



Thaïlande

Superficie	513 115 km ²
Population ⁱ	67 312 624
Répartition par âge	
• 0-14 ans	22,0 %
• 15-64 ans	70,6 %
• 65 ans et plus	7,4 %
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) pour les deux sexes ⁱⁱ	13
Espérance de vie à la naissance (années) pour les femmes	72,1
Espérance de vie à la naissance (années) pour les hommes	65,8
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ⁱⁱⁱ	110
PIB par habitant	
• En dollars E.-U. ¹ courants ^{iv}	4 043
• PPA (en dollars courants internationaux) ^v	8 086
• Monnaie locale constante	64 722
Dépenses totales consacrées à la santé (en millions de bahts)	363 770,8
Dépenses privées consacrées à la santé en pourcentage des dépenses totales consacrées à la santé	25 %
Taux de chômage ^{vi}	0,7 %
Population active ^{vii}	38,7 millions
Pourcentage de la population active dans l'économie informelle ^{viii}	62,3 %
Rang pour l'indice de développement humain (IDH) ^{ix}	87
Indicateurs de pauvreté de l'IDH – rang pour l'indice de pauvreté humaine	41
Taux d'alphabétisation de la population adulte (15 ans et plus)	94 %

¹ Sauf indication contraire, le dollar s'entend du dollar des Etats-Unis.

Le Régime de couverture universelle

17

Thaworn Sakunphanit
Worawet Suwanrada

Thaïlande

Résumé

Groupe cible: Tous les citoyens thaïlandais non couverts par d'autres régimes publics.
Population cible: 47 millions (80 % de la population totale).
Prestations: Ensemble de prestations (en nature) incluant:

- les services de prévention couvrant les vaccinations, les examens médicaux annuels, les consultations prénuptiales, les soins néonataux, les services de planification familiale ainsi que d'autres soins préventifs et services de promotion de la santé;
- les soins ambulatoires et les soins hospitaliers (comprenant des traitements aux coûts élevés tels que les traitements contre le cancer, la chirurgie à cœur ouvert, les médicaments antirétroviraux et les transplantations rénales);
- seules sont exclues certaines conditions: infertilité et chirurgie cosmétique.

Fonctionnement:

- Une banque de données en ligne nationale et centralisée contenant les adhésions relie les prestataires de soins aux régimes publics d'assurance maladie. Les bénéficiaires doivent s'inscrire auprès d'un centre de soins primaires partenaire situé à proximité de leur domicile (dans un rayon de 30 minutes de trajet). Les centres de soins primaires supervisent l'accès aux soins. Les traitements en dehors de ce périmètre sont limités aux accidents et aux soins d'urgence. Pour les cas complexes, il existe un système de référencement vers les hôpitaux ou les institutions spécialisées.
- Les prestations sont fournies gratuitement.
- Les hôpitaux font parvenir des demandes de remboursement/paiement électroniques au Régime de couverture universelle pour leurs services d'hospitalisation.

Total des dépenses (année fiscale 2008):	Prix nominal (en millions de dollars constants de 2005 PPA)		
	Dépenses		% du PIB
	Dépenses en prestations	5 522,2	0,97
	Dépenses administratives	50,6	0,01
	Total	5 572,8	0,98

Source de financement: Recettes fiscales générales

Impact:

- En 2008, le basculement sous le seuil de pauvreté de 88 000 ménages a été empêché.
- Le taux de patients diabétiques bénéficiant d'un suivi médical est passé de 12,2 pour cent (2003-2004) à 30,6 pour cent (2008-2009).
- Le taux de patients atteints d'hypertension bénéficiant d'un suivi médical est passé de 8,6 pour cent (2003-2004) à 20,9 pour cent (2008-2009).

A propos des auteurs

Thaworn Sakunphanit, directeur adjoint, Health Insurance Research Office.

Worawet Suwanrada, professeur agrégé, faculté d'économie, Université Chulalongkorn.

Contexte socio-économique

La Thaïlande se situe en Asie du Sud-Est. Sa langue nationale officielle, qui est parlée et écrite par la presque totalité de la population, est le thaï. Les religions pratiquées par la population thaïlandaise sont à 94,6 pour cent le Bouddhisme et à 4,6 pour cent l'islam; le reste se divisant entre le Christianisme, l'Hindouisme et d'autres religions.

Changement démographique

La Thaïlande fait face à un vieillissement rapide de sa population. Son «dividende démographique», synonyme de ratio de dépendance faible, va bientôt s'estomper. Son taux de fécondité totale est maintenant bien inférieur au seuil de renouvellement des générations. Son rapport de dépendance global, en baisse jusqu'à 2010 (tableau 1), va augmenter du fait de l'accroissement proportionnel de la population âgée. La population composée des personnes âgées de 60 ans et plus va croître de plus de sept pour cent en 2010. Aux alentours de 2005, la Thaïlande est devenue une «société vieillissante». Ainsi, à l'horizon 2030, la proportion de personnes âgées dans la population thaïlandaise devrait atteindre les 15 pour cent. Une étude sur les changements démographiques datant de 2005 et une analyse réalisée par le Bureau de l'administration des inscriptions (Bureau of Registration Administration) du ministère de l'Intérieur thaïlandais concluent sur une même tendance: une baisse de la fertilité totale, à l'encontre des estimations précédentes.

Tableau 1 | Projection démographique (en millions)

Age	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
0-14 ans	16,2	15,2	13,4	12,3	11,7	11,4	10,8	10,0	9,3	8,7
15-59 ans	43,8	46,0	47,8	48,4	47,7	46,1	44,3	42,4	40,3	38,2
60 ans et plus	6,0	7,1	8,7	10,8	13,3	15,8	18,1	20,1	21,5	22,3
Total	66,0	68,3	69,9	71,5	72,7	73,3	73,2	72,5	71,1	69,2

Source: *World Population Prospects*, Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, 2000.

La taille moyenne de la famille va continuer à décliner: celle-ci est passée de 5 personnes par ménage à 3,9 en 2000, puis devrait atteindre 3,4 en 2010 et 3,1 en 2020. En outre, les données provenant de la Division de coopération sur le développement urbain du service de planification national thaïlandais (National Economic and Social Development Board - NESDB) témoignent d'une migration accrue des zones rurales vers les zones urbaines, ce qui aura pour conséquence une diminution de la population rurale. Celle-ci était de 65,28 pour cent en 2000, elle devrait être de 60,01 pour cent en 2010.

Performance économique

Depuis 1961, la base de l'économie thaïlandaise a connu une rapide mutation. Auparavant agricole, celle-ci est maintenant basée sur les services et les industries manufacturières. Lorsque la Thaïlande a lancé son premier Plan quinquennal de développement économique et social national (National Economic and Social Development Plan, 1961-1966), l'économie thaïlandaise reposait principalement sur le secteur agricole. Cependant, entre 1960 et 2002, la part de l'agriculture est passée de 40 pour cent à 10 pour cent du produit intérieur brut (PIB), alors que la part des industries manufacturières passait de 13 pour cent à 20 pour cent du PIB. La croissance économique a été impressionnante durant ces trois décennies, mais la crise économique de 1996-1997 a été à l'origine de plusieurs années de croissance négative. La Thaïlande a dû adopter un plan de réformes structurelles afin d'obtenir un prêt du Fonds monétaire international (FMI) de 17,2 milliards de dollars. En 1997, l'économie thaïlandaise a connu une croissance négative de 1,4 pour cent et a eu à faire face à un déclin encore plus important en 1998, le taux de croissance atteignant alors les -10,5 pour cent. La croissance économique, qui en Thaïlande dépend des exportations, a repris en 1999. Puis en 2008, la croissance du PIB est retombée à 2,5 pour cent et, en 2009, le pays a eu à affronter une nouvelle crise économique, qui s'est traduite notamment par des difficultés dans le secteur de la production de biens et de services.

L'état de la pauvreté et de la protection sociale

Dès la période de rédaction du deuxième Plan de développement économique et social national (1967-1971), des préoccupations se sont fait jour au sujet de la répartition des revenus et de la réduction de la pauvreté. La Thaïlande a principalement basé sa politique de réduction de la pauvreté sur la croissance économique. Ainsi, la croissance économique nationale a participé de la réduction drastique des niveaux de pauvreté. Entre 1999 et 2000, ceux-ci ont baissé de deux pour cent. Cependant, entre 2004 et 2006, la baisse de la pauvreté a été ralentie. Le taux de pauvreté entre ces deux années est passé de 11,6 pour cent à 9,6 pour cent. Il y a en tout 6,1 millions de personnes vivant sous le seuil national de pauvreté, fixé à 1 386 bahts, ou 87,0 dollars constants de 2005 PPA², par personne et par mois^x. Il convient toutefois de noter que le système de mesure de la pauvreté thaïlandais se base sur le seuil de pauvreté absolue, dont la précision ne permet pas de mesurer l'exclusion sociale (répartition des revenus).

Le développement économique thaïlandais a entraîné un accroissement des disparités de revenus entre les riches et les pauvres, au lieu de les résorber. Depuis le premier Plan de développement économique et social national de 1962, le coefficient de Gini évaluant la répartition des revenus est passé de 0,41 en 1962 à 0,54 en 1992, pour ensuite se réduire légèrement lors de la crise économique de 1997 (tableau 2). La part des revenus des 20 pour cent (quintile) les plus pauvres était de 7,9 pour cent en 1962 et de 4,8 pour cent en 2004 alors que la part du quintile le plus riche était respectivement de 49,8 pour cent et 51,0 pour cent.

² PPA dans cette étude de cas fait référence aux résultats de 2005 du Programme de comparaison internationale (PCI), dirigé et coordonné par la Banque mondiale (1 dollar PPA = 15,93 bahts).

Tableau 2 | Croissance du PIB et coefficient de Gini

Année	1962	1969	1975	1981	1986	1988	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Croissance du PIB (%)	7,8	7,8	4,9	5,9	5,5	13,3	11,2	8,1	9,0	5,9	-10,5	4,8	5,3	6,3	5,1
Coefficient de Gini	0,41	0,43	0,45	0,47	0,49	0,49	0,51	0,54	0,53	0,52	0,51	0,53	0,50	0,50	

Source: Croissance du PIB tirée de National Economic and Social Development Board (NESDB); coefficient pour la période 1962-1988 tiré de Panarunothai, S. et Patamasiriwat, D., *Macronomic Indices for Measuring Equity in Health Finance and Delivery 1986-1998*, Center for Health Inequity Measuring, Faculty of Medicine, Naresuan University, 2001; coefficient de Gini pour la période 2000-2004 tiré de NESDB et National Statistical Office.

D'après une étude nationale portant sur les personnes âgées, un certain nombre d'entre elles ne possèdent pas de conditions de logement et/ou de situation financière sûres. Les personnes âgées dépendent toujours de l'aide apportée par leur famille. Selon les études de 1994 et de 2002, la proportion de personnes âgées vivant seules est passée de 3,6 pour cent à 6,3 pour cent. L'étude la plus récente qui date de 2007 montre que cette proportion a encore augmenté pour atteindre 7,7 pour cent. Certaines de ces personnes vivant seules font face à des problèmes ou des obstacles tels que des difficultés financières (15,7 pour cent). Parmi toutes les personnes âgées, 31,3 pour cent ne possédaient pas d'épargne ou d'actifs financiers, et 34,1 pour cent avaient un revenu annuel inférieur à 20 000 bahts (1 255,50 dollars constants de 2005 PPA). Cette situation a conduit le gouvernement à introduire des mesures de protection sociale destinées aux personnes âgées.

La réponse nationale

La Thaïlande a pour la première fois reconnu le déséquilibre de son développement au moment du cinquième Plan de développement économique et social national (1982-1986)³. Le gouvernement s'est davantage concentré sur la réduction de la pauvreté et a développé et mis en place diverses initiatives. Les leçons alors apprises ont conduit à une refonte des programmes, qui ont été à nouveau mis en œuvre. Après plusieurs décennies de cet apprentissage par la pratique, le gouvernement a créé des programmes de protection sociale de base, le Régime de couverture universelle (Universal Coverage Scheme - UCS) et le Régime de retraite universel de 500 bahts (500 Baht Universal Pension Scheme), tous deux réunis sous le concept de couverture universelle. Le gouvernement actuel mène une politique en faveur du développement de l'Etat-providence et a proposé l'application du plan de «Mise en place d'une société de bien-être à l'horizon B.E. 2560 (2017)» (Construction of a Welfare Society within B.E. 2560).⁴ La protection sociale a été choisie pour faire partie des thèmes du onzième Plan de développement économique et social national (2012-2016). Le vieillissement de la population est considéré comme l'une des nouvelles préoccupations de la société thaïlandaise pour les 20 prochaines années.

³ Le National Economic Development Board, devenu National Economic and Social Development Board en 1972, est l'agence nationale chargée de formuler le Plan de développement économique et social national et de le traduire en actes dans les cinq ans. Comme indiqué précédemment, la Thaïlande a lancé son premier Plan quinquennal de développement économique et social national en 1961.

⁴ Le calendrier officiel en Thaïlande est basé sur la version orientale de l'ère bouddhiste, soit 543 ans en avance sur le calendrier grégorien (occidental).

Le processus d'introduction du Régime de couverture universelle

Le système de santé actuel

Le système de santé thaïlandais est un système entrepreneurial soumis aux forces du marché. Il combine acteurs publics et acteurs privés aussi bien du côté des prestataires de santé que de celui des sociétés de financement. Néanmoins, la plupart des services de santé sont assurés par des prestataires publics. Ces structures de santé publiques reçoivent des fonds en provenance du gouvernement principalement pour le traitement des salaires et les investissements en capital, mais elles peuvent conserver leurs recettes au titre des services pour assurer leur gestion. En 2007, pas moins de 65,9 pour cent des hôpitaux et 63,3 pour cent des lits appartenaient au ministère de la Santé thaïlandais (Wibulpolprasert, 2008). A l'heure actuelle, le ministère possède 891 hôpitaux, couvrant plus de 90 % des districts, et 9 758 centres de santé couvrant tous les sous-districts (*tambon*). Le nombre d'hôpitaux privés a augmenté suite à l'expansion économique de 1992-1997. La plupart d'entre eux se situent à Bangkok et dans d'autres zones urbaines. On comptait 318 hôpitaux privés et 16 800 cliniques privées en 2007. La majorité de ces cliniques appartiennent à des médecins qui sont également fonctionnaires. Ces derniers viennent y travailler après leurs heures de bureau.

Tableau 3 | Causes et effets de la politique de santé en Thaïlande

	Politique de santé	Mise en œuvre
Avant 1961	La politique de santé sert à renforcer le pouvoir de l'Etat.	Extension des établissements de santé publics et du régime de protection destiné aux employés, comme par ex. le régime de prestations médicales de la fonction publique (CSMBS) ou le régime de sécurité sociale (SSS).
Premier plan national socio-économique	La santé fait partie intégrante de l'investissement à long terme destiné à assurer la croissance.	
Constitution de 1973	Les services de santé à destination des pauvres devraient être dispensés gratuitement.	Régime destiné aux bas revenus.
Constitution de 1977	La santé est considérée comme un droit pour tout citoyen thaïlandais et un accès égal à tous les services de santé de base devrait être assuré.	Couverture universelle pour les soins de santé.

Source: Sakunphanit, 2008

Ces services de santé sont essentiellement financés par des tiers payants. La Thaïlande est parvenue à une couverture universelle des soins de santé en 2002. Les dépenses du gouvernement dans le domaine de la santé ont crû progressivement, passant de 56 pour cent en 2000 à 75 pour cent en 2008, année pour laquelle elles totalisaient 343 milliards de

bahts, ou 21,5 milliards de dollars constants de 2005 PPA (9,83 milliards de dollars). Les dépenses ordinaires pour la santé en pourcentage du PIB sont, elles, passées de 3,2 pour cent en 2001 à 3,8 pour cent en 2008 (IHPP, 2010).

De par la loi, les citoyens thaïlandais sont affiliés à l'un des différents régimes de protection sociale que compte le pays. Le régime de prestations médicales de la fonction publique (Civil Servant Medical Benefit Scheme - CSMBS), destiné aux employés du gouvernement central, et d'autres régimes de prestations plus réduits couvrent sept pour cent de la population. Le régime de sécurité sociale (Social Security Scheme - SSS) à destination des employés du privé couvre 15 pour cent de la population. Quant aux 76 pour cent restants, ils sont couverts par le Régime de couverture universelle. Celui-ci couvre toutes les personnes, riches ou pauvres, travaillant dans l'économie informelle. Il convient de signaler que les assurances médicales privées ne jouent qu'un rôle complémentaire assez limité, du fait de leurs prix élevés et de leurs conditions de souscription strictes.

Le processus de mise en place du Régime de couverture universelle

La sensibilisation à l'échelle nationale

Au cours de son histoire, la politique de santé thaïlandaise a d'abord été, durant le XIX^e siècle, un instrument de renforcement du pouvoir de l'Etat, puis elle a été considérée comme faisant partie intégrante des investissements à long terme destinés à favoriser la croissance économique. La santé est maintenant considérée comme un droit pour tout citoyen thaïlandais. Chaque étape a conduit à un renforcement du système de protection sociale thaïlandais dans le sens d'un accès universel à la santé et d'une protection des droits de la population (tableau 3).

L'accroissement du nombre d'établissements de santé publics afin de pouvoir couvrir toutes les zones administratives a commencé à partir du premier Plan quinquennal de développement économique et social national (1961-1966). Les soins de santé étaient considérés, non seulement comme partie intégrante des investissements à long terme destinés à favoriser la croissance économique, mais également comme une stratégie ayant pour but de mettre en avant le gouvernement en période de guerre froide. Bien que dans sa majorité, la population travaillait dans le secteur agricole et vivait en zone rurale, il était difficile d'amener les établissements de santé privés à offrir leurs services dans ces régions. L'extension du nombre de centres publics pour couvrir l'ensemble de la population a donc été cruciale afin de surmonter ces barrières physiques.

Le ministère de la Santé thaïlandais a décidé de mettre en place un service de santé hiérarchisé qui se base sur les régions administratives pour répartir l'investissement dans les infrastructures de santé. Dans son troisième Plan de développement économique et social national (1972-1976), le gouvernement s'est fixé comme objectif d'arriver à «un hôpital

dans chaque district et un centre de santé⁵ dans chaque sous-district» (*tambon*). La période allant de 1992 à 2001 a été la décennie du projet de développement des centres de santé (Health Centres Development Project). En 1993, grâce à la présence de centres situés à proximité de l'ensemble de la population, tout le monde pouvait accéder à ces services à une distance inférieure à une heure de marche du domicile.

La politique du gouvernement en matière de facturation des services dans les établissements de santé publics a été mise en place en 1945. Par la suite, ces centres ont eu le droit de garder leurs recettes pour leurs besoins de gestion. Une exonération informelle destinée aux personnes pauvres avait été mise en place en même temps que la politique consistant à faire payer le patient.

Il a fallu environ 40 ans à la Thaïlande pour passer progressivement du paiement à la charge du patient à divers systèmes de prépaiement. Dans le cas de l'économie informelle, il existait deux systèmes publics de prépaiement, le régime de soins médicaux (Medical Welfare Scheme) et le régime de la carte santé (Health Card Scheme), mis en place antérieurement au Régime de couverture universelle.

Le régime des soins médicaux a d'abord été un régime destiné aux personnes à revenu modeste (Low Income Scheme) lors de sa création en 1975. La couverture assurée par ce régime a été maintenue par les différents gouvernements successifs, qui le finançaient avec les recettes publiques. Le nom du régime a été changé en régime des soins médicaux (Medical Welfare Scheme) lorsque sa couverture a été étendue pour inclure les personnes de 60 ans et plus, les enfants jusqu'à 12 ans (inclus), les handicapés, les anciens combattants ainsi que les moines.

Le régime de la carte santé a été introduit en 1983 pour favoriser le développement de soins de santé primaires au sein des communautés. Conçu au départ comme un fonds de financement communautaire, il a ensuite été étendu à l'échelle nationale, mais de nombreux problèmes ont fait leur apparition en raison du manque de compétences administratives et des risques financiers. Au bout du compte, son modèle a été modifié pour en faire une assurance maladie volontaire et l'Office de l'assurance maladie a été établi au ministère de la Santé publique, chargé de sa gestion. Les principaux groupes cibles de ce régime sont les ménages ayant un revenu supérieur au seuil de pauvreté.

On peut faire remonter la politique de couverture santé universelle à l'idée sous-tendant le régime de la carte santé (Boonyuen et Singhkaew, 1986). A la suite de la mise en place réussie du régime de sécurité sociale en 1992, les technocrates thaïlandais ont décidé d'étendre la couverture des régimes «professionnels» à l'économie formelle et informelle. Ces approches pluralistes n'allaient pas sans quelques faiblesses en termes d'efficacité, de qualité et d'équité. Des débats ont eu lieu quant à l'opportunité pour le gouvernement d'offrir les soins de santé aux pauvres ou d'offrir une protection sociale universelle afin de

⁵ Les centres de santé sont des établissements de santé fournissant essentiellement des services préventifs et de soins ambulatoires de base. Les professionnels de la santé travaillant dans ces établissements sont: des personnels de santé publique, des infirmières et d'autres personnels paramédicaux. Il n'y avait pas de médecin dans ces centres de santé.

garantir des droits fondamentaux. Le ministère de la Santé a entrepris d'examiner les diverses options possibles et a estimé le coût d'une couverture universelle.

Trois options avaient été envisagées: réformer progressivement les systèmes actuels afin de couvrir l'ensemble de la population thaïlandaise; entreprendre une importante réforme visant à créer une agence centrale chargée de gérer l'assurance maladie; coordonner les différents systèmes. Les efforts de sensibilisation à destination des hommes politiques et des organisations impliquées ont compris une série de discussions et un séjour pour études en Australie et en Nouvelle-Zélande (Office of Health Insurance, 1994). Des ateliers internationaux ont réuni experts thaïlandais et experts internationaux entre 1993 et 1996.

Le projet de loi portant sur l'assurance maladie et les services de santé standard a été rédigé en 1995-1996. Celui-ci proposait un modèle d'assurance maladie obligatoire. Il n'a cependant pas réussi à remporter les suffrages auprès des technocrates et des membres du gouvernement (Sakunphanit, 2004). Néanmoins, les mouvements sociaux ont réussi à imposer l'intégration de la politique de couverture universelle dans la Constitution de 1997 et dans le huitième Plan national de santé (National Health Plan, 1997-2001).

Les organisations non-gouvernementales (ONG) et les sociétés civiles ont joué un rôle important dans la légitimation de la couverture d'assurance maladie universelle. Un groupe formé par diverses ONG a rédigé son propre projet de loi sur l'assurance maladie nationale et a fait campagne en faveur de la couverture universelle en 2000. De même, la presse a joué un rôle notable en informant la population sur la politique de couverture universelle. Un sondage d'opinion publique a confirmé la popularité de la politique de protection sociale universelle. Les partis politiques ont inclus la couverture universelle pour les soins de santé dans leurs programmes politiques. A la suite de l'élection de début 2001, le gouvernement a entrepris la mise en œuvre du Régime de couverture universelle. Enfin, le 19 novembre 2002 a vu la promulgation de la loi sur l'assurance maladie nationale (National Health Security Act).

Mise en œuvre

Le modèle du régime

Le Régime de couverture universelle fournit une couverture pour les soins de santé à tous les citoyens thaïlandais non couverts par d'autres régimes publics de santé. Il résulte de la réforme du régime de soins médicaux et du régime de la carte santé, et sa gestion est assurée par l'Office national de l'assurance maladie (National Health Security Office - NHSO).

Le régime a été conçu afin d'être efficace. Pour cela, il utilise les centres de soins primaires pour assurer la supervision et il met en place un système d'orientation pour les cas complexes nécessitant un service hospitalier. Il met également en avant la gestion intégrée des soins de santé.

Le Régime de couverture universelle fournit un ensemble complet de prestations. Celles-ci comprennent les services curatifs, les services de promotion de la santé et de prévention

des maladies, les services de réhabilitation et les services basés sur les pratiques des écoles de médecine traditionnelles thaïlandaises et des médecines alternatives. Il met également à la disposition de tous les citoyens des services personnels de prévention et de promotion de la santé.

Le montant forfaitaire de 30 bahts (1,9 dollars constants de 2005 PPA) devant être réglé lors de chaque consultation a été aboli en 2006. L'analyse des données montre que cette abolition n'a eu aucun effet sur l'utilisation en général.

Afin d'optimiser leur efficacité, les services médicaux séparés ont été réunis en un même et nouveau modèle intégré de soins polyvalents. Le Régime de couverture universelle a mis en place un nouvel examen de santé périodique pour servir d'outil de classification des risques. Le but de ces examens est de prévenir la survenue de maladies ou d'avertir de leur présence. De nombreuses maladies chroniques sont traitées grâce à une approche de gestion active.

Les centres de santé doivent adhérer au Régime de couverture universelle. Les centres de soins primaires sont les premiers points de contact à destination des bénéficiaires. En effet, ceux-ci ne sont pas autorisés à se rendre dans des centres de soins secondaire ou tertiaire s'ils n'y ont pas été dirigés par un centre de soins primaires, sauf en cas d'accidents graves et d'urgences médicales.

Bien que la technologie de l'information sur la santé soit dispersée, il existe à présent deux applications à l'échelle nationale que peuvent se partager les prestataires de soins et les régimes de protection sociale. Le système national d'adhésion des bénéficiaires se base sur un numéro d'identification national personnel. Une banque de données des adhésions centralisée est en développement depuis 2002. Elle couvre l'ensemble de la population thaïlandaise et comprend les informations en provenance du régime de prestations médicales de la fonction publique, du régime de sécurité sociale et du Régime de couverture universelle. Sa mise à jour est effectuée deux fois par mois.

Le coût de la couverture universelle

Le Régime de couverture universelle a prévu un modèle actuariel afin d'estimer le budget annuel. Cette estimation est utilisée dans les négociations avec le Bureau du budget qui ont lieu tous les ans.

La marge de manœuvre budgétaire est estimée à partir d'une projection financière à long terme. Le premier modèle a été conçu en 2004 par des experts de l'Organisation internationale du Travail (OIT) et leurs homologues thaïlandais. A l'heure actuelle, les modèles pour le régime de prestations de la fonction publique, le régime de sécurité sociale et le Régime de couverture universelle ont été mis au point par des experts de l'OIT et leurs homologues thaïlandais sur la base des modèles de budgétisation sociale de l'OIT. Des projections préliminaires indiquent que la Thaïlande devra dépenser aux alentours de 4,5 pour cent de son PIB pour la santé en 2020.

Le Régime de couverture universelle utilise différents mécanismes de paiement pour contrôler le fonctionnement des hôpitaux.

Le régime de sécurité sociale, sous la supervision de l'OIT et des experts thaïlandais, a introduit une méthodologie de paiement par capitation⁶ depuis 1992. Une part réduite du budget est néanmoins conservée afin de régler les coûts élevés des prothèses et des appareils médicaux payants.

Entre 1998 et 2001, le ministère de la Santé a modifié la méthodologie de capitation de six provinces dans le cadre d'un projet d'investissement social. Le modèle utilisait un paiement forfaitaire par tête, ou capitation, uniquement pour les soins ambulatoires et un forfait par regroupement d'actes pour les soins hospitaliers. Cette initiative pourrait résoudre le problème posé par les coûts élevés des soins hospitaliers. Ces six provinces avaient été choisies pour former le premier groupe de provinces bénéficiant du Régime de couverture universelle en 2001, préalablement à son extension à l'échelle nationale.

A l'heure actuelle, le Régime de couverture universelle comprend différents mécanismes de paiement en fonction des différents types de services afin d'amener les prestataires de soins à limiter leurs coûts. La capitation est utilisée pour la plupart des services de prévention et pour les soins ambulatoires. Les services de soins hospitaliers sont remboursés selon le forfait par regroupement d'actes. Cependant, l'approche adoptée par le Régime de couverture universelle diverge du système de paiement GHM «original» consistant à calculer le budget pour les soins hospitaliers. Ainsi, le poids relatif total du GHM est utilisé pour allouer les sommes versées aux hôpitaux. Une part réduite du budget est destinée au paiement de services ou d'équipements spécifiques (comme les valvules prothétiques) selon la méthode du paiement à l'acte.

Les établissements de santé sous contrat doivent transmettre leurs données cliniques et financières à l'Office national de l'assurance maladie (NHSO), l'organisme chargé de la gestion du Régime de couverture universelle. Chaque année, des représentants des établissements de santé et le NHSO négocient le taux de capitation et les autres mécanismes de paiement.

Le programme volontaire d'amélioration de la qualité (Voluntary Quality Improvement Programme) est mis en œuvre en parallèle au mécanisme de limitation des coûts. L'Institut d'accréditation pour les soins de santé (Healthcare Accreditation Institute), organisme public, fournit des accréditations hospitalières volontaires aux prestataires publics et privés. Cette accréditation a les faveurs des hôpitaux car celle-ci permet d'améliorer leur réputation auprès du public. Le Régime de couverture universelle prévoit également des subventions destinées à cet institut pour ses services d'accréditation d'établissements.

Tous les ans, un évaluateur externe analyse les résultats du Régime de couverture universelle. De par son statut de société de financement, le régime est soumis à une surveillance financière stricte par le Bureau du vérificateur général de Thaïlande (Office of the Auditor General). Enfin, les rapports sur les résultats ainsi que les états financiers vérifiés sont adressés au cabinet et au Parlement puis publiés dans le Journal officiel (*Royal Gazette*).

⁶ Capitation: méthode de paiement dans laquelle le médecin se voit verser un forfait déterminé par par personne couverte et par mois pour effectuer des prestations médicales à un groupe de personnes spécifique.

Analyse d'impact⁷

Les améliorations dans l'accès aux soins de santé

Suite à la mise en place du régime universel de sécurité sociale, la proportion de personnes assurées ayant accès aux centres de santé est passée de 65 pour cent en 1996 à 71 pour cent et 71,6 pour cent en 2003 et 2004, respectivement. Des analyses supplémentaires indiquaient une légère augmentation du taux de soins ambulatoires (tableau 4). Les taux d'utilisation des deux périodes devraient cependant être analysés séparément en raison des différences de méthodologie dans les enquêtes de 2003-2004 et de 2006-2007.

Tableau 4 | Utilisation des services de santé, par nombre de visites par usager, 2003-2007

	2003	2004	2005	2006	2007
Utilisation des services ambulatoires (visite/usager)					
Régime de prestations médicales de la fonction publique	3,48	3,41	3,50	3,12	4,02
Régime de sécurité sociale	1,92	1,96	1,53	1,29	1,87
Régime de couverture universelle	3,48	3,66	3,50	2,34	3,40
Utilisation des services hospitaliers (visite/usager)					
Régime de prestations médicales de la fonction publique	0,10	0,14	0,13	0,09	0,11
Régime de sécurité sociale	0,06	0,07	0,05	0,07	0,07
Régime de couverture universelle	0,09	0,09	0,08	0,09	0,09

Source: National Statistical Office, Health and Welfare Survey 2003-2007.

Lors du lancement du Régime de couverture universelle en 2001, ses bénéficiaires ne pouvaient pas recevoir de médicaments antirétroviraux dans le cadre d'un traitement contre le sida ou d'une transplantation rénale. C'est en 2006 qu'a été ajoutée à la liste des prestations du régime la trithérapie antirétrovirale, en tant que traitement standard à destination des personnes atteintes du VIH et du sida. En outre, depuis 2007, les bénéficiaires du régime ont accès à l'hémodialyse chronique, à la dialyse péritonéale ambulatoire continue ainsi qu'à la transplantation rénale.

Les améliorations dans la qualité des soins

Le Régime de couverture universelle défend le «véritable» concept du système de soins de santé primaires, selon lequel ce sont les personnes elles-mêmes qui doivent devenir les principaux acteurs de leur santé et s'engager activement à son amélioration, avec l'aide

⁷ Une discussion plus complète à propos de l'impact du Régime de couverture universelle sur la constitution d'un socle de protection sociale peut être trouvée dans l'étude de cas 18 dans la partie «Les impacts conjoints du Régime de couverture universelle et du Régime de retraite universel de 500 bahts sur la mise en place d'un socle de protection sociale».

étroite des personnels de santé. Des comités communautaires ont été mis en place et sont financés par le régime et les gouvernements locaux. Ces fonds sont utilisés dans la prévention des maladies, la promotion de la santé et la gestion d'autres déterminants sociaux de la santé en fonction des problèmes sanitaires propres à chaque communauté. Un examen de santé annuel est inclus dans la liste de prestations fournies par le Régime de couverture universelle afin de suivre les risques sanitaires et de pouvoir intervenir. Ces activités sont effectuées par le personnel de santé et par des volontaires au sein de chaque communauté. La participation des individus et des communautés est actuellement encouragée afin de compléter l'approche précédente imposée d'en haut.

L'analyse des résultats de l'enquête nationale consacrée à la santé (National Health Examination Survey) (Aekplakorn, 2010) révèle que suite à l'introduction de la politique de couverture universelle en 2002, le pourcentage de patients atteints d'hypertension et de diabète bénéficiant d'un suivi médical a plus que doublé entre 2003 et 2008 (tableau 5). Ces deux maladies sont incluses dans le programme de suivi annuel, qui est complété par une gestion des maladies chroniques.

Tableau 5 | Améliorations chez les patients atteints d'hypertension et dans le contrôle des diabètes (en pourcentage)

	2003-2004	2008-2009
Hypertension chez les personnes de 15 ans et plus		
Taux de prévalence de l'hypertension (tension artérielle systolique \geq 140 ou pression artérielle diastolique \geq 90 mm)	22,1	21,4
Non diagnostiqué	71,4	50,3
Diagnostiqué mais non traité	4,9	8,7
Traité mais non suivi	15,0	20,1
Traité et suivi	8,6	20,9
Diabète chez les personnes de 15 ans et plus		
Taux de prévalence des diabètes (glycémie à jeun $>$ 126mg/dl)	6,9	6,9
Non diagnostiqué	56,6	31,2
Diagnostiqué mais non traité	1,8	3,3
Traité mais non suivi	29,4	34,9
Traité et suivi	12,2	30,6

Source: National Health Examination Survey 2003-2004 et 2008-2009.

Les défis futurs⁸

L'extension de la couverture à toutes les personnes résidant en Thaïlande

Les minorités vivant dans les zones frontalières de la Thaïlande et dont la nationalité n'est pas connue ont été exclues de la couverture universelle de sécurité sociale, bien que le cabinet vienne d'approuver un budget destiné à leur fournir des soins médicaux. Il y a également d'autres étrangers en Thaïlande qui, eux non plus, ne sont pas encore couverts. Ce groupe est cependant plus problématique dans la mesure où il comprend des immigrants illégaux.

La constitution d'un système de gouvernance à l'échelle nationale et l'alignement du système pluraliste

La Thaïlande doit mettre en place un organisme de gouvernance chargé de définir l'orientation politique du système de santé. Il est également nécessaire d'harmoniser le financement du système. Un système avec payeur unique n'est pas possible. De nombreux pays disposant d'une couverture de santé universelle possèdent divers régimes d'assurance qui sont harmonisés par un recouvrement des recettes fiscales unique et leur mécanisme de paiement est chapeauté par un système de gouvernance approprié.

Les inégalités dans l'accès aux soins

Il persiste une inégale répartition des établissements de santé entre les zones rurales et urbaines, et entre les régions (tableau 6), non sans conséquences sur l'accès aux soins pour les populations. La répartition du personnel de santé diverge également entre Bangkok et les régions rurales.

⁸ Une discussion plus complète sur les défis associés au Régime de couverture universelle et au Régime de retraite universel de 500 bahts ainsi que sur les leçons tirées applicables à d'autres pays est disponible dans l'étude de cas 18 dans la partie «Les défis communs du Régime de couverture universelle et du Régime de retraite universel de 500 bahts» et «Les facteurs clés pour reproduire l'expérience (coopération Sud-Sud)».

Tableau 6 | Etablissements de santé, par région

Région	Nombre de centres de santé	Hôpitaux publics		Hôpitaux privés		Total		Ratio lits - population
		Nombre	Lits	Nombre	Lits	Nombre	Lits	
Nord	2 228	216	20 314	50	3 944	206	24 258	1:498
Nord-est	3 464	318	26 752	42	2 801	360	29 553	1:740
Centre, hors Bangkok	2 556	266	47 050	105	9 066	371	39 735	1:388
Bangkok		43	47 051	89	12 711	132	29 092	1:223
Sud	1 510	177	15 327	32	2 042	209	17 369	1:498
Total	9 758	1 020	156 494	318	30 564	1 338	140 007	1:468

Source: Health Resources Survey Report, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2007.

Un personnel médical inadapté

Du fait d'une charge de travail croissante, du manque de mesures incitatives et de l'augmentation des offres dans le secteur privé, le personnel de santé, et en particulier les médecins, déserte les établissements de santé des zones rurales. Cette situation a un effet négatif sur les régimes de protection sociale, ceux-ci dépendant en grande partie des établissements de santé publics.

Bibliographie

Pour plus d'informations concernant les références, voir la bibliographie de l'étude de cas 18, «Le Régime de retraite universel de 500 bahts».

ⁱ Estimation du National Economic and Social Development Board (NESDB), 2010.

ⁱⁱ OMS, Global Health Observatory, 2008.

ⁱⁱⁱ OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale, Global Health Observatory, 2005.

^{iv} Banque mondiale, *Indicateurs de développement dans le monde 2008* et *Financement du développement dans le monde 2008*.

^v *Ibid.*

^{vi} Labour Force Survey, National Statistical Office, 2010.

^{vii} Informal Sector Labour Force Survey, National Statistical Office, 2010.

^{viii} *Ibid.*

^{ix} UNDP, *Rapport sur le développement humain 2009*.

^x Banque mondiale, *Indicateurs de développement dans le monde 2008*.