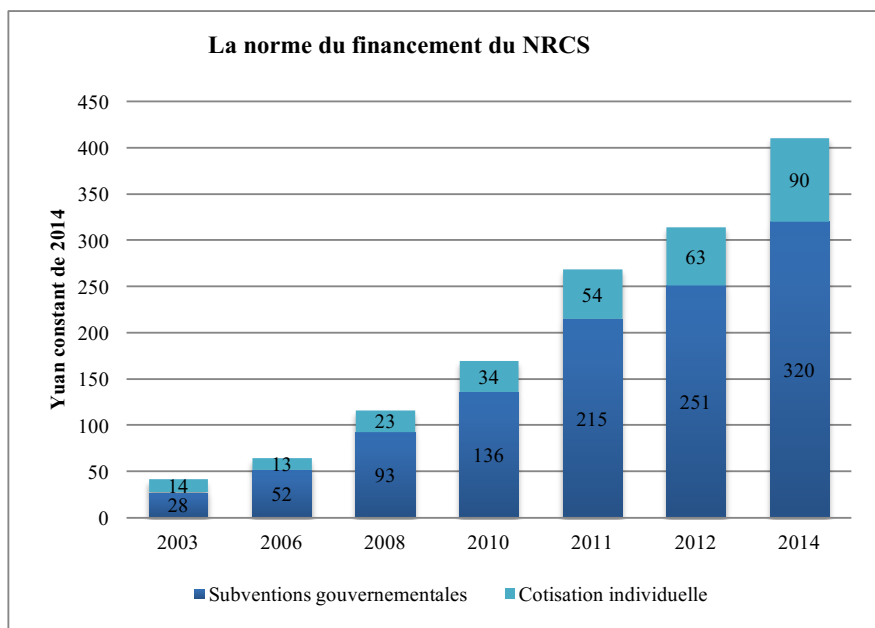
Etant donné qu'il y a un écart non-négligeable en termes de développement économique entre les régions de l'ouest, les régions du centre et les régions côtières. La CNSPF définit également la proportion des contributions entre le gouvernement central et les gouvernements locaux. En général, le gouvernement central et les gouvernements locaux partagent les contributions pour moitié, par exemple en 2003, la norme était de 14 yuans (constant de 2014) par personne couverte pour le gouvernement central et 14 yuans (constant de 2014) pour les gouvernements locaux. Cependant, pour les régions riches (les régions à l'est de la Chine), les gouvernements locaux sont encouragés à contribuer au-delà de la norme.

En 2012, les contributions gouvernementales ont augmenté de 36 yuans (constant de 2014) par rapport à 2011. Sur les 36 yuans de plus, le gouvernement central contribue à 80% pour les régions de l'ouest, à 60% pour les régions du centre, à un pourcentage varié pour les régions de l'est (régions riches) (Ministère de la Santé, 2012).

La norme du montant de la cotisation individuelle par an a été calculée par la CNSPF pour que cette cotisation ne soit pas une surcharge pour les ruraux. La Figure 70 montre l'évolution de la cotisation individuelle (moyenne nationale) par rapport au revenu disponible. Bien qu'elle ait augmenté aussi fortement que la norme du financement du NRCS entre 2003 et 2014, elle représentait toujours un peu moins de 1% du revenu disponible d'un résident rural en 2014 (contre 0,38% en 2003). Cependant chaque région est libre de définir le montant de la cotisation individuelle (si le montant est supérieur à la norme), par exemple en 2012, dans le district de Pudong à Shanghai, la province de Gansu, les cotisations individuelles étaient supérieures à 1% (soient respectivement 1,46% et 1,11%). Pour les personnes en difficulté de paiement, soit ils paieront leurs contributions en deux fois sur une période de deux ans, soit leurs contributions seront payées par les administrations des affaires civiles en utilisant les fonds de secours (Ministère de la santé, 2012).

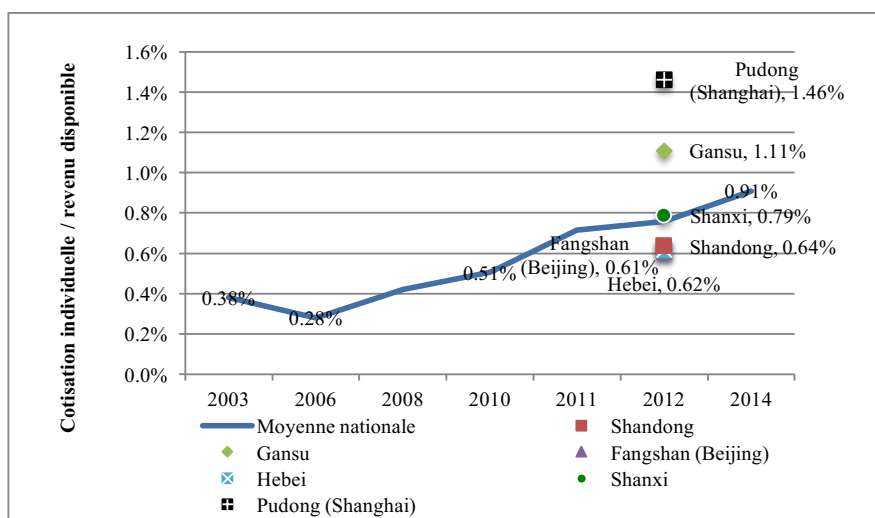
Comme le montre la Figure 71, du début du NRCS à aujourd'hui, le niveau réel du financement de NRCS était presque toujours légèrement plus élevé que la norme définie par la CNSPF.

Figure 69 Norme du financement du NRCS



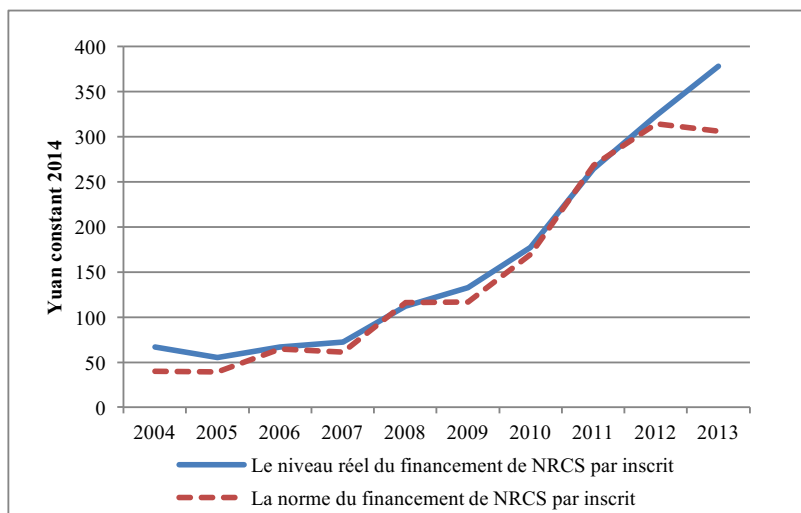
Source : Auteur ; Source des données brutes : CNSPF

Figure 70 Part de cotisation individuelle par rapport au revenu disponible



Source : Auteur ; Source des données brutes : CNSPF, BNSC et Chinese NCMS Platform

Figure 71 Le niveau réel du financement de NRCS par inscrit par rapport à la norme



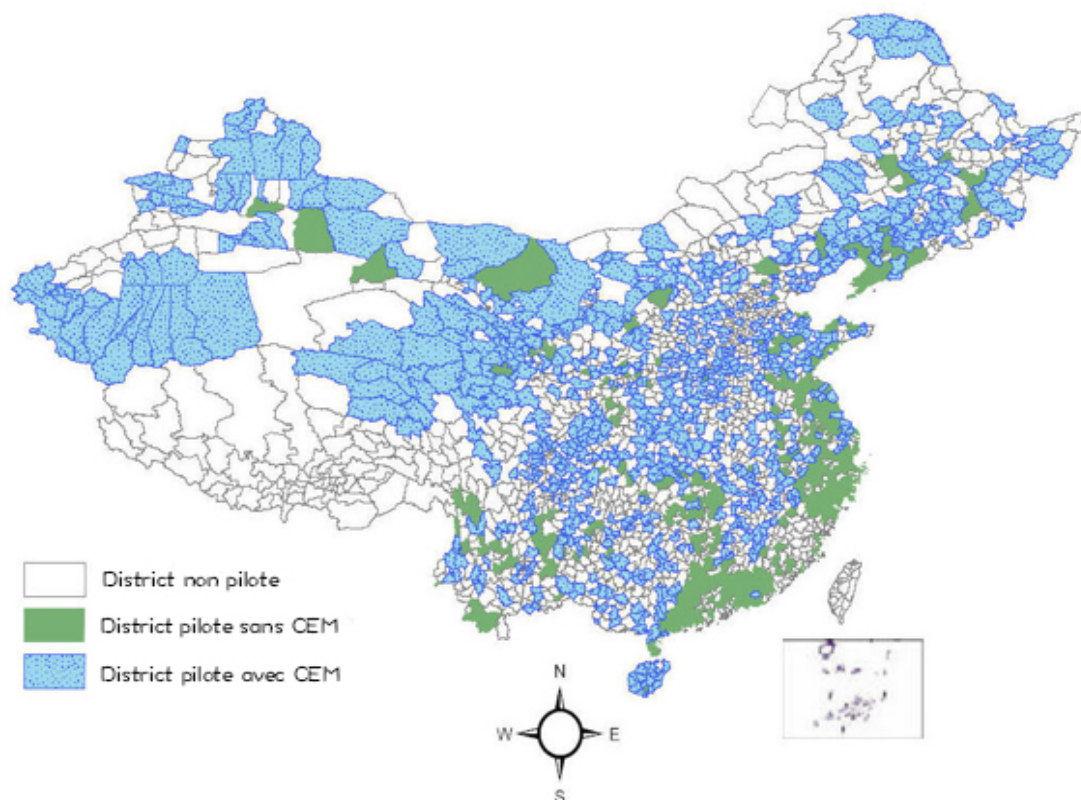
Source : figure créée par l'auteur selon les données ouvertes du BNSC

4.4.2 La mise en commun des ressources du NRCS

Le comité de management de NRCS et ses agences sont chargés de gérer le fonds NRCS sous le contrôle des autorités de la santé et de la finance. L'utilisation du fonds NRCS consiste à la fois à créer un *pooling* pour les remboursements des dépenses médicales des assurés (principalement pour les hospitalisations), à la fois à alimenter les Comptes d'Épargne Médical (CEM) des assurés. Une petite partie du fonds NRCS sera utilisée pour la prévention des risques, en général autour de 10% des recettes collectées (CNSPF, 2008).

Le CEM n'est pas un mécanisme de partage des risques, il aide le titulaire du compte à anticiper les dépenses médicales, par conséquent il n'y aura pas de subventionnement croisé. Cependant, comme le NRCS est un régime à base volontaire et qu'au moment du lancement du NRCS, la solidarité de la société, clé de réussite de l'AMS, n'était pas encore acquise, la plupart des districts (Cf. Figure 72) ont mis en place un CEM pour les consultations ambulatoires, l'objectif était de persuader les résidents ruraux de souscrire au NRCS.

Figure 72 Districts avec ou sans CEM en Chine en 2007



Source: Shanlian Hu, 2007, «Situation Analysis and Assessment of the NCMS in China»

Cependant, le système du CEM présente quelques défauts :

- Seuls les cas graves sont remboursés sur les CEM, les maladies courantes ne sont pas remboursées à partir de ces comptes. Elles sont alors souvent mal remboursées, voir pas remboursées du tout.
- Des travaux montrent que dans beaucoup de districts, l'argent des CEM ne vient que de la cotisation individuelle de l'assuré, de sorte que les résidents ruraux considèrent que ce système de CEM n'apporte pas grand-chose car ils dépensent leur propre argent pour les soins de santé. Cela empêche les résidents ruraux d'utiliser les services de santé pour soigner les maladies courantes (Wu et Tan, 2009).

- Le prix des médicaments dans les établissements de santé (hôpitaux, centres de soins) désignés par le NRCS sont plus élevés que le prix des médicaments dans les autres hôpitaux ou les centres de soins. Par conséquent, beaucoup d'inscrits au NRCS estiment que ce système de CEM a été mis en place pour gagner de l'argent, préfèrent acheter les médicaments ailleurs et épargner de l'argent du CEM pour l'année suivante, ce qui conduit à une sous-utilisation de fonds dans le CEM et est une atteinte à la crédibilité du NRCS (Nie et al. 2008).
- Le CEM est considéré par la plupart des assurés comme un simple compte d'épargne et est peu avantageux pour le paiement des soins. Cela conduit également à une sous-utilisation des fonds du CEM. De plus la part d'argent non utilisée dans les CEM représente un très grand coût d'opportunité et devrait être utilisée sous forme de *pooling*, en vue d'augmenter le taux et le champ de remboursement.
- Il existe également un risque de détournement de fonds du CEM pour couvrir le déficit des ressources communes dédiées aux consultations ambulatoires (si elles existent), et le système de CEM pourrait fonctionner alors avec des comptes inactifs, ce qui nuirait à la crédibilité du NRCS (Nie et al. 2008). Le même problème existe déjà dans l'assurance vieillesse de base en Chine.
- Certains districts ont un taux d'hospitalisation (10%) bien supérieur à la moyenne dans la zone rurale (6,75%) (Department of Health of Jiangxi province, 2008 ; CNSPF, 2009), la demande induite par les prestataires ou le hasard moral des inscrits en sont peut-être les causes.

Durant le lancement du NRCS, l'objectif du gouvernement chinois était d'élargir rapidement la couverture du NRCS avec un niveau de protection relativement faible. C'est pour cette raison que beaucoup de districts ont mis en place un CEM. Cependant à cause des défauts du CEM mentionnés ci-dessus et compte-tenu de l'objectif du gouvernement d'augmenter le niveau de protection du NRCS, en 2008 le CNSPF a indiqué dans son « Avis sur les priorités de travail en santé dans la zone rurale » que

les CEM pour les consultations ambulatoires devaient être remplacés au fur et à mesure par le système de *pooling*.

De nombreuses expériences dans les districts qui ont déjà mis en place le système de *pooling* pour les consultations ambulatoires, montraient que ce système pouvait sensibiliser les assurés du NRCS à un système d'aide mutuelle, les encourager à voir un médecin à temps, augmenter le taux d'utilisation des consultations ambulatoires et améliorer leur capacité de résistance aux risques pour les fonds dédiés aux consultations ambulatoires (Zuo et al. 2008 ; Xia et al. 2010). Cependant le système de *pooling* actuel a encore quelques lacunes :

- En règle générale, les *pooling* pour les consultations ambulatoires devraient être gérés au niveau du district, cependant, certains d'entre eux sont gérés au niveau du canton. Par conséquent, la taille du *pool* est petite, ce qui limite sa capacité de résistance aux risques. En plus, le plafond de remboursement par habitant est souvent inférieur à 10 yuans par jour et le plafond de remboursement annuel par habitant est souvent inférieur à 200 yuans, ce qui est donc loin d'être suffisant (Zuo et al. 2006 ; Gui et Ye, 2009).
- Une autre lacune est que la procédure actuelle de remboursement à partir de fonds commun pour les consultations ambulatoires est complexe, (Li et al. 2005) ce qui cause un coût élevé de gestion et une résistance des assurés à se faire rembourser, voir même une résistance des assurés à voir un médecin quand c'est nécessaire. Ce défaut peut être atténué par la mise en place d'un système d'information qui nécessite une augmentation de l'investissement public.

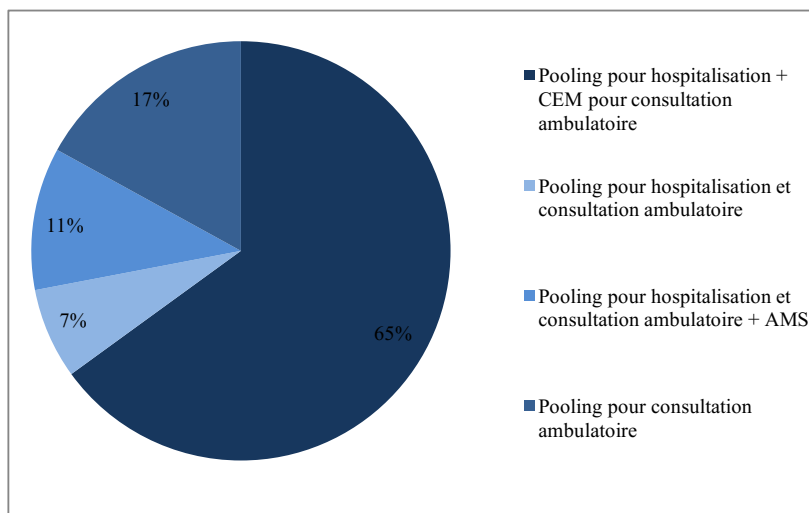
4.5 L'enveloppe de prestations du NRCS

4.5.1 L'enveloppe de prestations au début du lancement de NRCS

L'enveloppe de prestations du NRCS comprend généralement des franchises, des plafonds, des taux et des champs de remboursement. Chaque district du NRCS établit sa propre enveloppe de prestations selon son propre environnement macroéconomique tout en suivant un principe de base défini par la CNSPF : "Déterminer les dépenses par les recettes, maintenir un équilibre entre les recettes et les dépenses, assurer un léger surplus" (Ministère de la Santé et al. 2007). Cette politique de décentralisation a rendu les enveloppes de prestations diverses et variées dans l'ensemble de la Chine, de nombreuses études empiriques à ce sujet ont été menées seulement dans certains districts chinois, en conséquent, il est difficile d'évaluer le niveau moyen de l'enveloppe de prestations de l'ensemble de la Chine. Toutefois, à partir de la recherche de Wagstaff en 2007, nous pouvons toujours tirer quelques idées générales : dans les 27 districts de l'échantillon de l'étude, les taux de remboursement pour l'hospitalisation varient, selon le mode de couverture, de 100% à 66%. La plupart des remboursements de frais d'hospitalisation concernent les soins délivrés dans un hôpital de district ou dans un hôpital provincial (75% en moyenne). Cependant les centres de soins de santé justifient également une part substantielle de remboursement de frais d'hospitalisation, plus particulièrement dans les districts où les consultations ambulatoires sont couvertes par le système de CEM ou les ressources communes (Wagstaff et al. 2007).

Bien que les enveloppes de prestations au début du lancement de NRCS soient diverses et variées, certaines études en concluent qu'il existait quatre modèles principaux (Hu et Zuo, 2007 ; Du et Zhang, 2007), comme le montre la Figure 73.

Figure 73 Principaux modèles de remboursement du NRCS



Source: Du and Zhang, 2007, «The Development on China's Health, No.3»

– Modèle “Pooling pour hospitalisation + CEM pour consultation ambulatoire”

En 2007, le modèle “Pooling pour hospitalisation + CEM pour consultation ambulatoire” était le modèle le plus appliqué dans les districts du NRCS (65.26%). Selon ce modèle, une grande partie du fonds du NRCS était utilisée pour rembourser les dépenses d’hospitalisation des inscrits suivant un taux de remboursement prédéfini (le taux de remboursement varie d’un district à l’autre), tandis que les consultations ambulatoires des inscrits, y compris les soins préventifs, étaient payées par le CEM. Chaque ménage inscrit dans le NRCS avait son propre CEM qui était financé par une partie de la cotisation annuelle de chaque membre du ménage. L’argent dans le CEM pouvait être utilisé par tous les membres du ménage. Il y avait une franchise et un plafond de remboursement pour utiliser le CEM. De plus les dépenses de consultations ambulatoires étaient également remboursées au prorata.

– Modèle “Pooling pour hospitalisation et consultation ambulatoire”

Ce deuxième modèle “Pooling pour hospitalisation et consultation ambulatoire” était appliqué seulement dans 6,7% des districts du NRCS. La plupart de ces districts se situaient dans la province de Shandong et la province de Zhejiang. Selon ce modèle, le mode de remboursement de frais d’hospitalisation était le même que le modèle

“Pooling pour hospitalisation + CEM pour consultation ambulatoire”. Cependant, à la place d’un CEM, un fonds commun a été mis en place pour le remboursement de consultations ambulatoires. Les dépenses des inscrits sur les consultations ambulatoires étaient remboursées au prorata et il n’y avait pas de franchise ni de plafond de remboursement. Afin d’éviter une sur-utilisation des services de consultations ambulatoires, chaque année les districts prévoyaient généralement un examen de santé gratuit pour les inscrits qui n’avaient pas utilisé le fonds pour les consultations ambulatoires dans la même année.

– Modèle “Pooling pour hospitalisation et consultation ambulatoire + AMS”

Ce modèle était appliqué dans 11,17% des districts du NRCS. La plupart des districts se situaient dans la province de Zhejiang et à Beijing. Selon ce modèle, les dépenses d’hospitalisation et de consultations ambulatoires occasionnées par les maladies sévères étaient remboursées au prorata par le fonds NRCS avec des franchises et des plafonds de remboursement. Les dépenses supérieures au plafond de remboursement des inscrits seront compensées (sous conditions) par une Aide pour les Maladies Sévères (AMS).

– Modèle “Pooling pour consultation ambulatoire”

Dans 16,87% des districts du NRCS, seules les dépenses sur les consultations ambulatoires sont remboursées au prorata par le fonds NRCS, avec des franchises et des plafonds de remboursement. Ces districts se situent souvent dans les régions développées comme la province de Jiangsu, la province de Fujian, la province de Zhejiang et Tianjin.

4.5.2 Les enveloppes de prestation d’aujourd’hui

En 2011, dans un objectif d’améliorer les enveloppes de prestation du NRCS, la CNSPF a lancé la généralisation de la mise en commun des ressources (*pooling*) pour financer les consultations ambulatoires des inscrits du NRCS. Depuis, les dépenses occasionnées par les consultations étaient remboursées par le fonds NRCS et non plus

par le CEM. Cependant la protection financière est toujours accentuée sur l'hospitalisation, le taux de remboursement des dépenses d'hospitalisation était en moyenne supérieur à 75% en 2013. Le taux de remboursement des dépenses de consultation ambulatoire (hors traitements et médicaments non remboursables) était en moyenne supérieur à 50% (CNSPF, 2014b).

Les priorités du développement du NRCS en 2015 sont non seulement de maintenir les taux de remboursement des dépenses d'hospitalisation et de la consultation ambulatoire, mais aussi de généraliser la Complémentaire Santé pour les Maladies Sévères (CSMS). La Complémentaire Santé pour les Maladies Sévères dans le cadre de NRCS désigne un contrat d'assurance signé entre les autorités du NRCS au niveau préfectoral ou provincial et une société d'assurance privée sous forme d'appel d'offre. Les primes d'assurance pour les inscrits du NRCS seront payées par le fonds NRCS (CNSPF, 2015b, 2015c).

Le projet de la complémentaire santé pour les maladies sévères a été initié en 2010, au début, l'objectif de ce programme était d'améliorer le niveau de protection financière du NRCS contre la leucémie infantile et la cardiopathie congénitale¹⁹. Chaque province choisissait²⁰ 2 ou 3 districts comme pilotes. En 2012, la CNSPF a renforcé ce programme en élargissant le nombre des maladies couvertes à 8, y compris : leucémie infantile, cardiopathie congénitale, stade terminal de l'insuffisance rénale, cancer du sein, cancer du col de l'utérus, maladies mentales sévères, sida et tuberculose. Dans la même année, 21 régions ou provinces (par exemple, Beijing, Jiangsu, Hubei, Xinjiang etc.) ont ajouté encore 12 maladies sévères sur la base des huit ordonnées par la CNSPF dans les districts pilotes. Ces 12 maladies sévères étaient : l'hémophilie, la leucémie chronique, la fente labio-palatine, le cancer du poumon, le cancer de l'œsophage, le cancer de l'estomac, le diabète de type 1, l'hyperthyroïdisme, l'infarctus myocardique aigu, l'infarctus cérébral, le cancer du côlon, le cancer du rectum (Dai et al., 2013). A la fin du mois de mai en 2014, deux maladies (le phénylcétonurie infantile et

¹⁹ La cardiopathie congénitale est la première cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, et la prévalence de la leucémie infantile est 2 pour 100 000 enfants. Moins de 10% des enfants malades ont reçu un traitement adapté à cause du coût élevé du traitement. (Dai et al., 2013)

²⁰ Les critères du choix des pilotes portaient sur le taux de couverture du NRCS, le niveau du management informatisé etc.

l'hypospadias) ont été ajoutées sur la liste. Plus de la moitié des districts NRCS ont mis en place la CSMS et ainsi près de 300 millions d'inscrits du NRCS étaient couverts par la CSMS. En 2013, le taux de remboursement de ces 22 maladies sévères était en moyenne de 69% (CNSPF, 2014b).

Le développement économique est très inégal entre les différentes régions de Chine, soient les régions de l'est, celles du centre et de l'ouest. Il en découle des niveaux de financement de NRCS très inégaux (la contribution des assurés et celle des districts étant d'autant plus élevées qu'ils sont riches), ce qui aura une influence directe sur les enveloppes de prestations. Les tableaux ci-dessous montrent trois exemples de l'enveloppe de prestations dans une région riche (la région pékinoise avec un PIB par habitant de 99 995 yuans constants 2014), une région moyennement riche (la province de Hebei avec un PIB par habitant de 39 984 yuans constants 2014) et une région pauvre (la province de Yunnan avec un PIB par habitant de 27 264 yuans constants 2014).

Comme le montre le Tableau 4, en tant que district riche, le district de Pinggu a une capacité financière bien plus importante pour subventionner le NRCS que le district de Gaoyi (Tableau 5) ou le district de Yongping (Tableau 6). En 2015, les subventions gouvernementales par personne par an dans le district de Pinggu s'élevaient à 1.040 yuans, soient trois fois plus que la norme définie par la CNSPF (320 yuans). La cotisation individuelle était de 160 yuans, soit presque deux fois plus élevée que la norme établie (90 yuans). Au contraire, dans les deux autres districts, les subventions gouvernementales et les cotisations individuelles ne sont que légèrement plus élevées que la norme, elles sont de, respectivement, 380 yuans et 110 yuans pour le district de Gaoyi dans la province de Hebei, 360 yuans et 90 yuans pour le district de Yongping dans la province de Yunnan.

Tableau 4 : Exemples d'enveloppe de prestations (Pinggu, unité : yuan)

L'enveloppe de prestations du district de Pinggu à Beijing en 2015					
Financement de NRCS					
Cotisation individuelle	160				
Subventions gouvernementales	1 040				
Remboursement de consultations ambulatoires					
Lieu de consultation	Déductible	Taux de remboursement	Plafond		
Hôpital CAT. I (à l'intérieur de Pinggu)	100	50%	3 000		
Hôpital CAT. II et III (à l'intérieur de Pinggu)	550	35%			
Hôpital CAT. III (à l'extérieur de Pinggu)		30%			
Remboursement d'hospitalisations					
Lieu de consultation	Déductible		Tranches de remboursement	Taux de remboursement	Plafond
	Première hospitalisation	Deuxième ou plus			
Hôpital CAT. I (à l'intérieur de Pinggu)	300	150	301 - 5 000	70%	180 000
			5 001 - 10 000	75%	180 000
			>= 10 001	90%	180 000
Hôpital CAT. II et III (à l'intérieur de Pinggu)	1 000	500	1 001 - 10 000	65%	180 000
			10 001 - 30 000	70%	180 000
			30 001 - 50 000	75%	180 000
			>= 50 001	85%	180 000
Hôpital CAT. III (à l'extérieur de Pinggu)	1 300	650	1 301 - 20 000	45%	180 000
			20 000 - 40 000	50%	180 000
			40 001 - 60 000	55%	180 000
			>= 60 001	70%	180 000

Source : Bureau du gouvernement populaire du district de Pinggu, 2015

Tableau 5 : Exemple d'enveloppe des prestations (Gaoyi, unité : yuan)

L'enveloppe de prestations du district de Gaoyi dans la province de Hebei en 2015			
Financement de NRCS			
Cotisations individuelles	110		
Subventions gouvernementales	380		
Remboursement de consultation ambulatoire			
Lieu de consultation	Déductible	Taux de remboursement	Plafond
Centre de santé cantonal	0	50%	200
Clinique de village	0	50%	
Remboursement d'hospitalisation			
Lieu de consultation	Déductible	Taux de remboursement	Plafond
Centre de santé cantonal	150	90%	150 000
Hôpital de district	400	80%	150 000
Hôpital préfectoral	1500 *	65%	150 000
	1800 **	60%	150 000
Hôpital provincial	2300	50%	150 000
Hôpital du niveau supérieur	4000	40%	150 000
* Pour les dépenses < 11 000 (par hospitalisation)			
** Pour les dépenses >= 11 000 (par hospitalisation)			

Source : Bureau du gouvernement populaire du district de Gaoyi, 2015

Tableau 6 Exemple de l'enveloppe de prestations (Yongping, unité : yuan)

L'enveloppe de prestations du district de Yongping dans la province de Yunnan en 2015			
Financement de NRCS			
Cotisation individuelle	90		
Subventions gouvernementales	360		
Remboursement de consultation ambulatoire			
Lieu de consultation	Déductible	Taux de remboursement	Plafond
Clinique de village	0	50%	400
Centre de santé cantonal	0	45%	
Hôpital de district hôpital de la médecine traditionnelle	0	40%	
Remboursement d'hospitalisation			
Lieu de consultation	Déductible	Taux de remboursement	Plafond
Centre de santé cantonal	200	90%	180 000
Hôpital de district	400	75%	180 000
Hôpital préfectoral	600	50%	180 000
Hôpital provincial	800	45%	180 000
Hôpital non désigné par NRCS	800	30%	180 000

Source : Bureau de management de NRCS du district de Yongping, 2014

Ces exemples reflètent les lignes directrices de la conception de l'enveloppe de prestations. Premièrement, le remboursement du NRCS privilégie l'hospitalisation par rapport à la consultation. Les taux de remboursement pour la consultation ambulatoire sont inférieurs ou égaux à 50% (50% pour les établissements de santé de base, moins de 50% pour les hôpitaux de niveau supérieur) alors qu'ils varient entre 75 et 90% pour l'hospitalisation dans les hôpitaux de premier et second niveaux. Deuxièmement, les taux de remboursement, régressifs suivant les niveaux des hôpitaux fréquentés, incitent les patients à respecter le parcours de soins en n'utilisant pas en premier recours les hôpitaux de niveau supérieur pour des soins courants.

Outre les remboursements pour les consultations ambulatoires et les hospitalisations, ces trois régions ont mis en place la complémentaire santé pour les maladies sévères. Pour le district de Pinggu dans la région de Beijing, 17 types de maladies sévères²¹ sont remboursés à hauteur de 75%. Pour le district de Gaoyi de la province de Hebei, les 22 maladies sévères définies par la Commission Nationale de la Santé et de la Planification Familiale (CNSPF, page 168) sont remboursées par tranche de dépense (Bureau du gouvernement populaire du district de Gaoyi, 2015, Bureau de CNSPF de Shijiazhuang et Bureau de Finance de Shijiazhuang, 2015) : 50% pour les dépenses entre 13 mille et 70 mille yuans, 60% pour les dépenses entre 70 mille et 80 mille yuans, 70% pour les dépenses entre 80 mille et 90 mille yuans, 80% pour les dépenses supérieures à 90 mille yuans. Pour le district de Yongping de la province de Yunnan, les 22 maladies sévères définies par le CNSPF sont remboursées à hauteur de 70%, sauf le stade terminal de l'insuffisance rénale et les maladies mentales sévères qui sont remboursés à hauteur de 90%.

D'autre part, plusieurs mesures ont été mises en place pour contrôler les dépenses, tels que les déductibles et les plafonds de remboursement. De nouveau, les déductibles ont été définis pour favoriser la fréquentation des établissements de santé primaire. De plus, dans le district de Gaoyi et le district de Yongping, les plafonds de remboursement pour la consultation ambulatoire ont été définis suffisamment bas pour que les patients puissent en bénéficier. Pour le district de Gaoyi, le plafond est de 200 yuans, sachant que la dépense moyenne d'une consultation ambulatoire dans cette région était de 180,3 yuans en 2012 (CNSPF, 2013b), ce qui veut dire qu'au-delà de la deuxième consultation ambulatoire, les patients ne seront plus remboursés. La situation dans le district de Yongping est légèrement meilleure, le plafond est de 400

²¹ Tous types de Cancer, Stade terminal de l'insuffisance rénale, six maladies mentales sévères (les troubles mentaux causés par l'épilepsie, la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, le trouble bipolaire, l'handicap mental (modéré et profond), la psychose paranoïaque, le diabète de type 1, la cardiopathie congénitale, la leucémie, l'hémophilie, l'anémie aplasique, la transplantation d'organes, la tuberculose multirésistante, les infections opportunistes liées au SIDA, l'infarctus aigu du myocarde, l'infarctus cérébral, l'hyperthyroïdie, la fissure labiale et palatine, la phénylcétonurie infantile et l'hypospadias etc.

yuans tandis que la dépense moyenne d'une consultation ambulatoire était de 140,1 yuans. Les patients pourront ainsi bénéficier du remboursement de pratiquement trois consultations ambulatoires. Dans le district de Pinggu, le montant du plafond (3 000 yuans) est bien plus élevé grâce à un niveau de financement du NRCS élevée (160 yuans pour la cotisation individuelle, 1 040 yuans pour les subventions gouvernementales). Ceci correspond à la ligne directrice de la CNSPF : dans les régions avec un meilleur environnement économique, la cotisation individuelle et les subventions gouvernementales peuvent être supérieures à la norme et le surplus du financement du NRCS peut être utilisé pour élargir la protection financière sur les consultations ambulatoires.

Le plafond fixé pour le remboursement des hospitalisations est, dans ces trois régions, largement plus élevé que les plafonds fixés pour les consultations ambulatoires : 180 000 yuans pour Pinggu (région pékinoise) et Yongping (province de Yunnan), 150 000 yuans pour Gaoyi (province de Hebei). Les dépenses moyennes d'une hospitalisation en 2012 étaient respectivement de : 17 402 yuans pour la région pékinoise, 5 008 yuans pour Yunnan et 6 122 yuans pour Hebei (CNSPF, 2013a).

Outre ces mesures, le remboursement des médicaments est également limité par le volume. Par exemple, à Pinggu, pour les consultations ambulatoires, seules les doses pour trois jours sont remboursables ; pour les maladies chroniques, à chaque consultation, seules les doses pour sept jours le sont ; pour les maladies sévères comme les cancers ou les maladies qui exigent un traitement de longue durée comme le diabète, la tuberculose etc., à chaque consultation, seules les doses pour un mois sont remboursables.

Enfin les enveloppes de prestations ont été conçues pour favoriser l'utilisation de la médecine traditionnelle. Par exemple, dans le district de Pinggu, 5% de remboursement supplémentaire a été attribué pour l'utilisation des herbes provenant de la médecine traditionnelle. Dans le district de Yongping, le taux de remboursement de l'hospitalisation à l'hôpital de la médecine traditionnelle de Dali (niveau préfectoral) est de 60%, contre 50% dans d'autres hôpitaux préfectoraux.

4.6 Le revenu des prestataires de soins du NRCS

4.6.1 Composition de revenu des prestataires de soins du NRCS

En étant le principal prestataire de soins du NRCS, le revenu de l'hôpital cantonal (HC) est composé de quatre principales ressources : les revenus d'activités, les subventions gouvernementales, les subventions de l'autorité supérieure²² et les autres revenus.²³ (CNSPF, 2013b)

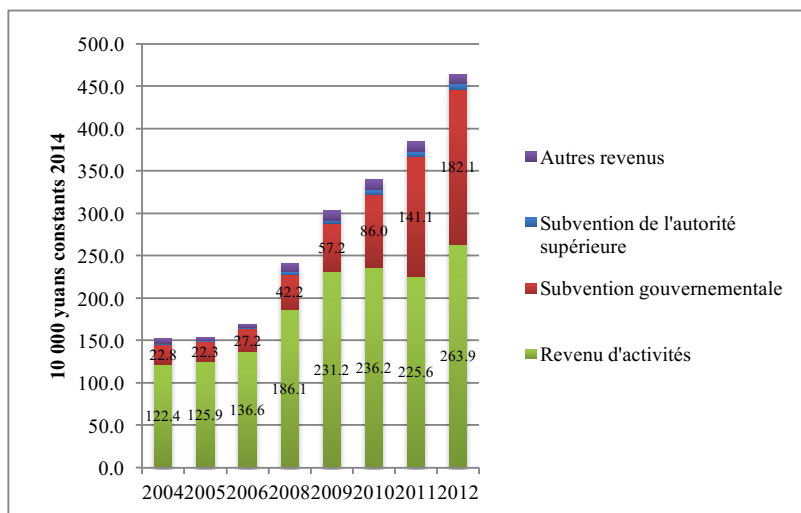
Comme le montre la Figure 74, les principaux revenus des HC proviennent de leurs activités, y compris le paiement direct des patients et les versements des assureurs (NRCS, autres assureurs publics ou privés). Le montant moyen du revenu d'activité d'un HC a plus que doublé entre 2004 (1,2 million de yuans constants 2014) et 2010 (2,6 millions de yuans constants 2014). D'autre part, la part de la subvention gouvernementale a commencé à croître rapidement à partir de 2009 : entre 2009 et 2012 le montant moyen de la subvention gouvernementale a plus que triplé, passant de 0,57 million de yuans (constant 2014) à 1,8 million de yuans (constant 2014). Cette augmentation est due à la mise en place de la politique des médicaments essentiels, les HC n'étaient plus autorisés à utiliser les médicaments non essentiels et ils devaient vendre les médicaments essentiels à prix coûtant (zéro bénéfice), par conséquent l'augmentation de la subvention gouvernementale servait à compléter la perte du revenu des médicaments des HC.

La Figure 75 et la Figure 76 montrent, durant la même période, une diminution de 23% de la part du revenu d'activités dans le revenu total des HC (80% en 2004 et 57% en 2012), contre une augmentation de 24% de la part des subventions gouvernementales (15% en 2004 et 39% en 2014).

²²Il s'agit d'une subvention (hors budget) provenant de l'autorité supérieure de l'centre de santé cantonal, utilisé pour combler l'insuffisance financière.

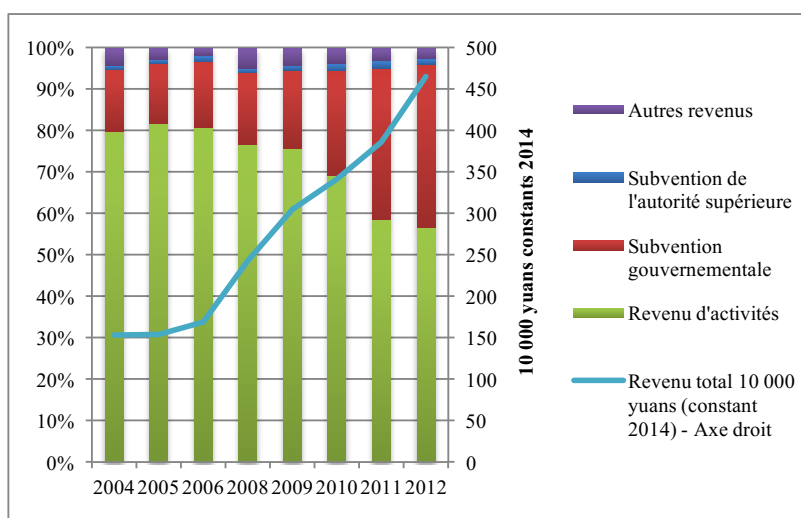
²³ Les autres revenus du HC contiennent la vente des formations, la location des locaux, les investissements, les dons, le revenu de la cantine etc. (CNSPF, 2011)

Figure 74 Composition du revenu d'un HC (en moyenne)



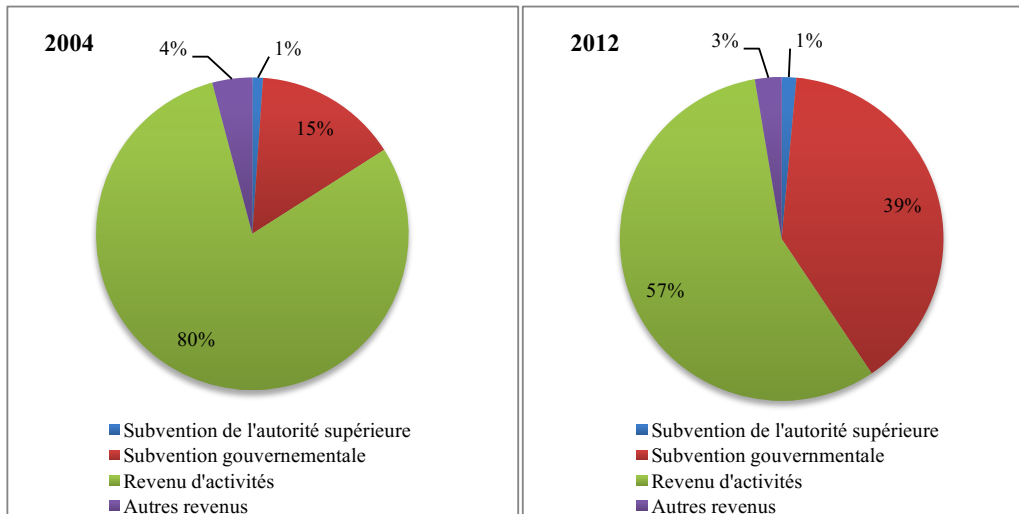
Source : « Annuaire des statistiques sanitaires », Ministère de la santé, 2004-2013

Figure 75 Composition en pourcentage du revenu d'un HC (en moyenne)



Source : « Annuaire des statistiques sanitaires », Ministère de la santé, 2004-2013

Figure 76 Composition en pourcentage du revenu d'un HC en 2004 et ne 2102



Source : Auteur ; Source des données brutes : CNSPF 2005 et 2013

Il n'existe pas de données pour analyser les parts de paiements directs des individus et les rémunérations à l'acte des assureurs dans les recettes provenant des activités de prestataires de soins de santé au niveau du canton. Cependant, à titre indicatif, l'étude de Eggleston et al. en 2007 montre qu'au niveau national, 60% de recettes de prestataires de soins de santé proviennent des paiements directs des individus, 20% des rémunérations à l'acte des assureurs, et 20% des subventions gouvernementales.

4.6.2 Mode de rémunérations des prestataires de soins du NRCS

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction de ce chapitre, à partir de 1985, les subventions gouvernementales pour les établissements publics de santé ont fortement chuté, chaque district était libre de définir son mode de rémunération des prestataires des soins du NRCS. Un grand nombre d'entre eux s'est alors orienté au fur et à mesure vers le paiement à l'acte. Certaines études montrent que ce mode de paiement a eu des impacts négatifs tels que l'augmentation du nombre de prescriptions et du nombre d'exams de laboratoire (Tang, 2008 ; Zheng, 2013).

En 2009, le Conseil d'Etat a lancé une réforme sur le mode de paiement des prestataires de soins. Les districts NRCS ont été encouragés à expérimenter d'autres modes de paiement tels que le Paiement à la Pathologie (PP), le Paiement Plafonné à la

Pathologie (PPP), le Paiement au Nombre de Jours Hospitalisés (PNJH), le Budget Global (BG), le Budget Contrôlé (BC), le Paiement au Nombre de Cas d'Hospitalisation (PNCH) et la capitation etc (Conseil d'Etat, 2009a ; Song et al., 2012).

Le PP et le PPP peuvent être considérés comme deux formes simplifiées de Diagnosis Related Group (DRG) qui nécessitent un système d'information développé et une bonne pratique de la médecine fondée sur les faits (Evidence-Based Médecine). Ces paiements sont appliqués pour les maladies qui ont une pathologie distincte, un diagnostic précis et un traitement standardisé. Le montant du paiement pour une maladie est calculé et fixé sur la base du coût moyen de cette maladie dans les hôpitaux de même niveau durant les années précédentes, tout en tenant compte de l'inflation. Sous cette méthode de paiement, le contrôle du coût est à la charge des hôpitaux. Par contre, pour le PPP, le montant du paiement pour une maladie n'est pas fixé, mais seulement plafonné, ce qui fait que certains hôpitaux facturent le traitement toujours avec le montant du plafond, même si le coût du traitement est réellement plus faible. De ce fait, le PPP perd le rôle du contrôle de coût.

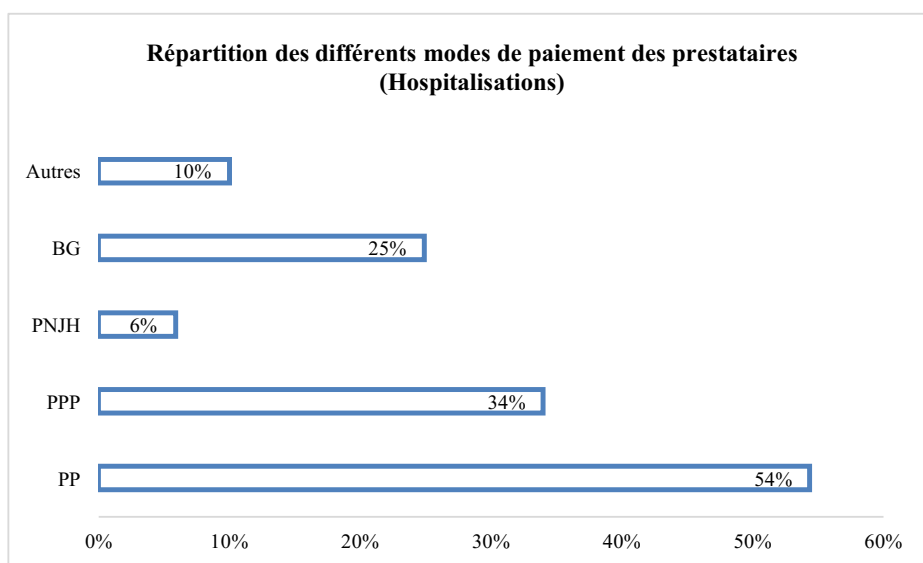
Le PNJH est utilisé par certaines régions pour les maladies sur lesquelles le PP et le PPP ne sont pas applicables. Les tarifs journaliers par lit pour différentes maladies sont calculés selon les statistiques des hôpitaux, de plus la durée de l'hospitalisation est découpée en plusieurs épisodes de traitement, chaque épisode se voit appliquer le même tarif journalier. Par contre les matériaux spéciaux, la transfusion de sang et l'opération se voient appliquer toujours le paiement à l'acte.

Quant au mode BG, il est défini par le comité de management de NRCS selon les statistiques historiques sur le nombre de population couverte, le nombre d'hospitalisations et le nombre de consultations ambulatoires. Entre 85% et 95% du budget est versé périodiquement à l'hôpital et le complément sera versé ou ne le sera pas en fonction de la performance de l'hôpital. Dans certaines régions cependant, les dépenses totales des hôpitaux dépassent les budgets préalablement définis. Aussi, pour maintenir le fonctionnement des hôpitaux, les déficits sont compensés par le fonds NRCS. De ce fait, le budget préalablement défini est utilisé comme un plafond indicatif pour contrôler les dépenses de l'hôpital. Ce mode de paiement est appelé

budget contrôlé (Song et al., 2012 ; Zhao et Sun, 2014).

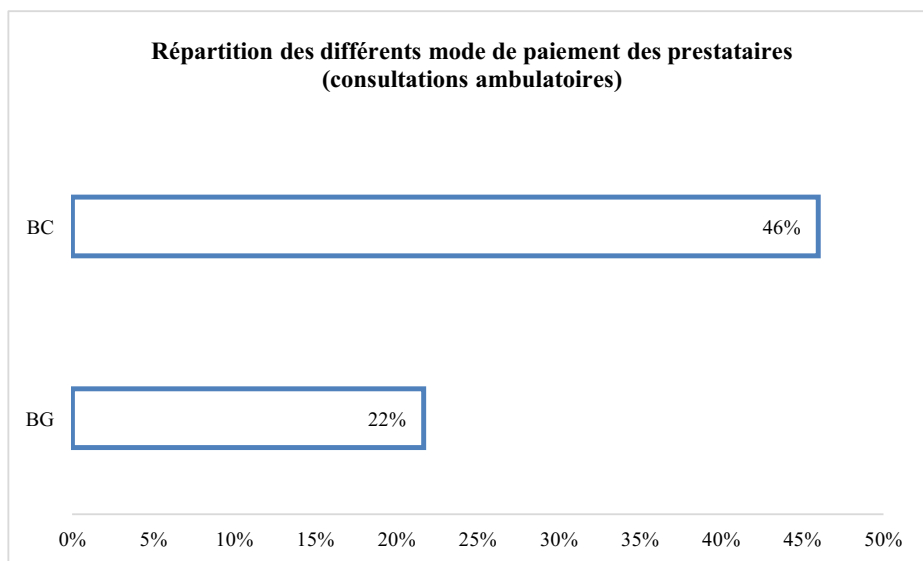
En 2011, le centre de recherche du NRCS de la CNSPF a conduit une enquête nationale sur la réforme du mode de paiement des prestataires. Parmi les 2.126 districts (de 23 provinces) enquêtés, 1.703 districts ont procédé à la réforme du mode de paiement des prestataires. Un district pouvait appliquer un ou plusieurs modes. Comme le montre la Figure 77, pour l'hospitalisation, le mode le plus appliqué était le PP (soit 54%). Le deuxième était le PPP (soit 34%). Dans tous les cas, nous avons constaté que 88% des districts ont choisi un mode de paiement lié à la pathologie, les expériences dans ces districts pourront contribuer au passage vers le DRG dans l'avenir. Quant à la consultation ambulatoire, 22% des districts ont appliqué le budget global et 46% ont essayé de se rapprocher du budget global en mettant en place un système de budget contrôlé (Cf. Figure 78).

Figure 77 Répartition des modes de paiement des prestataires (hospitalisations) en 2011



Source : Auteur ; Source des données brutes : Song et al., 2012

Figure 78 Répartition des modes de paiement des prestataires (consultation ambulatoire) en 2011



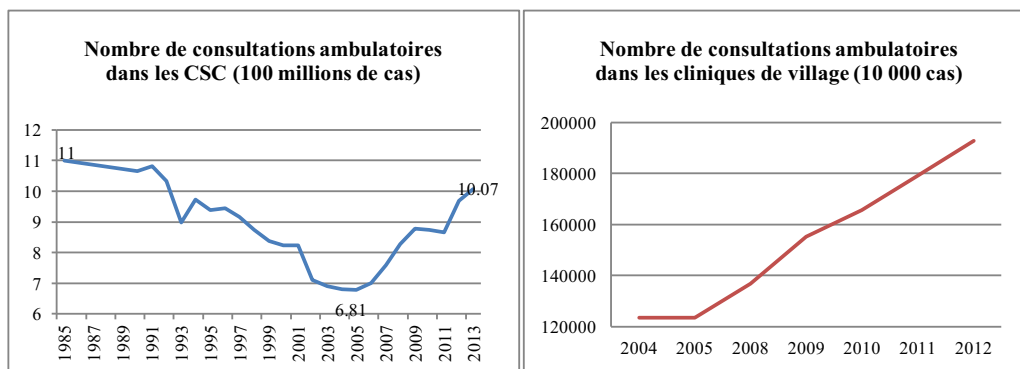
Source : Auteur ; Source des données brutes : Song et al., 2012

4.7 Evolution de l'utilisation des services médicaux avant et après le NRCS

Après l'effondrement du RCS, les soins de santé dans la zone rurale sont devenus inaccessibles et inabordables. Le rétablissement de RCS (NRCS) a redressé cette situation. Plusieurs études (You et Kobayashi, 2009 ; Li et Li, 2009 ; Yao et Zhang, 2013 ; Wang et al. 2014) ont ainsi constaté une amélioration de l'accessibilité des soins grâce au NRCS.

Après le rétablissement du NRCS, le nombre annuel de consultations ambulatoires a augmenté à nouveau passant de 681 millions en 2004 à 1 milliard en 2013. En même temps, le nombre annuel de consultations ambulatoires dans les cliniques de village a également augmenté de 56% entre 2004 (1,2 milliards de cas) et 2012 (1,9 milliards de cas).

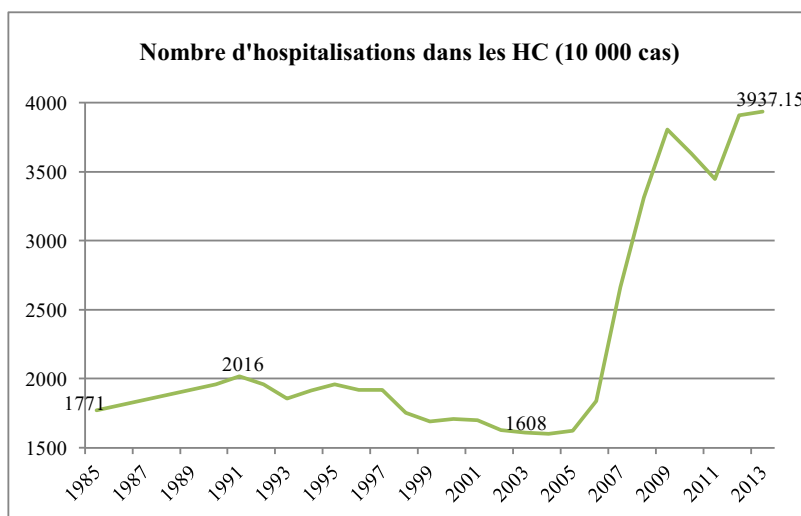
Figure 79 Evolution du nombre de consultation ambulatoire dans les établissements de la santé primaire (zone rurale)



Source : Auteur ; Source des données brutes : BNSC

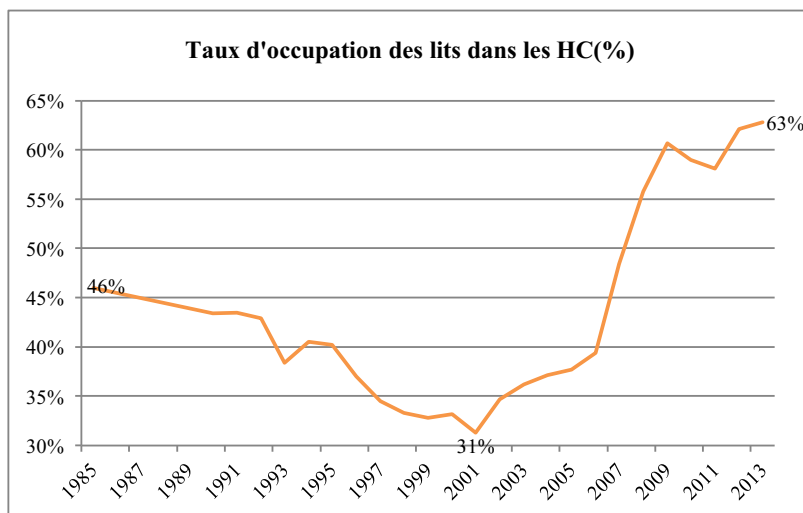
On observe la même tendance pour les hospitalisations. Comme le montrent la Figure 80, la Figure 81 et la Figure 82, après la mise en place de NRCS, le nombre annuel d'hospitalisations a plus que doublé en 10 ans (39 millions de cas en 2013). Quant au taux d'occupation des lits dans les HC, après l'effondrement de RCS, ce taux a baissé de 15% entre 1985 (46%) et 2001 (31%), après le rétablissement de NRCS, ce taux a doublé en 10 ans (63% en 2013). Même cas pour la durée moyenne de séjour, avant le NRCS, dans les HC elle a été raccourcie de 2 jours (soient 5,99 jours en 1985 et 3,99 jours en 2002), une décennie plus tard, elle est redevenue de 5,9 jours en 2013.

Figure 80 Evolution du nombre d'hospitalisations dans les HC



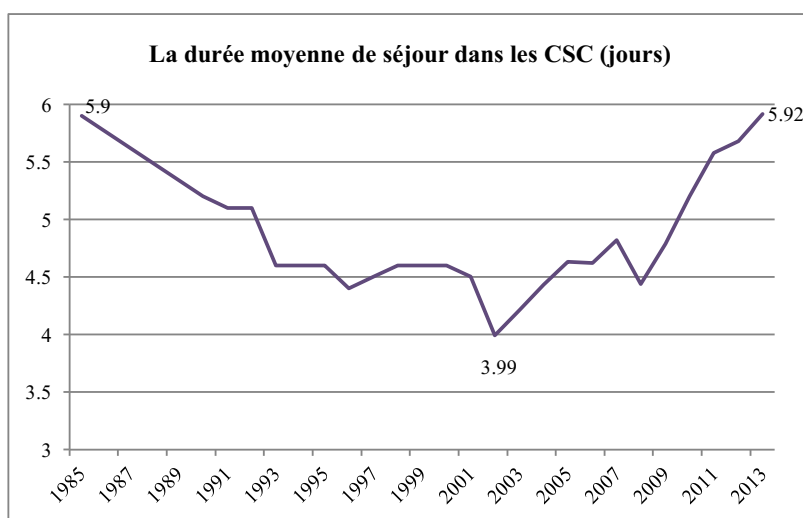
Source : Auteur ; Source des données brutes : BNSC

Figure 81 Evolution du taux d'occupation des lits dans les HC



Source : Auteur ; Source des données brutes : BNSC

Figure 82 Evolution de la durée moyenne de séjour dans les HC



Source : Auteur ; Source des données brutes : BNSC

5 Conclusion

Le nouveau régime coopératif de santé (NRCS), succéda au régime coopératif de santé (CRS), qui a été lancé par le gouvernement chinois dans les années 1950 et qui offrait un accès aux soins de santé primaires aux résidents ruraux. Le CRS a été considéré comme un modèle de succès dans la communauté internationale (Xu et al., 2009). Durant cette période, bien que la Chine ait été classée comme un pays à faible revenu, sa performance sanitaire, en termes d'espérance de vie à la naissance, de mortalité infantile et de mortalité maternelle, était bien meilleure que la moyenne des pays à revenu intermédiaire. Ce modèle s'est effondré à partir de la fin des années 1970, à cause de l'ouverture économique, contribuant ainsi à rendre les soins de santé pour les résidents ruraux inaccessibles et inabordables. Il a fallu attendre le rétablissement de CRS en 2003, appelé NCRS, pour que les résidents ruraux aient à nouveau une protection financière contre les maladies.

Au début du lancement du NRCS, le gouvernement visait la couverture plutôt que le panier de bénéfices. Ainsi, le taux de couverture a atteint très rapidement (en 2007) 86% des résidents ruraux tandis que le taux de remboursement pour l'hospitalisation se situait autour de 30%. Pour atteindre l'objectif de couverture, le montant de la cotisation individuelle a été fixé très bas (soit 10 yuans en 2003), en même temps, dans la plupart des districts, la cotisation individuelle a été mise sur un compte d'épargne médicale, pour que les assurés considèrent que leurs cotisations ne soient pas perdues et pour qu'ils puissent les utiliser au moment des consultations. Néanmoins un faible niveau du financement de NRCS entraînait évidemment une faible protection, ce qui décourageait les résidents ruraux de continuer à être assurés. Afin de redresser cette situation et pour maintenir la viabilité du NRCS, le gouvernement chinois a augmenté à plusieurs reprises le niveau du financement du NRCS, en 2014, le montant minimum de la cotisation individuelle était de 90 yuans et le montant minimum des subventions gouvernementales était de 320 yuans. De plus, une complémentaire santé pour les maladies sévères payée par le fonds NRCS a été mise en place pour lutter contre les dépenses catastrophiques et l'appauvrissement dû aux dépenses médicales, cette complémentaire santé sera généralisée en 2015 dans tous les districts de NRCS.

Grâce à ces mesures, le niveau de protection financière du NRCS s'est amélioré, dans la plupart de districts de NRCS. Les taux de remboursement pour les consultations ambulatoires et les hospitalisations ont augmenté respectivement à 50% et à 70% ; l'utilisation des services médicaux a considérablement augmenté.

Néanmoins, si la réforme a permis d'améliorer l'utilisation des établissements de santé et donc leur activité, on peut se demander si cela correspond à une meilleure couverture sanitaire et si cela a contribué à améliorer la performance et surtout l'efficacité des établissements. Nous avons vu en effet dans ce chapitre que les réformes entreprises, visant la couverture santé, a eu parfois des retombées négatives sur les dépenses des établissements. Une des questions cruciales durant ces réformes a été également l'effet de ces réformes sur le financement et l'efficacité des établissements.

C'est une des questions soulevée dans le chapitre quatre et à laquelle, nous avons tenté de répondre à travers une étude de cas dans la préfecture de Weifang dans la province de Shandong en Chine.

Chapitre 4

La réforme de la Politique Nationale des Médicaments Essentiels : rôle sur la performance et l'efficacité des hôpitaux ?

Etude de cas à Weifang dans la province de Shandong en Chine

1 Introduction

A la fin des années 1970s, le gouvernement chinois a lancé un programme de la réforme et de l'ouverture pour accélérer le développement économique. Le résultat de ce programme a été fructueux, avec une croissance annuelle du PIB total et par tête de 10% en moyenne entre 1977 et 2014 (calculée selon les données de la Banque mondiale), faisant passer la Chine de pays à faible revenu (en 1980) à pays à revenu moyen et élevé en 2013. Toutefois, durant les deux décennies, suivant la réforme et l'ouverture, la couverture sanitaire dans l'ensemble de la Chine s'est détériorée à cause des externalités négatives de la réforme. Les bouleversements économiques en zone rurale ont fait disparaître les caisses sociales communautaires qui ont été la cause principale de l'effondrement du Régime Coopératif de Santé ; la masse de privatisation des entreprises publiques dans les zones urbaines a privé les salariés de l'assurance médicale du travail (ancien régime durant la période de l'économie planifiée).

Afin de redresser cette situation, le gouvernement chinois a lancé une série de réformes sur le système de santé : le RAMBEU (en 1998), le NRCS (en 2003) et le RAMBRU (en 2007) (voir chapitres précédents), l'objectif était d'atteindre la couverture universelle et d'améliorer l'accessibilité des soins pour l'ensemble de la population. Parmi les différentes mesures appliquées, l'augmentation de la part du financement gouvernemental en faveur de la santé a joué un rôle essentiel dans la réduction des charges financières dues aux dépenses médicales pour les individus.

En même temps, du côté de l'offre, pendant de nombreuses années après la réforme et l'ouverture, les incitations des prestataires de soins ont stimulé la surfacturation et la sur-prescription. Les subventions du gouvernement central pour les établissements publics de santé ont fortement baissé, afin de compenser la perte de revenu, les hôpitaux étaient autorisés à prendre une marge sur les ventes de médicaments et à créer des nouveaux actes médicaux (examens, interventions chirurgicales par exemple). Cependant il y avait un contrôle sévère sur les prix des soins primaires (Blumenthal et Hsiao, 2005), sur lesquels les établissements de santé ne pouvaient pas tirer de profits. Par conséquent, afin d'augmenter la participation financière des usagers, les praticiens de la santé étaient incités à sur-prescrire les examens de haute

technologie et des médicaments onéreux. Les prestations pharmaceutiques étaient devenues la principale source de financement des hôpitaux (Yip et al., 2010), ce qui rendait la charge financière des dépenses de santé encore plus lourde pour les ménages. Au niveau national, les dépenses pharmaceutiques représentaient sur la période 1997-2007 une proportion importante des dépenses totales de santé, soit en moyenne plus de 40%, ce qui est largement supérieur au pourcentage moyen (15%) dans les pays de l'OCDE pendant la même période (Chen et al., 2010). Au contraire, les soins de santé primaires ont été négligés par les prestataires de santé, ce qui a par ailleurs aggravé le problème de la qualité des soins de santé primaires. En 2009, dans l'objectif de contrôler la hausse des coûts des soins et de limiter les surprescriptions, le gouvernement a lancé la réforme de la Politique Nationale des Médicaments Essentiels (PNME).

Ce présent chapitre va d'abord expliquer pourquoi il faut lancer la politique nationale des médicaments essentiels (PNME), avant de présenter les principes de la PNME. La dernière section du chapitre présente les résultats d'une étude de cas (la préfecture de Weifang de la province de Shandong en Chine) sur le rôle de la PNME sur l'activité, le financement et l'efficacité des hôpitaux cantonaux (qui jouent un rôle crucial dans l'offre de soins primaires du système chinois).

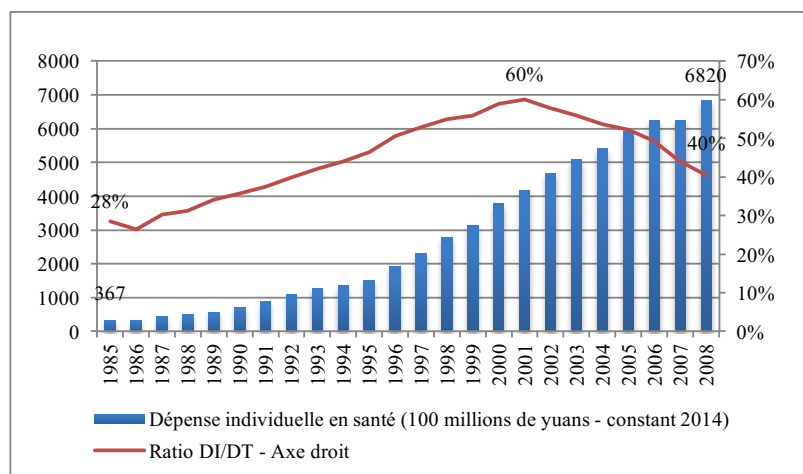
2 Les raisons d'une indispensable PNME en Chine

2.1 Une forte dépense individuelle en santé avant la PNME

Au début de l'année 2008, le BNSC a publié les résultats de l'enquête qu'il a réalisée en 2007 sur les préoccupations majeures des chinois. Les résultats montrent que les 101.029 ménages interviewés dans 4649 communautés et villages de 31 provinces, considèrent que la dépense en santé était leur première préoccupation, suivi par la valeur sociale, la sécurité, l'éducation et la montée du chômage etc.

Comme montre la Figure 83, la dépense individuelle²⁴ en santé a fortement augmenté entre 1985 (37 milliards de yuans constant 2014) et 2007 (682 milliards de yuans constant 2014). De plus la part de la dépense individuelle par rapport à la dépense totale a plus que doublé entre 1985 (28%) et 2001 (60%), et ensuite a baissé jusqu'à 40% en 2008. Ce qui signifie que, les charges de la dépense de santé sont devenues de plus en plus lourdes pour les ménages, bien que les soutiens gouvernementaux et sociaux augmentaient durant la même période. En 2007, avec un ratio de 40%, la Chine faisait toujours partie des pays où le paiement direct par les patients était élevé (cf. Figure 84).

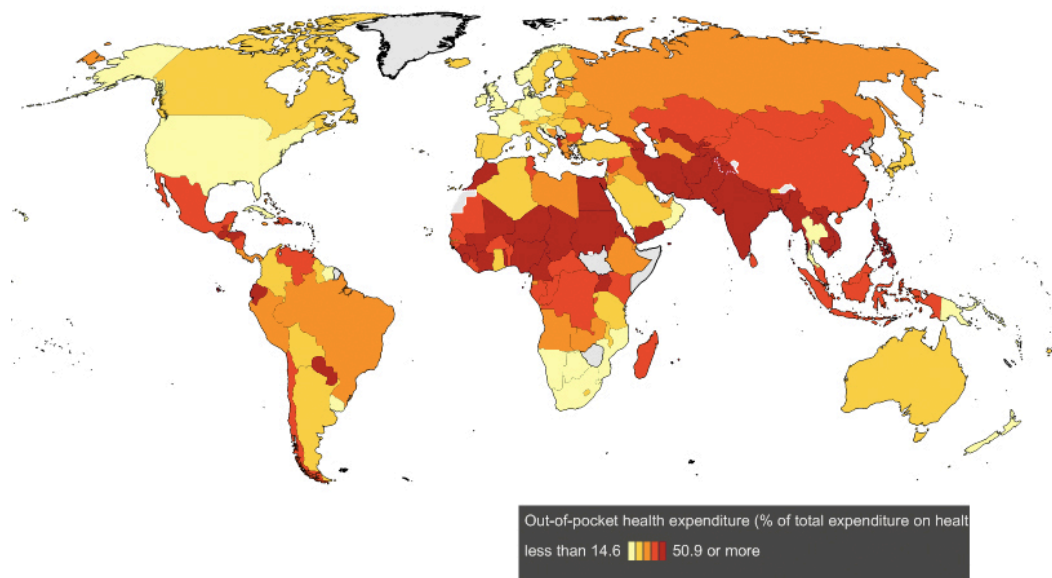
Figure 83 Evolution de la dépense individuelle en santé avant la PNME



Source : adaptée avec les données du BNSC

²⁴ La dépense individuelle en santé représente la dépense effectuée (hors les remboursements de tous types d'assurance) par les individus lorsqu'ils ont eu recours aux services des soins de santé.

Figure 84 Répartition du ratio Dépense Individuelle de santé/Dépense totale de santé en 2007



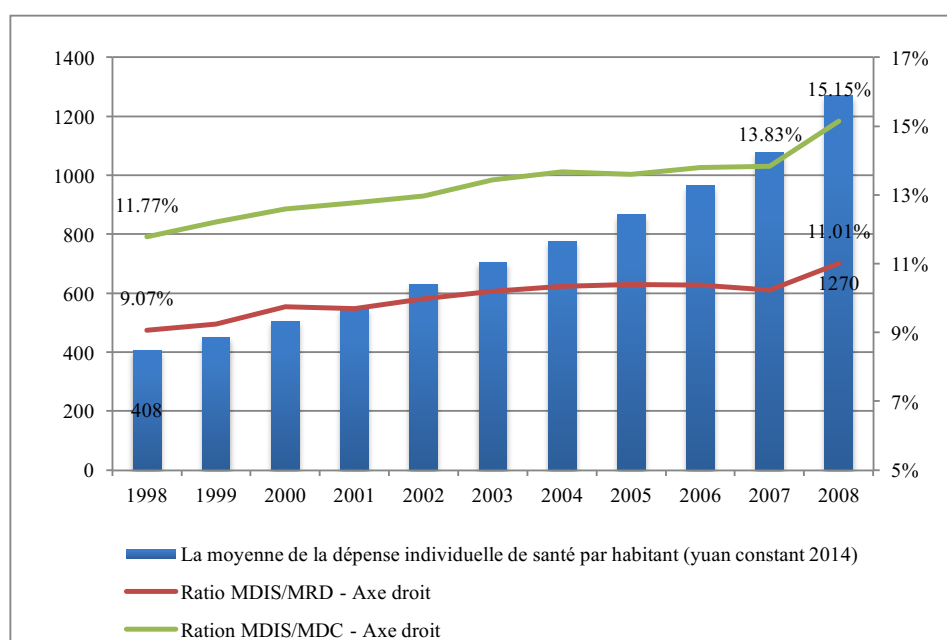
Source: World DataBank Health Nutrition and Population Statistics

La Moyenne de la Dépense Individuelle de Santé (MDIS) par habitant par an a presque triplé entre 1998 (408 yuans constant 2014) et 2008 (1.270 yuans constant 2014, Figure 85). Cependant lorsque nous comparons la MDIS par rapport à la Moyenne du Revenu Disponible (MRD) par habitant par an, nous constatons que le poids des dépenses de santé supporté par les ménages est resté relativement stable sur la période : le ratio (MDIS/MRD) s'est peu modifié, passant de 9,1% en 1998 à 11% en 2008, soit une augmentation de 21%. Cela signifie que la MDIS par habitant par an a connu une augmentation légèrement plus élevée que celle de la MRD.

Par ailleurs, si nous comparons la MDIS par rapport à la Moyenne de la Dépense de Consommation (MDIS/MDC), nous observons que la part de la MDIS a augmenté de 29% entre 1998 (11,77%) et 2008 (15,15%). En comparant ce taux avec ceux des autres pays, nous constatons qu'en 2007, le taux en Chine (13,83%) était plus de quatre fois plus élevé que la moyenne des pays OECD (3,1%) presque 10 fois plus élevé que celui de la France et plus élevé que le taux le plus haut (5,9% pour la Suisse et la Grèce ; base de donnée OECD) (Cf. Figure 86).

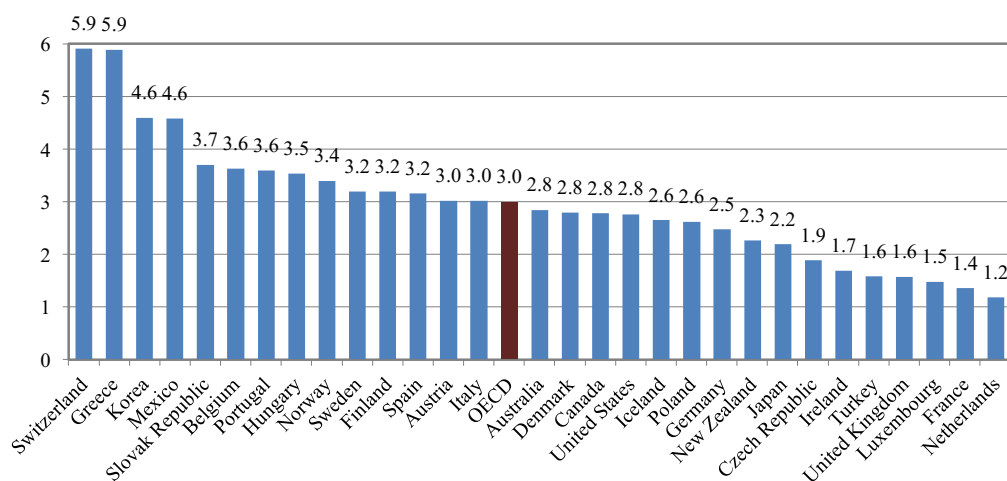
A partir de ces données, nous pouvons constater que, bien que le revenu des Chinois ait augmenté considérablement du fait de la croissance économique, la part de la dépense en santé dans le revenu disponible est restée stable et importante. De même, la part de la dépense de santé dans la dépense de consommation continuait à s'accroître et atteignait un niveau quatre fois plus élevé que la moyenne des pays OCDE. Ainsi, les ménages chinois auraient dû pouvoir bénéficier davantage du fruit du développement économique grâce à la hausse de revenu, cependant le fardeau de la santé supporté par les ménages ne s'est pas réduit, montrant que le coût des soins a continué à progresser significativement. C'est ainsi qu'en 2007, les dépenses de santé étaient devenues leur première préoccupation.

Figure 85 Evolution de la moyenne de la dépense individuelle de santé par habitant par an



Source : adaptée avec les données du BNSC

Figure 86 Dépense moyenne en santé par habitant par rapport à la dépense de consommation en 2007



Source : OECD Health Data 2009

Des études (Liu et Mills, 2003 ; Zhan et al., 2004 ; Zhang et al., 2007 ; Yip, 2009) menées sur le financement et les dépenses de santé en Chine soulignent toutes le problème du coût croissant des soins et de la sur-prescription. Une des raisons de cette hausse en était les incitations implicites du système dues à l'établissement d'un lien financier entre la vente des médicaments et le revenu des hôpitaux. Pour rompre ce lien, le gouvernement a publié en 2009 « L'avis sur la mise en place d'une Politique Nationale des Médicaments Essentiels (PNME) ».

2.2 Comportement de l'offre de soins avant la PNME

Entre 1949 et le début des années 80s, tous les hôpitaux quelles que soit leurs caractéristiques, grands ou petits, généraux ou spécialisés, urbains ou ruraux, étaient propriété de l'Etat, financés et gérés par l'Etat. Durant les trente années précédant la réforme, l'Etat subventionnait entre 15% et 35% du budget des hôpitaux publics pour en assurer le fonctionnement élémentaire (Banque Mondiale, 2010b) et les soins étaient payés par l'assurance maladie, AMT et SMG dans les zones urbaines, RCS dans les zones rurales. Grâce à ce système centralisé, la Chine avait obtenu des progrès importants en termes de réduction de la mortalité infantile et de la mortalité

maternelle, de l'augmentation de l'espérance de vie et des investissements dans la santé publique. Cependant, afin d'alléger la charge financière lourde pour le gouvernement central, le gouvernement chinois a mis en place une série de réformes sur le financement et la gestion des hôpitaux publics à partir du début des années 80s.

La participation financière du gouvernement a été fortement réduite, passant de 32,16% de la dépense totale en santé en 1978 à 16,38% en 1997 (Base de données du BNSC). Parallèlement, le gouvernement central a transféré une grande part de la responsabilité du financement des hôpitaux publics aux gouvernements locaux et la part de la subvention du gouvernement central dans la dépense totale de santé, représentait moins de 1% en 2007 (Hesketh et Zhu, 1997). Le désengagement progressif de l'Etat a changé la structure de financement des hôpitaux publics. Le financement est passé d'un système de budget flexible à un système de budget fixe (Liu et al., 2000). Avant la réforme, en cas de déficit, l'hôpital recevait une subvention non budgétaire de la part du gouvernement pour maintenir son fonctionnement de base. Après la réforme, en dehors du personnel dans le quota (Cf. Section 4.3.1 du chapitre 4) de l'hôpital, qui était toujours payé par le gouvernement, l'hôpital est devenu responsable de ses bénéfices ou de ses déficits.

L'autre volet des réformes concernait la fixation du prix des services médicaux (hors la vente des médicaments). Les prix appliqués étaient désormais ceux fixés par la Commission Nationale de Contrôle des Prix et publiés dans une liste détaillée contenant les prix de milliers de traitements, de services et d'examens de laboratoire. Sur le principe, le prix des services médicaux est défini tout en tenant compte de la viabilité du fonctionnement et du développement des hôpitaux et de l'accessibilité aux soins de base pour la population. Cette liste n'a cependant pas été mise à jour aussi souvent que l'évolution économique, de ce fait les prix sont restés en général à un niveau très bas (Liu et al., 2000).

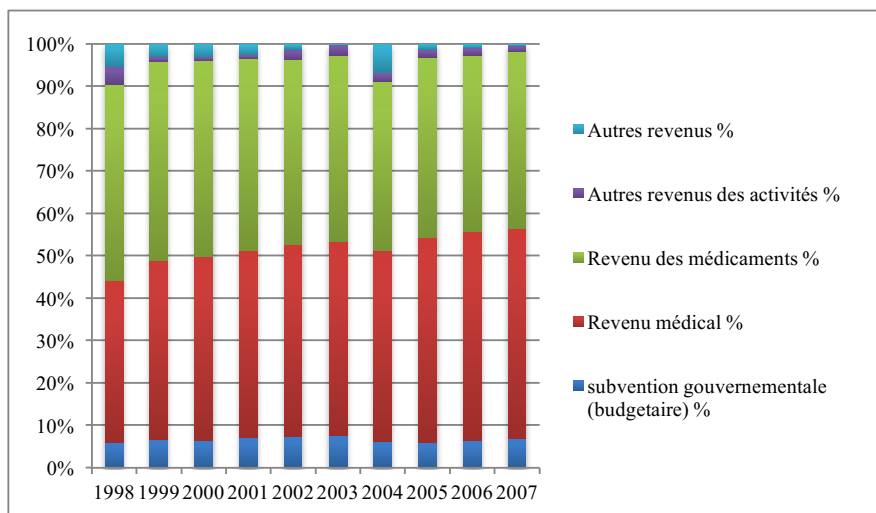
Afin de compenser leur perte de revenu, les hôpitaux furent autorisés à prendre une marge sur l'ensemble des nouveaux examens, des traitements à haute technologie et des médicaments (15% ou plus), ce qui avait alors favorisé une demande induite de la part des médecins (surprescription) et la recherche du profit maximal de la part des

hôpitaux, au lieu de fournir un accès aux soins équitable. En général, les hôpitaux prenaient une marge comprise entre 30% et 40% (Wang Dongsheng, vice-directeur de la division du développement social de la Commission Nationale du Développement et de la Réforme en 2006).

Par ailleurs, le nombre excessif d'intermédiaires, dont les grossistes, dans la chaîne d'approvisionnement des médicaments, entre les producteurs de médicaments et les établissements de santé, stimula davantage la surfacturation des médicaments (Yu et al., 2010). En effet, le marché pharmaceutique en Chine était composé de milliers de petits producteurs vendant leur produit à un tiers qui revendait les médicaments à un autre grossiste ou aux établissements de santé. Chaque acteur de la chaîne d'approvisionnement tirait un bénéfice de cette vente, contribuant à l'augmentation du prix des médicaments, considérés comme très élevés, notamment par rapport aux prix internationaux.

Le comportement des hôpitaux publics face à cette réforme a eu comme première conséquence une restructuration de la composition de leurs revenus. Comme montre la Figure 87, entre 1998 et 2007, environ 90% du revenu des hôpitaux étaient générés par les services médicaux et la vente des médicaments. Une décomposition plus fine de ces revenus montre que 92,65% en 2007 venaient de l'activité des hôpitaux, parmi lesquels 49,48% venaient des services médicaux et 41,67% de la vente des médicaments. La subvention gouvernementale ne représentait plus que 6,97% (Cf. Figure 88). La part du revenu issu de la vente des médicaments (près de 40%) était ainsi largement supérieure à celle, par exemple, qu'on retrouvait en moyenne dans les pays de l'OCDE (15%) pendant la même période (Chen et al., 2010). De ce fait, les services de soins de santé primaires ont été négligés par les prestataires de santé, détériorant en même temps la qualité des soins primaires et contribuant à faire peser sur les ménages, notamment ruraux, une part importante du financement de la santé.

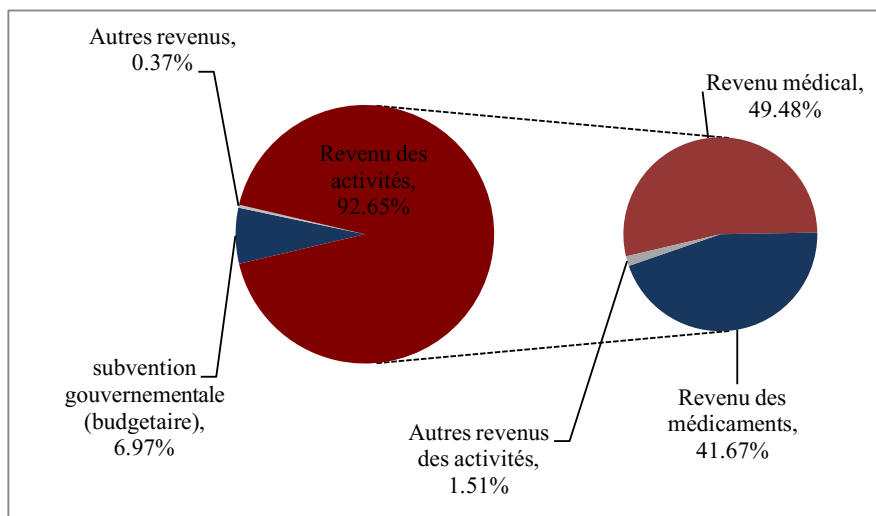
Figure 87 Evolution de la composition des revenus des hôpitaux publics généraux*



Source : Annuaire statistiques Santé 2006 et 2008, CNSPF

* les hôpitaux généraux représentent 71% des hôpitaux publics 71% en 2007

Figure 88 Composition du revenu des hôpitaux en 2007 (en moyenne)



Source : Annuaire statistique Santé 2008, CNSPF

3 La Politique Nationale des Médicaments Essentiels

Le 18 Août 2009, neuf ministères du gouvernement chinois (le Ministère de la Santé, la Commission Nationale du développement et de la réforme, le Ministère des finances, le Ministère des Ressources Humaines et de la Sécurité Sociale, le Ministère du Commerce, le Ministère de l'industrie et de l'information, le Ministère de l'Inspection, l'Administration d'Etat des Produits Alimentaires et Pharmaceutiques et l'Administration d'Etat de la Médecine Traditionnelle Chinoise) publiaient conjointement leur avis sur la PNME. L'ampleur de cet acte annonce également une nouvelle vague de réformes de santé.

L'objectif de la PNME est d'améliorer le système d'approvisionnement des médicaments, garantir l'équité de l'accès aux médicaments pour les soins de base et promouvoir la sécurité de l'utilisation des médicaments.

La mise en place de la PNME contient plusieurs éléments clé : outre l'établissement d'une liste nationale des médicaments essentiels, elle concerne la production, l'approvisionnement, la distribution et la prescription des médicaments, la tarification, le financement, le contrôle de la qualité et le système d'évaluation.

Aussi à partir de 2008, le gouvernement a progressivement mis en œuvre une politique d'interdiction de marge (zéro-plus) sur la vente des médicaments essentiels (CNDR, 2008). Cette politique ne concernait que les Etablissements de Santé de Base (ESB) qui comprenaient les hôpitaux cantonaux (zone rurale), les centres de santé communautaires (zone urbaine), les cliniques de village (zone rurale), les cliniques ambulatoires (zone urbaine). Les prix de vente des médicaments essentiels dans les établissements de santé de base (ESB) sont ajustés aux prix d'achat, en incluant les frais de livraison. Les ESB ne sont plus autorisés à dépasser les prix fixés. En l'espace de peu de temps (entre 2009 et 2010), cette politique a redéfini complètement la structure financière des ESB. Les hôpitaux ne sont pas concernés par cette politique, je suggère que le gouvernement était prudent pour généraliser cette politique, afin de ne pas déstabiliser brusquement la structure financière des hôpitaux.

3.1 Liste nationale des médicaments essentiels

Selon la définition de l’OMS, les médicaments essentiels répondent aux besoins de santé prioritaires d’une population. Ils sont sélectionnés en fonction de la prévalence des maladies, de l’innocuité, de l’efficacité et d’une comparaison des ratios coût-efficacité. Dans le choix des médicaments essentiels, le gouvernement chinois suit les indications de l’OMS, tout en tenant compte des besoins spécifiques de la population, les conditions réelles du pays et les atouts de la médecine traditionnelle chinoise (CNPFS, 2009).

Dans sa version initiale, établie en 2009, la liste nationale des médicaments essentiels chinois contenait trois sortes de médicaments : les médicaments chimiques et biologiques (205 médicaments), les médicaments traditionnels brevetés²⁵ (102 médicaments) et l’herbologie chinoise (l’utilisation des herbes médicinales n’est pas limitée par la liste des médicaments essentiels).

Cette liste a été révisée et complétée en 2012, le nombre des médicaments chimiques et biologiques a augmenté jusqu’à 317 et le nombre des médicaments traditionnels brevetés a augmenté jusqu’à 203.

Afin de mieux répondre aux besoins des soins de base des différentes régions Chinoises, les gouvernements locaux peuvent établir, selon leurs besoins spécifiques, une liste complémentaire des médicaments essentiels. Par exemple, dans la province de Shandong, la liste complémentaire (version 2010) comporte 216 médicaments en plus de ceux qui sont sur la liste nationale.

Selon l’« Avis sur la mise en place de la politique nationale des médicaments

²⁵ Les médicaments traditionnels brevetés se composent généralement des extraits des herbes médicinales, les herbes sont cuites et raffinées pour faire des pilules qui sont généralement de petite taille, de forme sphérique et noir, apparaissant comme des perles noires. L’efficacité de ces médicaments est vérifiée par de nombreuses expériences cliniques, ils sont produits et sécurisés par la loi. Source : La revue « Chinese Traditional Patent Medicine » ISSN: 1001-1528

essentiels » de la CNPFS, tous les ESB ne doivent prescrire que les médicaments essentiels. Pour les autres établissements de soins (Cf. Figure 10), l'utilisation des médicaments essentiels doit être prioritaire et le taux d'utilisation des médicaments essentiels doit atteindre un seuil²⁶ défini par les administrations de la santé.

3.2 Production, approvisionnement et distribution des médicaments essentiels

Les fournisseurs des médicaments sont restés les mêmes après la mise en place de la PNME. Néanmoins la nouvelle politique a imposé trois critères clés sur la production des médicaments : la sécurité, l'efficacité et la stabilité de la livraison (Wu, 2012). La Figure 89 montre le processus d'approvisionnement des médicaments essentiels. Le choix des fournisseurs est effectué par un système d'appel d'offre sous forme de « deux enveloppes ». Lorsque les entreprises de production des médicaments participent aux appels d'offre, ils doivent soumettre deux types de dossier :

- un dossier économique et technique qui présente le volume de production (entreprise), la capacité de livraison, le chiffre d'affaire (sur l'ensemble des médicaments et non seulement sur les médicaments essentiels), le classement dans le domaine d'activité, la crédibilité (évaluée par un expert), la certification GSP (Good Supply Practice), l'historique de contrôle de qualité etc.

- un dossier commercial qui fait essentiellement une proposition de prix.

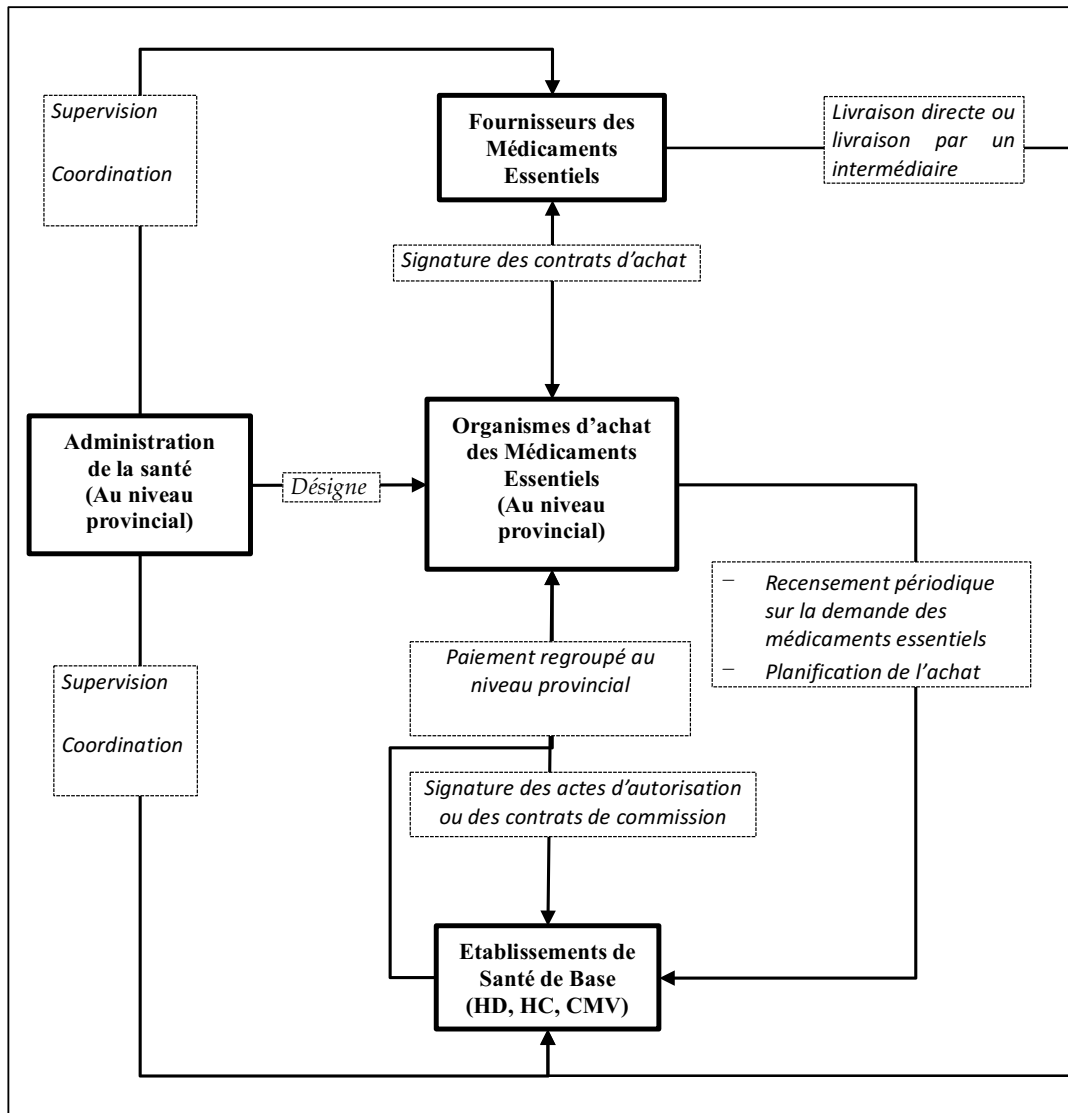
Seules les entreprises qui ont gagné l'appel d'offre sont les fournisseurs des médicaments essentiels. L'approvisionnement des médicaments essentiels est effectué sur une plateforme en ligne, créée par l'administration de la santé, au niveau provincial. Sur cette plateforme, l'administration provinciale de la santé désigne les organismes d'achats des médicaments essentiels qui ont la personnalité morale indépendante et qui sont aptes à effectuer les actes d'achat. Ces organismes d'achat

²⁶ Cependant il n'y a aucun document officiel pour expliquer comment ce seuil est défini, et par qui ?

signent des contrats d'achat avec les fournisseurs des médicaments essentiels, des actes d'autorisation ou des contrats de commission avec les ESB. Ils sont également tenus de recenser périodiquement la demande des médicaments essentiels et planifier l'achat.

La livraison des médicaments essentiels peut être directement faite du fournisseur à l'ESB, soit faite par un intermédiaire. Les paiements des ESB sont regroupés au niveau provincial par les organismes d'achat qui les transfèrent aux fournisseurs des médicaments essentiels. Le travail effectué par les organismes d'achat est réglé sur les budgets gouvernementaux, en conséquent, ils ne doivent pas demander des suppléments aux fournisseurs des médicaments et aux établissements de soins de santé de base. (Conseil d'Etat, 2010)

Figure 89 Processus d'approvisionnement des médicaments essentiels



Source : Chemin créé selon « L'Avis sur la création d'un système d'approvisionnement des médicaments essentiels pour les ESB », Conseil d'Etat, 2010

3.3 Fixation du prix des médicaments essentiels

La fixation des prix des médicaments essentiels est basée sur une enquête des prix du marché des trois dernières années précédant la publication. Cette enquête est organisée conjointement par les administrations provinciales de santé et les autorités de tarification. Le champ de l'enquête englobe non seulement les prix de détail dans

les pharmacies, mais aussi les prix d'achat des ESB avant la mise en place de la politique nationale des médicaments essentiels. Le principe de la tarification des médicaments essentiels est que le prix sur la plateforme en ligne ne doit pas dépasser le prix réel du marché. Comme depuis octobre 2008, le gouvernement a mis en place progressivement une politique de vente des médicaments essentiels à prix coûtant (zero-markup policy), en conséquence, le prix d'un médicament essentiel acheté par un organisme d'achat (y compris les frais de la livraison) sera le prix de vente dans les ESB.

3.4 Mécanismes de compensation et séparation des recettes et des dépenses

Avant la mise en place de la PNME et de la politique de zéro-plus, les hôpitaux prenaient une marge importante sur le prix coûtant des médicaments, ce qui représentait une grande partie du revenu des hôpitaux. Afin de garantir la stabilité de la PNME, il fallait mettre en place un mécanisme de compensation pour maintenir le fonctionnement des hôpitaux. Il existe aujourd'hui quatre modèles de compensation : la compensation exclusivement gouvernementale, les compensations multiples, la gestion consistant à séparer les encaissements des décaissements, les incitations (Yuan et Tang, 2012 ; Zhou et Zou, 2012).

3.4.1 Compensation exclusivement gouvernementale

Sous ce mode de compensation, les ESB qui ont un déficit financier justifié reçoivent une compensation financière du gouvernement local. Ce mode de compensation constitue une garantie pour la mise place de la PNME, mais également une grande pression financière pour les gouvernements locaux, ce qui pourrait affecter la viabilité financière de la PNME. D'un autre côté, si les subventions sont allouées sans condition, cela pourrait conduire à une forte baisse de l'efficacité, les prestataires de santé n'étant plus incités à améliorer leurs performances. Ce mécanisme est appliqué dans certaines provinces comme celle d'Anhui.

3.4.2 Compensations multiples

Pour augmenter leurs marges de manœuvre financières, les ESB majorent le prix de certains actes comme par exemple, le prix des examens, des injections et des consultations ambulatoires.

Certaines provinces ont mis en place une subvention par capitation pour les médecins travaillant dans les cabinets médicaux de village. Par exemple, pour la province d'Anhui, cette subvention s'élève à 8 000 yuans (équivalent à 1 000 euros, le taux d'échange de l'Euro par rapport au yuan varie autour de 8) par 1200 personnes prises en charge par an (Yuan et Tang, 2012). A Weifang, une subvention par capitation a été mise en place pour le développement de la santé publique dans tous les ESB. Bien que l'objectif de cette subvention ne soit pas de compenser la perte de revenu due à la PNME, cette subvention peut être une incitation à développer, comme le souhaite le gouvernement, la santé publique dans les établissements, ce qui aura des répercussions sur la performance de ces établissements. En 2013, le montant de la subvention était de 30 yuans par habitant couvert par an.

3.4.3 Séparation des recettes et des dépenses

La séparation des recettes et des dépenses signifie que le gouvernement du district prend en main la gestion financière des ESB. En d'autres termes, la totalité du revenu de l'ESB est versé au gouvernement provincial, et le gouvernement gère les salaires et la perte de revenu due à la PNME. Ce mode de compensation coupe le lien entre les revenus et les dépenses, évitant ainsi les comportements de recherche du profit. Néanmoins le détachement de la gestion financière va à l'encontre du mécanisme de l'incitation, il est préférable d'appliquer ce mode de compensation dans les petites structures où les activités sont faibles à cause d'une faible demande. C'est par exemple le cas du district d'Anqiu dans l'étude que nous avons menée à Weifang.

3.4.4 Mécanisme d'incitation

La perte financière n'est pas compensée directement et lorsqu'elle l'est, c'est sous condition. La performance de l'Hôpital Cantonal (HC) ²⁷ est soumise à une évaluation pour obtenir la subvention au titre de la PNME. Le montant de la subvention est calculé conjointement par les autorités de santé et des finances publiques. Cette subvention est allouée en plusieurs fois (mensuel, trimestriel ou semestriel). L'évaluation de la performance est exercée par un groupe d'experts choisi par le bureau de santé de la province. A Weifang, cette subvention est versée tous les mois à hauteur de 80%, les 20% restants sont versés en mars de l'année suivante, uniquement si les hôpitaux cantonaux répondent aux critères d'évaluation. Cependant, il est difficile de ne pas aider financièrement l'hôpital, même si sa performance n'est pas bonne : la pénurie financière compromettra les activités de l'année en cours et contribuera au cercle vicieux entre financement et activités. En pratique, le gouvernement du district couvre sans condition le montant global du déficit dans tous les HC dans la mesure où il peut le faire, ce qui est le cas à Weifang.

Outre la compensation financière directe, les HC incitent également leurs personnels médicaux à développer des activités rentables comme la chirurgie, l'échographie doppler couleur.

Comme présenté dans les paragraphes précédents, le mode de financement des Etablissements de Santé de Base (ESB) a été fortement modifié pour couper le lien entre la vente des médicaments et le revenu des ESB, et ce changement brutal a sûrement influencé les différents aspects du fonctionnement des ESB, par exemple, l'activité, le revenu, la productivité etc. Sous une telle influence, est ce que les ESB sont plus performants ? Afin d'estimer l'effet de cette réforme sur l'efficacité des ESB, nous avons réalisé une étude sur les hôpitaux cantonaux (acteur principal parmi les différents types d'ESB) dans une préfecture de la province de Shandong.

²⁷ L'hôpital cantonal est l'acteur principal parmi les différents types d'ESB (Cf. Figure 11)

4 Etude de cas à Weifang dans la province de Shandong en Chine : activité et efficacité des hôpitaux cantonaux²⁸

4.1 Objectif, approche et encadrement de notre étude

Comme nous avons discuté au début de ce chapitre, les objectifs essentiels de la PNME sont, premièrement faire apparaître une sorte de régulation sur le coût des soins visant améliorer l'activité des Hôpitaux Cantonaux (HC) qui restait faible (Cf. Section 4.7 du chapitre 3), deuxièmement rétablir le parcours de soins afin d'éviter le by-pass dans les ESB et la surcharge en termes de la demande de soins dans les meilleurs hôpitaux, ce qui a, alors un effet sur l'efficacité des HC. Notre étude tente à estimer, par une étude de cas, cet effet de la réforme sur la performance et l'efficacité des HC, tout en tenant compte de l'équité et la qualité.

4.1.1 Deux orientations de l'analyse d'efficacité

Considérer l'efficacité revient à s'interroger sur la capacité d'obtenir un résultat donné au coût le plus faible possible ou d'obtenir le maximum de résultat pour un coût donné. En d'autres termes, considérer l'efficacité des établissements de santé revient à se demander comment augmenter leur activité (résultat) sans augmenter leurs ressources humaines, financières, etc. (inputs), on parlera alors d'orientation output, ou s'il est possible de diminuer les ressources (dans le cas d'établissement sur-dimensionné par exemple) sans modifier l'activité, on parlera alors d'orientation *input*.

²⁸ Cette partie a été largement reprise d'un rapport (Audibert, Huangfu, Mathonnat, Petitfour, 2015), rédigé, suite à un programme de recherche mené conjointement entre le CERDI et l'université de médecine de Weifang, pour évaluer l'effet de la réforme pharmaceutique sur la performance et l'efficacité des hôpitaux cantonaux dans la préfecture de Weifang en Chine. L'auteur a participé à l'élaboration du protocole d'étude, aux enquêtes de terrain et contribué aux analyses statistiques et à la rédaction du document.

4.1.2 Efficience, qualité et équité

Pourquoi l'amélioration de l'efficience est-elle compatible avec une meilleure qualité des soins et plus d'équité ? Nos résultats montrent qu'en matière d'efficience certains HC ont de bien meilleures performances que les autres.

Si l'on analyse dans l'orientation *output*, et si les HC peu performants ne sont pas surdimensionnés par rapport aux besoins de la population, cela signifie qu'ils peuvent potentiellement produire davantage de soins pour mieux satisfaire les besoins de la population. La question est de savoir pourquoi ils ne le font pas et pourquoi ils ne sont pas aussi performants que ceux qui sont plus efficaces. Fondamentalement, il n'y a pas de raison qu'une augmentation de leur activité conduise à une détérioration de la qualité des soins dès lors que l'exemple d'autres HC montre qu'il y a une marge de manœuvre en matière d'efficience. Mais concrètement, le risque d'altération de la qualité existe effectivement dans les HC comme dans toutes les structures de santé ou de l'industrie. La littérature internationale (Jacobs et al., 2006 ; Joumard et al., 2010 ; OECD, 2010) sur ces questions montre très clairement que lorsque la tutelle veut promouvoir une meilleure efficience, elle doit veiller par un suivi, des mesures de régulation, d'incitation et de formation, etc. à ce qu'il n'y ait pas de dégradation de la qualité qui, au final, conduirait à une dégradation de l'équité.

Dans une perspective d'orientation *input*, l'amélioration de l'efficience permet d'économiser des ressources. Ces ressources économisées peuvent être utilisées pour améliorer la qualité des soins ou réduire le reste à charge supporté par les ménages les plus pauvres. Un bon exemple en est fourni par la diminution de la DMS et la réduction des hétérogénéités entre hôpitaux qui se sont fortement réduites depuis une dizaine d'années en France, alors que parallèlement la qualité des soins s'améliorait. Les économies faites sur la réduction de la DMS en généralisant les pratiques des hôpitaux les plus performants ont contribué à financer en partie cette amélioration de la qualité et à réduire les coûts supportés par les patients et par l'assurance-maladie.

On voit donc que l'amélioration de l'efficience peut jouer en faveur de l'amélioration de la qualité et de l'équité. Mais naturellement, ce n'est pas automatique. On comprend

aisément qu'un HC dont les effectifs ou les subventions seraient réduits, réagisse en diminuant la qualité des soins dispensés, ce qui finalement pénaliserait l'équité. Ici encore, c'est le rôle de la tutelle de veiller à ce qu'il n'en soit pas ainsi.

4.1.3 Plan d'étude

Les sections suivantes consistent à présenter les quatre parties de notre étude : la Section 4.2 présente le contexte économique et démographique du terrain d'étude. Les sections 4.3 - 4.5 consiste à une analyse descriptive sur les principaux caractères, l'activité et les revenus des hôpitaux cantonaux (HC échantillons). Cette partie descriptive, qui donne une vue générale sur l'évolution des HC avant et après la réforme, est importante pour annoncer la partie d'analyse quantitative sur l'effecience (Section 4.6). Enfin une analyse qualitative sur les résultats des entretiens avec les directeurs de HC a été réalisée en complétant les résultats de nos différentes analyses quantitatives (Section 4.7).

4.2 Echantillon et données

La ville préfecture de Weifang fait partie de la province côtière du Shandong. Elle compte neuf millions d'habitants en 2010. Elle est constituée de 12 subdivisions : quatre districts (Weicheng, Kuiwen, Fangzi et Hanting), six villes-districts (Qingzhou, Zhucheng, Shouguang, Anqiu, Gaomi et Changyi) et deux cantons (Changle et Linqu). Notre échantillon comporte des hôpitaux cantonaux (HC) dans les six villes-districts et les deux cantons de cette préfecture. Le Tableau 7 présente la population des districts enquêtés.

Tableau 7 Population des districts enquêtés de Weifang

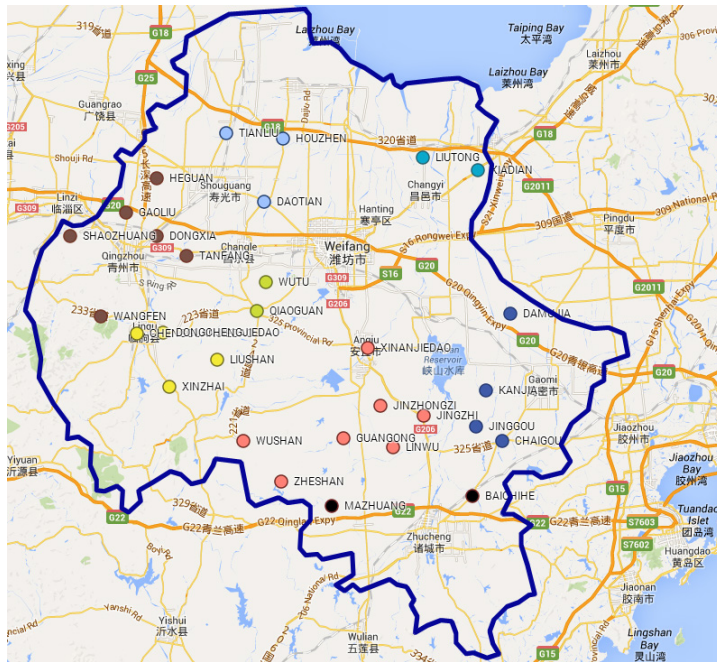
District	Population moyenne sur la période (10 000 personnes)
Anqiu	92,69
Changle	61,59
Changyi	60,35
Gaomi	89,56
Linqu	83,43
Qingzhou	94,04
Shouguang	113,94
Zhucheng	108,62

Source : site internet du gouvernement de Weifang

L'étude repose sur des données d'enquête issues d'un échantillon de 30 HC appartenant à huit des 12 districts²⁹ de la préfecture de Weifang, dans la province de Shandong. Le tirage s'est fait sur la base d'un tirage aléatoire, suivant un pas proportionnel à la taille de la population des cantons. La Figure 90 localise les HC sélectionnés (ronds de couleurs) et le Tableau 8 présente la liste de ces HC par district. Les données, issues des registres des HC et des bureaux de statistiques et des finances des cantons et des districts, ont été recueillies par le personnel du bureau de la santé de Weifang, des étudiants de l'université médicale de Weifang et l'équipe du CERDI (Centre d'Etudes et de Recherches sur le Développement International). Une formation sur la conformité des données a été réalisé sur place par Mlle. Petitfour et l'auteur. Les données couvrent la période 2006-2012. Elles sont complétées par une étude qualitative menée dans huit des 30 HC, reposant sur un questionnaire, adressé aux directeurs des HC et ses proches collaborateurs, dont l'objectif était d'avoir une idée plus fine de la façon dont le HC est géré et dont le directeur et son équipe réagissent face aux récentes réformes et aux nouvelles contraintes de revenu.

²⁹ Les quatre autres, étant des counties urbains, n'ont pas été inclus dans l'étude.

Figure 90 Localisation des HC étudiés (points de couleur)



Source : Auteur, à partir d'un fond google map.

Tableau 8 Hôpitaux de canton de l'échantillon de l'étude - période 2006 - 2012 -
Préfecture de Weifang

District Anqiu	District Changde	District Changyi	District Gaomi
Guangong	Qiaoguan	Liutong	Chaigou
Jingzhi	Wutujiedao	Xiadian	Damujia
Jinzhongzi			Jinggou
Linwu			Kanjia
Wushan			
Xinanjiedao			
Zheshan			
District Linqu	District Qingzhou	District Shouguang	District Zhucheng
Chengguanjiedao	Dongxia	Daotian	Baichihe
Dongchengjiedao	Gaoliu	Houzhen	Mazhuang
Liushan	Heguan	Tianliu	
Xinzhai	Shaozhuang		
	Tanfang		
	Wangfen		

NB : En surligné, les HC où une enquête qualitative a été ajoutée à l'enquête quantitative.

4.3 Evolution des principales caractéristiques des HC depuis la réforme

La politique des médicaments essentiels a pour objectif de réduire le coût des médicaments afin d'améliorer l'accès aux soins et par là, la performance des HC. Les caractéristiques des HC font partie de la fonction de production du HC. Et un personnel, des équipements, trop nombreux ou au contraire insuffisants, est une source d'inefficience. Etudier l'évolution de ces caractéristiques avant et après la nouvelle réforme est l'étape préalable à l'analyse d'efficience.

4.3.1 Personnel des HC

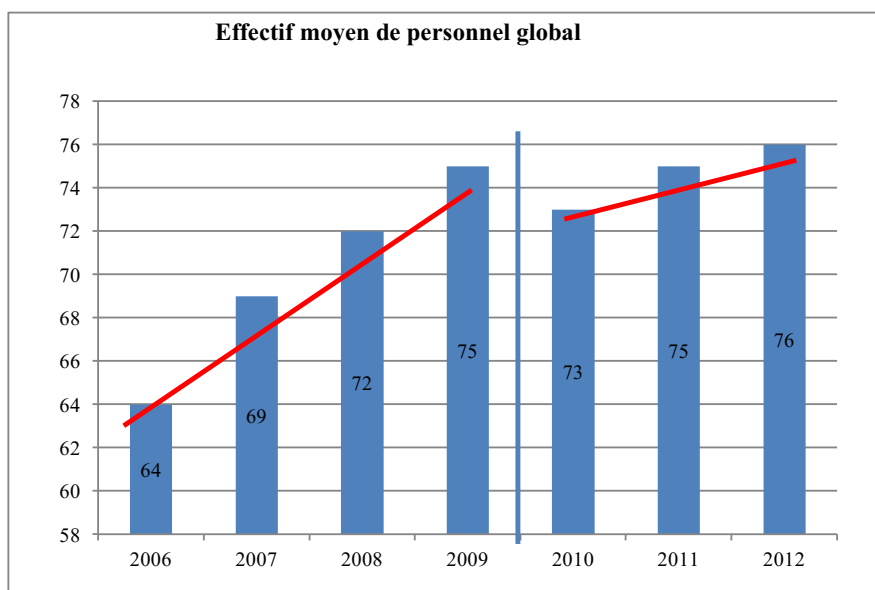
Avant de discuter de l'évolution du personnel dans les HC de la zone d'étude, il convient de mentionner d'abord les règles particulières du recrutement de personnel dans les ESB. Pour tous les ESB, l'effectif du personnel est limité à un quota, calculé et approuvé conjointement par le département du Ministère des Ressources Humaines et de la Sécurité Sociale au niveau provincial. La fonction, les échelons, les catégories et la structure des postes dans les ESB doivent respecter le guide sur « l'organisation et la proportion des postes pour les ESB ». Les salaires de ce personnel dans le quota sont payés par le budget gouvernemental. Ce quota représente la limite supérieure au-delà de laquelle le gouvernement n'octroie plus de personnel. Il n'est cependant pas toujours atteint pour diverses raisons, notamment du fait de salaire qui serait encore peu attractif pour un personnel qualifié (source, nos entretiens). En cas de besoin, les ESB peuvent cependant embaucher du personnel. Ce personnel, considéré comme hors quota, est rémunéré sur financement propre des ESB. Le personnel des ESB est donc composé de personnel dans le quota et de personnel hors quota.

A. Evolution de l'effectif du personnel : reprise de la croissance et retour au niveau de 2009

L'effectif moyen du personnel global par HC a progressé sur l'ensemble de la période étudiée (2006-2012). Cependant, la progression a été bien plus importante avant la réforme de 2009 (Cf. Figure 91) qu'après, tandis que la dispersion de ce nombre moyen était plus importante après la réforme qu'avant (Cf. Figure 92). Ainsi, si huit HC ont un effectif de personnel concentré autour de la médiane signifiant que l'effectif de personnel n'a pas ou peu évolué sur la période, les autres ont connu une variation,

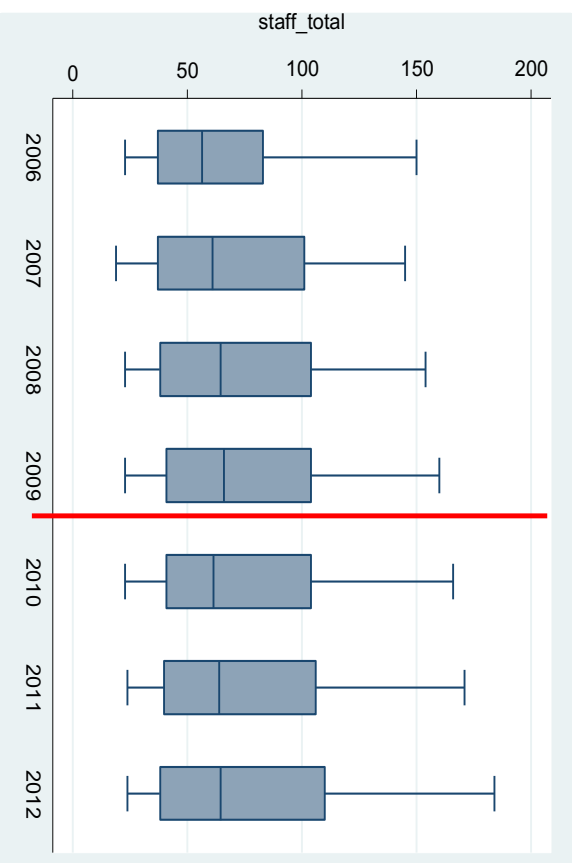
parfois importante, de leur effectif (Cf. Figure 93). Parmi ceux-ci, sept HC ont vu leur effectif fortement augmenter : Mazhuang (de 28 à 111), Shaozhuang (de 66 à 109), Qiaoguan (de 72 à 120), Daotian (de 83 à 124), Xinzhai (de 136 à 187), Kaijia (de 97 à 131), Heguan (de 24 à 65), mais six HC ont vu leur effectif baisser, comme Chengguanjietao par exemple (de 150 à 110 ; Figure 93).

Figure 91 Effectif moyen de personnel global dans les HC étudiés entre 2006 et 2012



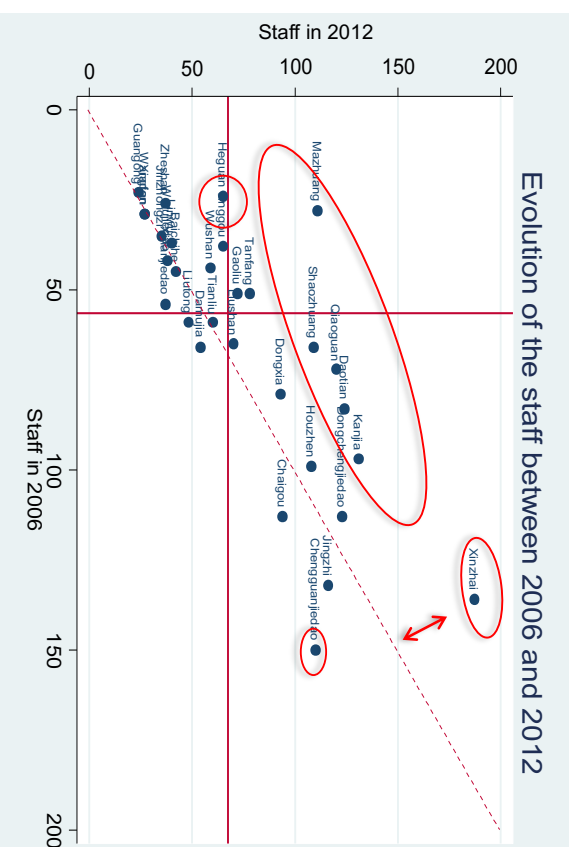
Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

Figure 92 Evolution de la dispersion de l'effectif moyen du nombre total de personnel dans les HC étudiés, entre 2006 et 2012



Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

Figure 93 Evolution du nombre de personnel global entre 2006 et 2012



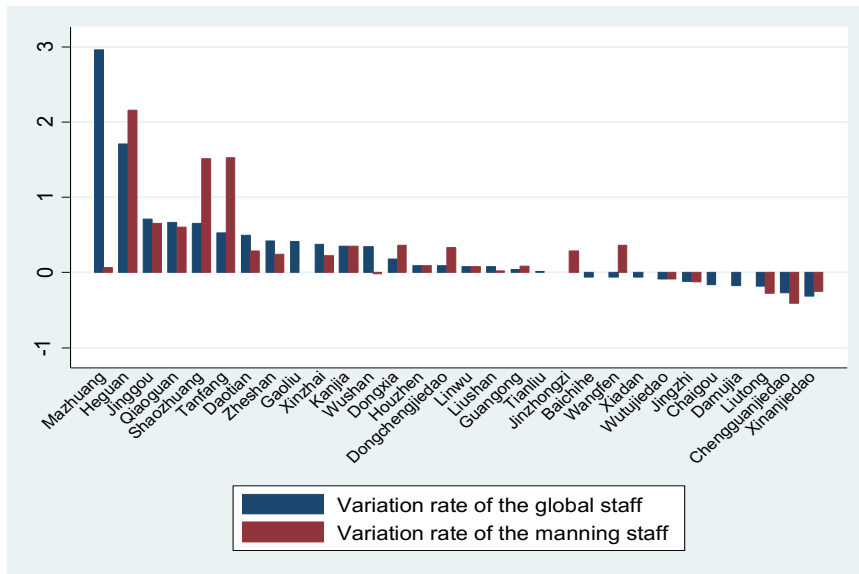
Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

B. Personnel dans le quota et hors quota : des évolutions similaires

Nous nous sommes demandés si l'évolution de l'effectif global du personnel et notamment des HC dont les effectifs ont beaucoup varié, était due au personnel dans le quota (manning staff) ou hors quota. A cette fin, nous avons calculé et comparé pour chaque HC le taux de variation des effectifs de personnel (global, quota et hors quota) deux ans avant et deux ans après la réforme, en utilisant la moyenne des effectifs de personnel de 2008 et 2009, et la moyenne des effectifs de 2011 et 2012 (Cf. Figure 94 et Figure 95). Les résultats montrent que, sauf exception, l'évolution du nombre de personnel dans le quota suit l'évolution du nombre de personnel global. Il en est ainsi par exemple à Heguan, Shaozhuang, Tanfang, où le personnel dans le quota augmente comme le personnel global, bien que plus rapidement. Ceci indique que l'augmentation de l'effectif de personnel vient essentiellement de l'augmentation du personnel dans le quota et qu'elle est pourrait être une décision du gouvernement provincial qui ajusterait sa planification gouvernementale en tenant compte des besoins des HC. Car de l'autre côté, les variations du personnel hors quota ne sont pas vraiment liées à celles du personnel global et apparaissent très spécifiques (Cf. Figure 95). Ainsi, la moitié des HC a une évolution significativement différente du personnel global et du personnel hors quota.

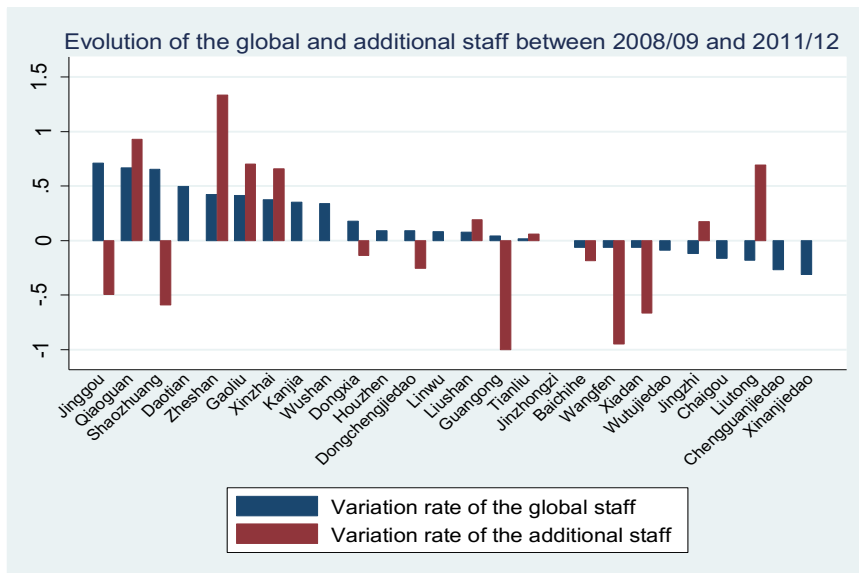
Est-ce que cela signifie que lorsque le personnel dans le quota augmente, les HC peuvent diminuer le personnel hors quota et faire ainsi des économies ? Ou est-ce que cela signifie que l'effectif de personnel dans le quota défini par les autorités ne correspond pas toujours au besoin réel des HC conduisant les HC à recruter du personnel hors quota pour maintenir un équilibre de leurs ressources humaines ? A Guangong par exemple, la baisse du personnel hors quota a été en proportion plus forte que la hausse du personnel dans le quota, conduisant à maintenir stable l'effectif du personnel global. Mais, à Wangfen, le personnel global a diminué sur la période suite à une baisse importante du personnel hors quota qui n'a pas été compensée par l'augmentation du personnel dans le quota (Cf. Figure 94 et Figure 95).

Figure 94 Evolution du personnel global et dans le quota dans chaque HC: taux de variation 2008/2009 et 2011/2012



Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

Figure 95 Evolution du personnel global et hors quota dans chaque HC : taux de variation 2008/2009 et 2011/2012

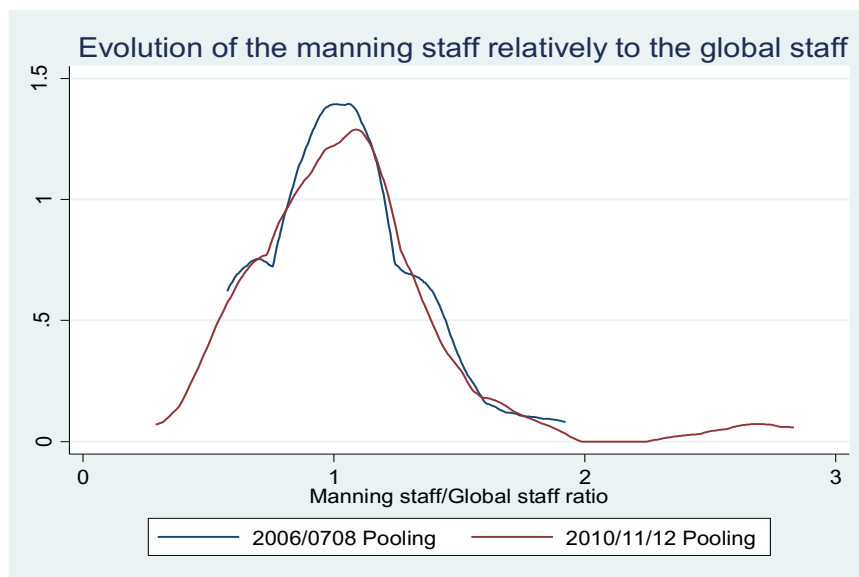


Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

C. Comparaison du nombre de personnel dans le quota et le nombre global

Dans l'objectif de comparer l'effectif du personnel dans le quota par rapport à l'effectif de personnel global pour tous les HC, nous avons estimé pour deux sous-périodes, 2006-2008, avant et 2010-2012 après la réforme, la distribution du ratio effectif de personnel dans le quota / effectif de personnel global, par la fonction de densité de Kernel, (Cf. Figure 96). Les deux courbes sont plus au moins concentrées autour de 1, il y a donc une certaine cohérence entre le nombre de personnel dans le quota et le nombre de personnel global pour la plupart des HC. Toutefois la courbe qui représente la situation après la réforme est plus aplatie et plus étendue vers la droite (jusqu'à 3) que celle d'avant la réforme, ce qui signifie i) que la dispersion est plus importante après la réforme ; ii) qu'un certain nombre de HC ont un effectif de personnel global inférieur au nombre de personnel qu'ils auraient dû obtenir du gouvernement provincial d'après le quota. Autrement dit, ces HC sont en situation de sous-effectif *théorique*. Cependant, cela ne signifie pas qu'ils sont en pratique, par rapport à leurs activités actuelles, en sous-effectif. C'est ce que nous vérifierons dans la section d'analyse de la productivité et de l'efficience.

Figure 96 Distribution du personnel dans le quota par rapport au personnel global avant et après la réforme (fonction de densité de Kernel)



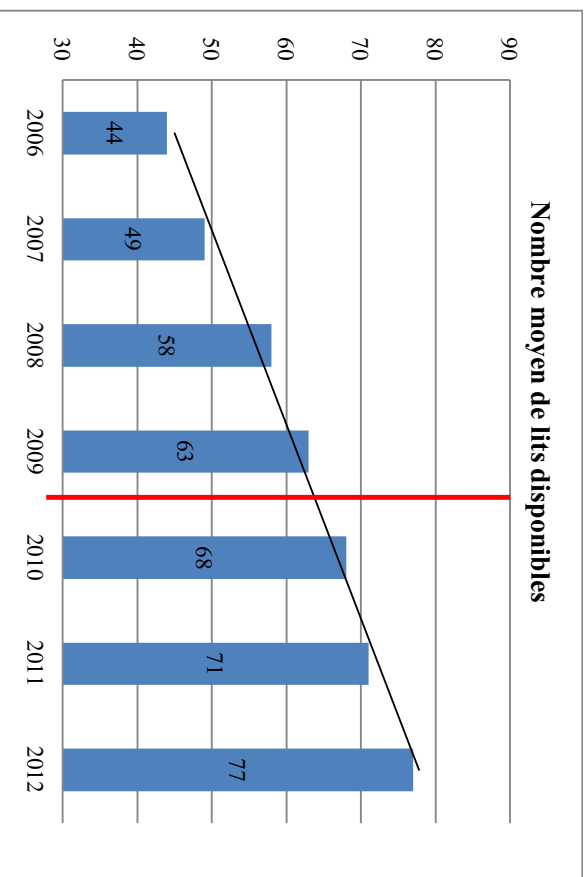
Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

4.3.2 Evolution du nombre moyen de lits

Le nombre moyen de lits disponibles par HC a régulièrement et fortement augmenté sur la période étudiée, passant de 44 lits en 2006 à 77 lits en 2012 (Cf. Figure 97). Cependant, la moyenne ne reflète pas la situation de tous les HC. En effet, si on observe bien une augmentation du nombre de lits dans la majorité des HC, la taille de 11 d'entre eux est restée inchangée sur la période (HC sur la diagonale, Cf. Figure 98). Ce sont des HC de petite ou moyenne taille (entre 30 et 50 lits). Mais par ailleurs, 20% des HC étudiés, pourtant de taille identique, ont triplé ou plus leur nombre de lits disponibles (HC marqués en rouge). Enfin, les quatre plus grands HC de début de période, se sont encore agrandis entre 2006 et 2012 (HC marqués en vert, Cf. Figure 98). L'élargissement de la dispersion du nombre de lits disponibles sur la période est bien illustré à la Figure 99. Les diagrammes montrent clairement une diminution du premier quartile (entre le début et la fin de la période) et une augmentation des deux extrémités. En 2006, le plus petit HC était Guangong avec 16 lits disponibles (Chengguanjietao n'ayant pas de lit du fait de la rénovation de son service de l'hospitalisation), les HC les plus grands étaient Houzhen, Chaigou et Kanjia, avec presque 100 lits chacun. En 2012, Guangong avec 20 lits disponibles est resté le plus petit HC, tandis que Xinzhai (80 lits en 2006) a doublé sa taille (180 lits), devenant le plus grand HC de notre échantillon. Durant la période 2006-2012, la différence de taille entre le plus petit et le plus grand HC s'est élargie, ce qui signifie que l'attribution des lits évoluait de façon inégale.

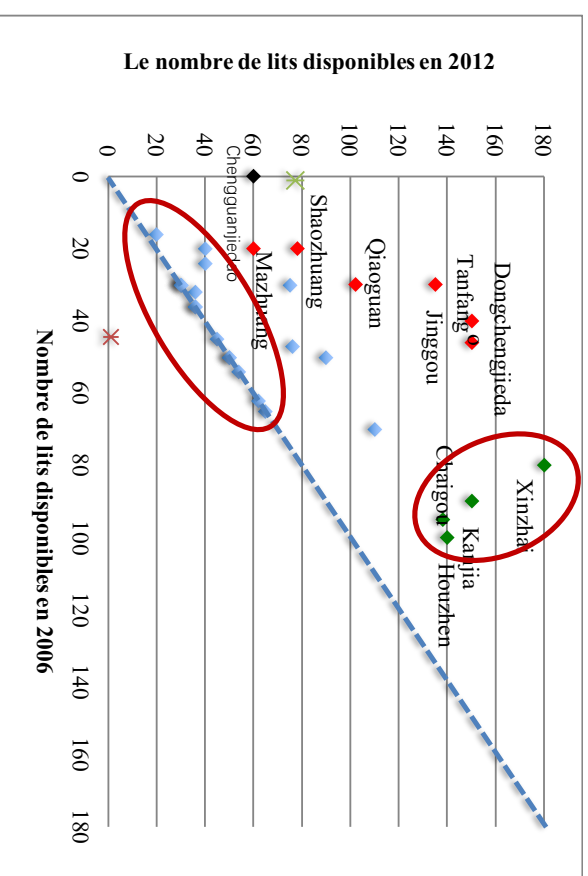
Cette attribution inégale est-elle expliquée par les besoins ? Si l'on observe une tendance plus nette entre l'attribution des lits et la population couverte depuis 2010 (Cf. Figure 100), la relation n'est pas parfaite, on observe encore une grande hétérogénéité, certains HC étant sur-dotés, compte-tenu de la taille de la population desservie par rapport à d'autres (points rouges largement au-dessus de la droite de régression représentant les valeurs estimés).

Figure 97 Evolution du nombre moyen de lits disponibles



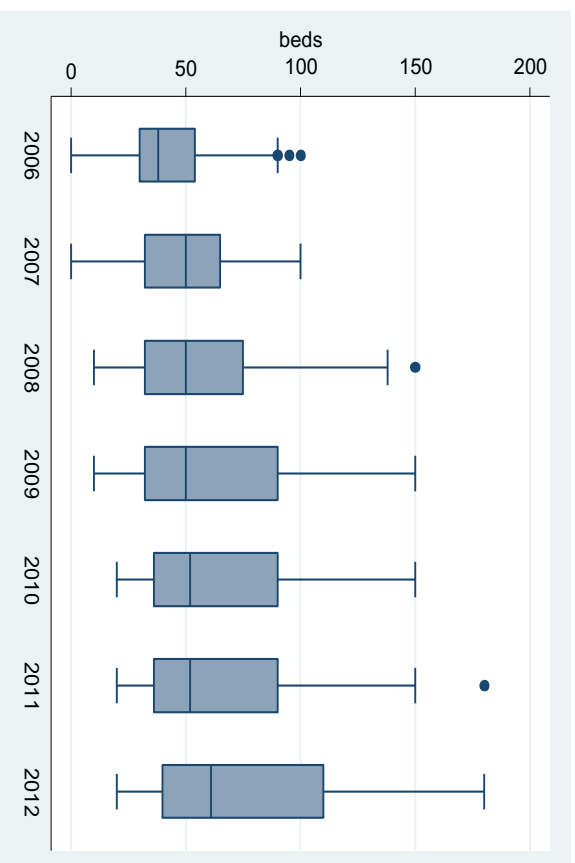
Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

Figure 98 Nombre de lits disponibles entre 2006 et 2012



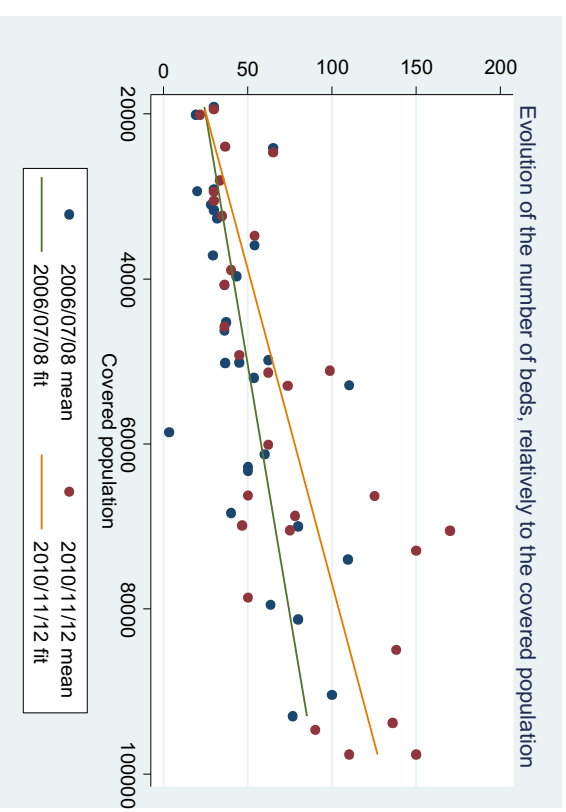
Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

Figure 99 Dispersion du nombre de lits disponibles sur la période étudiée



Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

Figure 100 Relation entre la taille des HC et la population desservie (R² pour la première période : 0.40, pour la seconde : 0.54)



Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

4.3.3 Evolution des équipements

Le système de santé chinois est confronté à l'augmentation importante du coût des soins. Plusieurs causes en étaient à l'origine : le prix des médicaments, les sur-prescriptions et l'accroissement d'investissements dans des équipements à haute technologie pour répondre à une demande croissante pour ces équipements. La réforme pharmaceutique devait agir sur les deux premières causes seulement. Qu'en est-il alors de l'évolution de l'investissement des HC, notamment de l'investissement à haute technologie : les HC ont-ils eu tendance à surinvestir pour attirer la patientèle et espérer pouvoir faire supporter une partie du coût de ces investissements aux patients ?

Les discussions menées à Weifang ont souligné l'importance de tenir compte de la capacité ou volonté d'investissement des HC dont dépend leur niveau de technicité et en partie de leur attractivité, puis performance. Aussi, la valeur des équipements reflète à la fois l'investissement du HC et, en partie, son niveau de technicité. Le niveau de technicité, à proprement parler, se mesure ensuite soit par la part des actes réalisés avec une technique performante par rapport aux mêmes actes effectués avec une technique obsolète, soit par la part des actes complexes par rapport à des actes simples de la même spécialité.

Un seuil de 10.000 yuans a été défini par la CNSPF comme le critère qui distingue les équipements de l'utilisation courante des équipements de haute technologie. Les données recueillies montrent que la valeur totale moyenne des équipements de haute technologie des 30 HC étudiés a presque triplé (doublé) entre 2006 (730 200 yuans) et 2012 (2 177 300 yuans ou 1 768 600, valeur constante de 2006, Cf. Tableau 9 ; Figure 101 et Figure 102). La valeur de ce type d'équipement varie énormément d'un HC à l'autre et l'hétérogénéité entre HC s'est accentuée sur la période. Ainsi en 2006, Liushan et Damujia n'avaient aucun équipement valant plus de 10.000 yuans alors que le HC le mieux équipé, Houzhen, possédait au total pour 4 850 000 yuans d'équipements de haute technologie. En 2012, Guangong se retrouve être le HC le moins doté d'équipement de haute technologie (d'un montant de 220 000 yuans ou 178 700 yuans valeur constante) tandis que Houzhen, le mieux équipé possède un équipement de haute technologie d'une valeur de 8 710 000 yuans ou 7 074 900 yuans valeur constante. L'écart-type de la moyenne de la valeur total des équipements de haute technologie a continué à s'accroître entre 2006 et 2012, pour atteindre 2 036 800 yuans ou 1 654 500 yuans valeur

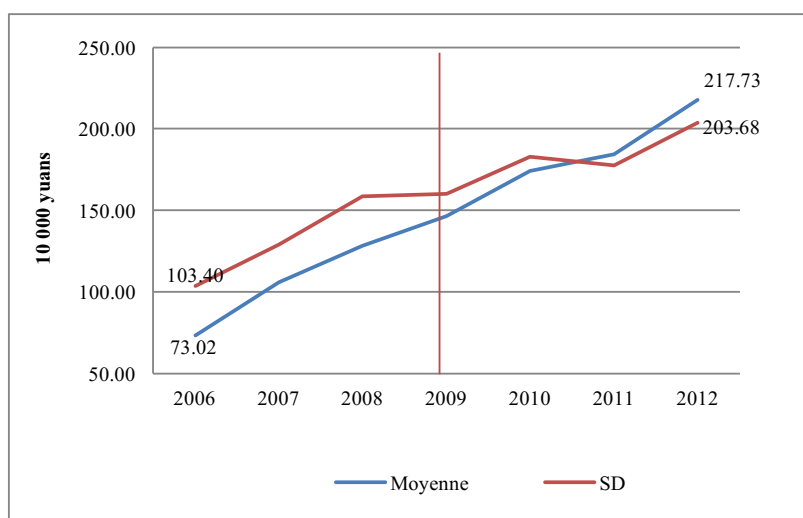
constante (1 034 000 yuans en 2006), confirmant l'énorme différence de développement des HC en termes d'investissement à haute technologie.

Tableau 9 Evolution de la valeur totale moyenne des équipements des HC, valant plus de 10 000 yuans

(en dix mille yuans courants)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Moyenne	73.02	105.73	128.17	146.31	174.21	184.41	217.73
Min	0.00	0.00	0.00	13.80	13.80	22.00	22.00
Max	485.00	493.00	717.00	732.00	847.00	814.00	871.00
Médiane	34.30	69.02	72.16	94.54	105.13	117.85	135.30
SD	103.40	128.91	158.70	160.01	182.99	177.60	203.68
(en dix mille yuans constants de 2006)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Moyenne	73.02	100.89	115.49	132.76	153.03	153.68	176.86
Min	0.00	0.00	0.00	12.52	12.12	18.33	17.87
Max	485.00	470.42	646.04	664.21	744.01	678.39	707.49
Médiane	34.30	65.86	65.02	85.78	92.35	98.22	109.90
SD	103.40	123.01	143.00	145.19	160.74	148.01	165.45

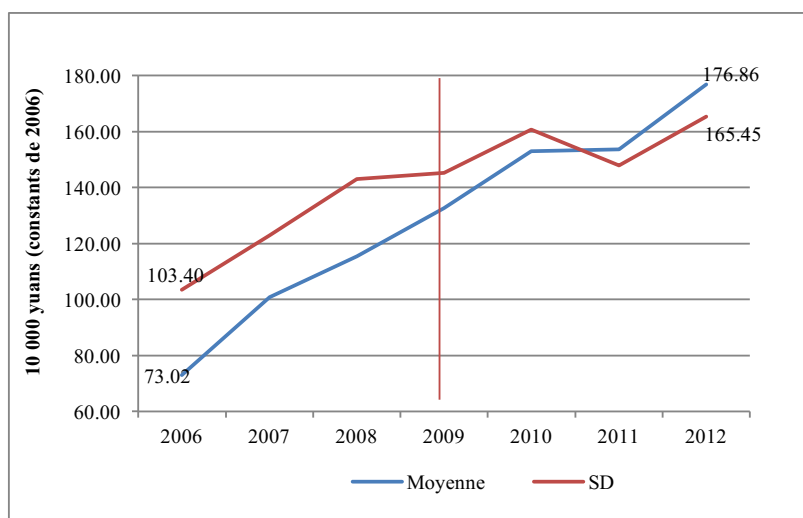
Source : Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang, Indice de prix 2006 = 100

Figure 101 Evolution de la valeur courante moyenne totale (et de son écart-type - SD) des équipements valant plus de 10 000 yuans entre 2006 et 2012



Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

Figure 102 Evolution de la valeur constante moyenne totale (et de son écart-type, - SD) des équipements valant plus de 10 000 yuans entre 2006 et 2012



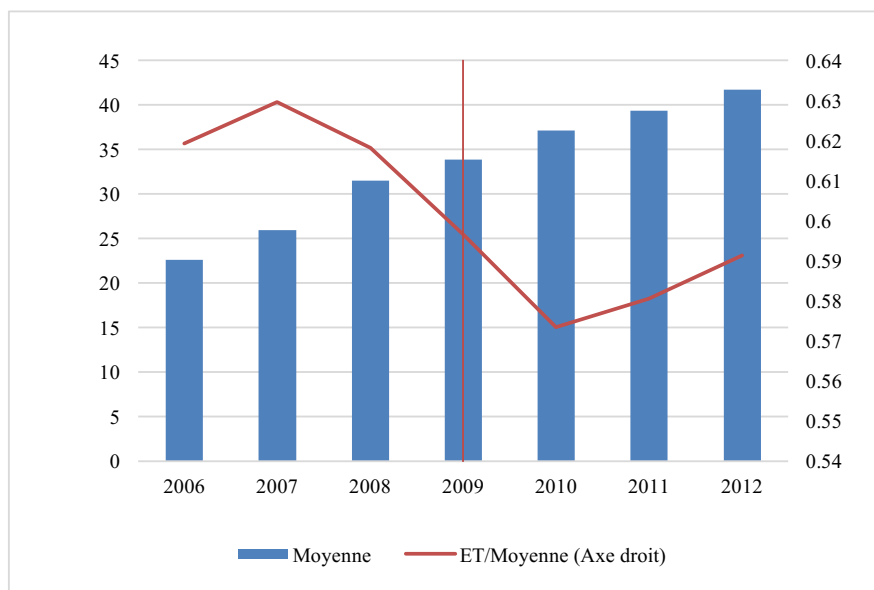
Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

Néanmoins, la valeur pécuniaire ne peut refléter pleinement la valeur utilitaire et technologique d'un équipement médical. De ce fait, pour compléter l'analyse précédente, nous avons construit un indice d'équipement en utilisant l'analyse en composantes principales³⁰. Cette méthode conduit à générer une nouvelle variable, dite composante principale, qui contient une information synthétique sur toutes les variables concernant les équipements. Nous appelons cette nouvelle variable l'indice d'équipement. La valeur de cet indice est comprise entre 0 (le moins équipé) et 100 (le plus équipé).

Tout comme précédemment, on observe que la tendance à l'investissement a commencé dès avant la réforme pharmaceutique et que la réforme n'a pas agi, même indirectement sur cette tendance dans la mesure où elle ne s'est pas accélérée après la réforme du médicament (cf. Figure 103). Les travaux menés sur les hôpitaux en Chine sur les précédentes réformes de santé (notamment celle liée au financement et à l'assurance maladie) avaient déjà montré que pour compenser la diminution des subventions, les hôpitaux avaient eu tendance à adopter des traitements à haute technologie (Ng, 2011 ; Eggleston et al., 2008). Ainsi le niveau d'équipement des HC a augmenté sur l'ensemble de la période étudiée avec toutefois une décélération de l'investissement après la réforme. On observe parallèlement, une chute de l'écart-type par rapport à la moyenne entre 2007 et 2010, traduisant une diminution des écarts d'investissement entre les HC, chaque HC investissant de façon importante, puis une hausse de l'écart-type à partir de 2010, induisant que certains HC ont réduit leurs investissements tandis que d'autres poursuivaient leur stratégie d'investissement.

³⁰ L'analyse en composantes principales permet de définir un ou les principaux « facteurs » qui saisissent les variations communes entre les variables. En utilisant la matrice de variance/covariance entre les variables, cette analyse calcule les facteurs qui contiennent une information synthétique sur les variables. Pour chaque facteur, un coefficient est attribué à chacune des variables initiales. Avec ces coefficients, il est possible de donner une signification à chaque facteur.

Figure 103 Evolution de l'indice moyen d'équipement entre 2006 et 2012



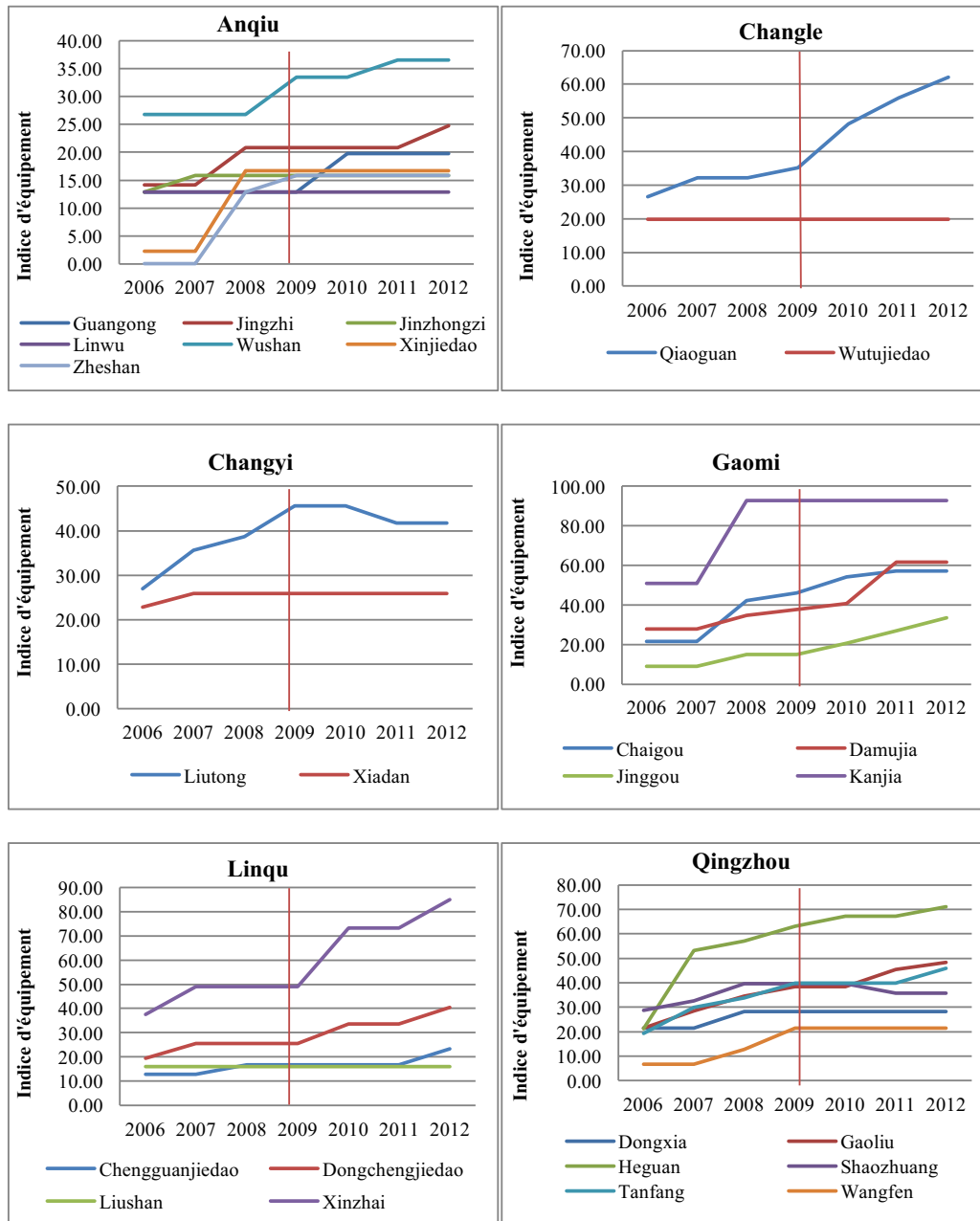
Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

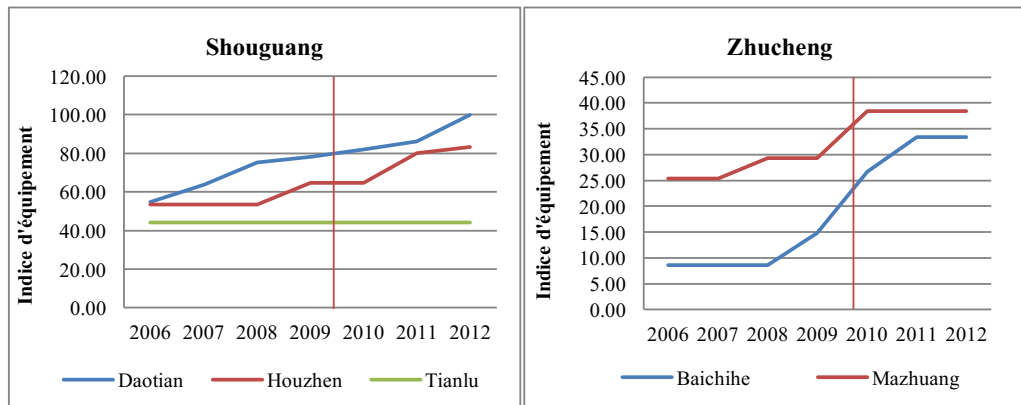
L'analyse de l'évolution de la valeur des équipements par district montre que la capacité d'investissement des HC n'est pas strictement liée à leurs zones géographique et administrative. Dans un même district, l'évolution de la valeur des équipements peut être complètement différente. Par exemple, dans les districts comme Anqiu, Gaomi, Qingzhou et Zhucheng, nous avons observé que les écarts entre les niveaux des équipements sont importants. On retrouve cependant les mêmes tendances dans ces districts que précédemment : une hausse plus rapide de l'investissement avant la réforme qu'après la réforme, certains HC ayant même arrêté tout nouvel investissement après la réforme (Cf. Figure 104).

Dans les districts de Changle, Changyi et Shouguang, l'évolution est différente. Les HC de chacun des districts avaient quasiment le même niveau d'équipement en début de période, ce qui n'est plus le cas en fin de période. Certains HC n'ont pas du tout investi (Wutujiedao, district de Changle ; Xiadian, district de Changyi ; Tianliu, district de Shouguang), contrairement à d'autres qui ont investi sur toute la période (Qiaoguan, district de Changle ; Daotian, district de Shouguang ; Houzhen, district de Shouguang) ou qui ont investi de façon importante avant la réforme et moins après (comme Liutong, district de Changyi).

Dans le district de Linqi, l'investissement est resté quasiment inchangé sur toute la période pour deux HC (Chengguanjiedao et Liushan) et a augmenté fortement après la réforme pour deux d'entre eux (Xinzhai et Dongchengjiedao).

Figure 104 Evolution de l'indice d'équipement dans les districts étudiés entre 2006 et 2012





Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

4.4 Evolution de l'activité

4.4.1 Une progression spectaculaire des activités curatives

A. Consultations externes

Les consultations externes (CE) ont connu une augmentation régulière sur la période étudiée (2006-2012), sans évolution particulière après la réforme et ce quelle que soit l'importance de l'activité initiale. Le nombre annuel moyen de CE par HC a doublé, passant de 30.000 en 2006 à 60.000 en 2012.

Deux HC se distinguent par une activité bien plus élevée en 2011 et 2012. Ce sont Jingzhi et Kanjia (les deux points sur la Figure 105).

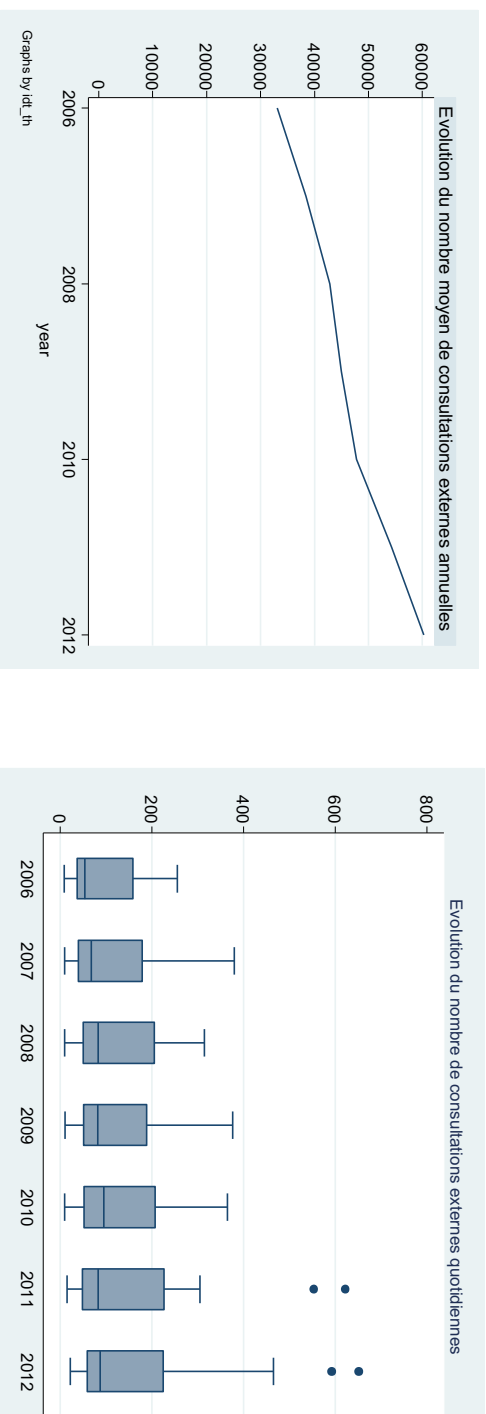
B. Hospitalisations

Tout comme pour les consultations externes, le nombre moyen d'admissions hospitalières a augmenté de façon régulière sur la période (Cf. Figure 106). Toutefois, l'analyse de l'évolution de la distribution des admissions hospitalières montre que ce sont principalement les HC les plus actifs qui ont vu leur activité augmenter : la médiane a peu augmenté entre 2006 et 2012.

Un HC, différent des deux précédents, Xinzhai, se démarque par l'importance de son activité d'hospitalisations en 2011 et 2012.

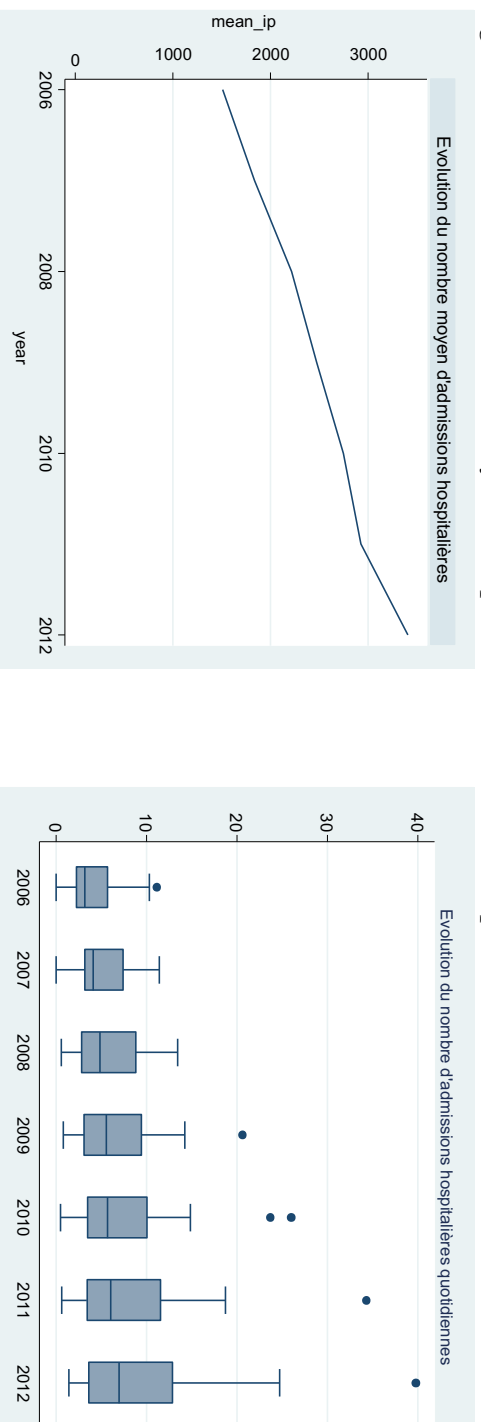
L'augmentation de l'activité continue et forte, tant pour les consultations externes que pour les hospitalisés, avait déjà été observée dès 2003, date de la mise en place de la réforme de l'assurance maladie rurale (NRCS, Audibert et al, 2011). Sur la période précédente, cette augmentation importante de l'activité avait permis d'améliorer sensiblement le taux de fréquentation de la population couverte par l'assurance maladie : le taux de contact en consultations externes était passé de 0,6 à 0,83.

Figure 105 Evolution du nombre moyen de consultations externes annuelles et quotidiennes entre 2006 et 2012 dans les HC étudiés



Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

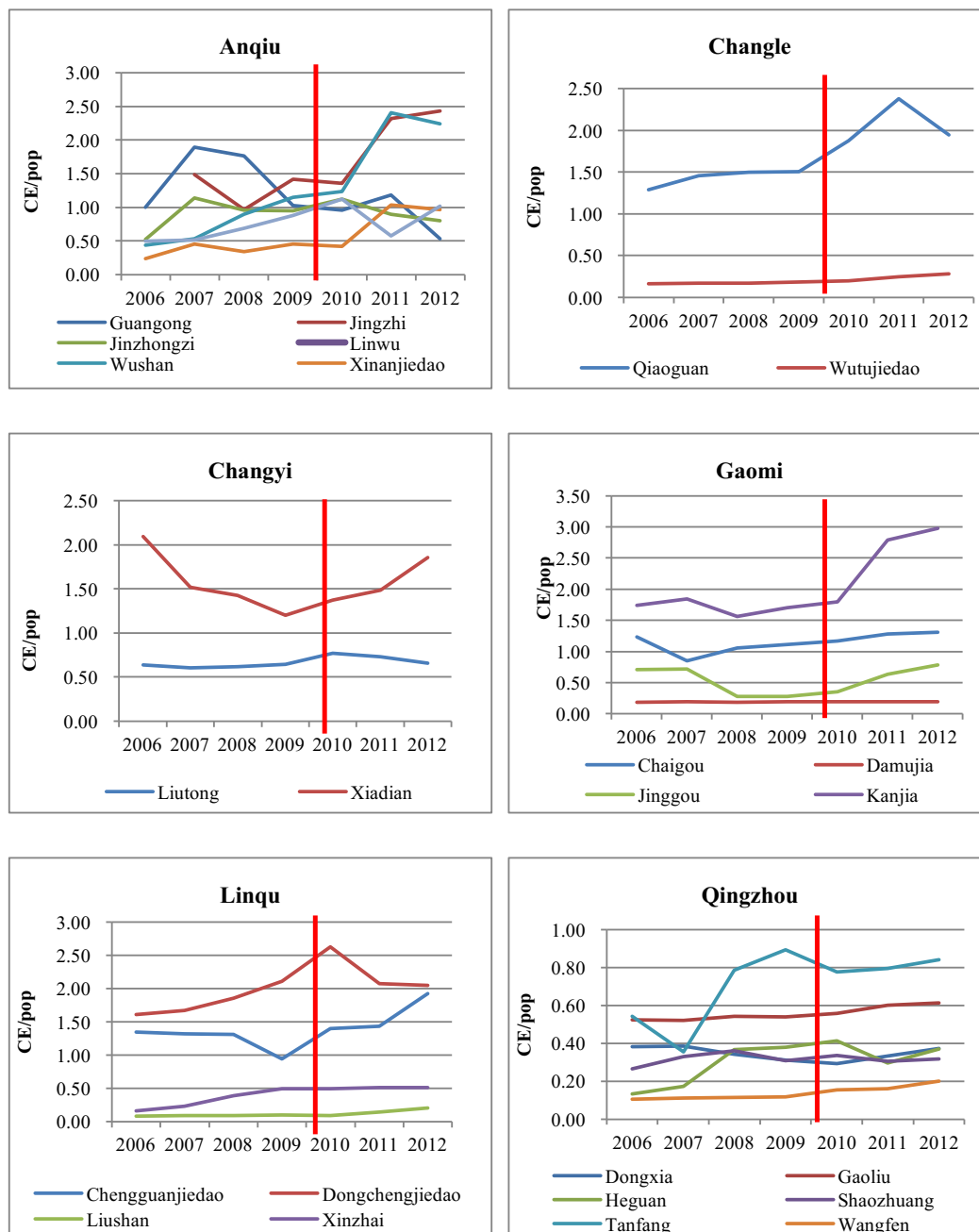
Figure 106 Evolution du nombre moyen d'hospitalisations annuelles et quotidiennes entre 2006 et 2012 dans les HC étudiés

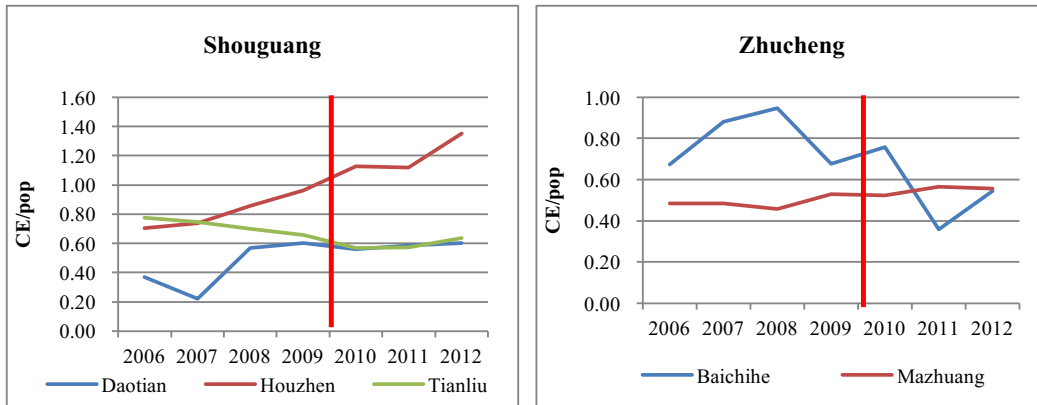


Source Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

Cependant, comme pour l'activité globale, le nombre de contacts par personne couverte par les HC varie sur la période et d'un district à l'autre. Globalement, on observe une augmentation du nombre de contacts sur la période, mais certains HC ont connu une diminution (Guangong, Xiadan, Jinggou, Baichihe, Tianlu, Mazhang) (Cf. Figure 107 et Figure 108).

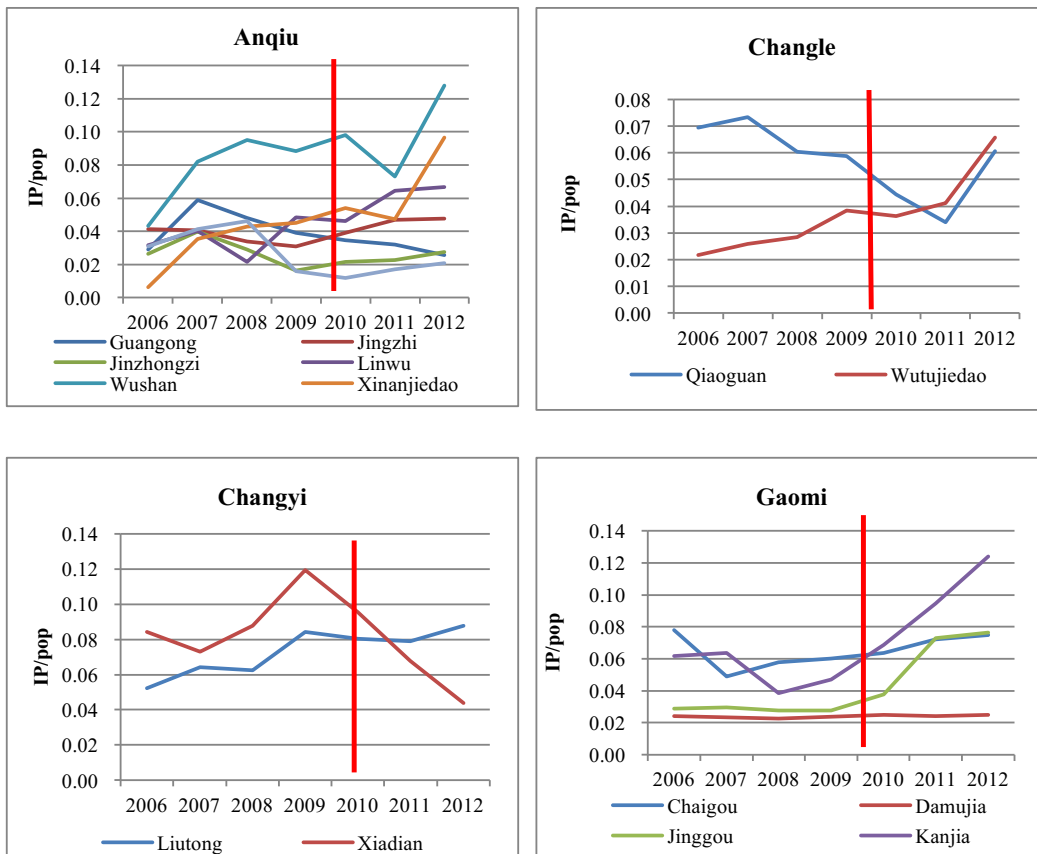
Figure 107 Nombre de consultations externes (CE) par personne couverte

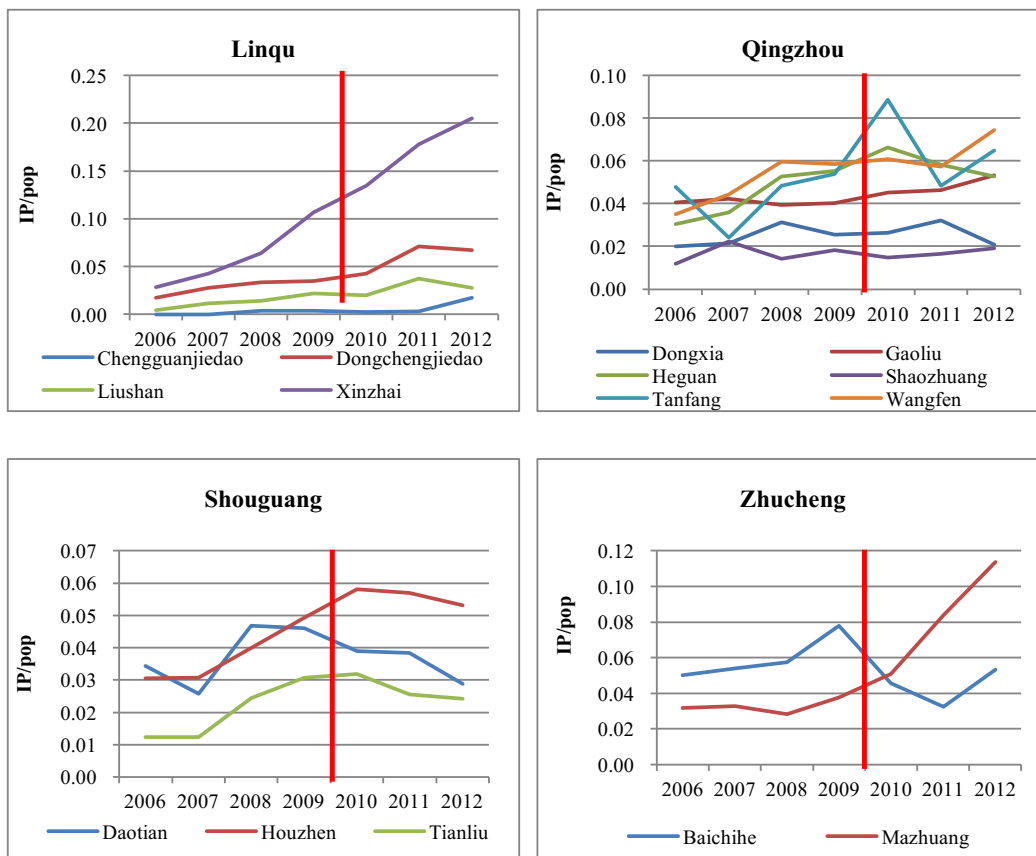




Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

Figure 108 Nombre d'IP par rapport à la population couverte





Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

4.4.2 Activités préventives

A. Des activités qui prennent une place importante, mais qui sont contraintes par des problèmes d'effectifs ?

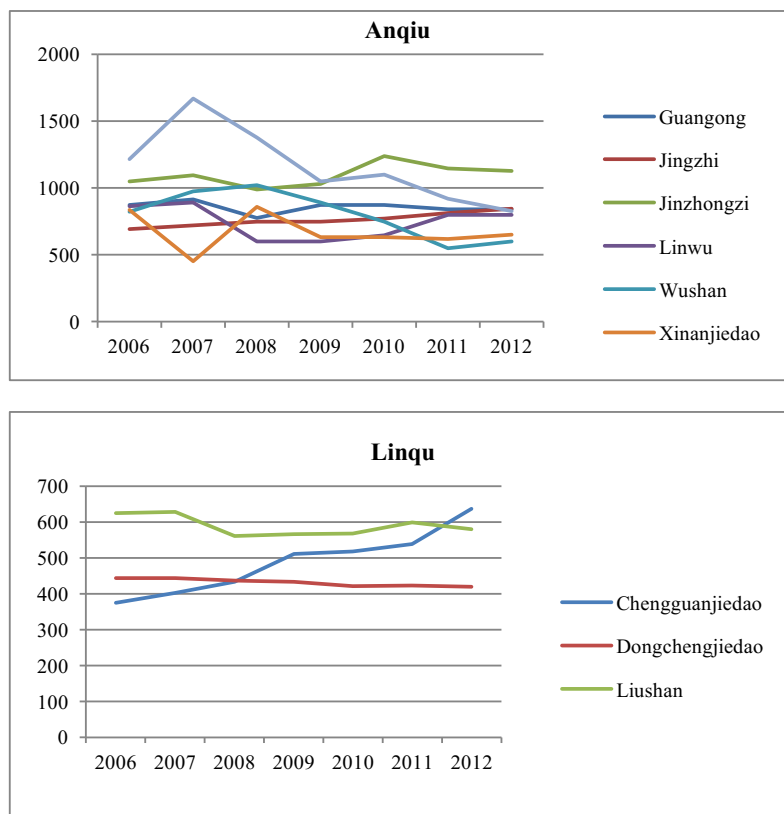
Outre les activités curatives, un HC doit assurer un service de santé publique qui inclut les activités suivantes : établissement des carnets de santé pour la population couverte, éducation de la santé, vaccinations planifiées, gestion de la santé maternelle et infantile, gestion de la santé des personnes âgées (plus de 65 ans), gestion des maladies chroniques (hypertension et diabète de type II), etc. (cf. guide d'administration des HC, 2011). En théorie, les services de la médecine curative sont distincts des services de santé publique, en pratique, les HC de petite taille peuvent regrouper ces services selon leurs contraintes. Dans certains des HC étudiés de Weifang, du fait d'un

problème de personnel non spécifiquement assigné à ces nouvelles activités, le personnel médical assure une double-fonction curative et préventive, ce qui représente pour eux un accroissement de leur charge de travail. Mais l'on a vu que le nombre de consultations ou d'hospitalisations par membre de personnel médical était faible.

Parmi les activités incluses après 2009 dans le service de la santé publique, certaines, comme l'établissement des carnets de santé, l'éducation de la santé et la gestion de la santé pour les personnes âgées, sont nouvelles pour les HC. Jusqu'à présent, les données concernant ces activités ne sont pas disponibles, il est donc impossible d'en étudier l'évolution et leur performance et d'analyser les éventuelles contraintes pour le personnel ou leur éventuelle répercussion sur l'équilibre du budget des HC. Cependant, tous les directeurs des HC avec qui nous avons eu un entretien (8 sur les 30), ont cité le problème de sous-effectif de personnel depuis la mise en place du concept de santé publique et le développement des activités de prévention qui échoit aux HC. Selon les directeurs d'HC, le personnel affecté au service de santé publique consacre la plus grande partie de son temps à l'établissement des carnets de santé et à la consultation (préventive) des personnes de plus de 65 ans. Les principales difficultés sont liées à la mobilité de la population et au refus de coopérer d'une partie de la population. La zone d'étude est une zone rurale, où une partie de la population jeune et adulte (*travailleurs migrants*) a migré dans les villes plus riches à la recherche d'un emploi plus rémunérateur qu'à la campagne. Du fait de leur absence, l'établissement d'un carnet de santé pour ces personnes est devenu un travail long et difficile, dans la mesure où ils n'ont pas définitivement quitté leur région d'origine. Par ailleurs, la notion et l'intérêt de la prévention n'est pas encore totalement compris et accepté par la population rurale, notamment âgée, qui dès lors est réticente à, voir refuse de, passer des examens de santé, par crainte qu'on leur découvre quelque chose de grave. Ils ne répondent pas à la convocation. Dans la mesure où le gouvernement insiste sur l'accomplissement des tâches définies par la politique de santé publique dans un très court terme, pour y faire face, les HC sont obligés d'envoyer une équipe préventive, faire du porte à porte pour réaliser les examens chez les particuliers.

La Figure 109 ci-dessous illustre pour deux districts, l'évolution du ratio population couverte par personnel global. Ce ratio varie entre 1 personnel pour 500 et 1 pour 1300 habitants. On voit que les évolutions sont très contrastées.

Figure 109 Evolution du ratio population couverte sur le personnel global à Anqiu et Linqu



Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

La question de la pénurie de personnel sanitaire dans certains pays, de son inégale répartition et de sa qualification, fait l'objet de nombreuses discussions et études, notamment parce que le personnel sanitaire est un maillon important du fonctionnement du système de santé et de la qualité des soins (cf. site de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/consultation_globstrat_hrh/en/).

Faute de norme bien établie³¹, il est difficile de faire des comparaisons avec d'autres pays pour voir si la Chine serait en pénurie de personnel de santé ou au contraire en sureffectif. La difficulté réside en l'hétérogénéité du personnel et de la spécificité de leurs fonctions. La comparaison proposée ici donne seulement un point de repère. L'OMS publie des données mondiales sur la densité du personnel de santé. En 2012 par exemple, la densité du personnel médical et la densité du personnel infirmier et sages-femmes étaient respectivement de 14,6 et 15,1 pour 10.000 habitants ce qui est au-dessus de la Colombie (14,7 et 6,2), d'El Salvador (16 et 4,1) ou du Viet Nam (12,2 et 10,1), notamment en termes d'infirmiers et de sages-femmes, mais au-dessous de la Turquie (17 et 24), de la Corée du Sud (20 et 53) ou de la Malaisie (12 et 32,8, OMS, 2013).

B. Soins de santé maternelle : des résultats élevés dans l'ensemble, mais des évolutions atypiques pour certains HC

La Chine a réalisé d'énormes progrès en termes de santé maternelle depuis les années 1990, rattrapant son retard. Le ratio de mortalité maternelle est en effet passé de 120 à 37 pour 100.000 naissances vivantes entre 1990 et 2012, situant la Chine au niveau du Sri Lanka (85 et 35, respectivement) et s'approchant du niveau de la Malaisie (53 et 29) ou de la Turquie (67 et 20) (OMS, 2013).

Pour accélérer encore la qualité du service de santé maternelle, le Ministère de la santé a standardisé la procédure du suivi de la grossesse et des examens à réaliser pendant et après la grossesse (au moins cinq consultations prénatales plus une consultation postnatale). Un indicateur, le Taux de Gestion Standardisée de la Maternité (TGSM = nombre de femmes enceintes qui ont été suivies par la gestion standardisée / nombre de naissances vivantes), a été défini pour mesurer l'application de cette procédure. Le

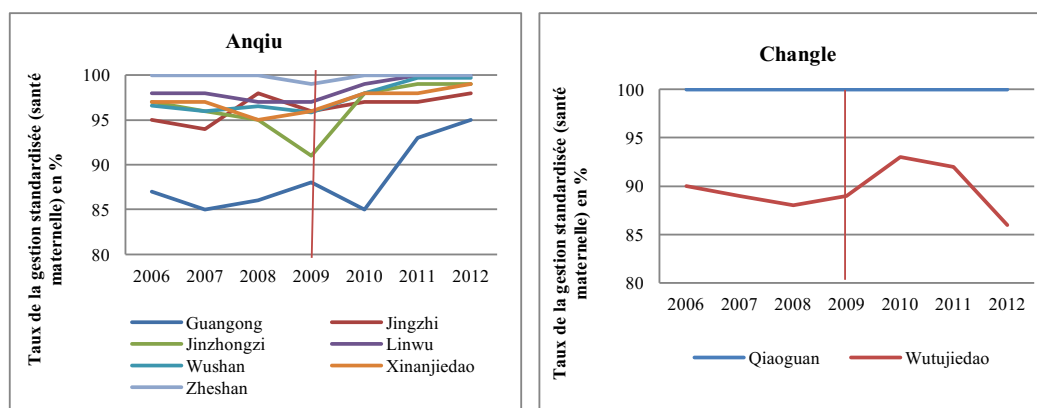
³¹ Tout en faisant état des limites d'une comparaison internationale (quel personnel est inclus, problème de doublons, sous-estimation, etc.), l'OMS publie des statistiques sur la densité du personnel sanitaire (cf. OMS, Statistiques sanitaires mondiales, 2009, 2011, 2013 etc.). Elle n'avance pas de norme, mais estime qu'au-dessous d'un seuil de 23 médecins, sages-femmes et infirmiers pour 10.000 habitants, les taux de couverture sont insuffisants pour les interventions essentielles en matière de soins de santé primaires. La Chine est bien au-dessus de ce seuil minimum (http://www.who.int/hrh/workforce_fr.pdf?ua=1) et ne fait pas partie des 49 pays prioritaires.

Figure 110 présente l'évolution par district de cet indicateur entre 2006 et 2012 dans les HC étudiés. Les figures montrent cependant des taux et une évolution très variée du TGSM.

Tous les HC du district d'Anqiu, sauf un, ont un TGSM élevé (supérieur à 92%) qui s'est de plus amélioré après 2009, pour atteindre au moins 98% pour tous en fin de période. Guangong était le seul HC à avoir un taux inférieur à 90% (entre 88% et 84% selon les années) jusqu'en 2011, où depuis il a fait des efforts importants pour atteindre 95% en 2012 (Cf. figure 4.27).

Dans le district de Changle (Cf. figure 4.27), un HC, Qiaoguan, applique parfaitement la procédure de santé maternelle (le TGSM est égale à 100% sur toute la période) alors que le suivi de la procédure est moins bon à Wutujiedao avec une tendance moyenne à la baisse sur la période (90% en 2006, 86% en 2012), malgré une amélioration constatée entre 2009 et 2010 (93%).

Figure 110 Evolution du TGSM entre 2006 et 2012, Anqiu et Changle

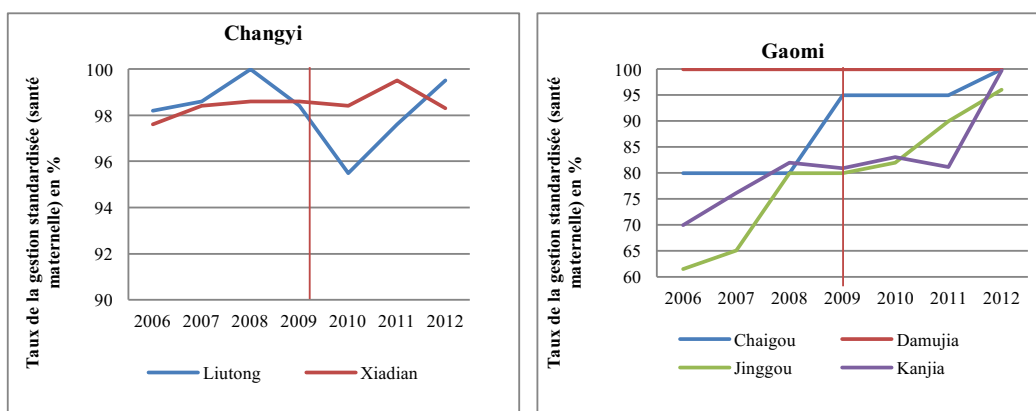


Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

Les deux HC du district de Changyi ont un TGSM supérieur à 95% et si ce taux a été relativement stable autour de 98% pour Xiandian, il a été plus variable pour Liutong passant de 96% en 2010 à 100% en 2008 et en 2012 (Cf. Figure 111).

Dans le district de Gaomi, excepté un HC, Damujia dont le taux était de 100% sur toute la période, l'application du protocole a été moins bien suivie dans les trois autres HC étudiés avant la réforme : entre 2006 et 2008, les TSGM variaient entre 60% et 80%. Cependant, on observe la même tendance en trois paliers de l'évolution de ce taux dans les trois HC : augmentation rapide – stagnation – augmentation lente, permettant d'inclure 95 à 100% des femmes enceintes dans le protocole en 2012. La différence résidant dans la durée des paliers (Cf. Figure 111).

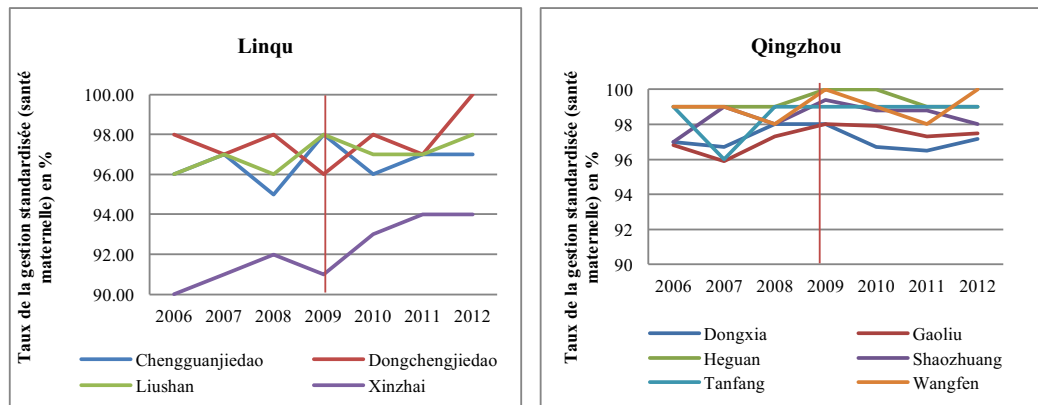
Figure 111 Evolution du TSGM entre 2006 et 2012, Changyi et Gaomi



Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

Dans le district de Linqi, un HC, Xinzhai, se distingue des trois autres HC avec un TSGM toujours inférieur et compris entre 90% en 2006 et 94% en 2012. Les TSGM de Chengguanjietao, Luishna et Dongchenjietao, très proches et supérieurs à 95%, suivent la même tendance (Cf. Figure 112). Il en est de même des HC du district de Qingzhou (Cf. Figure 112), où les TSGM suivent la même tendance et sont tous compris entre 96% et 100%.

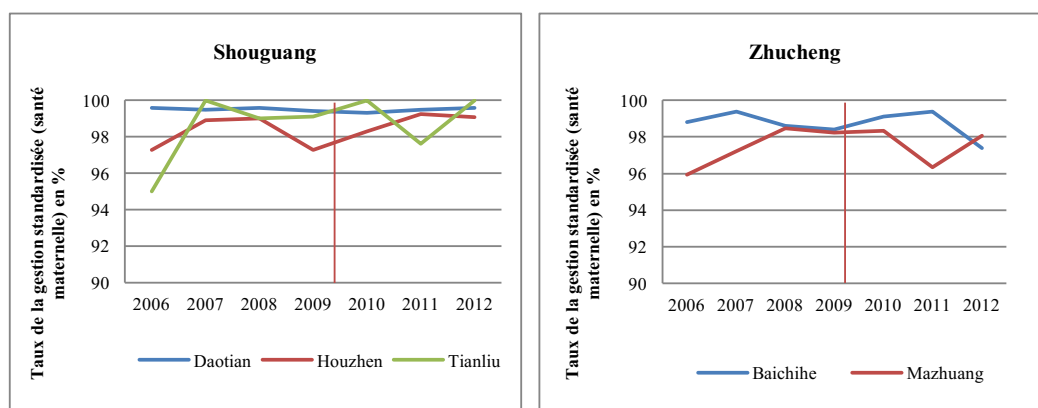
Figure 112 Evolution du TGSM entre 2006 et 2012, Linqu et Qingzhou



Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

Les TGSM sont également élevés (supérieurs à 94%) dans les districts de Shouguang et Zhucheng sur toute la période (Cf. Figure 113).

Figure 113 Evolution du TGSM entre 2006 et 2012, Shouguang et Zhucheng



Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

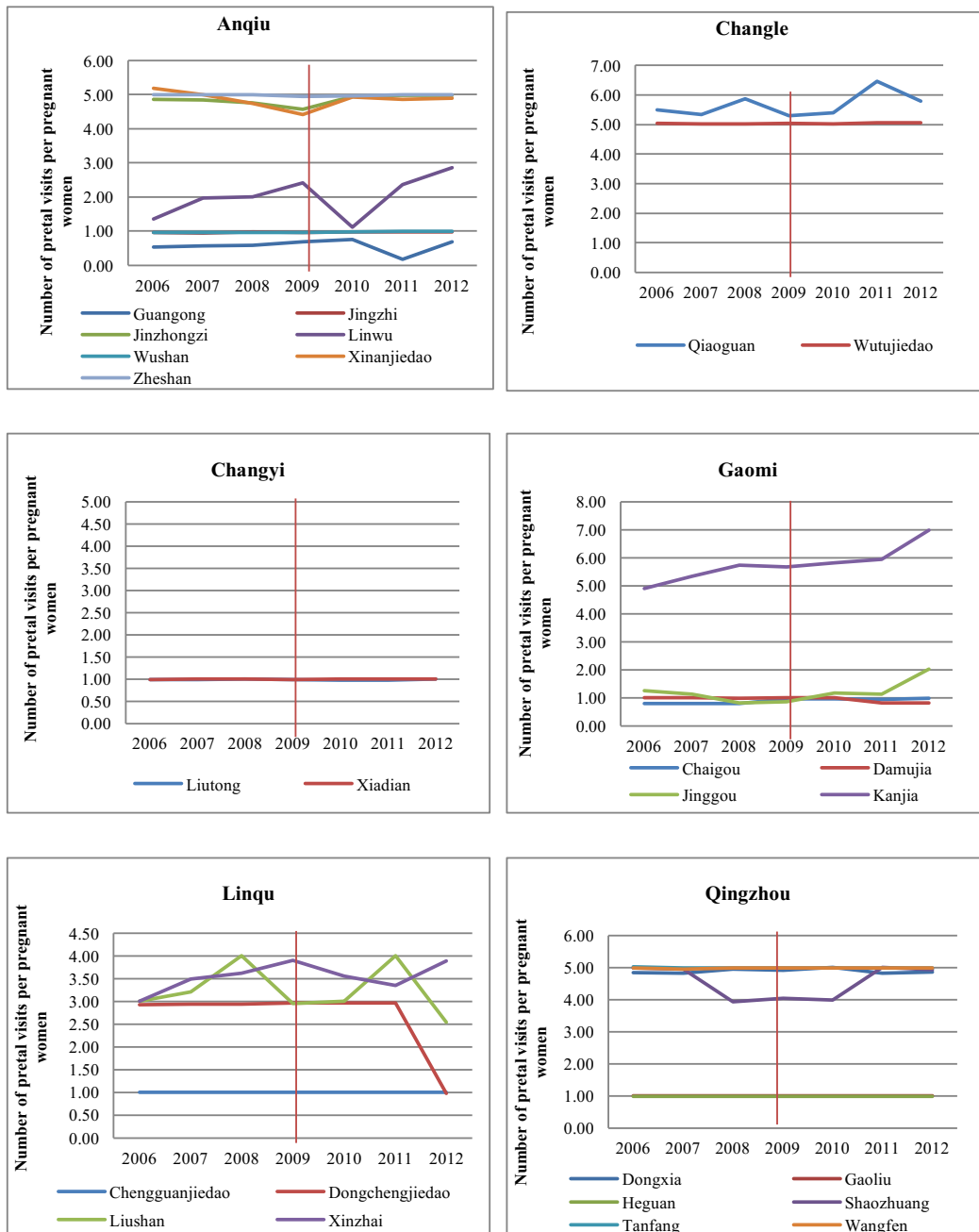
C. Des ambiguïtés statistiques ?

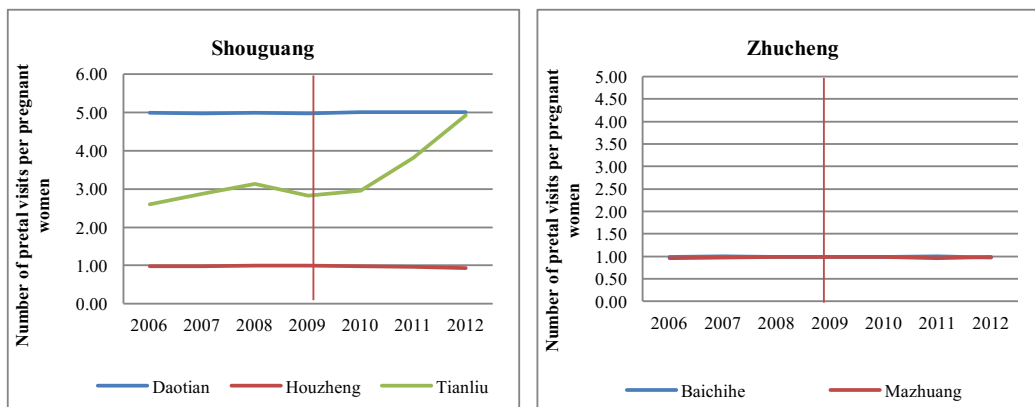
Bien que la plupart des HC aient un TGSM élevé et proche de 100%, nous avons observé des phénomènes contradictoires dans la base de données concernant les consultations prénatales. Ainsi, par exemple, les données sur le nombre moyen de consultation prénatales indiquent que les femmes enceintes ont suivi en moyenne 2,6

consultations prénatales (Cf. Tableau A.2) ce qui ne représente de fait que la moitié de ce qui est prévu par la norme pour le calcul du TGSM. Le détail par HC montre que dans moins de la moitié (11) des HC étudiés, les femmes enceintes ont suivi en moyenne les cinq consultations prénatales recommandées alors que dans la moitié d'entre eux (15), les femmes enceintes ont eu en moyenne moins de deux consultations prénatales. Dans les quatre autres HC, les femmes enceintes ont eu entre 3 et 4 consultations (Cf. Figure 114). Par ailleurs, aucun changement significatif n'a été observé avant et après la réforme.

Pourquoi cette incohérence entre un niveau de TGSM élevé et un nombre moyen de visites prénatales faible ? Lors de notre enquête, nous avons été informés que certains HC n'avaient pas de service de maternité, ce qui expliquait l'absence de consultations curatives ou d'hospitalisations liées à la grossesse (Linwu, Xinanjiedao, Wangfen, Dongxia, Gaoliu, Shaozhuang et Tanfang). Cependant aucune corrélation n'a été trouvée entre le fait de ne pas avoir de service de maternité et le nombre de consultations prénatales, ce qui n'est pas surprenant dans la mesure où les consultations prénatales font partie des activités dévolues au service de santé publique, service présent dans tous les HC (voir plus haut). Une explication possible de cette incohérence serait que les femmes enceintes ont réalisé une partie de leurs consultations prénatales dans des hôpitaux de district. Aussi, sur leurs carnets de maternité, il est noté cinq consultations prénatales, bien qu'elles en aient suivi une ou deux seulement au HC.

Figure 114 Evolution du nombre moyen de consultations prénatales par femme enceinte par HC et par district





Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

La même incohérence apparente est observée pour les activités préventives pour les enfants. Les données sur les TGSM pour la santé des enfants indiquent des taux en général très élevés et proches de 100% alors que le nombre moyen de consultations préventives suivies par les enfants dans les HC étudiés est nul ou inférieur au nombre préconisé. Nous avançons le même argument que pour les consultations prénatales, une partie des consultations préventives pour les enfants s'effectuent dans les hôpitaux de districts.

4.4.3 Très forte progression hétérogène des examens de laboratoire et des radiologies : réponse à des besoins et comportements stratégiques

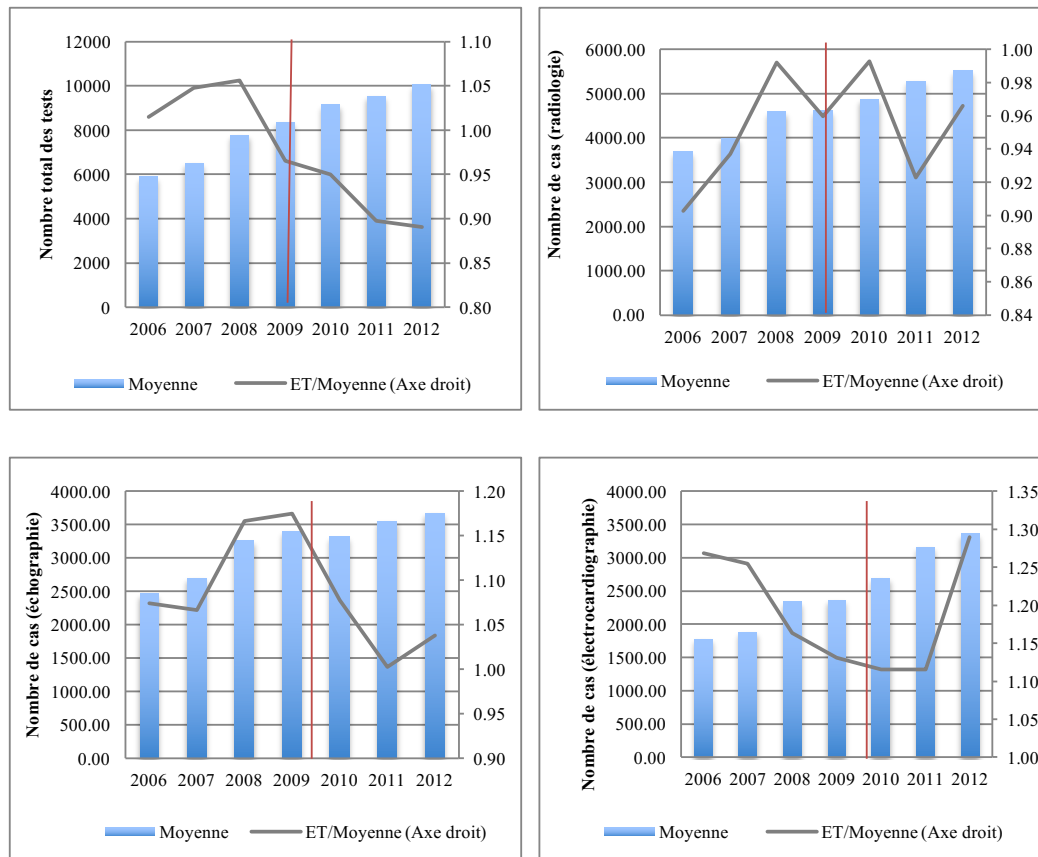
Après la PNME et la séparation entre la vente de médicaments et le revenu du HC, les HC recevaient une compensation gouvernementale pour compenser la perte de revenu. Cependant, les hôpitaux étaient également incités à développer des activités annexes (examens de laboratoire, de radiologie etc.) à la vente des médicaments pour revenir à un équilibre financier.

Le nombre moyen d'examen de laboratoire par HC a augmenté régulièrement sur la période étudiée passant de 5 922 cas en 2006 à 10 053 cas en 2012 tandis que le coefficient de variation diminuait sur la période (Cf. Figure 115). Guangong est le HC qui réalise le moins d'examen de laboratoire (416 cas en 2006, 257 en 2012) et ces

chiffres sont très faibles par rapport aux HC plus grands qui en réalisent le plus (19 786 en 2006 pour Jingzhi, 35 810 en 2012 pour Daotian). Au total, huit HC effectuent un nombre d'examens nettement plus élevé, que les autres. Quatre d'entre eux, Daotian, Houzhen, Xinzhai et Qiaoguan, ont vu leur activité de laboratoire explosé entre 2006 et 2012 (de 12 371 à 35 810 pour Daotian, de 7 800 à 32 551 cas pour Houzhen, de 11.502 à 23.121 pour Xinzhai et de 5 833 cas à 13 450 cas pour Qiaoguan). Deux HC, Jingzhi et Chaigou, ont connu une augmentation moins importante. Si le nombre d'examens de laboratoire à Xiadian a augmenté entre 2006 et 2009, il a baissé de 30 % entre 2010 et 2012, retrouvant ainsi son niveau de début de période. Après une forte diminution de cette activité entre 2006 et 2007, le nombre d'examens de laboratoire effectué à Baichihe a augmenté au même rythme que la plupart des autres HC, avec toutefois un pic important en 2010. Les 22 autres HC, de taille plus modeste, ont vu leur activité stagner d'abord, avant d'augmenter légèrement en fin de période.

Les activités de radiologie, échographie et électrocardiographie, ont évolué de la même façon que celle des examens de laboratoire. Le nombre moyen continuait à s'accroître à la même vitesse avant et après la réforme, il existe toujours des écarts exorbitants entre les HC qui effectuent le plus grand nombre d'examens (Houzhen, Xinzhai, Daotian, Chaigou, Jingzhi) et ceux qui en effectuent le moins.

Figure 115 Evolution du nombre moyen d'examen de laboratoire et de radiologie effectués dans les HC étudiés entre 2006 et 2012



Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

L'activité des HC est multiple. Outre les activités curatives qui se décomposent en hospitalisations, en médecine, en chirurgie, et les consultations externes, les HC, comme nous l'avons vu, se sont vu confier une activité préventive de plus en plus importante. Cette diversité rend difficile son analyse, notamment en termes de comparaison entre les HC, certains HC pouvant plus développer une activité et moins une autre sans pour autant que leur activité globale soit plus ou moins élevée que celle des autres. Il est donc nécessaire, notamment pour l'analyse de l'efficacité, de parvenir à un indicateur composite qui prenne en compte les multiples dimensions de l'activité des HC.

4.4.4 Indice synthétique d'activité globale

L'Analyse en Composantes Principales (ACP) est utilisée pour construire l'indicateur (ou indice) composite de l'activité globale. Avant de présenter l'évolution de l'activité globale, le principe de la construction de cet indicateur est présentée.

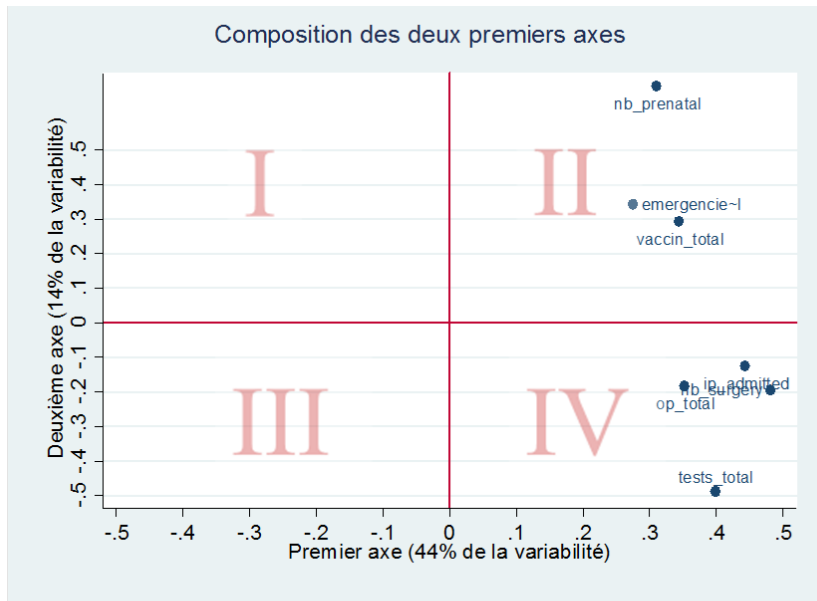
A. Construction de l'Indice d'activité globale

La première étape conduit à sélectionner les variables qui représentent la plus grande part de l'activité des HC, qu'elle soit curative ou préventive, tels le nombre de consultations externes, de patients hospitalisés, d'opérations chirurgicales, de tests de laboratoire, d'urgences, de vaccinations et de consultations prénatales. L'Analyse en Composantes Principales permet à partir de ces sept variables³² de proposer un nombre réduit d'indices synthétiques.

L'Analyse en Composantes Principales fait ressortir un premier axe qui se dégage fortement des autres axes avec une valeur propre largement supérieure et qui capte 44% de la variabilité totale. Cet axe est positivement corrélé à chacune des variables introduites dans l'ACP, qu'elle soit curative ou préventive, comme le montre l'axe des abscisses dans le graphique ci-dessous (cf. Figure 116).

³² Les activités de santé publique ne se cantonnent pas aux seules vaccinations et consultations prénatales (voir paragraphe précédent). Faute de données, les autres aspects n'ont pu être intégrés dans le calcul de l'indice synthétique. Toutefois, cette absence de données ne gêne pas fondamentalement l'analyse de l'efficacité dans la mesure où elle estimée pour tous les HC sur des activités communes à tous et qui entrent dans la fonction du HC au niveau du canton.

Figure 116 Deux premiers axes dans l'ACP

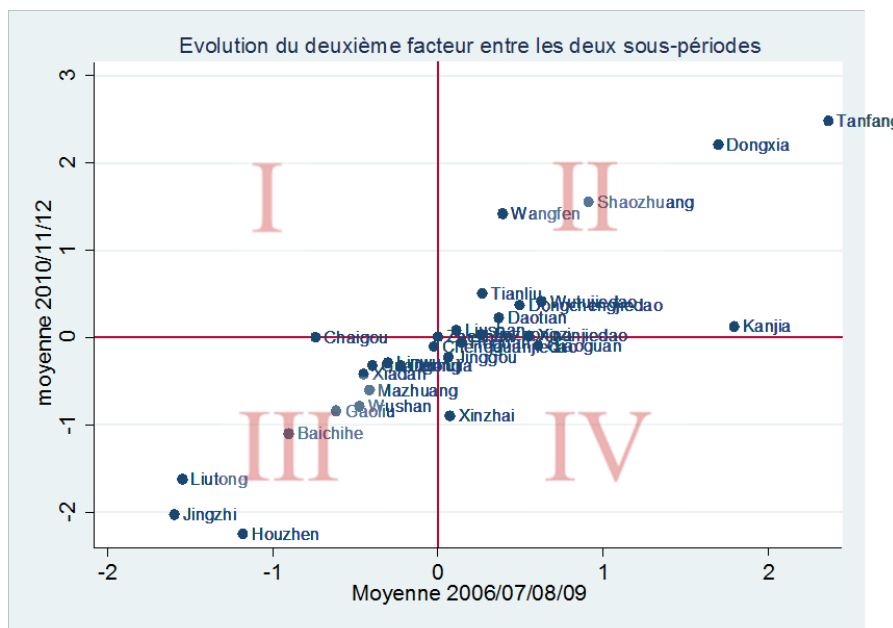


Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

Le second axe capte une part moins importante de la variabilité totale (14%). La disposition des sept variables retenues, montre une corrélation positive (haut du cadran) avec le nombre de consultations prénatales, le nombre d'admissions au service d'urgences et le nombre de vaccinations et négative (bas du cadran) avec le nombre de consultations externes, d'hospitalisés, de tests et d'opérations chirurgicales. Il capterait, par la position des HC le long de cet axe, la spécificité des HC, permettant de distinguer ceux qui sont plus orientés vers le préventif et ceux qui sont plus orientés vers le curatif. La Figure 117 présente la projection des HC en fonction de leur corrélation avec le second axe de l'ACP entre les deux sous-périodes (2006-2009 et 2010-2012). Elle fait apparaître sans ambiguïté les HC dont l'activité est concentrée sur la santé publique et la prévention et ceux qui se concentrent sur l'activité curative. On distingue trois groupes d'HC. Le premier groupe, concentré autour de l'origine du repère, est composé d'une vingtaine d'HC qui ne montrent aucune spécialisation marquée entre les deux types d'activité, curatif et préventif s'équilibrant et ce pour les deux sous-périodes. Le second groupe (cadran II) compte quatre HC (Wangfen, Shaozhuang, Dongxia et Tanfang) dont l'activité est relativement plus concentrée sur la santé publique et les urgences que sur le curatif. Le dernier groupe, constitué de Liutong,

Jingzhi et Houzhen (cadran III) est plutôt concentré sur le curatif et moins, sur les activités de santé publique ou les urgences. On remarque également que la spécificité (curative versus préventive) ou non-spécificité des HC ne s'est pas modifiée entre les deux périodes (aucun HC ne se trouve dans le cadran I et ceux qui sont dans le cadran IV sont proches des axes).

Figure 117 Disposition des HC autour du second facteur de l'ACP



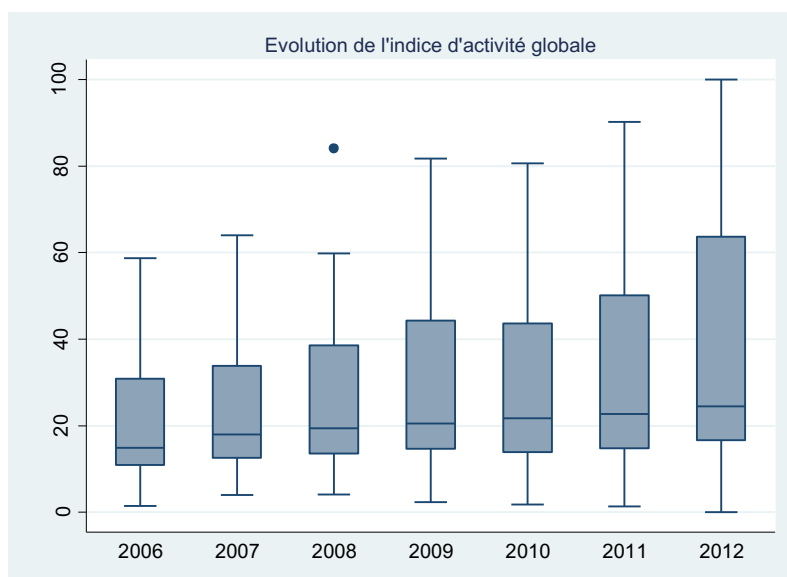
B. Forte croissance de l'activité confirmée par la hausse de l'indice d'activité globale

L'Indice d'Activité Globale (IAG) a été normé. Pour que cet indice soit plus facile à lire, nous avons ramené les valeurs de 0 à 100. Cela signifie que le HC qui produit le moins de services (a le moins d'activités), obtient la valeur de l'IG la plus faible, soit 0 (Guangong, 2012) et celui qui produit le plus de services obtient la valeur de l'IAG maximale, soit 100. Ces valeurs ne signifient rien en soi, elles ne servent qu'à comparer les HC entre eux.

L'activité globale des HC de la zone a augmenté sur la période d'étude. Le graphique ci-dessous donne une idée plus précise de l'augmentation de l'activité : celle-ci n'est pas homogène sur l'échantillon, mais est concentrée sur les HC à l'activité la plus forte. En effet, la valeur du premier quartile et de la médiane (trait horizontal) n'a pas beaucoup changé sur la période, tandis que la valeur de l'indice qui se situe dans le troisième quartile ainsi que la valeur maximum, ont connu une forte évolution (Cf. Figure 118). L'analyse de l'évolution de l'activité par HC traduit cette idée (Cf. Figure 119). Les HC dont l'activité a le plus augmenté sont les HC qui avaient déjà un niveau d'activité importante (HC qui ont dès 2008/09 un indice au-dessus de 40) et qui s'écartent le plus de la diagonale. Ainsi, Xinzhai dont l'activité a le plus augmenté (+140%) entre 2008 et 2012 (Cf. Figure 120) avait une activité de 27,6 en 2006.

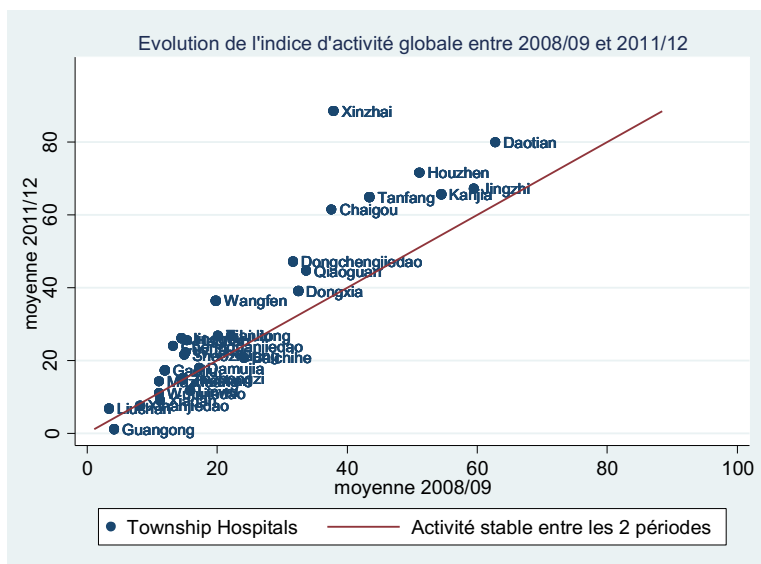
La Figure 120 identifie également les HC dont l'activité a diminué : Xinanjiedao, Baichihe, Xiadan, Linwu et Guangong. Guangong se présente comme atypique, son activité a extrêmement diminué entre 2008 et 2011(-70%), jusqu'à représenter le minimum observé sur toute la période d'étude.

Figure 118 Evolution de l'activité globale par année



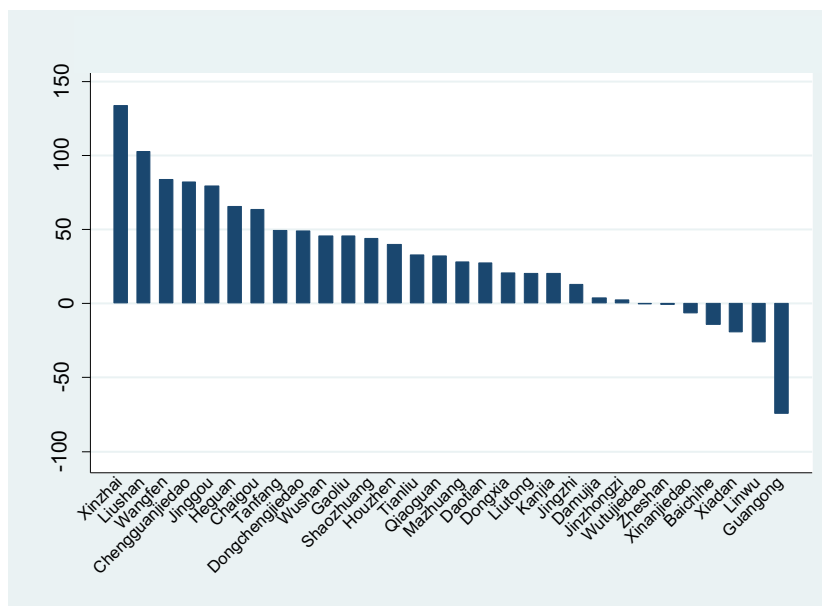
Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

Figure 119 Evolution de l'activité globale entre les deux sous-périodes



Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

Figure 120 Taux de variation de l'indice global d'activité entre 2008/09 et 2011/12, %



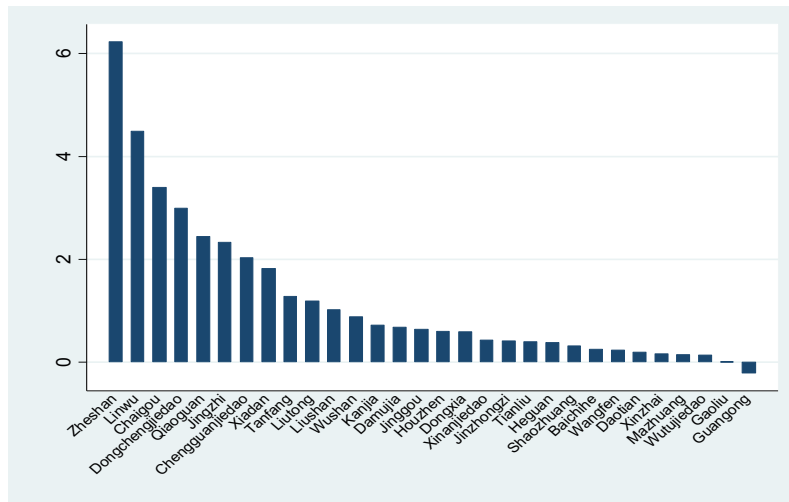
Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

4.5 Évolution des revenus tirés des médicaments, des subventions totales et des remboursements effectués par les NRCS

4.5.1 Chute des revenus tirés de la vente des médicaments

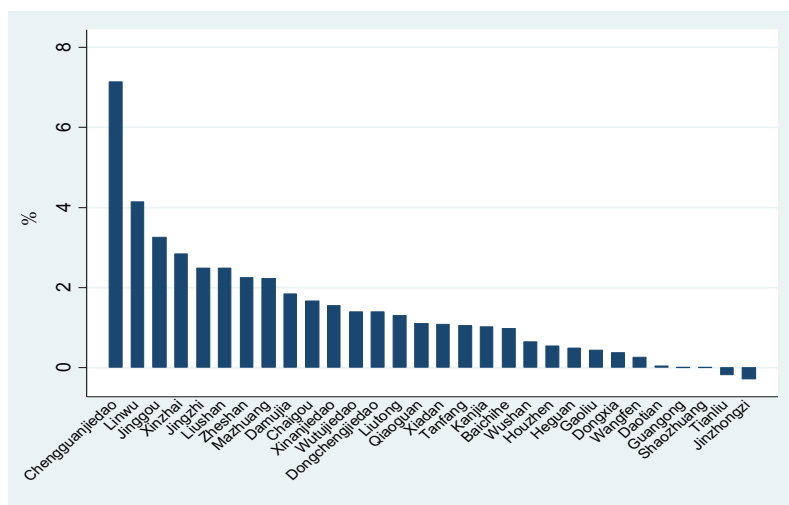
Le revenu d'activité des HC de l'échantillon a continué de progresser après la mise en place de la politique des médicaments essentiels, que ce soit pour les consultations externes ou pour les hospitalisations. Entre 2008-2009 et 2011-2012, la croissance du revenu d'activité a été supérieure à 200% pour environ un tiers des HC (cf. Figure 121 et Figure 121).

Figure 121 Evolution du revenu d'activité entre 2008-2009 et 2011-2012 (CE)



Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

Figure 122 Evolution du revenu d'activité entre 2008-2009 et 2011-2012 (hospitalisation)



Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

Mais, depuis la réforme, les revenus tirés de la vente des médicaments ont baissé de 30 % entre 2009 et 2012 (Cf. Tableau 10). Cette baisse a touché la très grande majorité des HC si l'on compare 2011 -2012 avec 2007-2008. La plupart des HC sont sous la diagonale (ligne bleue) de la Figure 123.

Tableau 10 Evolution de la composition du revenu de HC (en moyenne, unité : 10 000 yuans constants de 2006)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Revenu Total (RT)	303.63	393.41	570.04	749.74	799.90	896.80	1109.01
Revenu d'activité (RA)	99.29	122.93	163.71	200.85	219.27	311.50	423.04
Revenu des médicaments (RM)	129.91	180.96	257.16	367.69	323.13	225.96	252.13
RM/RA (%)	130.84%	147.22%	157.08%	183.07%	147.37%	72.54%	59.60%
RM/RT (%)	42.79%	46.00%	45.11%	49.04%	40.40%	25.20%	22.74%

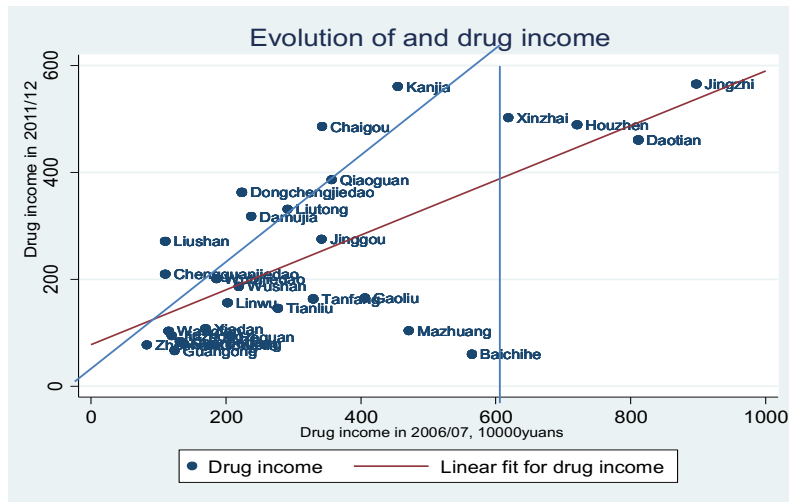
Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

La composition du revenu des HC s'est de ce fait profondément modifiée dans le sens de ce qui était attendu par les autorités. En 2012, les revenus tirés des médicaments représentent 23 % du revenu total des HC contre 50 % en 2009 (Cf. Tableau 10)³⁴.

La mise en place de la réforme a de ce fait conduit à une diminution spectaculaire du coût des médicaments par unité de consultation externe et d'hospitalisation. La baisse a été approximativement de l'ordre de 50 % entre 2009 et 2012 (Cf. Figure 124), ce qui est un résultat remarquable, à condition qu'il ne se soit pas accompagné d'une altération de la qualité des soins.

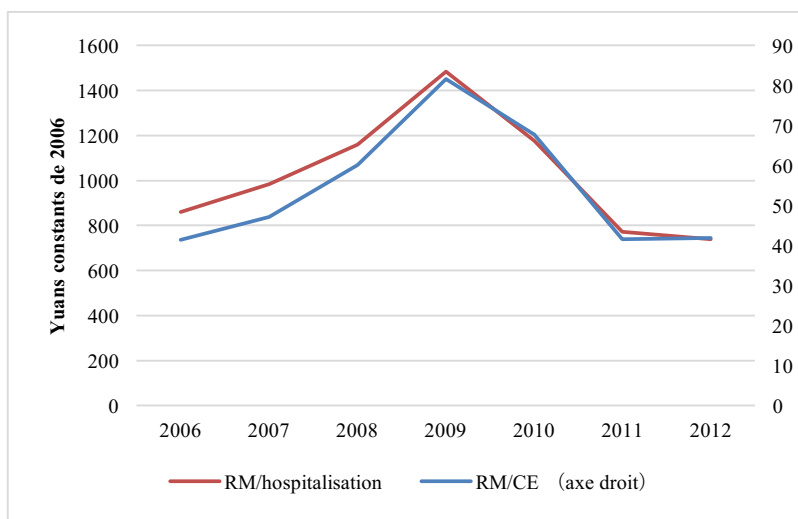
³⁴ Valeurs déflatées comme dans les autres tableaux pour tenir compte de l'inflation.

Figure 123 Evolution des revenus tirés des médicaments (2011-12 comparés à 2006-07)



Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

Figure 124 Revenus tirés des médicaments par consultation externe et par hospitalisation



Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

Toutes choses égales par ailleurs il en résulte potentiellement une réduction des dépenses de médicaments, c'est-à-dire une économie (équivalente à un gain) pour les patients et pour le système de santé. Ce gain a été grossièrement estimé à 46 % de ce

qu'auraient été les dépenses de médicaments s'il n'y avait pas eu la réforme (Cf. Tableau 11).

Nous avons raisonné à partir de l'indice d'activité globale que nous avons construit. La démarche est la suivante. Nous avons calculé la dépense en médicaments par unité d'indice global d'activité (RM/IAG, ligne 3 du tableau 11), en considérant que la dépense pour le patient et pour le système était égale au revenu tiré des médicaments (RM.) Ensuite, nous avons calculé sur la même base le niveau théorique de la dépense de médicaments pour la période 2009 - 2012 en multipliant la valeur de l'indice d'activité globale (IAG) de chaque année par la valeur de RM/IAG de 2009 (10.74), soit celle de l'année avant l'application effective de la réforme (ligne 4 du tableau). Nous avons ensuite estimé l'économie théorique potentielle dégagée par la réforme en soustrayant la dépense effective des médicaments de la dépense théorique (ligne 4 - ligne 3). Ce gain théorique (ligne 5) a été exprimé en pourcentage de la dépense hypothétique en médicaments (ligne 6). Par exemple, cela signifie que si la dépense de médicaments par niveau d'indice de l'activité globale de 2012 avait été égale à celle de 2009, la dépense de médicaments aurait été de 46 % plus élevée qu'elle ne l'a été en réalité.

Tableau 11 Estimation de la réduction des dépenses de médicaments résultant de la mise en place de la réforme dans les HC de l'échantillon (10 000 yuans constants de 2006).

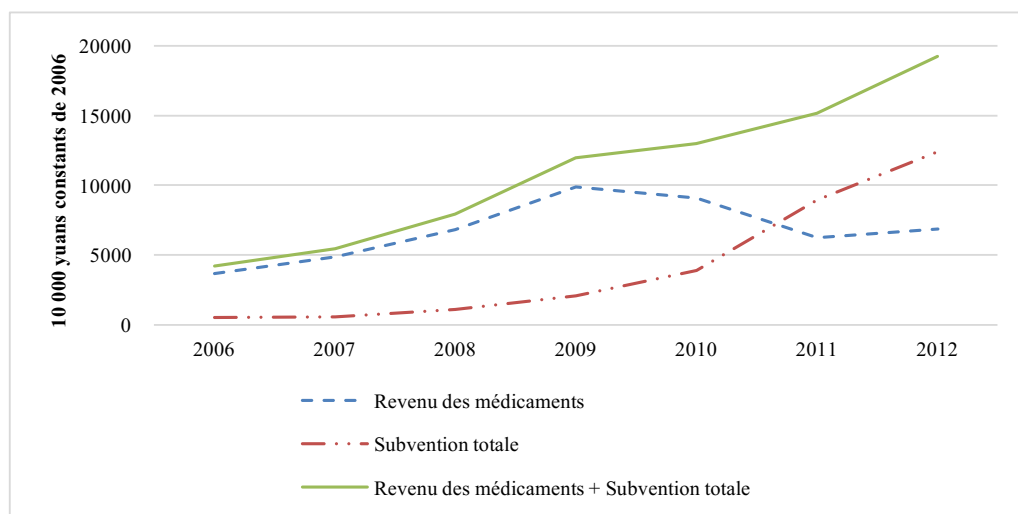
	2009	2010	2011	2012
1 IAG	34.24	35.73	38.48	43.33
2 Revenu des médicaments (RM)	367.69	323.13	225.96	252.13
3 RM/IAG	10.74	9.04	5.87	5.82
4 IAG*(RM par IAG en 2009)		383.70	413.31	465.40
5 Gain (ligne 4 - ligne 3)		60.57	187.35	213.27
6 Gain / Situation hypothétique (%) (ligne 5 / ligne 4)		16%	45%	46%

Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

4.5.2 Hausse des subventions totales, largement supérieure à la chute des revenus tirés des médicaments

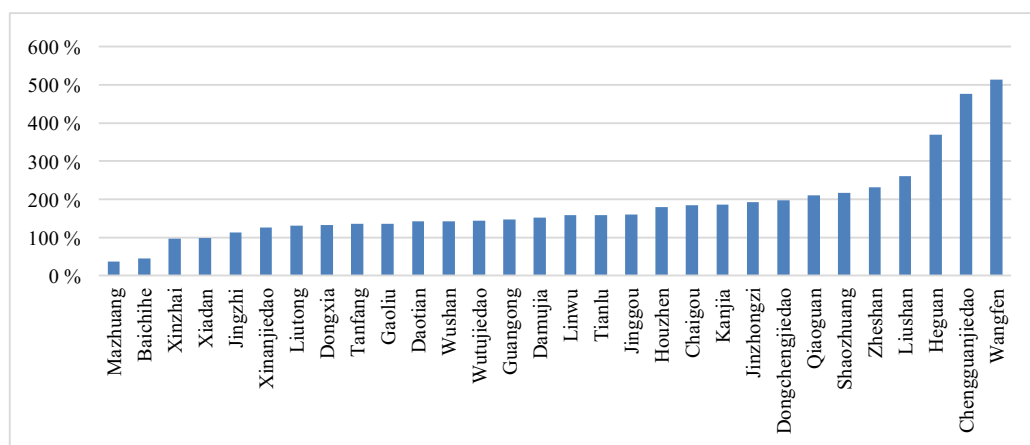
La réforme prévoyait une compensation de la perte de revenus sur la vente des médicaments par des subventions spécifiques. Mais du point de vue de la situation financière des HC, il convient de ne pas considérer uniquement les subventions de compensation, mais la totalité des subventions dont les HC ont bénéficié chaque année afin de voir si, globalement, l'évolution des subventions a compensé ou non la diminution de revenus issus de la vente des médicaments. On voit, Figure 125, que la forte progression des subventions totales, qui traduit un effort remarquable de la part des autorités, a plus que compensé la chute des revenus tirés des médicaments. On note à la Figure 126 qu'entre 2008 et 2012, le montant cumulé des ressources provenant des médicaments et des subventions a été multiplié par deux ou trois pour la majorité des HC. Deux d'entre eux, Wangfen et Linwu, ont bénéficié d'un apport de ressources exceptionnel. Les calculs ont été faits à partir des données qui figurent au Tableau A.3

Figure 125 Evolution des subventions totales et des revenus tirés des médicaments



Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

Figure 126 Revenus des médicaments + subventions totales en 2012 en % des montants de 2008

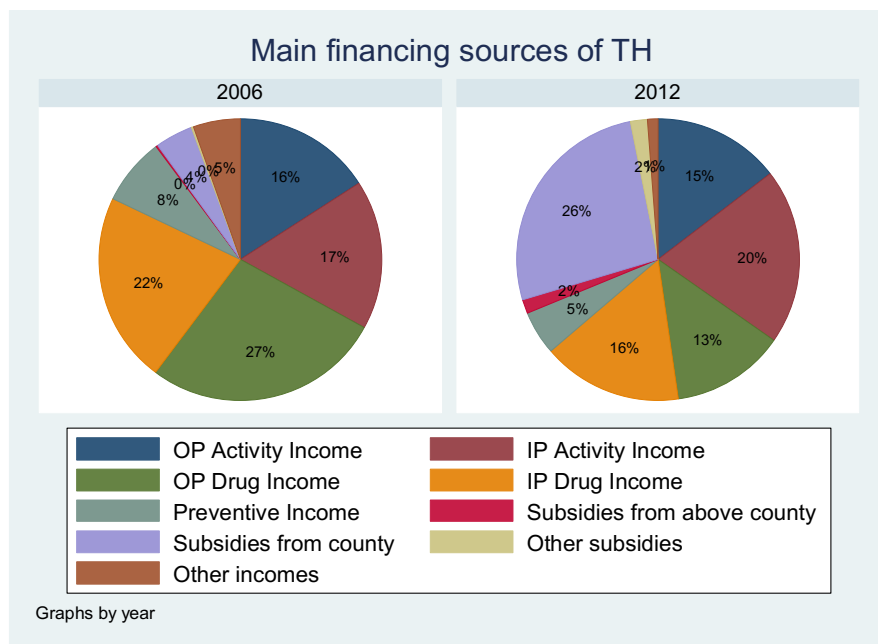


Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

La Figure 127 compare la composition des revenus principaux des HC entre 2006 et 2012. En 2006, 82% du revenu total a été tiré des activités des HC, et la vente des médicaments a été la principale source de revenu qui représentait presque la moitié du revenu total. En 2014, la part du revenu d'activité a par contre diminué, représentant 64% du revenu. Cette forte diminution a été causée par la chute de la vente des médicaments qui est passée à 29% de la part du revenu. Pourtant la perte du revenu

des médicaments a été compensée par l'augmentation des subventions, notamment la subvention du district qui a augmenté de 4% en 2006 à 26% en 2012.

Figure 127 Comparaison de la composition des revenus principaux des HC entre 2006 et 2012



Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

4.5.3 Forte croissance des remboursements effectués par les NRCS

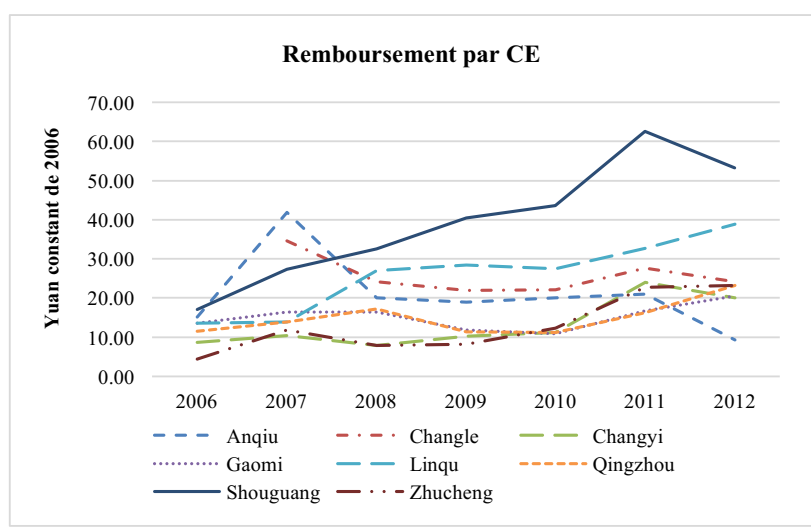
La réforme des médicaments essentiels devait avoir des conséquences sur les remboursements effectués par les NRCS par l'intermédiaire de trois canaux de transmission :

- les dépenses de médicaments par consultation et par hospitalisation devaient baisser - c'est ce que l'on a constaté ;
- il était prévu que les médicaments essentiels soient mieux remboursés ; ils l'ont été ;

- la combinaison des deux devant logiquement stimuler la demande de soins et favoriser l'augmentation de l'activité des HC que nous avons mise en évidence plus haut.

On observe que le montant moyen remboursé par consultation externe a augmenté dans quatre des huit districts³⁵ de l'échantillon entre 2006 et 2008. En 2009, il décroît ou reste stable dans tous les counties à l'exception de Shouguang, avant de suivre une évolution plus contrastée jusqu'en 2012. Dans six districts, le montant remboursé en 2012 est nettement plus élevé qu'en 2009 ; il a très approximativement doublé à Changyi, Gaomi, Linqi, Qingzhou et triplé à Zhucheng. On se reportera à la Figure 128 et à la Figure 129 , ainsi qu'au Tableau 12 qui montrent ces grandes hétérogénéités de situation.

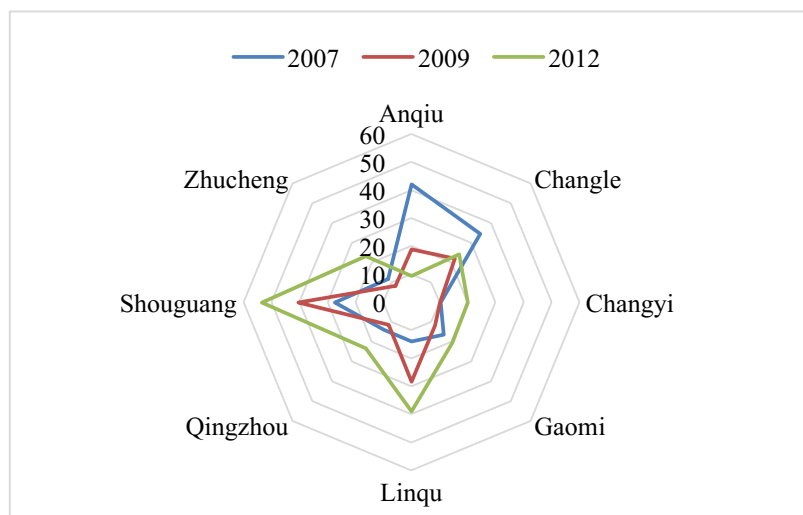
Figure 128 Evolution des montants remboursés par consultation, 2006-2012



Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

³⁵ Le district est ici une unité d'analyse pertinente puisque les NRCS sont gérés au niveau du county.

Figure 129 Evolution des montants remboursés par consultation et par district, 2007, 2009 et 2012 (yuan)



Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

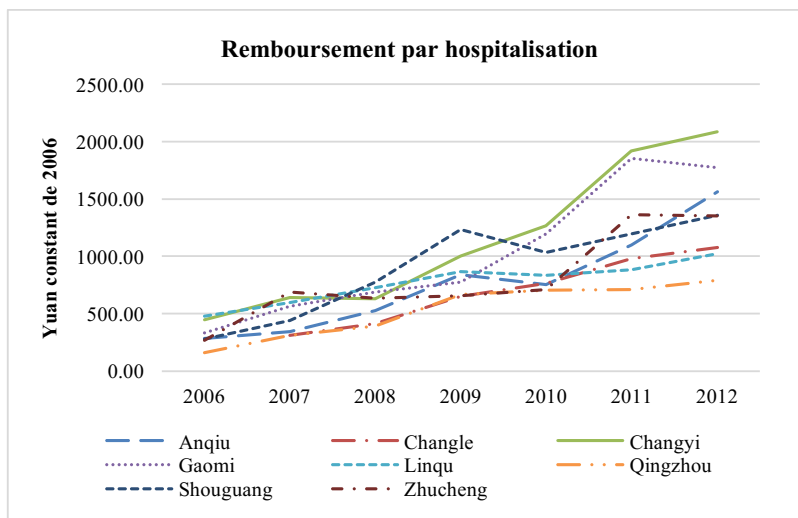
Tableau 12 Evolution des montants remboursés par CE par district (yuan constant de 2006)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Anqiu	15.08	41.94	20.03	18.91	20.05	21.00	9.38
Changle		34.56	24.24	21.97	22.13	27.71	24.18
Changyi	8.74	10.46	7.81	10.20	11.16	24.04	20.09
Gaomi	13.55	16.37	16.36	11.82	10.92	16.67	20.56
Linqiu	13.59	13.94	26.97	28.44	27.52	32.70	38.87
Qingzhou	11.46	13.96	17.23	11.38	11.27	16.31	23.16
Shouguang	17.08	27.36	32.62	40.48	43.62	62.62	53.34
Zhucheng	4.43	11.76	7.93	8.17	12.32	22.72	23.23

Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

L'évolution des remboursements par hospitalisation présente un profil beaucoup plus homogène. Il y a une augmentation générale et stable dans tous les districts, et 4 districts (Changyi, Gaomi, Zhucheng et Anqiu) a connu une très nette augmentation à partir de 2010. L'effort accompli est remarquable car les montants remboursés en 2012 sont schématiquement de 1,5 à 3 fois plus élevés qu'ils ne l'étaient en 2008. On se reportera à la Figure 130 et au Tableau 13 pour plus de détails.

Figure 130 Evolution des montants remboursés par hospitalisation, 2006-2012



Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

Tableau 13 Evolution des montants remboursés par hospitalisation, par county, 2006-2012 (yuans)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Anqiu	282.79	344.65	525.98	843.07	755.59	1101.71	1564.66
Changle		313.50	412.70	649.85	762.90	980.32	1075.65
Changyi	446.00	641.85	631.03	1004.65	1265.22	1917.95	2084.41
Gaomi	331.12	564.39	690.10	778.07	1198.24	1855.52	1775.66
Linqu	479.37	599.97	728.31	865.78	832.79	884.83	1025.29
Qinzhou	161.75	309.97	392.75	665.70	703.28	713.59	791.46
Shouguang	277.26	443.44	777.44	1236.95	1033.92	1198.32	1358.20
Zhucheng	270.63	690.79	637.05	656.05	711.11	1364.35	1350.68

Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

Jusqu'à ici, nous avons étudié les effets de la réforme des médicaments essentiels sur les activités et les revenus des HC. Nous constatons que les activités curatives des HC (y compris la consultation externe et l'hospitalisation) continuent à augmenter régulièrement sans évolution particulière après la réforme. Par contre la structure du financement des HC a complètement changé, avec une chute des revenus tirés par la vente des médicaments qui a été plus que compensée par la hausse des subventions totales. De ce fait nous nous posons une question : est ce que la recombinaison des revenus et l'augmentation observée de l'activité s'est faite au détriment de l'efficacité ? Nous essayons à donner une réponse avec l'analyse de l'efficacité des HC dans la section suivante.

4.6 Evolution de l'efficience des HC étudiés

L'analyse de l'efficience a été principalement traitée par Laurène Petitfour dans le cadre de sa thèse de doctorat. Un article est actuellement en soumission³⁶. Nous ne présenterons ici que les grandes lignes de la méthode utilisée et les résultats marquants.

Le concept d'efficience met en relation la quantité de facteurs de production utilisés et la quantité de production réalisée par une unité de production (Cf. Section 4.1.1). Dans notre étude, l'unité de production est le HC qui produit des actes (consultations, hospitalisations, examens de laboratoire, de radiologie, vaccination, etc.) avec les ressources dont il dispose (personnel médical, paramédical, administratif, lits, équipement de radiologie, de laboratoire, médicaments, etc.). L'orientation *output* a été choisi pour l'analyse d'efficience, car l'objectif assigné aux établissements de soins est d'augmenter leur activité pour soigner le maximum des patients qui en ont besoin. Pour tenir compte des missions assignées aux HC (activités curatives et activité de santé publique, notamment depuis 2009), la variable de production (*output*) a été construite à partir d'une analyse en composantes principales afin de proposer un indice synthétique de l'activité des établissements étudiés. Les inputs sont les inputs classiques utilisés dans la littérature, soient le personnel et l'équipement : le personnel du HC, le nombre de lits disponibles et un indice synthétique d'équipement. Ce dernier indique la quantité de machines de tous types disponibles dans le HC, il est obtenu grâce à une Analyse en Composante Principale (ACP).

L'approche utilisée pour cette analyse est l'approche non paramétrique des frontières de production partielle d'ordre-m. Nous n'avons pas choisi la méthode DEA (*Data Envelopment Analysis*) à cause de sa sensibilité aux points aberrants et au problème de dimensionnalité. En effet, si un hôpital atteint une performance « exceptionnelle », au sens où elle ne répondrait pas à la même fonction de production, la méthode DEA placerait quand même cet hôpital sur la frontière de production et évaluerait la

³⁶ Petitfour L, Huangfu X, Audibert M, Mathonnat J, Estimating and explaining the efficiency of township hospitals in Shandong province in the context of the drug policy reform, soumis à la revue *International Journal of Health Economics and Management* en novembre 2016.

performance des autres hôpitaux relativement à cette observation pourtant aberrante. Cependant la méthode order-m, en orientation output, recrée à partir des observations existantes, une multitude d'échantillons fictifs de m observations qui utilisent au plus la quantité d'inputs. Une frontière de production est estimée pour chaque échantillon, ainsi qu'un score pour chaque observation. Pour chaque unité décisionnelle, une moyenne des scores obtenus est calculée, cette moyenne devient le score de l'unité décisionnelle. Cette méthode ne fait pas d'hypothèse sur les rendements d'échelle. Par ailleurs, les points aberrants apparaissent avec un score largement supérieur à 1, ce qui permet de ne pas tirer arbitrairement la vraie frontière de production. Ces points, qui sont au-dessus de la frontière de production, ne sont pas pris en compte dans le calcul de la frontière ; ils sont considérés comme « super-efficients ».

4.6.1 Résultats de l'analyse de l'efficience

A. Evolution de l'efficience des HC

Les résultats de nos calculs montrent une stabilité de la performance des HC jusqu'en 2010, puis légère inflexion. Le score moyen varie autour de 0,66 (Cf. Tableau 14), mais les deux scores les plus bas se trouvent après la réforme (0,657 en 2010 et 0,649 en 2012). La médiane de l'échantillon a diminué successivement sur les trois dernières années de la période, bien que l'évolution ne soit pas très marquée (Cf. Figure 131). D'autre part, l'évolution de l'efficience des HC est devenue plus homogène entre 2006 et 2011, (l'écart-type a baissé de 0.3 en 2006 à 0.27 en 2011). En 2012, l'écart-type a remonté jusqu'à 0,3, avec une baisse de l'efficience exceptionnelle de Guangong (Score = 0,002 en 2012).

Tableau 14 Evolution de la distribution des scores d'efficience (score order-m)

<i>year</i>	<i>mean</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>p25</i>	<i>p50</i>	<i>p75</i>	<i>sd</i>
2006	0.662	0.071	1.002	0.434	0.722	0.929	0.300
2007	0.678	0.153	1.010	0.357	0.657	1.000	0.305
2008	0.662	0.154	1.078	0.397	0.712	0.861	0.284
2009	0.660	0.189	1.009	0.411	0.674	0.904	0.280
2010	0.657	0.166	1.034	0.445	0.685	0.925	0.270
2011	0.666	0.241	1.070	0.427	0.653	0.949	0.274
2012	0.649	0.002	1.052	0.400	0.628	0.972	0.300

Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

Figure 131 Evolution des scores d'efficience des HC entre 2006 et 2012



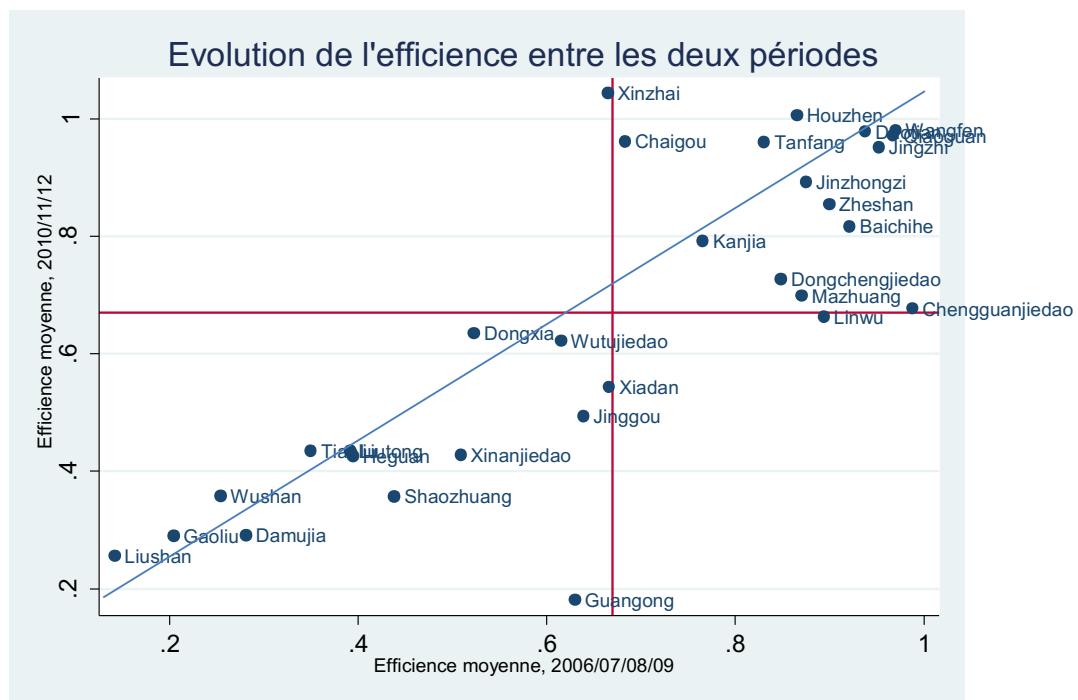
Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

L'analyse de la situation moyenne montre que, sur chaque année, les HC pourraient augmenter leur production de plus de 30% en maintenant le même niveau de ressources, ce qui confirme l'idée d'une productivité assez faible, et la réforme pharmaceutique n'a pas permis de lancer une dynamique d'amélioration de

l'efficacité. Lorsque l'on regarde la situation individuelle de chaque HC en comparant leurs scores moyens avant et après la réforme, nous pouvons trouver trois types de HC : augmentation, diminution, et stabilité.

Comme le montre la Figure 132, les HC sur la diagonale restent stables en termes d'efficacité, soit la majorité des HC ; les HC qui sont en haut de la diagonale, comme Xinzhai et Chaigou, ont connu une augmentation de la performance, et les HC qui sont en bas de la diagonale, comme Linwu, Chengguanjietao et Guangong, ont connu une diminution de leur performance, surtout pour Guangong, où la chute est extrêmement importante à cause de la baisse de son activité en 2012.

Figure 132 Distribution des HC selon leur score d'efficacité avant et après la réforme



Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

Le Tableau 15 présente pour chaque HC le score moyen pour 2007-2008 et pour 2011-2012. Elle permet de voir la position relative de chacun (col. c et d) ainsi que l'évolution de celle-ci (col. e). Par exemple, Guangong est passé du 7ème au 30ème rang et a donc perdu 23 places, ce qui en fait le HC dont la performance relative s'est le plus dégradée.

D'autres HC qui ont connu une dégradation sévère sont Linwu (10 places), Chengguanjietao (10 places), Dongchengjietao (9 places), Mazhuang (7 places) et Daotian (6 places).

19 HC sur 30 (soit 63%) ont vu leur classement modifié de moins de trois places, ce qui veut dire que leurs performances sont restées relativement stables par rapport aux autres. Deux progressions exceptionnelles sont à remarquer : Xinzhai, qui a gagné 15 places, et Chaigou, qui en a gagné 11. Xinzhai se distingue des autres HC par sa taille (180 lits en 2012) qui a explosé son activité sur la période. Il est le HC dont les subventions représentent la plus petite part dans le revenu en 2011 (12%) et 2012 (14%). D'autres HC qui ont connu une promotion importante sont Dongxia (6 places), Tanfang (7 places) et Houzhen (9 places).

Tableau 15 Evolution du classement des HC entre 2007/08 et 2011/12

Nom du HC	efficience moyenne 2007/08 (a)	efficience moyenne 2011/12 (b)	rang moyen 2007/08 (c)	rang moyen 2011/12 (d)	variation (e)
Guangong	0.930	0.121	7	30	-23
Jingzhi	1.006	1.014	2	2	0
Jinzhongzi	0.886	0.908	11	9	2
Linwu	0.925	0.619	8	18	-10
Wushan	0.277	0.376	27	25	2
Xinanjiedao	0.411	0.481	22	20	2
Zheshan	0.909	0.861	9	10	-1
Qiaoguan	0.930	0.986	6	5	1
Wutujiedao	0.632	0.657	18	16	2
Liutong	0.389	0.410	23	24	-1
Xiadan	0.627	0.503	19	19	0
Chaigou	0.644	0.979	17	6	11
Damujia	0.289	0.293	26	29	-3
Jinggou	0.573	0.476	20	21	-1
Kanjia	0.760	0.850	14	11	3
Chengguanjiadao	1.000	0.671	4	14	-10
Dongchengjiadao	1.001	0.735	3	12	-9
Liushan	0.154	0.301	30	28	2
Xinzhai	0.682	1.054	16	1	15
Dongxia	0.537	0.670	21	15	6
Gaoliu	0.202	0.301	29	27	2
Heguan	0.308	0.414	25	23	2
Shaozhuang	0.264	0.355	28	26	2
Tanfang	0.752	0.930	15	8	7
Wangfen	1.000	1.000	4	3	1
Daotian	1.039	0.977	1	7	-6
Houzhen	0.864	0.991	13	4	9
Tianliu	0.344	0.422	24	22	2
Baichihe	0.866	0.725	12	13	-1
Mazhuang	0.898	0.637	10	17	-7

Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

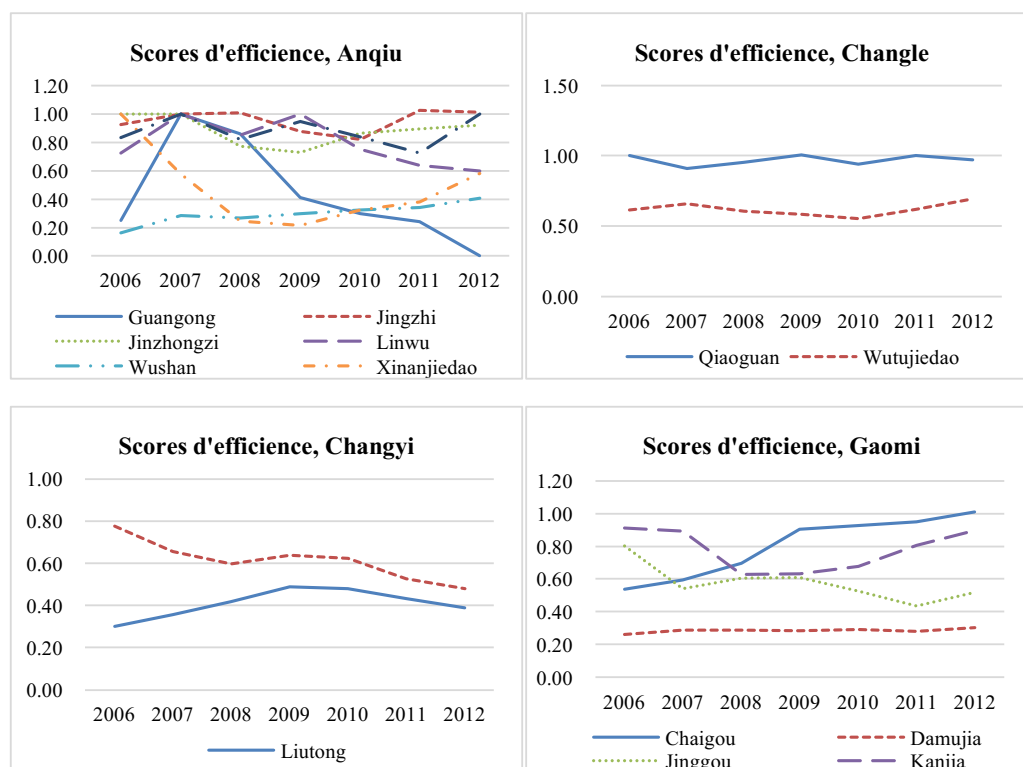
La Figure 133 montre l'évolution de l'efficience pour chaque HC (classé par district), selon laquelle nous pouvons constater que la performance et sa tendance de l'évolution pour un HC ne sont pas nécessairement liées plutôt à sa situation géographique et au gouvernance du district dépendu. Le Tableau 16 montre 4 types d'évolution de l'efficience des HC depuis la réforme.

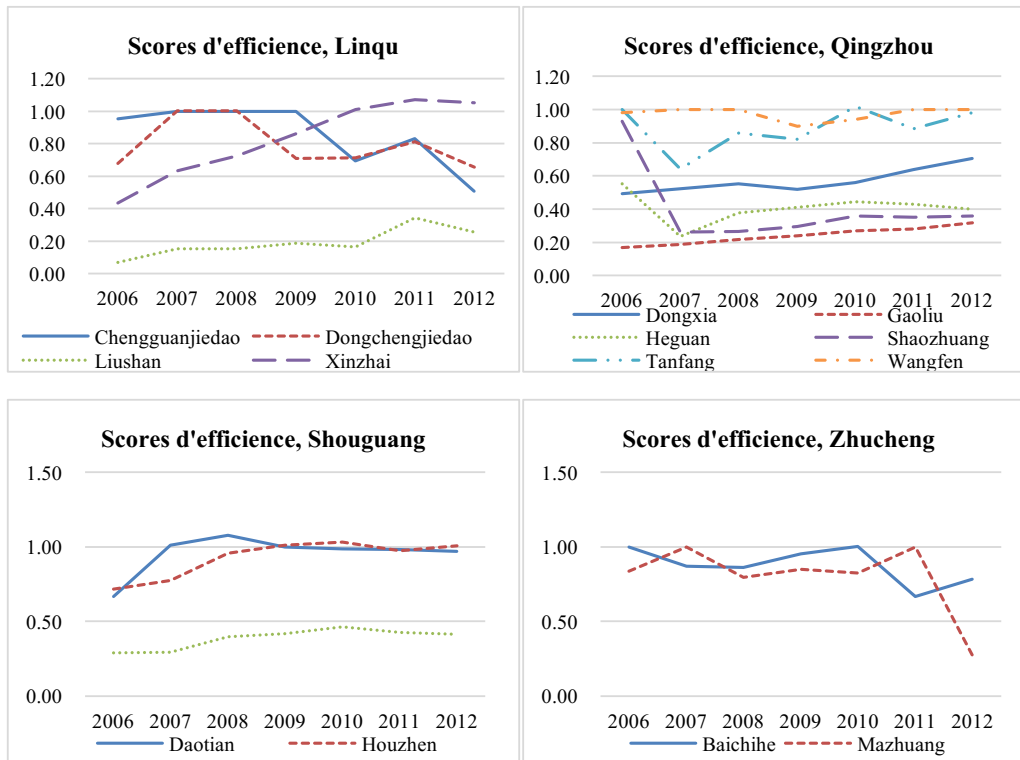
Tableau 16 Répartition des HC selon l'évolution de leur efficacité depuis la réforme

Augmentation	Xinzhai*, Wushan, Xinnanjietao*, Dongxia, Shaozhuang, Jingzhi, Kanjia*
Diminution	Linwu*, Mazhuang**, Guangong**, Liutong, Xiadian
Stabilité	Damujia, Qiaoguan, Wutujiedao, Wangfen, Daotian, Gaoliu, Chaigou, Houzhen, Jinzhongzhi, Heguan, Tianlu,
Instabilité	Jinggou, Baichihe, Zheshan, Tanfang, Chenguanjietao, Dongchenjietao, Liushan,

Augmentation ou diminution : *forte, ** très forte.

Figure 133 Evolution de l'efficacité pour chaque HC classé par district

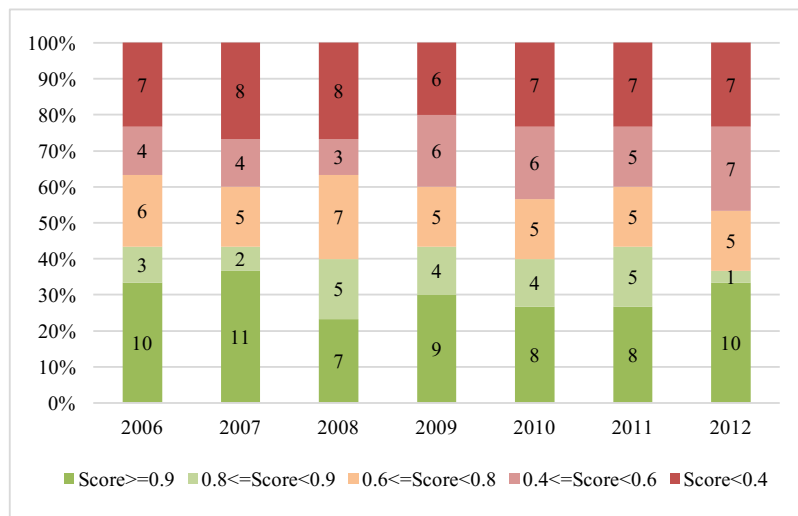




Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

Afin d'étudier la distribution des scores d'efficience des HC durant la période d'étude, la présente étude a suivi les critères de catégorisation du rapport réalisé par Audibert et al. en 2011 (dans 24 districts de Weifang entre 2000 et 2008) : les HC qui ont un score d'efficience supérieur ou égal à 0,9 sont considérés comme les plus efficaces, les HC qui ont un score entre 0,8 et 0,9 sont considérés comme efficaces, les HC qui ont un score entre 0,6 et 0,8 comme moyennement efficaces, les HC qui ont un score entre 0,4 et 0,6 comme inefficaces, et les HC qui ont un score inférieur à 0,4 comme totalement inefficaces. Comme le montre la Figure 134, la distribution des scores d'efficience des HC reste stable durant la période, le nombre de HC totalement inefficaces tendait à diminuer avant la réforme, et le nombre de HC qui ont un score entre les deux extrémités a augmenté. Après la réforme, la tendance a inversé, le nombre de HC entre les deux extrémités s'est réduit, le nombre de HC les plus efficaces et efficaces a augmenté, et le nombre de HC totalement inefficaces a remonté au niveau du début de la période.

Figure 134 Distribution des scores d'efficience des HC entre 2006 et 2012

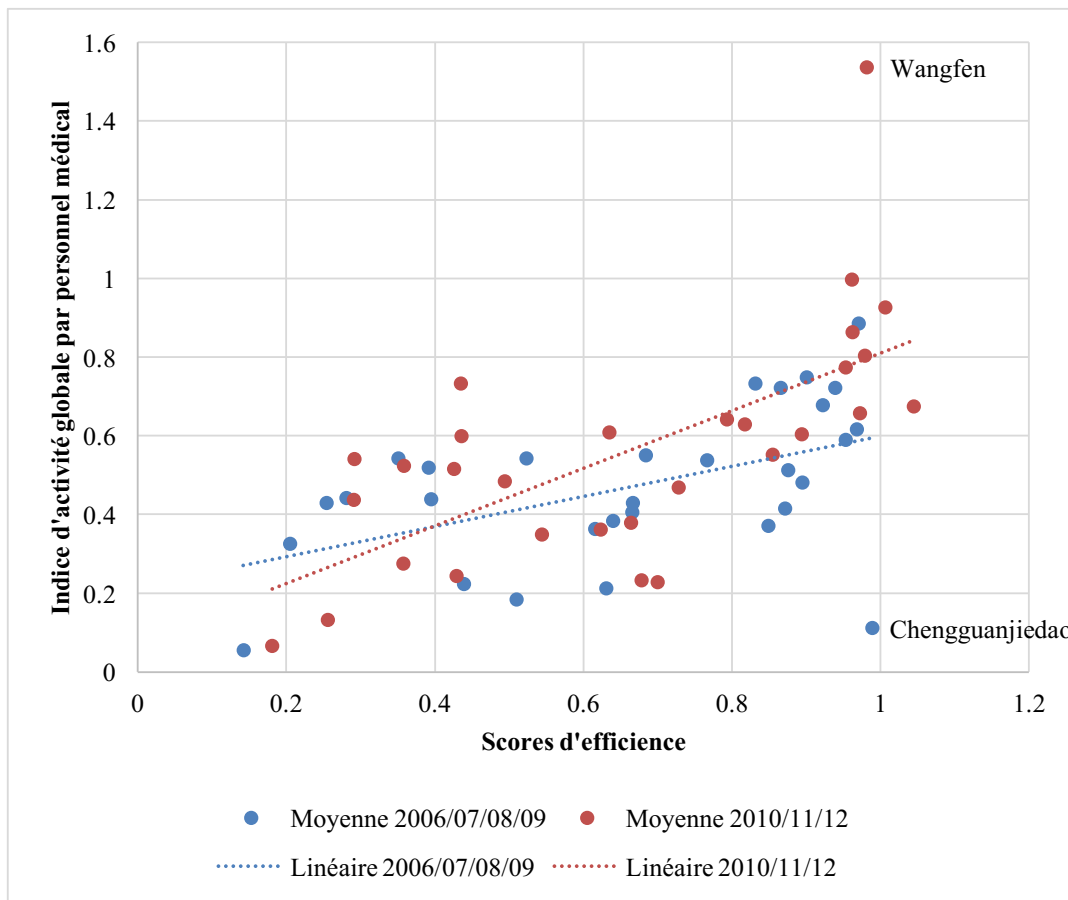


Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

B. Relation entre l'efficience et la productivité des HC

Dans cette section, nous essayerons analyser les relations entre l'efficience et la productivité des HC. Nous avons choisi comme variables : l'Indice d'Activité Globale (IAG) par personnel médical par année, la Durée Moyenne de Séjour (DMS) et le Taux d'Occupation des Lits (TOL). Comme le montre la Figure 135, il y a une relation croissante entre l'IAG par personnel médical par année et le score d'efficience avant et après la réforme, et que cette relation est encore plus forte après la réforme. D'autre part, nous avons constaté deux HC atypiques qui montrent deux relations contradictoires entre l'efficience et la productivité : Wangfen est devenu après la réforme un HC à la fois très efficace, à la fois très productif, bien plus que les autres HC ; Avant la réforme, Chengguanjiedao avait un score d'efficience très élevé, mais en même temps sa productivité est extrêmement faible. En conséquence, une analyse des déterminants de l'efficience sera intéressante pour connaître cette variation.

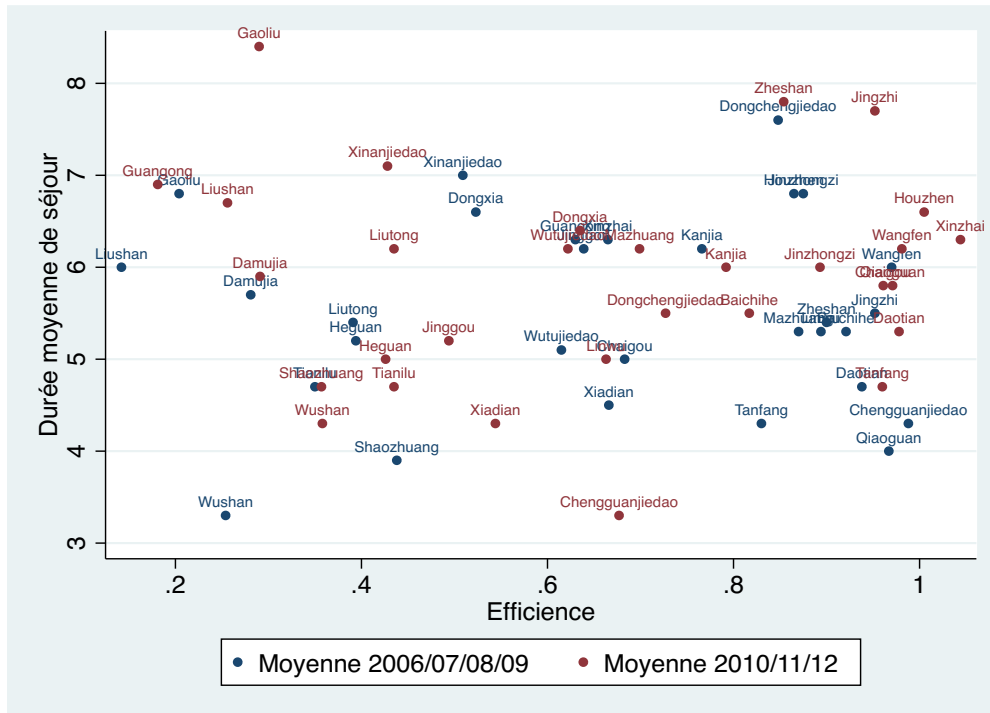
Figure 135 Relation entre l'efficacité et l'indice d'activité globale par personnel médical par année



Source : Auteur à partir des données de l'étude de cas à Weifang

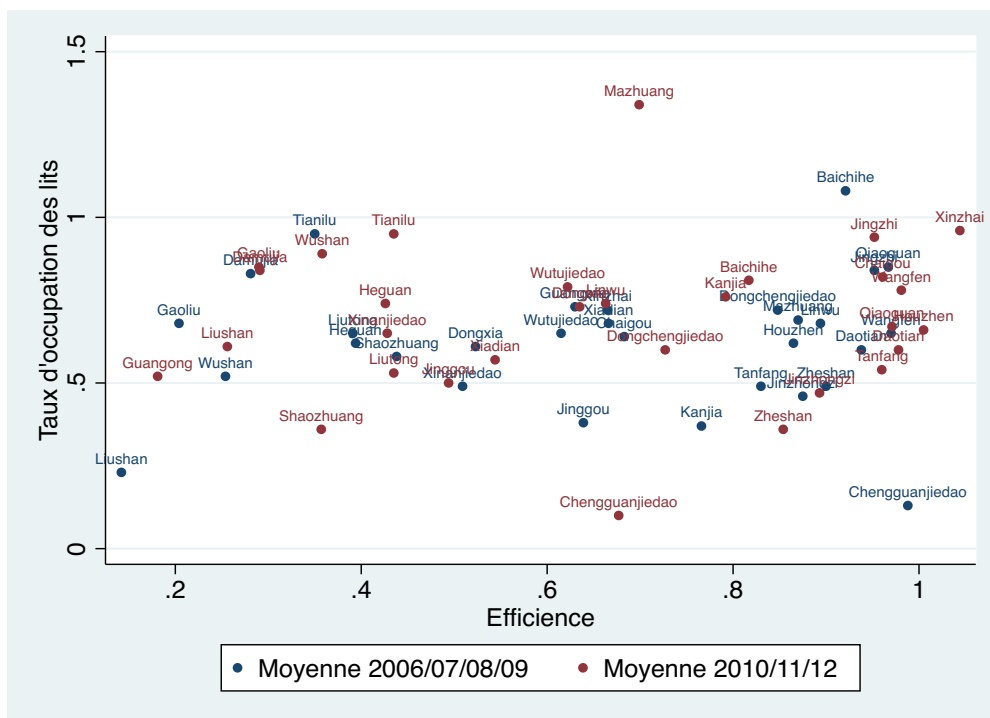
Comme le montrent la Figure 136 et la Figure 137, aucune relation nette a été trouvée entre l'efficacité et la DMS (ou le TOL). Pour le même score d'efficacité (quelque soit le grandeur), le DMS peut être long ou court, pareillement le TOL peut être faible ou élevé. Cela confirme la nécessité d'une analyse des déterminants de l'efficacité.

Figure 136 Relation entre l'efficacité et la durée moyenne de séjour



Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

Figure 137 Relation entre l'efficacité et le taux d'occupation des lits



Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

C. Analyse des déterminants de l'efficience

C.1 De quelle façon la réforme des médicaments essentiels peut agir sur l'efficience des HC ?

Toutes choses égales par ailleurs, la réforme des médicaments essentiels fait baisser les prix des médicaments qui va stimuler la demande de soin, la demande de soin augmente, donc l'efficience augmente.

La demande de soin augmente à la suite de la réforme, mais les facteurs de production aussi (personnel, équipements, nombre de lits). Dans ce cas, l'effet net est inconnu, il dépend de la différence entre augmentation des inputs et des outputs.

La quantité d'inputs et la demande de soin reste inchangée. On peut alors s'attendre à plusieurs scénarios pour les raisons suivantes :

- Si la compensation des revenus tirés de la vente des médicaments se fait, au moins en partie, par des activités plus profitables (injections, tests de laboratoire) alors le coût supporté par les patients ne diminue pas. Dans ce cas l'effet sur la demande de soins est nul.
- Le coût des soins diminue, sans stratégie de compensation de la part des HC. Dans ce cas, on peut s'attendre à une diminution de la qualité perçue des soins, à raison ou non. L'effet de la baisse du prix sur la demande de soin peut donc être amoindri voire annulé par celui de la qualité perçue.
- Si la perte des revenus des médicaments est plus que compensée par les subventions, on est alors en situation de contrainte budgétaire douce. Dans ce cas, la qualité des soins peut être atteinte, et l'effet sur la demande est indéterminé. Le même effet est attendu si le nouveau système d'approvisionnement en médicaments aboutit à des ruptures de stock régulières, à un problème chronique de disponibilité des médicaments.

C.2 Méthode de l'analyse des déterminants de l'efficacité et résultats

Comme cité précédemment, il est intéressant de connaître les déterminants de l'efficacité : qu'est-ce qui explique qu'un HC est capable de produire plus qu'un autre alors que ses ressources sont identiques ?

Dans la littérature, beaucoup d'études empiriques utilisent un modèle économétrique après l'estimation de la frontière pour expliquer les scores d'efficacité (*two-stage method*). Dans notre étude de cas, nous avons utilisé une méthode dite *instrumentaliste* proposée par Ramalho (2010). Il présuppose que les scores ne reflètent qu'une frontière à une meilleure performance *observée*, et il utilise un modèle de *fractional regression* qui est appliqué dans la présente étude. (Cf. Petitfour et al., 2016)

Les principaux résultats sont :

- Tous les variables introduites pour capter les effets des subventions sur l'efficacité ont sans exception un signe négatif, ce qui prouve un phénomène évident de la contrainte budgétaire douce. En conséquent les subventions allouées par le gouvernement ont un effet pervers sur l'incitation de l'augmentation de la performance des HC. D'autre part, notre étude constate qu'il n'y a pas de changement significatif à ce sujet avant et après la réforme. Dans ce cas, cette situation persiste, bien qu'il y ait eu une redéfinition de la modalité de financement des HC. De ce fait, l'un des principaux objectifs de la réforme n'a pas été atteint. Les effets pervers de la subvention sur l'efficacité des HC ont été également prouvés sur les HC dans les régions côtières de la Chine (Hu et al., 2012), ce qui confirme nos résultats dans un contexte plus large de la réforme.

- Quant aux effets environnementaux sur la performance des HC, nos résultats indiquent qu'un bas ratio d'habitant par lit entrave l'efficacité des HC, de plus les HC qui ont ces ratios les plus bas sont ceux qui sont les plus inefficients, cela reflète un excès de ressource de production par rapport à la demande actuelle. Ce problème de la répartition des ressources de production inappropriée a été également prouvé dans notre analyse de la productivité des personnels, par exemple, bien que le nombre moyen de la consultation externe par personnel médical par jour a augmenté de 1,5 en 2006 à 2,18 en 2012, de 0,08 à 0,14 pour l'hospitalisation, le niveau reste toujours très faible. Tout cela peut suggérer que les ressources mobilisées en termes de matériel et de personnel ne sont pas pleinement exploitées, qu'elles sont peut-être démesurées par rapport au bassin de desserte.
- D'autre part, le nombre de tests réalisés par consultation externe ressort significativement et négativement de l'analyse. On pourra donc suggérer que des HC peu performants tendent à sur-prescrire davantage des examens afin compenser la perte de revenu due au zéro-bénéfice sur la vente des médicaments par rapport aux HC efficaces qui ont plus d'activités.
- Enfin, d'autres variables environnementales classiques, par exemple la population couverte et le nombre de clinique de village etc., n'ont pas d'effet significatif sur l'efficacité.

4.7 Analyse qualitative des entretiens avec les directeurs des HC

Durant la période de collecte de données, nous avons organisé huit entretiens avec les directeurs des HC et ses proches collaborateurs. L'objectif est de réaliser une analyse qualitative en complétant les résultats de nos différentes analyses quantitatives. Bien

que le nombre d'entretiens soit insuffisant pour avoir des résultats statistiquement significatifs, cependant les discussions des résultats obtenus par cette analyse qualitative avec les autorités de la santé nous ont permis de mieux comprendre certains résultats à l'issue de nos analyses quantitatives.

Le choix des HC interviewés a été fait pour qu'ils soient représentatifs de notre échantillon en termes de la taille, du nombre de personnel, de l'activité et de la gestion financière etc. Les entretiens semi-directifs ont été conduits par notre équipe principalement avec le directeur du HC, le responsable chargé de la réforme du bureau de santé de la préfecture de Weifang et de notre équipe. D'autres personnels du HC sont intervenus également pour apporter des informations complémentaires, tels que le comptable et le pharmacien du HC.

Le questionnaire de l'entretien a été établi préalablement par notre équipe dans l'objectif de recueillir les explications complémentaires concernant l'impact de la réforme pharmaceutique sur le revenu, l'activité, l'approvisionnement des médicaments essentiels et le personnel. (Cf. Tableau A.4)

Les entretiens ont eu lieu en Mai 2013, et la durée de l'entretien varie entre 1 et 2 heures. Toutes les personnes interviewées ont eu connaissance de l'objectif et du contenu de l'étude, et ils étaient d'accord de participer aux entretiens en sachant qu'ils avaient le droit de les refuser. Tous les entretiens ont été enregistrés, la prise de note a été assurée par l'auteur et un professeur de l'équipe de Weifang. Les notes ont été relues réciproquement pour éviter les erreurs de compréhension. Ensuite les notes ont été traduites en français pour que notre équipe puisse faire une analyse qualitative.

Les paragraphes suivants présenteront les résultats tirés des entretiens avec les directeurs des HC et ses proches collaborateurs.

4.7.1 Le profil du directeur

Tous les directeurs avec qui nous nous sommes entretenus ont pris leur fonction après la mise en place de la Politique Nationale des Médicaments Essentiels (PNME), sauf le directeur du HC de Daotian et le directeur du HC de Tianliu. Cependant leurs précédentes fonctions étaient celles de directeur ou directeur adjoint d'un HC de la préfecture de Weifang. En conséquence, leurs opinions concernant les impacts de la PNME sur les activités et le financement des HC peuvent être considérées comme pertinentes.

4.7.2 Les objectifs fixés par les HC dans le cadre de cette réforme pharmaceutique, les difficultés rencontrées par les HC et leurs réactions.

A partir des réponses des directeurs de HC, nous pouvons induire principalement deux types d'objectif.

Le premier est plutôt politique qui consiste à suivre les directives de l'Etat, c'est-à-dire développer le service de la santé publique et bien appliquer la politique nationale des médicaments essentiels. Surtout dans le district d'Anqiu, tous les HC dans ce district ont moins d'autonomie sur l'organisation de leurs activités, la dépense et le revenu. Le revenu sont gérés exclusivement par le bureau de la santé du district.

« ...Les objectifs et le plan de développement de notre HC sont définis par le bureau de santé du district. Tous ce que nous devons faire sont d'assurer l'appliquer de ces décisions gouvernementales... » (Directeur du HC de Zheshan)

Le second est plus concret et tourne autour des activités du HC : presque tous les HC (7 HC sur 8) ont un objectif d'augmenter les activités curatives ou le revenu curatif ; plus de la moitié des hôpitaux ont un objectif d'améliorer la qualité du service, selon l'avis des directeurs, améliorer la qualité du service est également dans la perspective d'attirer plus de patients et accroître donc les activités. En vue du développement des

activités, les HC ont prévu également des projets de formation (5 HC sur 8) et de recrutement (4 HC sur 8). A cause de la baisse de revenu, seulement 2 HC ont prévu des projets d'investissement sur les équipements.

Pour atteindre ces objectifs, la principale difficulté rencontrée par les HC est le manque du personnel, tous les directeurs du HC en ont signalé durant nos entretiens. Même si certains entre eux s'y sont évertués, cependant dû au système de « *manning quotas* », ce manque reste difficilement franchissable. En général, cette difficulté comprend deux aspects, d'un côté, le quota attribué aux HC a été fixé trop bas. Afin d'y faire face, les HC sont obligés de recruter des contractuels pour les tâches non médicales, autrement dit les employés hors-quota, et les payer par les ressources propres du HC ; pour les tâches médicales, les personnels médicaux doivent être polyvalents et/ou faire des heures supplémentaires. Certains HC ont également persuadé les salariés dans le quota de partir en retraite plus tôt, afin de libérer le quota. Sinon, les directeurs insistent chaque année sur une augmentation de quota auprès des bureaux de santé du district, comme la décision est prise au niveau provincial, la réponse sur cette augmentation est souvent défavorable.

De l'autre côté, le recrutement s'est avéré difficile. Tout à bord, les diplômés ne veulent pas venir travailler dans les HC à cause de la condition de travail insatisfaisante et du faible revenu. Quant aux personnels contractuels, pour la même tâche, leurs paies sont beaucoup moins élevées que celles des salariés dans le quota, en conséquence, ces postes hors-quotas ne sont pas suffisamment attirants.

« ...Comme nous devons faire un bilan annuel de santé pour les personnes âgées (>65 ans), alors cela prend beaucoup de temps, entre 2 et 3 mois. Dans ce cas il nous manque du personnel ! En général, Les médecins ne peuvent se reposer que 4 jours par mois, et maintenant ils ne se reposent plus du tout !... » (Directeur du HC de Tianliu)

« ...Normalement le quota attribué à notre HC est de 32 personnes, cependant le nombre total du personnel dans le quota est actuellement 23. Notre objectif est d'avoir un effectif au

complet, mais ce sera peut-être difficile, parce que la localisation du HC est éloignée, et le revenu est faible... » (Directeur du HC de Guangong)

« ...Le changement de personnel est très fréquent dans notre HC, les personnels médicaux ne veulent pas rester à cause du faible revenu. D'autre part l'évolution de la carrière professionnelle n'est pas garantie, parce que le grade « senior » pour le personnel médical n'existe pas pour les HC... » (Directeur du HC de Houzhen)

D'autre part, tous les HC sont soutenus par un hôpital de district ou d'un niveau supérieur qui peuvent leur envoyer des médecins en cas de consultation d'expert ou d'opération complexe.

La deuxième difficulté pour atteindre ses objectifs est l'insuffisance financière. La moitié des HC l'ont signalé. Les solutions sont soit demander de l'aide financière gouvernementale, soit augmenter les activités médicales.

« ...Les subventions gouvernementales ne couvrent que les salaires du personnel dans le quota, et il n'y a pas assez d'argent pour améliorer les conditions de travail et renouveler les équipements... » (Directeur du HC de Tianliu)

4.7.3 Les impacts de la PNME sur les revenus et les activités

Après la mise en place de la Politique Nationale des Médicaments Essentiels, les médicaments ne rapportent plus de bénéfice pour les HC, au contraire ils occupent une grande partie du fonds de roulement, deux directeurs ont mis l'accent sur ce point durant nos entretiens.

« ...Non seulement les médicaments ne nous rapportent plus de bénéfice, mais aussi ils augmentent le coût, car ils occupent une grande partie du fonds de roulement. Plus on vend, plus on perd de l'argent... » (Directeur du HC de Houzhen)

Les impacts de la PNME sur les revenus des HC consistent en un changement sur la composition des revenus. Pour certain, le revenu tiré par la consultation externe a augmenté, parce que les médicaments coûtent moins cher pour les patients, et que plus de patients sont venus pour se soigner. Les activités sur les consultations externes ont augmenté, par contre le revenu tiré par l'hospitalisation a diminué, parce qu'une partie des médicaments indispensables pour certaines opérations ne sont pas sur la liste de médicaments essentiels, et que le HC ne peut plus faire ces opérations. Pour d'autres le revenu curatif a baissé, mais le revenu total a augmenté grâce à la subvention gouvernementale dédié au développement du service de la santé publique.

« ...Il y a un problème dans la définition de la liste des médicaments essentiels, ils n'ont pas considéré la différence géographique, certains médicaments dans la liste ne sont souvent utilisés que dans le sud de la Chine, par exemple, le traitement des piqûres des insectes. Alors les médicaments dont nous avons besoin ne sont pas ou peu dans la liste, par exemple les médicaments pour la gynécologie et la pédiatrie. Ainsi que nous ne pourrons plus faire certaines activités que nous faisons auparavant... » (Directeur du HC de Qiaoguan)

En général, les directeurs arrivent à maintenir une situation financière stable de leurs HC grâce aux diverses compensations de revenu qui seront présentées dans la section suivante.

4.7.4 Les diverses compensations du revenu pour les HC

Selon les réponses des directeurs entretenus, les compensations du revenu viennent plutôt de l'Etat, il existe trois principaux types de compensations pour les HC interviewés, ceux qui correspondent aux différents mécanismes de compensations sur le plan national cités au début de ce chapitre (Cf. Section 3.4) :

A. La subvention « PNME »

Cette subvention a été créée spécifiquement pour garantir la mise en place de la PNME, pour les HC interviewés, le montant de la subvention « PNME » est la moyenne des bénéfices tirés de la vente des médicaments durant les trois dernières années avant la réforme.

La subvention « PNME » est versée tous les mois à un niveau de 80%. Le reste de 20% sera versé l'année suivante (au mois de Mars) si le HC répond aux critères d'évaluation organisé par le bureau de la santé de la province.

B. La subvention « santé publique »

Cette subvention est attribuée par le gouvernement pour que les HC fournissent une série de services préventifs à la population couverte. Le montant de la subvention « santé publique » est de 30 yuans par habitant par an. Elle est versée en septembre à un niveau de 50%, Le reste de 50% sera versé l'année suivante (au mois de Mars) si le HC répond les critères d'évaluation organisé par le bureau de la santé de la province.

C. Le remboursement des dettes par l'Etat

Trois directeurs sur huit nous ont mentionné une politique de l'aide sur les dettes des HC, c'est-à-dire que l'Etat intervient dans le remboursement des dettes générées avant 2009 et dues à l'investissement dans la construction et dans les équipements. Les autres dettes restent à la charge des HC. D'autres directeurs ne se sont pas prononcés sur ce sujet, cependant selon l'avis des trois directeurs qui en ont parlé, ce modèle de compensation est une politique générale dans la préfecture de Weifang, comme nous avons cité dans la Section 3.4.4.

Autres moyens de compensation mentionnés par les directeurs sont : la tutelle administrative par le bureau de la santé du district (Par exemple, les HC dans le district

d'Anqiu), la création d'un frais de consultation générale, accroître les activités curatives et faire des vaccinations à titre onéreux. Mais ces moyens restent propres à chaque HC.

4.7.5 La livraison des médicaments essentiels

Tous les directeurs avec qui nous avons entretenu ont reconnu le problème de la rupture de stock pour les médicaments essentiels, et la rupture est en général très fréquente et durable. Deux directeurs n'ont pas caché leurs mécontentements contre cette rupture et le défaut du système d'approvisionnement des médicaments essentiels.

Les ruptures touchent souvent les médicaments fréquemment utilisés et pas chers, certains directeurs ont mentionné également des ruptures pour des médicaments spécifiques, par exemple, certains médicaments d'urgence, certains médicaments pédiatriques et certains médicaments ophtalmologiques.

« Le problème de rupture des médicaments est sévère dans notre HC qui touche 50% des médicaments commandés. Il s'agit des médicaments courants et des médicaments utilisés dans la pédiatrie. La durée de rupture pour certains médicaments peut durer jusqu'à plus d'un an, ou pour toujours, c'est imprévisible ! ... » (Directeur du HC de Guangong)

« La rupture est très fréquente, et ça dure longtemps. De plus la livraison n'est jamais au complet ! ... » (Directeur du HC de Xiadian)

Selon les avis des directeurs, la raison principale de la rupture est due à faible rentabilité des médicaments essentiels pour les fournisseurs. Pour gagner l'appel d'offre, les fournisseurs proposent souvent un prix très faible, par contre une fois l'appel d'offre est obtenu, il leur reste peu de profit et peu de marge de main d'œuvre pour faire face à la fluctuation des coûts. Certains directeurs ont ajouté comme raison que le système d'approvisionnement a aussi un défaut : un fournisseur pour un médicament essentiel. Par conséquent, les HC n'ont pas de choix.

« ... c'est essentiellement un problème de profit. Les fabricants des médicaments maximisent leur profit au détriment de leur responsabilité envers la société, ils ne produisent pas de médicaments non-rentables. Mais c'est curieux que certains médicaments non disponibles au HC existent dans les pharmacies à côté, bien sûr plus chers... » (Directeur du HC de Houzhen)

Pour faire face à la rupture de stock des médicaments essentiels, en général, les HC ont plusieurs choix : soit commander des médicaments de substitution, soit laisser les patients aller acheter les médicaments en rupture à la pharmacie à l'extérieur du HC (là où la politique de « zero-markup » n'est pas appliquée, c'est que les patients paient plus cher, et ils ne sont pas remboursés). Quant aux médicaments d'urgence, certains HC réfèrent les patients à l'hôpital de district, ils prennent alors des risques d'aller en acheter auprès des hôpitaux de district, cette solution est normalement interdite. Ces solutions sont aussi utilisées en cas de besoin des médicaments non-essentiels. Car 6 directeurs sur 8 ont signalé le besoin des médicaments qu'ils utilisaient avant la réforme, et qui ne sont pas sur la liste des médicaments essentiels.

4.7.6 Le recrutement des personnels hors-quota

En général, les HC sont autonomes dans l'embauche de salariés hors-quota, cependant il faut rendre un rapport d'embauche au bureau de santé de district. Les salaires sont versés par les HC, par contre le niveau de salaire pour les salariés hors quota est moins élevé que celui des salariés dans le quota. Le niveau de salaire pour les salariés dans le quota est fixé par le bureau de ressource humaine du district, et payé par le financement d'Etat. Par contre le niveau de salaire hors quota est fixé par le HC. Souvent dans le même district, les niveaux sont très semblables.

A l'exception, 3 HC dans le district d'Anqiu ne peuvent pas embaucher de salariés hors quota, parce que le district d'Anqiu est relativement plus pauvre que les autres districts. Les HC sont en général de petites tailles et avec des difficultés de financement. En conséquence, depuis la réforme, le bureau de santé d'Anqiu a mise en place une

gestion consistant à séparer les encaissements des décaissements dans tous les HC du district. Les HC ne gèrent plus leurs dépenses, et donc ne peuvent plus embaucher des salariés hors quota.

4.7.7 Les échos des patients

Selon les directeurs des HC interviewés, en général, les patients manifestent une satisfaction sur la PNME, parce que les prix des médicaments ont baissé, les consultations externes sont moins chères. Cependant, ils sont obligés de changer leurs habitudes de consommation de médicaments, parce que certains d'entre eux ne sont pas sur la liste des médicaments essentiels. Ils trouvent que les médicaments substituants ne sont pas aussi efficaces, Ils sont parfois obligés de payer de leurs poches pour avoir leurs médicaments préférés. D'autre part, la PNME limite la quantité des médicaments prescrits par consultation. Les patients ayant une maladie chronique sont obligés de revenir souvent au HC pour le même traitement. De plus à cause de la rupture de stock des médicaments essentiels, les patients sont obligés d'acheter des médicaments à la pharmacie extérieure sans être remboursés par le NRCS. Les patients transmettent leurs mécontentements envers les HC, et cela nuit la crédibilité des HC dans l'application de la PNME.

4.8 Conclusion sur l'étude de cas à Weifang

Les résultats de cette étude montrent que, tout d'abord, la structure du revenu des HC a été fortement modifiée. Les revenus tirés par la vente des médicaments ont chuté après la réforme (politique de zéro-bénéfice), cette perte a été plus que compensée par les subventions gouvernementales. D'autre part, depuis la réforme, les HC ont été incités à développer leur activité ce qui est aussi un autre mécanisme de compensation de la perte de revenu des médicaments, bien que nos statistiques montrent qu'il ait eu une forte croissance de l'activité préventive³⁷ et curative des HC, mais sans inflexion majeure par rapport à la période précédant la réforme.

La réforme a eu un effet positif et modérateur sur l'évolution du coût unitaire des consultations et des hospitalisations. Il y a eu parallèlement une meilleure prise en charge des patients par les NRCS. La conjugaison de ces deux évolutions a favorisé la forte croissance de l'activité des HC (que l'on a soulignée ci-dessus), allant de pair avec une forte progression des dépenses de l'assurance-maladie. Si toutes choses égales par ailleurs, la baisse de coût unitaire des consultations et des hospitalisations avec la hausse de prise en charge par NRCS permettent à réduire les dépenses de santé des ménages.

Ces résultats suivent la logique des effets attendus de la réforme, et correspondent aux grandes lignes des résultats des autres études dans les zones rurales des provinces de Chongqing, Tianjin et Ningxia (Li et al., 2013). Ils sont également cohérents avec Chen et al. (2014) qui trouvent, pour un échantillon représentatif de 83 HC, réparties dans 31 provinces, que les dépenses de médicaments par prescription ont baissé, sans qu'il y ait de raisons de penser que cette baisse soit due à une fragmentation des prescriptions.

³⁷ Il conviendrait par ailleurs de clarifier les ambiguïtés statistiques que nous avons soulignées en ce qui concerne les consultations prénatales et le taux de gestion standardisée de la maternité.

Mais notre étude ne nous permet pas de préjuger l'effet de la réforme sur la qualité des prescriptions et sur la qualité des soins.

L'étude précitée de Li et al. montre que l'augmentation de l'activité des HC, impulsée par la réforme à Chongqing et Tianjin s'est traduite par une diminution de l'activité et du revenu des cliniques de village, suscitant des interrogations sur la viabilité de ces cliniques. Il s'agit là d'une question importante, mais nous n'avons pas disposé des données permettant de le vérifier pour les districts de notre étude.

De même, en dépit de l'effet modérateur que la réforme a eu sur le coût des soins et malgré l'amélioration de la prise en charge des patients par les NRCS dans notre échantillon, on ne peut pas déduire de ces résultats que la réforme a conduit à Weifang à une diminution ou à une augmentation du reste à charge pour les patients, ni à la diminution de ce que la littérature appelle « les dépenses de santé catastrophiques », bien que le taux de remboursement pour les médicaments essentiels soit plus élevé que pour les autres. Si l'hypothèse généralement admise est que les dispositifs d'assurance réduisent les dépenses de santé des ménages, ce n'est pas toujours le cas (Wagstaff et Lindelow, 2008 ; Wagstaff et al, 2009 ; Yip et Hsiao, 2009b ; Liu et Tsegao, 2011 ; Liu et al, 2014). Liu et al. (op. cit.) montrent que les patients assurés dans l'un des quatre dispositifs chinois ont plus que les autres tendance à s'adresser aux structures de santé de niveau plus élevé où les soins sont plus onéreux et moins bien remboursés. Ils bénéficient souvent de traitements plus complexes avec des durées moyennes de séjour plus longues, l'ensemble conduisant à des restes à charge plus élevés.

Par ailleurs, une étude de Fang et al. (2013) dans la province du Shaanxi met certes en évidence un effet positif de la réforme sur le prix des médicaments essentiels entre

2010 et 2012, mais elle souligne une baisse de la disponibilité de ces médicaments, particulièrement dans les établissements de santé de base (notamment les HC). Un résultat comparable est trouvé pour la même province par Jiang et al. (2013). Cette non disponibilité conduit les patients à s'adresser à des pharmacies ou à des hôpitaux de niveau supérieur où les prix sont sensiblement plus élevés, ce qui augmente le reste à charge supporté par les ménages. Parmi les explications envisageables, Fang et al. citent « *un financement inadéquat, des incitations limitées pour maintenir les stocks, l'incapacité à prévoir convenablement les besoins ou l'inefficience des systèmes d'achat. (...). Les prestataires peuvent avoir une incitation financière directe à prescrire des médicaments plus onéreux. Cette incitation financière, conjuguée avec la perception que les médicaments génériques sont de moindre qualité, pénalise la sélection et l'utilisation des médicaments génériques essentiels* » (p. 234). Leurs résultats correspondent exactement à ce que nous avons trouvé à l'issue des entretiens avec les 8 directeurs de HC de l'échantillon. Bien que le nombre de directeurs interviewés ne soit pas représentatif, cependant ils ont tous mentionné une rupture de médicaments essentiels importante, souvent pour les médicaments d'utilisation courante, peu chère, parfois même pour les médicaments d'urgence. L'explication de la part des directeurs est essentiellement basée sur le défaut de la chaîne d'approvisionnement sous forme d'appel d'offre. En réalité, le fabricant de médicaments qui gagne l'appel d'offre est souvent celui qui propose le prix le plus bas. Mais une fois ils ont gagné le marché, le peu de bénéfice tiré sur les médicaments proposés (le coût de la livraison de certains médicaments aux HC est parfois supérieur au prix des médicaments) n'arrive guère à motiver les fabricants qu'en ce qui concerne le respect des délais de livraison. Pour y faire face, les HC sont parfois obligées d'arrêter le traitement et référer le patient au niveau supérieur, ou de demander au patient d'acheter par lui-même les médicaments manquants à la pharmacie extérieure.

Nos résultats montrent que la mise en place de la réforme s'est accompagnée d'une diminution de l'efficacité moyenne des HC et une augmentation du nombre de HC peu efficaces dans notre échantillon, sans que l'on puisse cependant mettre en évidence une relation de cause à effet entre la mise en place de la réforme et cette évolution de l'efficacité.

Cela ne signifie pas que la réforme n'a pas eu d'incidence sur l'efficacité à travers les canaux de transmission complexes que nous avons exposés plus haut. À titre d'illustration, l'étude de Li et al. (op. cit) soulignent que la politique de médicaments essentiels dans les zones rurales des provinces de Chongqing, Tianjin et Ningxia a entraîné une diminution du revenu des médecins dans certaines zones, et plus rarement une augmentation de leurs revenus dans d'autres. Il est vraisemblable que cette baisse du revenu des prestataires a eu un impact sur l'efficacité des structures concernées. Notons ici que dans l'étude de Li et al., l'augmentation des subventions n'a pas compensé la perte de revenus des hôpitaux engendrés par la politique de zéro-bénéfice, contrairement à ce que nos calculs montrent pour les HC de notre échantillon.

Par ailleurs plusieurs études dont celle qu'Audibert et al. avaient effectuée sur un échantillon de HC de Weifang pour la période 2000-2008 (Audibert et al., 2008 et 2013), ainsi que Yang et Zeng (2014), ont déjà souligné une érosion de l'efficacité des hôpitaux chinois dans des contextes variés.

Conclusion Générale

- Un choix réaliste du mode de financement du système de santé

Comme dans sa stratégie de développement économique, le gouvernement chinois est très réaliste et pragmatique dans l'organisation de son mode de financement du système de santé. Un modèle mixte composé de l'assurance maladie sociale (RAMBEU) et de l'assurance maladie à base communautaire (RAMBRU et NRCS) a été établi pour faire face aux différents challenges tels que la présence importante de l'économie informelle, le développement non équilibré entre régions, entre la zone rurale et la zone urbaine. Les rôles complémentaires de ces trois assurances maladies de base permettent d'offrir une couverture quasi-universelle pour la population chinoise.

Il semblerait que le financement de la santé par l'assurance maladie est plus important que le financement par les recettes fiscales générales en Chine. Cependant lorsque l'on regarde de plus près la composition des ressources de RAMBRU et de NRCS, nous pouvons constater que la participation financière de l'Etat est très importante (Cf. Chapitre 2, section 3.2.2 et Chapitre 3, section 4.4.1), cela signifie que la viabilité de RAMBRU et de NRCS dépend étroitement des recettes fiscales générales perçues par le gouvernement. De plus les contraintes de ce mode de FEBG sont bien réelles. La Chine devrait réduire davantage le secteur de l'économie informelle et renforcer sa capacité de collecte des impôts par rapport aux pays développés (Cf. Figure 7). De même, le gouvernement pourrait maintenir une meilleure situation économique et mobiliser suffisamment ou davantage de ressources dans le secteur de la santé.

Justement, ce côté pragmatique de la structure du système d'assurance maladie en Chine a permis de répondre aux différentes attentes des trois types segmentés de population (migrant, salarié, agriculteur). Cependant des difficultés demeurent dans la mesure où les individus sont mobiles : prenons le cas par exemple d'un travailleur migrant qui cesse ses activités salariales pour retourner travailler dans son village en

tant qu'agriculteur, et qui, plus tard, lorsqu'une autre opportunité se présente, il décide à nouveau de travailler comme salarié d'une entreprise. Dans ce cas de figure, son suivi de couverture sanitaire par RAMBEU ou NRCS pose des vrais problèmes.

D'autre part, avec le perfectionnement rapide du NRCS, une telle segmentation de la population a suscité des doutes sur l'équité du système. Avec les subventions gouvernementales, la cotisation individuelle du NRCS est beaucoup plus faible que la cotisation salariale du RAMBEU, pourtant l'enveloppe de prestation du NRCS est meilleure que celle du RAMBEU. Bien que le subventionnement croisé soit une des clés de réussite du système d'assurance maladie, le défaut institutionnel sur l'équité pourrait créer des problèmes d'aléa moral et de sélection adverse. En effet les travailleurs migrants ayant un double statut (rural et employé) peuvent naviguer entre les deux régimes pour en tirer le plus de bénéfice, ce qui pourrait nuire à la viabilité du système. Surtout dans un pays comme la Chine, où l'esprit compétitif règne sur l'ensemble du territoire après la réforme et l'ouverture (initiation de l'économie de marché). Le consensus sur l'entraide de la population est encore loin d'être solide pour maintenir l'efficacité de ce mécanisme de subventionnement croisé.

De ce fait, réduire la part de l'économie informelle, renforcer le système de fiscalité, alléger le coût administratif des SAMB, éliminer l'injustice dans le SAMB afin de consolider le consensus sur l'entraide de la population, semblent les mesures les plus prioritaires au sujet du perfectionnement du système de la Santé.

- Une assurance maladie de base unique pour les habitants urbains et ruraux ?

Le gouvernement chinois envisage d'intégrer ses deux assurances maladies à base communautaire (RAMBRU et NRCS). Dans son « Avis sur l'intégration des assurances maladies de base pour les habitants urbaines et ruraux » promulgué le 12 Janvier 2016 (Conseil d'Etat, 2016), les gouvernements locaux ont été sollicités pour définir leurs plans d'action avant la fin d'année 2016. L'objectif de cette réforme est de créer un système unique qui, à la fois assurera l'égalité en termes de protection financière pour

les habitants urbains et ruraux, à la fois renforcera la régulation du système de santé et le rendra plus efficace et efficient.

Désormais la viabilité de cette unique assurance maladie à base communautaire sera renforcée grâce à l'élargissement de la taille de *Pooling*, la mise en commun des ressources sera organisée au niveau des préfectures, y compris les zones urbaines et les zones rurales de ces préfectures (contre les villes pour le RAMBRU et les districts pour NRCS dans le système actuel). La composition du financement restera inchangée, toujours composée de la subvention gouvernementale et de la cotisation individuelle. Etant donné que dans certaines préfectures, l'écart entre les montants de la cotisation individuelle pour le RAMBRU et le NRCS est actuellement important, dû entre autre à la différence de niveau de revenu, les montants de la cotisation individuelle pour les habitants urbains et ruraux pourront différer pendant la période de transition (entre 2 ou 3 ans). A l'issue de cette période, le niveau de la cotisation individuelle devra être identique et supérieur au niveau actuel.

Cette réforme a montré la grande ambition et la forte volonté du gouvernement chinois dans son parcours de l'amélioration du système de santé, cependant plusieurs questions se posent sur le fond théorique et pratique.

Tout d'abord, est-il pertinent de cibler deux populations complètement différentes par une seule assurance maladie ? Certes les assurés d'aujourd'hui de RAMBRU et de NRCS sont similaires en termes de faible niveau de vie, ceux sont les plus vulnérables dans la population chinoise. Néanmoins ils font partie des différentes catégories socio-professionnelles. Le RAMBRU couvre les résidents urbains sans activité professionnelle, les étudiants, les enfants et les personnes âgées sans emploi, autrement dit les personnes sans revenu ; au contraire le NRCS couvre les résidents ruraux qui sont plutôt dans le secteur de l'économie informelle, et qui ont des revenus. Par conséquent, il est difficile de trouver un moyen équitable en termes de collecte et mise en commun des ressources. De plus l'injustice ressentie par les assurés pourra nuire à la viabilité de l'assurance elle-même, puisque cette assurance est un régime à

base volontaire. Même si le gouvernement a prévu un délai de deux ou trois ans pour unifier le montant de la cotisation individuelle, il semble que cette durée soit plutôt une imposition non justifiée.

D'autre part, toute réforme enchaîne un coût non-négligeable, l'intégration de ces deux assurances demandera une coordination étroite entre les différentes administrations dans les zones urbaines et les zones rurales qui fonctionnent séparément depuis de longue date, en conséquence l'harmonisation de la mise en oeuvre et de l'organisation du travail exigera un investissement important de la part du gouvernement. Dans ce cas, pour que la réforme soit efficace et efficiente, il faut d'ores et déjà anticiper les éventuelles évolutions à long terme. Etant donné qu'augmenter le niveau de vie des ruraux et réduire la part de l'économie informelle font partie des objectifs ultimes du développement de la Chine, l'achèvement de ces objectifs mettra fin à l'intégration de RAMBRU et NRCS, alors qu'une autre réforme de séparation devra être recommencée, avec de nouveaux coûts ? Il semble plus pertinent de séparer la population rurale en fonction du revenu, et d'intégrer les ruraux sans revenu (ou avec un revenu inférieur à un seuil prédéfini) dans une unique assurance maladie de base pour les résidents (sans distinction entre urbain et rural), tout en gardant le régime spécifique pour les ruraux ayant des revenus stables.

- Conflits institutionnels

Il existe plusieurs conflits institutionnels dans le système de santé chinois. Tout d'abord, l'offre de soins en Chine est dominée par les établissements publics de santé qui sont planifiés et gérés par le gouvernement (Cf. section 2.2 du chapitre 2), cependant ils reçoivent peu de subvention gouvernementale. Selon les statistiques les plus récentes du CNSPF, en 2012, 90% du revenu total des hôpitaux publics était issu du revenu d'activité (moyenne des hôpitaux de toutes les catégories), et seulement 8% était issu de la subvention gouvernementale, même si l'Etat subventionnait davantage les établissements de santé de base (29% du revenu total, contre 63% issu du revenu d'activité). Parmi les différents revenus d'activité, la vente des médicaments avec une

marge importante, la prescription des tests laboratoires et/ou des examens sophistiqués sont les plus rentables. D'autre part, certaines études (Liu et al., 2000 ; Zhang, 2010) ont montré que les prix des services médicaux à l'hôpital ont été fixés extrêmement bas, la majorité des prix étaient inférieurs à leurs coûts. La raison pour laquelle le gouvernement impose cette tarification est de garantir l'accès aux soins pour la population. Cependant la subvention est loin d'être suffisante pour maintenir le fonctionnement quotidien de l'hôpital, ce conflit institutionnel a poussé les hôpitaux à opter pour des comportements de type « recherche de rente ». De ce fait, l'objectif du gouvernement sur l'accès aux soins n'a pas été atteint, à l'inverse les paiements directs des patients sont devenus plus élevés. La situation s'améliore avec la mise en place de la Politique Nationale des Médicaments Essentiels (PNME) en 2009. Les Etablissements de Santé de Base (ESB) ne sont plus autorisés à prescrire les médicaments non essentiels, de plus les ESB ne peuvent plus vendre les médicaments essentiels avec marge. Notre étude de cas à Weifang ainsi que d'autres études ont montré que cette réforme pharmaceutique a eu un effet positif et modérateur sur l'évolution du coût unitaire des consultations et des hospitalisations dans les zones rurales. (Cf. Section 4.8 du chapitre 4). Cependant cette amélioration a eu lieu seulement dans les ESB. Les hôpitaux de plus haut niveau peuvent toujours faire de la marge sur la vente des médicaments. Supprimer la marge signifie plus de subvention gouvernementale (prouvé par notre étude de cas). La généralisation de la PNME sur l'ensemble des établissements de santé en Chine demande encore un grand investissement d'Etat d'où l'importance de renforcer son système de financement de santé pour le gouvernement chinois.

REFERENCE

En anglais et en français

Akerlof, G.-A., (1970). The Market for « Lemons »: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*. 1970. Vol. 84, n° 3, pp. 488.

Akin, J.-S., Dow, W.-H. et Lance, P.-M., (2004). Did the distribution of health insurance in China continue to grow less equitable in the nineties? Results from a longitudinal survey. *Social Science & Medicine*. 2004. Vol. 58, n° 2, pp. 293-304.

Arocena, P. et García-Prado, A., (2007). Accounting for quality in the measurement of hospital performance: evidence from Costa Rica. *Health Economics*. 2007. Vol. 16, n° 7, pp. 667-685.

Asian Development Bank, (2006). Key Indicators of Developing Asian and Pacific Countries. *Asian Development Bank*.

Audibert, M., Dukhan, Y., Mathonnat, J., Chen, N., Ma, A., Yin, A., (2008). Ativité et performance des hôpitaux municipaux en Chine rurale. Une analyse sur données d'enquêtes dans la province de Shandong. *Revue d'Economie du Développement* 1, 63-100.

Audibert, M., Mathonnat, J., Pelissier, A., Huang, X.X., Ma, A., (2013). Health insurance reform and efficiency of township hospitals in rural China: An analysis from survey data. *China Economic Review* 27, 326-338.

Baillie, K., (2008). Health implications of transition from a planned to a free-market economy – an overview. *Obesity Reviews*. 2008. Vol. 9, n° s1, pp. 146-150.

Banque Mondiale, (2015). Global Economic Prospects, January 2015: Having Fiscal Space and Using It. Washington, DC: World Bank Group.

Banque Mondiale, (2002). China - National development and sub-national finance: a review of provincial expenditures [en ligne]. Washington, D.C.: World Bank Group.

Banque Mondiale, (2010a). Fixing the Public Hospital System in China. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. *China Health Policy Notes 2*.

Banque Mondiale, (2010b). Health provider payment reforms in China : what international experience tell us. *China Health Policy Notes 3*.

Banque Mondiale, (2015). Global Economic Prospects. *Global Economic Prospects*.

Benedetti, N.-J., Fung, V., Reed, M., Price, M., Brand, R., Newhouse, J.-P. et Hsu, J., (2008). Office Visit Copayments: Patient Knowledge, Response, and Communication With Providers. *Medical Care*. 2008. Vol. 46, n° 4, pp. 403-409.

Benstetter, F. et Wambach, A., (2006). The treadmill effect in a fixed budget system. *Journal of Health Economics*. Vol. 25, n° 1, pp. 146-169.

Berki, S. E., (1986). A look at catastrophic medical expenses and the poor. *Health Affairs*. Vol. 5, n° 4, pp. 138-145.

Bloch, L. et Ricordeau, P., (1996). La régulation du système de santé en France. *Revue française d'économie*. Vol. 11, n° 1, pp. 87-146.

Blumenthal, D. et Hsiao, W., (2005). Privatization and Its Discontents — The Evolving Chinese Health Care System. *New England Journal of Medicine*. Vol. 353, n° 11, pp. 1165-1170.

Brekke, K.-R., Königbauer, I. et Straume, O.R., (2007). Reference pricing of pharmaceuticals. *Journal of Health Economics*. 2007. Vol. 26, n° 3, pp. 613-642.

Busse, R., (2011). Diagnosis-related groups in Europe. *Open University Press*.

Busse, R., Figueras, J., Robinson, R. et Jakubowski, E., (2007). Strategic purchasing to improve health system performance : key issues and international trends. *HealthcarePapers*. Vol. 8 Special Issue pp. 62-76.

Carrin, G. et James, C., (2004). Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period. *WHO Discussion Paper 2004*. N° 2.

Cashin, C., Chi, Y.-L., Smith, P.-C., Borowitz, M. et Thomson, S., (2014). Paying for Performance in Health Care: Implications for Health system performance and accountability. *Open University Press. McGraw-Hill Education*.

Carrin, G., Ron, A., Yang, H., Wang, H., Zhang, T., Zhang, L., Zhang, S., Ye, Y., Chen, J., Jiang, Q., Zhang, Z., Yu, J. et Li, X., (1999). The reform of the rural cooperative medical system in the People's Republic of China: interim experience in 14 pilot counties. *Social Science & Medicine*. 1999. Vol. 48, n° 7, pp. 961-972.

Cecil, W.-T., Barnes, J., Shea, T., et Coulter, S.-L., (2006). Relationship of the Use and Costs of Physician Office Visits and Prescription Drugs to Travel Distance and Increases in Member Cost Share. *Journal of Managed Care Pharmacy*. 2006. Vol. 12, n° 8, pp. 665-676.

Chalkley, M. et Khalil, F., (2005). Third party purchasing of health services: Patient choice and agency. *Journal of Health Economics*. 2005. Vol. 24, n° 6, pp. 1132-1153.

Chang, S.-J., Hsiao, H.-C., Huang, L.-H. et Chang, H., (2011). Taiwan quality indicator project and hospital productivity growth. *Omega*. 2011. Vol. 39, n° 1, pp. 14-22.

Chen, L., De Haan, A., Zhang, X. et Warmerdam, W., (2011). Addressing vulnerability in an emerging economy: China's New Cooperative Medical Scheme. *Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement*. Vol. 32, n° 4, pp. 399-413.

Chen, W., Tang, S., Sun, J., Ross-Degnan, D. et Wagner, A.-K., (2010). Availability and use of essential medicines in China: manufacturing, supply, and prescribing in Shandong and Gansu provinces. *BMC Health Services Research*. 2010. Vol. 10, n° 1, pp. 211.

Chevrier-Fatome, C. et Daniel, C., (2012). LE SYSTEME DE SANTE EN ANGLETERRE : Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. *Inspection générale des affaires sociales*.

Chou, W.-L., (2007). Explaining China's regional health expenditures using LM-type unit root tests. *Journal of Health Economics*. 2007. Vol. 26, n° 4, pp. 682-698.

Colombo, F. et Tapay, N., (2004). Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. *OECD HEALTH WORKING PAPERS*. 2004. N° 15.

Corina, G.-A., (2001). Globalization and health: results and options *Bulletin of the World Health Organization*

Currie, J., Lin, W. et Zhang, W., (2011). Patient knowledge and antibiotic abuse: Evidence from an audit study in China. *Journal of Health Economics*. septembre 2011. Vol. 30, n° 5, pp. 933-949.

Dai, B., Zhou, J., Mei, Y.-J., Wu, B. et Mao, Z., (2011). Can the New Cooperative Medical Scheme promote rural elders' access to health-care services? *Geriatrics & Gerontology International*. Vol. 11, n° 3, pp. 239-245.

Dana, R.-A. et Scarsini, M., (2007). Optimal risk sharing with background risk. *Journal of Economic Theory*. Vol. 133, n° 1, pp. 152-176.

Deaton, A., (2013). The great escape. *Princeton University Press*.

De Pourville, G., (2009). Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas : La mise en oeuvre de la tarification à l'activité. *Revue économique*. Vol. 60, n° 2, pp. 457.

Dixon, P., Gravelle, H., Carr-Hill, R. et Posnett, J., (1997). Patient Movements and Patient Choice. The university of York. *Health Economics Consortium*.

Dong, H., Bogg, L., Wang, K., Rehnberg, C. et Diwan, V., (1999). A description of outpatient drug use in rural China: evidence of differences due to insurance coverage. *The International Journal of Health Planning and Management*. 1999. Vol. 14, n° 1, pp. 41-56.

Dong, K., (2009). Medical insurance system evolution in China. *China Economic Review*. Vol. 20, n° 4, pp. 591-597.

Dormont, B. et Milcent, C., (2012). Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire. *ECONOMIE ET STATISTIQUE*. N° 455-456, pp. 143-173.

Eggleston, K., Ling, L., Meng, Q., Lindelow, M. et Wagstaff, A., (2008). Health service delivery in China: a literature review. *Health Econ*. Vol. 17, n° 2, pp. 149-165.

Eggleston, K., Shen, Y.-C., Lu, M., Li, C., Wang, J., Yang, Z. et Zhang, J., (2009). Soft Budget Constraints in China: Evidence from the Guangdong Hospital Industry. *SSRN Electronic Journal*.

Fama, E.-F. et Jensen, M.-C., (1983), Agency Problems and Residual Claims. *Journal of Law and Economics* 26(2): 327-49.

Fang, Y., Wagner, A.-K., Yang, S., Jiang, M., Zhang, F. et Ross-Degnan, D., (2013). Access to affordable medicines after health reform: evidence from two cross-sectional surveys in Shaanxi Province, western China. *The Lancet Global Health* 1, e227–e237.

Feng, X., Tang, S., Bloom, G., Segall, M. et Gu, X., (1995). Cooperative medical schemes in contemporary rural China. *Social Science & Medicine*. Vol. 41, n° 8, pp. 1111-1118.

Figueras, J., Robinson, R. et Jakubowski E., (2005), Purchasing to improve health systems performance. *Open University Press. McGraw-Hill House*.

Frick, U. et Rössler, W., (2003). Modèles de financement et systèmes incitatifs dans le traitement de la dépendance en Allemagne et en Suisse. *Suchttherapie*. N° 4, pp. 18-24.

Gao, J., (2002). Health equity in transition from planned to market economy in China. *Health Policy and Planning*. Vol. 17, n° 90001, pp. 20-29.

Ghms-China, (2013). Global Hospital Management Survey – China. *Management in Healthcare Report*.

Gok, M.-S. et Sezen, B., (2013). Analyzing the ambiguous relationship between efficiency, quality and patient satisfaction in healthcare services: the case of public hospitals in Turkey. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*. Vol. 111, n° 3, pp. 290-300.

Heller, P.S., (2005). Understanding Fiscal Space. *FMI Policy Paper, Washington DC*.

Heller, P. S., (2006). The prospects of creating « fiscal space » for the health sector. *Health Policy and Planning*. Vol. 21, n° 2, pp. 75-79.

Herd, R., Koen, V. et Hu, Y.-W., (2010). Improving China's Health Care System. *OECD Economics Department Working Papers*. N° 751.

Hesketh, T. et Zhu, W.-X., (1997). Health in China: The healthcare market. *BMJ*. Vol. 314, n° 7094, pp. 1616-1616.

Himmelstein, D.-U., Warren, E., Thorne, D. et Woolhandler, S.-J., (2005). Illness and Injury as Contributors to Bankruptcy. *SSRN Electronic Journal*

Hsu, J., Price, M., Brand, R., Ray, G.-T., Fireman, B., Newhouse, J.-P. et Selby, J.-V., (2006). Cost-Sharing for Emergency Care and Unfavorable Clinical Events: Findings from the Safety and Financial Ramifications of ED Copayments Study. *Health Services Research*. Vol. 41, n° 5, pp. 1801-1820.

Hu, H.-H., Qi, Q. et Yang, C.-H., (2012). Evaluation of China's Regional Hospital Efficiency: Dea Approach with Undesirable Output. *Scholarly Paper. Rochester, NY: Social Science Research Network*.

Hu, S., Tang, S., Liu, Y., Zhao, Y., Escobar, M.-L. et De Ferranti, D., (2008). Reform of how health care is paid for in China: challenges and opportunities. *The Lancet*. Vol. 372, n° 9652, pp. 1846-1853.

Hu, T.-W., (2004). Financing and organization of China's health care. *Bulletin of the World Health Organization*.

Ilo-Step, (2002). Extending Social Protection in Health Through Community Based Health Organizations: Evidence and Challenges. *ILO Discussion Paper*.

Iversen, T. et Lurås, H., (2011). Patient switching in general practice. *Journal of Health Economics*. Vol. 30, n° 5, pp. 894-903.

Jacobs, R., Smith, P.-C. et Street A., (2006), Measuring Efficiency in Health Care – Analytic Techniques and Health Policy, *Cambridge University Press*

Jiang, M., Yang, S., Yan, K., Liu, J., Zhao, J., Fang, Y., (2013). Measuring Access to Medicines: A Survey of Prices, Availability and Affordability in Shaanxi Province of China. *PLOS ONE*. Vol.8, Issue 8..

Joumard, I., André, C., Nicq, C. et Chatal, O., (2008). Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency. *OECD Economics Department Working Papers*. N° 627.

Joumard, I., Andre, C. et Nicq, C., (2010). Health Care Systems: Efficiency and Institutions. *SSRN Electronic Journal*.

Kaiser, H.-F., (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educ. Psychol. Meas.* Vol. 20, pp. 141-151.

Kaufman, J., Zhang, E. et Xie Z., (2006). Quality of Care in China: Scaling Up a Pilot Project into a National Reform Program. *Studies in Family Planning*. Vol. 37, n° 1, pp. 17-28.

Klugman, J., (2011). Durabilité et équité : Un Meilleur Avenir pour Tous. *PNUD*.

Letourmy, A. et Pavy-Letourmy, A., (2005). La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu. Agence française de développement, Département de la recherche.

Li, K., (2012). Deepening the Reform of Health Care. *English Edition of Qiushi Journal* 2012. Vol. 4, n° 1.

Lim, M.-K., Yang, H., Zhang, T., Zhou, Z., Feng, W. et Chen, Y., (2004). China's evolving health care market: how doctors feel and what they think. *Health Policy*. Vol. 69, n° 3, pp. 329-337.

Lim, M.-K., Yang, H., Zhang, T., Feng, W. et Zhou, Z., (2004). Public Perceptions of Private Health Care in Socialist China. *Health Affairs*. Vol. 23, n° 6, pp. 222-234.

Lin, W., Liu, G.-G. et Chen, G., (2009). The Urban Resident Basic Medical Insurance: a landmark reform towards universal coverage in China. *Health Economics*. Vol. 18, n° S2, pp. 583-596.

Liu, D., Tsegao, D., (2011). The New Cooperative Medical Scheme (NCMS) and its implications for access to health care and medical expenditure: Evidence from rural China, *ZEF Discussion Papers on Development Policy 155*. Center for Development Research (ZEF), University of Bonn.

Liu, G.-G., Dow, W.-H., Fu, A.-Z., Akin, J. et Lance, P., (2008). Income productivity in China: On the role of health. *Journal of Health Economics*. Vol. 27, n° 1, pp. 27-44.

Liu, K., Wu, Q., Liu, J., (2014). Examining the association between social health insurance participation and patients' out-of-pocket payments in China: The role of institutional arrangement. *Social Science & Medicine*. Vol. 113, 95-103.

Liu, X. et Mills, A., (2002). Financing reforms of public health services in China: lessons for other nations. *Social Science & Medicine*. Vol. 54, n° 11, pp. 1691-1698.

Liu, X. et Mills, A., (2003). The influence of bonus payments to doctors on hospital revenue: results of a quasi- experimental study. *Applied Health Economics and Health Policy* Vol. 2, n°2, pp. 91-98.

Liu, X. et Yi, Y., (2004). *The Health Sector in China Policy and Institutional Review*. Washington, DC: World Bank.

Liu, X., (2000). The Chinese experience of hospital price regulation. *Health Policy and Planning*. Vol. 15, n° 2, pp. 157-163.

Liu, Y., Hu, S., Fu, W. et Hsiao, W.-C., (1996). Is community financing necessary and feasible for rural China? *Health Policy*. Vol. 38, n° 3, pp. 155-171.

Liu, Y., Rao, K. et Hsiao, W.-C., (2003). Medical Expenditure and Rural Impoverishment in China. *J HEALTH POPUL NUTR*. Vol. 21, n° 3, pp. 216-222.

Liu, Y., (2004). Development of the rural health insurance system in China. *Health Policy and Planning*. Vol. 19, n° 3, pp. 159-165.

Li, Y., Ying, C., Guo, S., Brant, P., Li, B. et Hipgrave, D., (2013). Evaluation, in three provinces, of the introduction and impact of China's National Essential Medicines Scheme. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 91, n° 3, pp. 184-194.

Li, Y., Wu, Q., Xu, L., Legge, D., Hao, Y., Gao, L., Ning, N. et Wan, G., (2012). Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 90, n° 9, pp. 664-671.

Maciejewski, M.-L., Liu, C.-F., Kavee, A.-L. et Olsen, M.-K., (2012). How price responsive is the demand for specialty care? *Health Economics*. Vol. 21, n° 8, pp. 902-912.

Ma, J., Lu, M. et Quan, H., (2008). From A National, Centrally Planned Health System to A System Based On the Market: Lessons From China. *Health Affairs*. Vol. 27, n° 4, pp. 937-948.

Mathauer, I. et Wittenbecher, F., (2013). Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 91, n° 10, pp. 746-756A.

Mathonnat J., (2008), The case for public intervention in financing health and medical services. *Bull World Health Organ*. Nov; 86(11): 905–907.

Mathonnat J., (2010), Disponibilité des ressources financières pour la santé dans les pays d'Afrique subsaharienne. Agence Française de Développement. N°52.

Mathonnat J., Audibert M., Huangfu X., Ma A., Petitfour, L., (2015), Progrès et défis pour trois réformes majeures dans le système de santé chinois. *Mondes en développement*. N°170, pp. 105-121.

Mcclellan, M., (1997). Hospital Reimbursement Incentives: An Empirical Analysis. *Journal of Economics & Management Strategy*. Vol. 6, n° 1, pp. 91-128.

Meng, Q., (2005). Review of Health Care Provider Payment Reforms in China. The World Bank.

Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. et Kutzin, J., (2002). Funding health care: options for Europe. *Open University Press*.

Mossialos, E., Thomson, S.-M. et Busse, R., (2004). Voluntary health insurance in the European Union. World Health Organization on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies.

Mossialos, E. et Thomson, S.-M., (2002). Voluntary Health Insurance in the European Union: A Critical Assessment. *International Journal of Health Services*. Vol. 32, n° 1, pp. 19-88.

Mougeot, M. et Naegelen, F., (2005). Hospital price regulation and expenditure cap policy. *Journal of Health Economics*. Vol. 24, n° 1, pp. 55-72.

Mougeot, M., (1999). Régulation du système de santé. La Documentation française.

Naga, R.-H.-A. et Lamiraud, K., (2011). Catastrophic Health Expenditure and Household Well-Being. *ESSEC Working paper*. pp. 25.

Nayar, P. et Ozcan, Y.-A., (2008). Data envelopment analysis comparison of hospital efficiency and quality. *Journal of Medical Systems*. Vol. 32, n° 3, pp. 193-199.

OCDE, (2005). Panorama de la santé : Les indicateurs de l'OCDE 2005. Organisation de coopération et de développement économiques.

OECD, (2009). Burden of out-of-pocket health expenditure. *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*. Organisation de coopération et de développement économiques.

OECD, (2010). Improving Health Sector Efficiency : the role of information and communication technologies. *OECD Health Policy Studies*.

OECD, (2011). Burden of out-of-pocket health expenditure. *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. Organisation de coopération et de développement économiques.

OMS et China National Health Development Research Centre, (2012). China health service delivery profile.

OMS, Regional Office for The Western Pacific, (2004). Country Cooperation Strategy: WHO China Strategic priorities for 2004-2008, Manila : WHO Regional Office for the Western Pacific.

OMS et Banque Mondiale, (2014). La couverture universelle en santé : suivi des progrès à l'échelon national et mondial.

OMS, (1978). Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires.

OMS, (2000). Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant. World Health Organization.

OMS, (2005). World Health Statistics 2005. World Health Organization.

OMS, (2006). Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé : Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition

OMS, (2011). World Health Statistics 2011. World Health Organization.

OMS, (2012a). WHO Global Health Expenditure Atlas. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*.

OMS, (2012b). World Health Statistics 2012. World Health Organization.

OMS, (2013). Rapport sur la santé dans le monde 2013 : La recherche pour la couverture sanitaire universelle. World Health Organization.

OMS, (2015). World Health Statistics 2015. World Health Organization.

Palmer, N., Mueller, D.-H, Gilson, L., Mills, A. et Haines, A., (2004). Health financing to promote access in low income settings—how much do we know? *The Lancet*. Vol. 364, n° 9442, pp. 1365-1370.

Pan, J., Liu, G.-G. et Chen, G., (2013). How does separating government regulatory and operational control of public hospitals matter to healthcare supply? *China Economic Review*. Vol. 27, pp. 1-14.

Parry, J., (2008). China wants to make health care more affordable to poor. *BMJ*. Vol. 336, n° 7644, pp. 578-578.

Penner S.-J., (2004). Introduction to Health Care Economics & Financial Management: Fundamental Concepts with practical Applications. *LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS*.

Preker, A.-S., Carrin, G., Dror, D.-M., Jakab, M., Hsiao, W. et Arhin, D., (2001). Role of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing. *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*.

Preker, A.-S., Liu, X., Velenyi, E.-V. et Baris, E., (2007), Public ends, private means: strategic purchasing of health services. The World Bank.

Sachs, J., (2001). Macroeconomics and health. World Health Organization.

Saltman, R.-B., Busse, R. et Figueras, J., (2004). Social health insurance systems in western Europe. Open University Press. *European Observatory on Health Systems and Policies*.

Sauvignet, E., (2005). Le financement du système de santé en France : Rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire. *WHO Discussion Paper*. N° 1.

Savedoff, W.-D. et Gottret, P.-E, (2008). Governing mandatory health insurance. The World Bank.

Savedoff, W.-D., (2004). Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences. *WHO Discussion Paper*. N° 4.

Schwartländer, B., (2014). China Health Care Reform: Who Gains and Who Loses? World Health Organization.

Hafik, A. et Criel, B., (2011). Remind me again: why are we here? *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 89, n° 9, pp. 622-622.

Siciliani, L., (2006). Selection of treatment under prospective payment systems in the hospital sector. *Journal of Health Economics*. Vol. 25, n° 3, pp. 479-499.

Süssmuth-Dyckerhoff, C. et Wang, J., (2010). China's health care reforms. *Health International*. N° 10, pp. 54-67.

Tandon, A. et Cashin, C., (2010). Assessing Public Expenditure on Health from a Fiscal Space Perspective. *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*.

Tandon, A., (2010). Financing Universal Coverage: Assessing Fiscal Space for Health. *Policy and Discussion Notes*. The World Bank.

Trottmann, M., Zweifel, P. et Beck, K., (2012). Supply-side and demand-side cost sharing in deregulated social health insurance: Which is more effective? *Journal of Health Economics*. Vol. 31, n° 1, pp. 231-242.

United Nations, (2013). A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies Through Sustainable Development. The Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda.

Vaithianathan, R., (2003). Supply-side cost sharing when patients and doctors collude. *Journal of Health Economics*. Vol. 22, n° 5, pp. 763-780.

Van Der Zee, J. et Kroneman, M.-W., (2007). Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Services Research*. Vol. 7, n° 1, pp. 94.

Wagstaff, A. et Claeson, M., (2004). The Millennium Development Goals for Health. The World Bank.

Wagstaff, A. et Doorslaer, E.-V., (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Economics*. Vol. 12, n° 11, pp. 921-933.

Wagstaff, A. et Lindelow, M., (2008). Can insurance increase financial risk? The curious case of health insurance in China. *Journal of Health Economics*. Vol. 27, issue 4, pp. 990-1005.

Wagstaff, A., Lindelow, M., Gao, J., Xu L. et Qian, J., (2009). Extending health insurance to the rural population: An impact evaluation of China's new cooperative medical scheme. *Journal of Health Economics*. Vol. 28, n° 1, pp. 1-19.

Wagstaff, A. et Moreno-Serra, R., (2009). Europe and central Asia's great post-communist social health insurance experiment: Aggregate impacts on health sector outcomes. *Journal of Health Economics*. Vol. 28, n° 2, pp. 322-340.

Wagstaff, A., (2009). Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems—Evidence from the OECD. *Policy Research Working Paper 4821*. The World Bank.

Wagstaff, A., Yip, W., Lindelow, M. et Hsiao, W.-C., (2009). China's health system and its reform: a review of recent studies. *Health Economics*. Vol. 18, n° S2, pp. 57-523.

Wang, H., Ge, Y. et Gong, S., (2007). Regulating Medical Services in China.

Wang, H., (2005). China's fragmented health-system reforms. *The Lancet*. Vol. 366, n° 9493, pp. 1257-1258.

Wang, H., Zhang, L. et Hsiao, W.-C., (2006). Ill health and its potential influence on household consumptions in rural China. *Health Policy*. Vol. 78, n° 2-3, pp. 167-177.

Wang, H., (2009). A dilemma of Chinese healthcare reform: How to re-define government roles? *China Economic Review*. Vol. 20, n° 4, pp. 598-604.

Wang, X., He, X., Zheng, A. et Ji, X., (2014). The effects of China's New Cooperative Medical Scheme on accessibility and affordability of healthcare services: an empirical research in Liaoning Province. *BMC Health Services Research*. Vol. 14, n° 1, pp. 388.

Wang, Y., (2008). The policy process and context of the Rural New Cooperative Medical Scheme and Medical Financial Assistance in China. *Studies in Health Services Organisation & Policy*. N° 23.

Waters, H.-R., Anderson, G.-F. et Mays, J., (2004). Measuring financial protection in health in the United States. *Health Policy*. Vol. 69, n° 3, pp. 339-349.

Watts, J., (2006). China's rural health reforms tackle entrenched inequalities. *The Lancet*. Vol. 367, n° 9522, pp. 1564-1565.

Wu, M., Xin, Y., Wang, H. et Yu, W., (2005). Private and public cross-subsidization: financing Beijing's health-insurance reform. *Health Policy*. Vol. 72, n° 1, pp. 41-52.

Xu, K., Saksena, P., Huangfu, X., Lei, H., Chen, N. et Carrin, G., (2009). Health Care Financing in Rural China: New Rural Cooperative Medical Scheme. *WHO Discussion Paper*.

Xu, K., Evans, D.-B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A.-M., Musgrove, P. et Evans, T., (2007). Protecting Households from Catastrophic Health Spending. *Health Affairs*. Vol. 26, n° 4, pp. 972-983.

Xu, K., (2003). Understanding Household Catastrophic Health Expenditure. World Health Organization.

Yang, J. et Zeng, W., (2014). The trade-offs between efficiency and quality in the hospital production: Some evidence from Shenzhen, China. *China Economic Review*. Vol. 31, n° C, pp. 166-184.

Yip, W., (2009). Disparities in health care and health status : the rural-urban gap and beyond. In *One Country, Two Societies : Rural-Urban Inequality in Contemporary China*, Whyte M (ed.). *Harvard University Press* : Cambridge, MA

- Yip, W. et Hsiao, W.-C., (2008). The Chinese Health System at A Crossroads. *Health Affairs*. Vol. 27, n° 2, pp. 460-468.
- Yip, W. et Hsiao, W.-C., (2009a). China's health care reform: A tentative assessment. *China Economic Review*. Vol. 20, n° 4, pp. 613-619.
- Yip, W. et Hsiao, W.-C., (2009b). Non-evidence-based policy: How effective is China's new cooperative medical scheme in reducing medical impoverishment? *Social Science & Medicine* Vol.68, issue 2, pp. 201-209.
- You, X. et Kobayashi, Y., (2009). The new cooperative medical scheme in China. *Health Policy*. Vol. 91, n° 1, pp. 1-9.
- Yu, X., Li, C., Shi, Y. et Yu, M., (2010). Pharmaceutical supply chain in China: Current issues and implications for health system reform. *Health Policy*. Vol. 97, n° 1, pp. 8-15.
- Zhang, H., (2010). China's irrational medical pricing scheme. *The Lancet*. Vol. 375, pp. 726.
- Zhan, S., Tang, S., Guo, Y. et Bloom, G., (1998). Drug Prescribing in Rural Health Facilities in China: Implications for Service Quality and Cost. *Tropical Doctor*. Vol. 28, n° 1, pp. 42-48.
- Zhang, T., Tang, S., Jun, G., Whitehead, M., (2007). Persistent problems of access to appropriate, affordable TB services in rural China: experiences of different socio-economic groups. *BMC Public Health* 7: 19.
- Zhan, S., Wang, L., Yin, A. et Blas, E., (2004). Revenue-driven TB control – three cases in China. *International Journal of Health Planning and Management*. Vol. 19, pp. 563-578.
- Zweifel, P. et Manning, W.-G., (2000). Chapter 8 Moral hazard and consumer incentives in health care. *Elsevier*. Pp. 409-459.

En chinois

An, H. et He, X., (2009). Social Health Insurance and Medical Insurance Business Interaction Study: To Reinsurance Way to Achieve Perspective. *Journal of Regional Financial Research*. N° 1, pp. 43-46.

Bao, Y., (2009). Le rôle du suivi de santé dans le développement des services sanitaires communautaires. *Chinese community physicians*. N° 8, pp. 51-51.

BNSC, (2004). China Population Statistics Yearbook 2003. Bureau National des Statistiques de Chine.

BNSC, (2015). Enquête Nationale de Contrôle des Travailleurs Migrants en 2014. Bureau National des Statistiques de Chine.

Bureau de CNSPF de Hebei et Bureau de finance de Hebei, (2015). Avis sur l'encadrement de la mise en commun des ressources en tant que mode de remboursement du NRCS dans la province de Hebei en 2015.

Bureau de CNSPF de Menggu, (2015). Avis sur le mode de remboursement du NRCS dans la région autonome de Menggu en 2015.

Bureau de CNSPF de Shandong, (2010). Liste Complémentaire des Médicaments Essentiels dans la Province de Shandong (version 2010).

Bureau de CNSPF de Shijiazhuang et Bureau de Finance de Shijiazhuang, (2015), Avis sur la mise en place de l'assurance maladie pour les maladies sévères à Shijiazhuang.

Bureau de CNSPF de Tibet, (2014). Tibet rehausse le niveau de la subvention gouvernementale.

Bureau de CNSPF de Weifang, (2013). Mode de remboursement du NRCS à Weifang en 2013.

Bureau des Ressources Humaines et de la Sécurité Sociale de Shandong, (2010). Avis sur la réforme du système du personnel dans les établissements de santé de base ayant appliqué la politique des médicaments essentiels.

Bureau du Gouvernement de Shandong, (2010). Mode d'approvisionnement des médicaments essentiels dans les établissements de santé de base de Shandong (version provisoire). 2010.

Bureau du Gouvernement Populaire du District de Gaoyi, (2015), Avis sur le mode de remboursement du NRCS à Gaoyi.

Bureau du Gouvernement Populaire du District de Pinggu à Beijing, (2015). Avis sur l'application de la mise en commun des ressources en tant que mode de remboursement du NRCS à Pinggu.

Bureau du Gouvernement Populaire du District de Yongping, (2015). Plan d'action du NRCS dans le district de Yongping en 2015.

Cao, Y., Li, S., Gao, Q. et Sun, J., (2012). Research into the Related Reforms Progress and Operation in Basic Medical and Health Institutions during the implementation of National Essential Medicine System. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 11, pp. 54-56.

Cao, Y., Li, S., Xiao, Z. et Sun, J. (2012). The analysis of the framework building and current implementation status of centralized bidding and purchasing of National Essential Medicine System. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 11, pp. 51-53.

Cao, Y., Li, S. et Xiao, Z., (2012). Discussion on the Defects of National Essential Medicine System in China. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 7, pp. 70-71.

Chen, W., Ying, X., Lu, X. et Hu, S., (2004). Comparison of different supplementary medical insurances in China. *Chinese Journal of Hospital Administration*. Vol. 20, n° 11, pp. 653-657.

Chen, X., (2007). Continuer à améliorer le NRCS.

Chen, Z., (2012). Recherche sur l'optimisation de mode de remboursement du NRCS. *World Economic Papers*. N° 01.

Chen, M., Wang, L., Chen, W., Zhang, L., Jiang, H., Mao, W., (2014). Does economic incentive matter for rational use of medicine? China's experience from the essential medicines program. *Pharmacoeconomics* 32, 245–255.

CNSPF, AEMTC, CNDR et Ministère des finances, (2006). Plan de l'établissement et du développement du système sanitaire en zone rurale.

CNSPF, CNDR et Ministère des finances, (2012). Guide sur la réforme de mode de paiement des prestataires de santé dans le cadre du NRCS.

CNSPF, (1989). Manuel de la classification et du management des hôpitaux.

CNSPF, (1994a). Catégorisation des établissements sanitaires (version expérimentale).

CNSPF, (1994b). Guide sur le plan de développement des établissements sanitaires.

CNSPF, (1994c). Règlement détaillé sur l'Administration des Etablissements Sanitaires.

CNSPF, (1997). China Health Statistical Digest 1996.

CNSPF, (2005). China Health Statistical Yearbook 2004.

CNSPF, (2006). China Health Statistical Yearbook 2005.

CNSPF, (2007). China Health Statistical Yearbook 2006.

CNSPF, (2008). Points essentiels dans le développement du NRCS en 2008.

CNSPF, (2009a). Avis sur la mise en place de la politique nationale des médicaments essentiels.

CNSPF, (2009b). Avis sur le contrôle de la liste nationale des médicaments essentiels.

CNSPF, (2009c). Avis sur le travail du NRCS dans le second semestre de l'année 2009.

CNSPF, (2009d). China Health Statistical Yearbook 2008.

CNSPF, (2009e). Le développement et le challenge du NRCS.

CNSPF, (2009f). Liste Nationale des Médicaments Essentiels (version 2009).

CNSPF, (2010a). Avis sur le mode d'approvisionnement des médicaments essentiels dans les établissements de santé de base.

CNSPF, (2010b). China Health Statistical Digest 2009.

CNSPF, (2010c). China Health Statistical Yearbook 2009.

CNSPF, (2010d). Système financier des hôpitaux.

CNSPF, (2011). China Health Statistical Yearbook 2010.

CNSPF, (2012a). Amélioration sur l'accessibilité et l'équité des services sanitaires.

CNSPF, (2012b). Avis sur le travail du NRCS en 2012.

CNSPF, (2012c). Développement du NRCS en Chine

CNSPF, (2012d). Etat d'avancement du développement de NRCS en 2011 et les points essentiels dans le développement du NRCS en 2012

CNSPF, (2012e). Liste Nationale des Médicaments Essentiels (version 2012).

CNSPF, (2014). Etat d'avancement de l'assurance maladie pour les maladies sévères (NRCS)

CNSPF, (2013a). China Health Statistical Digest 2012.

CNSPF, (2013b). China Health Statistical Yearbook 2012.

CNSPF, (2014a). China Health Statistical Yearbook 2013.

CNSPF, (2014b). Etat d'avancement du travail du NRCS en 2013.

CNSPF, (2015a). Avis sur la mise en place nationale de l'Assurance Maladie pour les maladies sévères.

CNSPF, (2015b). Avis sur le développement du NRCS en 2015.

CNSPF, (2015c). Avis sur le travail du NRCS en 2015.

Conseil d'Etat et CNSPF, (1994). Réglementation sur l'Administration des Etablissements Sanitaires.

Conseil d'Etat, (1998). Décision sur l'établissement du régime d'assurance maladie de base pour les employés urbains.

Conseil d'Etat, (2007). Avis sur la mise en place du régime d'assurance maladie de base pour les habitants urbains dans les villes pilotes.

Conseil d'Etat, (2008). Rapport d'évaluation sur le Régime d'Assurance Maladie pour les Résidents Urbains (en 2007 sur les villes pilotes). China Health Insurance Research Association.

Conseil d'Etat, (2009a). Avis sur le développement approfondi de la réforme du système de santé.

Conseil d'Etat, (2009b). Rapport d'évaluation sur le Régime d'Assurance Maladie pour les Résidents Urbains (en 2008 sur les villes pilotes). China Health Insurance Research Association.

Conseil d'Etat, (2010). Rapport d'évaluation sur le Régime d'Assurance Maladie pour les Résidents Urbains (en 2009). China Health Insurance Research Association.

Conseil d'Etat, (2011). Rapport d'évaluation sur le Régime d'Assurance Maladie pour les Résidents Urbains (en 2010). China Health Insurance Research Association.

Conseil d'Etat, (2012). Rapport d'évaluation sur les Régimes d'Assurance Maladie de Base (en 2011). China Health Insurance Research Association.

Conseil d'Etat, (2015). Rapport d'évaluation sur les Régimes d'Assurance Maladie de Base (en 2014). China Health Insurance Research Association.

Conseil d'Etat, (2016). Avis sur l'intégration des assurances maladies de base pour les habitants urbaines et ruraux.

Cui, D., Wu, L. et Yue, Q., (2007). Experimental research on Intensive fund--raising of farmers of new rural CMS. *Chinese Rural Health Service Administration*. N° 11, pp. 814-816.

Dai, T., Mao, A., Xie, L. et Zhou, Y., (2013). Policy analysis on the catastrophic disease insurance of New Rural Cooperative Medical Scheme in China. *Chinese Journal of Health Policy*. Vol. 6, n° 6.

Dai, T., Zhu, K. et Zhang, X., (2013). Analysis of the operational effect of New Rural Cooperative Medical Scheme in China. *Chinese Journal of Health Policy*. Vol. 6, n° 6.

Ding, J. et Zhu, M., (2004). Discussion sur la réforme du système d'assurance maladie et le contrôle de la dépense en santé. *Nankai Economic Studies*. N° 4, pp. 96-99.

Dong, G. et Chen, L., (2012). Analysis and control on proportion of drug cost in hospital medicinal expenses. *Drugs & Clinic*. Vol. 27, n° 6, pp. 602-605.

Gao, H., (2009). Research on the Sustainability of the New Rural Cooperative Medical System: On the Basis of the Experience from Five Developed Cities. *Journal of Beijing Normal University*. N° 1.

Gao, X. et Zhu, M., (2010). Discussion sur la relation interministérielle en Chine. *Journal of Sichuan Administration College*. N° 01.

Ge, R. et Y., A., (2012). Economic Analysis, Capital's Appeal for Value and the National Drug Policy: Based on Theory Structure. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 5, pp. 20-22.

Gong, B., Ye, T., Wang, L., Xiao, L. et Zhang, Z., (2013). Empirical Analysis of the Transition from Family Savings Account to Pooling Funds for Outpatient Service of New Rural Cooperative Medical System. *Medicine and Society*. Vol. 26, n° 5, pp. 12-14.

Gui, L. et Ye, J., (2009). Research on the Outpatient Service Unified Planning Found Disbursement of China's New Countryside Cooperative Medical Service. *Population & Economics*. N° 6, pp. 90-93.

Guo, X., (2011). The Reform Path of Management System and Governance Mechanism of Public Hospitals: Based on the Practice Research of WeiFang City. *China Health Insurance*. N° 4, pp. 48-49.

Guo, Y. et Wang, H., (2002). Réflexion sur la réforme du système d'assurance maladie en Chine. *Population & Economics*. N° S1, pp. 3.

Huang, X., Wang, Q., Gu, X., Xiang, G., Li, T. et Mao, Z., (2012). Research on Influence of New Rural Cooperative Medical Scheme Out-patient Reimbursement Plan on Choosing Medical Institutions. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 4, pp. 48-51.

Hu, S. et Zuo, Y., (2007). The Establishment of New Type Rural Cooperative Medical System in China: Achievements and Challenge. *Health Economics Research*. N° 11.

Jia, H., Ning, B., Li, S., Li, N. et Lu, Y., (2012). Study on the Current Status and Intervention Measures of Essential Medicine in Short Supply. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 11, pp. 48-50.

Jin, C., Yang, H., Luo, B., Liang, X., Chen, L. et Li, J., (2012). Impacts of Essential Medicines Reform Pilot on the Average Number of Medicines Per Prescription in Primary Medical Institutions in Zhejiang Province. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 1, pp. 37-39.

Jin, L., Sun, X., Cui, X., Lou, J., Pu, L. et Zhang, Q., (2014). Comparative Analysis on the Expense-control Effect between New Rural Cooperative Medical Scheme and Basic Medical Insurance for Urban Residents. *Chinese Health Economics*. Vol. 33, n° 2, pp. 28-30.

Lei, H., (2008). Considerations on fundamental issues in establishing the universal coverage system for health in China. *Health Economics Research*. N° 5, pp. 3-5.

Li, B., Liu, G., Zhang, Q. et Ma, Y., (2012). Research on Influence of Selling Zero-gap of Essential Drugs on Economic & Management System in Township Health Centers. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 7, pp. 72-74.

Li, C., (2013). Réforme sur le système de santé en Chine : opportunité et challenge du système de santé en zone rurale.

Li, C., Sun, Q., Li, K., Yang, H., Zuo, G. et Meng, Q., (2012). Analysis of the Prescription Quality Before and After the Essential Medicine System Implementation in Township Hospitals of Anhui Province. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 4, pp. 68-69.

Li, K., Sun, Q., Zuo, G., Yang, H. et Meng, Q., (2012). Study of the Impact of Essential Medicine System on the Patient Visits and Cost in Township Hospital: Based on the Evaluation Method of Difference in Difference. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 4, pp. 62-64.

Li, Q. et Li, X., (2011). Entrusted Financing mode of NCMS in the western regions of China: experience of Xiangxi Autonomous Prefecture. *Gansu Social Sciences*. N° 4, pp. 248-251.

Li, Q., (2012). Comparison and Choice of Individual Fund-raising for New Rural Co-operative Medical System in the Western Regions. *Journal of Jishou University (Social Science Edition)*. Vol. 33, n° 2, pp. 118-121.

Li, Y., Ying, C., Sufang, G., Brant, P., Bin, L., Hipgrave, D., (2013). Evaluation, in three provinces, of the introduction and impact of China's National Essential Medicines Scheme. *Bulletin of the World Health Organization* 91, 184-194.

Liu, J., (2008). Institutional background of health sector reform and Issue of division between public hospital regulation and management affaires in China. *Chinese Hospital Management*. Vol. 28, n° 03, pp. 3-5.

Liu, Q., (2010). A Simple View on the Construction of the Healthcare System Reform. *Medicine & Jurisprudence*. Vol. 2, n° 2, pp. 21-23.

Liu, X., Wang, J. et Wang, Z., (2012). Defects of Centralized Drug Procurement System. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 3, pp. 33-34.

Li, W., (2006). The Restructuring and Management of Public Hospitals. *Jiangsu Social Sciences*. N° 5.

Li, Y. et Li, L., (2009). The study on Health resource utilization performance of New Rural Cooperative Medical Scheme: Based on propensity score matching(PSM)'s Empirical Analysis. *Issues in Agricultural Economy*. N° 10.

Lou, P., (2011). Separation of Management and Operation as an Opportunity to Promote the Public Hospital Management System Reform.

Lü, H., (2012). Effects of Government Regulations on the Medicine Industry Supply Chain Cooperation and the Profits Distribution. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 3, pp. 35-37.

Ma, J., Xi, X. et Chu, S., (2012). Study on the Relationship between Biomedical Research and Development Investment in China and Medical Economic Growth Based on the VAR Model. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 2, pp. 51-53.

Mao, M., (2005). Analyse sur les raisons de la hausse de dépense en santé et les contre-mesures. *Guangxi Social Sciences*. N° 2, pp. 58-60.

Meng, Q. et Langenbrunner, J., (2011). Issues on reforming provider payment systems in New Rural Cooperative Medical Scheme. *Chinese Journal of Health Policy*. Vol. 4, n° 2, pp. 25-26.

Ming, Y., (2009). Evolution et différence régionale de la mortalité infantile. *Population Research*. Vol. 33, n° 5, pp. 77-87.

Ministère des finances et CNSPF, (2008). Avis sur le système financier du fonds NRCS.

MRHSS, Ministère des finances, CNSPF, (2009). Méthode provisoire sur le transfert de la couverture sanitaire des travailleurs migrants.

MRHSS, MINISTÈRE DES FINANCES, (2006). Avis sur la mise en place de l'allocation médicale pour les fonctionnaires.

Ning, B., Li, S. et Shao, H., (2012). Application and Evaluation of « Double Envelopes » Bidding in the Public Bidding of Essential Medicines. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 1, pp. 29-31.

Pan, J. et Liu, G., (2010). Comment séparer la propriété et la gestion dans le système de santé. *China Social Security*. N° 9.

Pan, S., (2001). Réforme sur le régime d'assurance maladie pour les employés urbains en Chine. Xinhua News.

Qin, Q., Jiang, Q., Ye, Y., Wang, S. et Tang, Z., (2007). Study on the Way of Individual Premium Collection of the Agents Collecting by Certificate in New Cooperative Medical Scheme. *Chinese Health Economics*. Vol. 26, n° 1, pp. 32-33.

Ren, R. et Jin, F., (2007). The Access on Health Care and Equity of the Out-of-pocket Expenditure After the Implement of New Cooperative Medical Scheme. *Chinese Health Economics*. Vol. 26, n° 1, pp. 27-31.

Shen, S., (2014). Réflexion et Conception sur l'intégration des régimes d'assurance maladie de base. *Journal of Xuehai*. N° 1, pp. 52-58.

Site Officiel du Gouvernement Chinois, 2009. Le Compte D'Epargne Médical est remplacé par la mise en commun des ressources dans la province de Henan.

Song, D., Yao, W. et Yu, R., (2005). Ajustement of the compensation structure in chinese hospitals. *Chinese Health Resources*. Vol. 8, n° 3, pp. 112-113.

Song, D., Zhang, L., Ren, J., Zhao, D. et Wang, Z., (2012). Analyse sur la situation actuelle de la réforme de mode de paiement du NRCS. *Health Economics Research*. N° 3.

Sun, Q., Zuo, G., Li, K., Meng, Q. et He, P., (2012). Whether the Essential Medicine Policy Decreases the Medical Cost of Rural Population: Experience from Three Counties in Anhui Province. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 4, pp. 65-67.

Sun, T., (2008). A Literature Review on China's New Rural Co-operative Medical System. *Market Weekly*. N° 11, pp. 134-136.

Sun, Y., (2013). Analysis of the Separation Type of Administration and Implementation Based on the Principle Agent Theory in Suzhou. *Medicine and Society*. N° 8, pp. 15-18.

Wang, D., (2009). Opportunité de développement de l'assurance maladie commerciale en Chine. *Insurance Studies*. N° 9.

Wang, H., (2008). 30 years of chinese healthcare reform process. In : *CHINA: 30 years of reform and opening up (1978-2008)*. Social Sciences Academic Press (China). Report on China's Economic Development and Institutional Reform, 1.

Wang, Q. et Wang, Z., (2008). Etude sur le mode de financement du NRCS. *Rural Economy*. N° 2, pp. 74-76.

Wang, S., Qin, Q., Tang, Z., Ye, Y. et Jiang, Q., (2007). Accumulating Deposit: A Way of Individual Premium Collection in New Rural Cooperative Medical Scheme. *Chinese Health Economics*. Vol. 26, n° 1, pp. 38-40.

Wang, S., Li, Y. et Liu, Y., (2012). Research of Essential Drug in Distribution of Jiangxi Grass Roots. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 2, pp. 54-55.

Wu, C., Zhou, L., Mei, Q., Cai, X. et Lu, Z., (2005). Study on the Reason of Irrational Using Medical Insurance Expenditure and Control Measure. *Chinese Health Economics*. Vol. 24, n° 5, pp. 35-37.

Wu, N., (2012). « Twin Envelopes » Bidding System in Procurement of Essential Drugs. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 1, pp. 32-33.

Wu, S. et Tan, Y., (2009). Research on the Optimization of the Outpatient Reimbursement Models in New Rural CMS in Poor Areas.

Xia, Y., Jing, X. et Wang, H., (2010). The thought in the design of the compensation after increasing the financing of New Rural Cooperative Medical Scheme. *Chinese Journal of Health Policy*. Vol. 3, n° 6, pp. 44-48.

Xie, H. et Cheng, X., (2010). Analysis of implementation and influencing factors of hospitalization reimbursement rate on New Rural Cooperative Medical Scheme. *Chinese Journal of Health Policy*. Vol. 3, n° 6, pp. 49-53.

Yang, H., Sun, Q., Zuo, G., Li, K. et Meng, Q., (2012). Changes of Drugs' Usage and Structure of Township Hospitals under Essential Medicine System: Cases in Three Counties of Shandong Province. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 4, pp. 59-61.

Yan, S., Gao, J., Wang, Y., Li, Q., Tan, L. et Zhang, Q., (2012). Study on Compensation Mechanism of Public Medical Organizations in Xi'an under New Medical Reform. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 5, pp. 23-26.

Yao, Z. et Zhang, L., (2013). Impact of the New Rural Cooperative Medical System on Farmers' Health Seeking Behavior: A Comparative Analysis on Three Cities of South Jiangsu. *Journal of Nanjing Agricultural University*. Vol. 13, n° 1.

Yip, W., Hsiao, W.-C., Chen, W., Hu, S., Ma, J. et Maynard, A., (2012). Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms. *The Lancet Chinese Edition*. Vol. 6, n° 3, pp. 180-189.

Yuan, Q. et Tang, S., (2012). Comparative analysis of compensation model of essential drug system and its compensation mechanism research. *China Medical HERALD*. Vol. 9, n° 30, pp. 147-151.

Yu, D., Ma, Y., Zhang, S., Jiang, C., Yu, R. et Pan, G., (2012). Analysis of the Supplement Non-essential Drug List of 26 Provinces. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 1, pp. 34-36.

Yu, H., (2010). Le Rôle de l'Assurance Maladie Sociale et de la Complémentaire Santé d'entreprise. *Modern Economic Information*. N° 5.

Zeng, J., (2012). Au début de l'année 2012, 80% de provinces ont supprimé le service médical gratuit. *LILUNDAOBAO*.

Zhao, B. et Sun, F., (2014). Différents modes de paiement des prestataires de santé dans différents systèmes de la sécurité sociale : Expériences des 31 pays. *Social Security Studies*. N° 1, pp. 111-131.

Zhao, M., (2003). Régulation de la dépense de l'assurance maladie sociale et éviter les problèmes liés à l'Aléa Moral. *Finance & Trade Economics*. N° 2, pp. 54-57.

Zhao, W., (2009). An Analysis of the Effects of Different Compensation Models of the New Rural Cooperative Medical System. *Chinese Health Economics*. Vol. 28, n° 2, pp. 43-45.

Zhao, Y., Li, X., Zhang, Y., He, Z., Song, Y., Zhang, W. et Cao, Z., (2010). Status and Effect of Two Way Referral System in China: A systematic review. *Chinese General Practice*. Vol. 13, n° 11A, pp. 3500-3503.

Zheng, D., (2013). Influence of Medicare Payment Method Reform on Hospital Financial Management. *Medicine and Society*. Vol. 26, n° 2, pp. 55-58.

Zheng, X., Liu, Y. et Wang, S., (2012). Achievement, Problems and Countermeasures of Essential Medicine System Implementation in Jiangxi. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 11, pp. 57-58.

Zhou, L. et Zou, L., (2012). Discussion on Compensation Mechanism of Public Hospital after Cancelling Drug Price Addition. *China Pharmacy*. Vol. 23, n° 1, pp. 9-11.

Zuo, G., Meng, Q. et Sun, Q., (2012). Operating Mechanism and Policy Implication of Essential Medicine Policy in China. *Chinese Health Economics*. Vol. 31, n° 4, pp. 56-58.

Zuo, Y., Hu, S., Liu, B. et Jiang, Q., (2006). Comparaison entre le Compte d'Epargne Médical et la Mise en Commun des Ressources en tant que mode de remboursement du NRCS. *Chinese Health Economics*. Vol. 25, n° 12, pp. 19-21.

Zuo, Y., Hu, S., Liu, B. et Jiang, Q., (2008). L'impact de mode de remboursement sur l'utilisation et le management des services sanitaires. *Health Economics Research*. N° 2, pp. 18-20.

Annexes

Tableau A.1 Variation en pourcentage du TMI entre 1981 et 1990

	TMI pour 1 000 naissances vivantes			Variation %	
	1981	1990	2000	1990/1981	2000/1990
Beijing	16.1	8.8	3.8	-45%	-57%
Tianjin	20.1	10.7	4.44	-47%	-59%
Hebei	21.5	9.2	18.19	-57%	98%
Shanxi	31.1	19.2	19.37	-38%	1%
Neimenggu	41.1	29	32.06	-29%	11%
Liaoning	22.2	18.7	11.16	-16%	-40%
Jilin	19.9	24.4	17.98	23%	-26%
Heilongjiang	34.6	18.4	10.96	-47%	-40%
Shanghai	19.7	12.4	4.4	-37%	-65%
Jiangsu	32.9	15	14.53	-54%	-3%
Zhejiang	35.5	17.1	11.93	-52%	-30%
Anhui	30.4	26.1	33.47	-14%	28%
Fujian	22.6	23	21.77	2%	-5%
Jiangxi	46.1	43	52.46	-7%	22%
Shandong	21.2	12.9	15.11	-39%	17%
Henan	20.6	18.5	23.18	-10%	25%
Hubei	39.4	25.1	19.58	-36%	-22%
Hunan	50.5	38.1	28.48	-25%	-25%
Guangdong	19.4	15.9	17.16	-18%	8%
Guangxi	32.0	44	31.1	38%	-29%
Hainan		29.2	23.85		-18%
Chongqing	57.2	38.4	21.75	-33%	-43%
Sichuan	57.2	38.4	21.75	-33%	-43%
Guizhou	69.3	52.4	66.05	-24%	26%
Yunnan	80.0	65.8	70.32	-18%	7%
Xizang		96.2	43.01		-55%
Shaanxi	47.3	22	33.04	-53%	50%
Gansu	38.7	31.5	52.98	-19%	68%
Qinghai	88.4	66.3	50.55	-25%	-24%
Ningxia	58.9	37.3	27.33	-37%	-27%
Xinjiang	115.0	58.5	40.1	-49%	-31%
Min	16.1	8.8	3.8	-45%	-57%
Max	115.0	96.2	70.3	-16%	-27%
Moyenne	41.0	31.1	27.2	-24%	-13%
Médiane	34.6	25.1	21.8	-27%	-13%
Ecart-type	23.7	20.0	17.2	-16%	-14%

Sources : « National Population and Reproductive Health Science Data Center »

Tableau A.2 Nombre de visites prénatales par femme enceinte

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Anqiu</i>	Guangong	0.54	0.57	0.58	0.68	0.76	0.17	0.69
	Jingzhi	0.96	0.94	0.98	0.96	0.97	0.98	0.98
	Jinzhongzi	4.87	4.85	4.77	4.57	4.94	4.99	4.99
	Linwu	1.36	1.98	2.01	2.41	1.12	2.37	2.86
	Wushan	0.97	0.96	0.97	0.96	0.98	1.00	1.00
	Xinanjiedao	5.19	4.99	4.75	4.42	4.93	4.87	4.89
	Zheshan	5.00	5.00	5.00	4.95	4.97	5.00	5.00
<i>Changle</i>	Qiaoguan	5.49	5.35	5.87	5.30	5.40	6.46	5.80
	Wutujiedao	5.04	5.03	5.03	5.05	5.02	5.05	5.06
<i>Changyi</i>	Liutong	0.98	0.99	1.00	0.98	0.98	0.98	1.00
	Xiadian	0.99	0.99	1.00	0.99	1.00	1.00	1.00
<i>Gaomi</i>	Chaigou	0.80	0.80	0.80	0.96	0.95	0.95	0.98
	Damujia	1.00	1.00	0.99	1.00	1.00	0.82	0.82
	Jinggou	1.25	1.13	0.81	0.85	1.17	1.13	2.02
	Kanjia	4.90	5.33	5.74	5.66	5.81	5.95	6.98
<i>Linqu</i>	Chengguanjiedao	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	Dongchengjiedao	2.93	2.94	2.94	2.97	2.96	2.96	0.98
	Liushan	3.00	3.21	4.00	2.96	3.00	4.00	2.54
	Xinzhai	3.00	3.49	3.63	3.91	3.56	3.35	3.89
<i>Qingzhou</i>	Dongxia	4.84	4.84	4.96	4.92	5.01	4.83	4.86
	Gaoliu	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	Heguan	0.98	0.99	0.98	0.98	0.99	0.98	0.99
	Shaozhuang	5.00	4.95	3.95	4.04	3.99	5.02	4.94
	Tanfang	5.02	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.99
	Wangfen	5.00	4.96	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
<i>Shouguang</i>	Daotian	0.99	0.98	0.99	1.00	0.99	0.98	0.93
	Houzheng	0.99	0.98	0.99	1.00	0.99	0.98	0.93
	Tianliu	2.60	2.87	3.13	2.83	2.95	3.80	4.92
<i>Zhucheng</i>	Baichihe	0.99	0.99	0.99	0.98	0.99	0.99	0.97
	Mazhuang	0.96	0.97	0.98	0.98	0.98	0.96	0.98
	Average	2.59	2.64	2.66	2.61	2.61	2.75	2.77
	Median	1.31	1.55	1.50	1.71	1.14	1.75	1.51
	Min	0.54	0.57	0.58	0.68	0.76	0.17	0.69
	Max	5.49	5.35	5.87	5.66	5.81	6.46	6.98
	SD	1.88	1.87	1.91	1.83	1.88	2.01	2.05
	SD/Average	0.73	0.71	0.72	0.70	0.72	0.73	0.74

Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

Tableau A.3 Evolution du revenu des médicaments et de la subvention totale dans les HC entre 2006 et 2012

Année	Anhui	Revenu des médicaments							Subvention totale						
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Guangong		52	96	117	133	128	75	63	0	2	5	15	40	144	160
Jingzhi		198	484	833	984	491	492	664	4	21	15	74	173	625	570
Jinzhongzi		62	84	109	134	148	82	110	0	14	12	36	75	225	223
Linwu		135	161	40	234	221	136	182	0	8	6	24	70	227	233
Wushan		104	125	175	268	250	175	207	1	6	4	22	87	205	217
Xinanjietao		46	78	72	192	264	80	91	2	12	14	23	52	194	188
Zhesan		46	67	76	91	111	64	93	4	5	15	39	82	210	216
Qiaoguan	Changle	280	341	359	365	401	305	484	29	42	67	176	226	247	684
Wutujiedao		69	117	147	227	225	204	207	72	41	47	36	96	143	182
Lutong	Changyi	114	173	218	369	295	321	357	22	22	21	24	150	227	168
Xadian		95	121	150	193	115	115	104	11	12	9	11	70	113	100
Chaigou	Gaomi	192	202	268	423	578	500	495	27	49	162	163	168	405	614
Danujia		89	114	159	318	334	339	312	11	22	79	92	88	211	327
Jingou		88	146	322	371	285	232	330	12	31	130	118	115	244	468
Kanfa		181	248	395	524	603	508	638	26	39	178	165	177	468	670
Chengguanjietao	Linqu	202	192	144	81	74	178	251	49	15	5	20	87	294	239
Dongchenjietao		88	140	210	243	326	366	377	10	10	9	56	69	168	227
Liuhan		61	72	88	134	168	279	276	21	18	38	15	26	60	122
Xinzhai		191	293	429	816	1037	575	456	69	17	19	91	42	306	448
Dongxia	Qingzhou	110	120	168	195	243	80	79	0	3	12	87	51	308	302
Gaoliu		111	199	375	447	492	188	150	16	2	7	90	242	229	595
Heguan		50	79	187	232	287	113	76	0	12	44	13	130	422	850
Shaozhuang		71	87	142	139	158	81	80	0	5	8	174	74	352	613
Tanfang		51	86	266	399	439	173	161	0	2	42	195	388	575	661
Wangfen		32	64	115	119	108	62	146	0	4	0	11	32	226	536
Daofan	Shouguang	201	456	746	896	687	511	434	6	25	23	36	359	710	916
Houzhen		445	532	701	760	680	522	480	70	60	110	60	370	1098	1028
Tianlu		147	171	232	327	229	150	149	22	33	24	128	247	404	592
Baichhe	Zhucheng	232	317	456	684	243	31	91	30	27	28	16	115	147	234
Mazhuang		157	227	346	604	277	116	96	21	19	26	30	81	124	146
Total		3897	5591	8044	10899	9897	7055	7699	533	574	1157	2040	3981	9309	12531
Subventions totales / Revenus des médicaments		0,14	0,10	0,14	0,19	0,40	1,32	1,64							

Source : Rapport de l'étude de cas à Weifang, Audibert et al., 2015

Tableau A.4 Liste de questions pour l'entretien avec les directeurs des HC

1	Depuis combien de temps êtes-vous directeur de cet hôpital ?
2	Quelle était votre précédente fonction ?
3	Quels sont les principaux objectifs que votre hôpital s'est fixé dans le cadre de cette réforme ? Avez-vous fixé des objectifs quantifiés et dans une perspective pluri-annuelle ?
4	Par rapport à ces objectifs, quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez ?
5	Que faites-vous pour les résoudre ?
6	a. Avec la réforme pharmaceutique, il n'est désormais plus possible de faire des bénéfices avec la vente de médicaments. Comment cela impact-il vos revenus ? b. Comment assurez-vous désormais l'équilibre de vos comptes ? Que se passe-t-il s'il y a déficit ? Y a-t-il des mécanismes de compensations via des subventions ? Quand celles-ci sont-elles versées ? Ou bien avez-vous la possibilité d'emprunter ?
7	Avez-vous constaté des ruptures de stocks pour certains médicaments ? a. Si oui, pour des médicaments fréquemment utilisés ? Pour d'autres ? b. Sont-elles fréquentes ? Durables ? c. Comment les expliquez-vous ? d. Comment les évitez-vous ?
8	Si vous avez besoin d'un médicament non-essentiel pour soigner un patient, que faites-vous ? Y a-t-il des médicaments dont vous auriez besoin qui ne sont pas sur la liste ?
9	Comment se font les décisions d'embauche de salariés hors-quota, et d'attribution des bonus ? Qui verse les salaires fixes et les bonus, pour les employés dans, et hors quota ?
10	Les patients formulent-ils des remarques/critiques qui sont directement liées à la réforme ? Avez-vous des problèmes, des difficultés, au niveau de l'accueil des malades ?