



Inde

| | |
|--|---------------------------|
| Superficie | 3 287 263 km ² |
| Population ⁱ | 1 173 108 018 |
| Structure par âge | |
| • 0-14 ans (%) | 31,3 |
| • 15-64 ans (%) | 61,3 |
| • 65 ans et plus (%) | 7,4 |
| Taux de mortalité infantile (par 1 000 naissances vivantes) pour les deux sexes ⁱⁱ | 52 |
| Espérance de vie à la naissance (années) pour les femmes | 65 |
| Espérance de vie à la naissance (années) pour les hommes | 62,1 |
| Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ⁱⁱⁱ | 450 |
| PIB par habitant | |
| • En dollars E.-U. ¹ courants ^{iv} | 1 017 |
| • PPA (en dollars internationaux courants) ^v | 2 946 |
| • Monnaie locale constante | 31 663 |
| Dépenses totales par habitant consacrées à la santé (en dollars internationaux courants PPA) ^{vi} | 109 |
| Dépenses privées consacrées à la santé en pourcentage des dépenses totales consacrées à la santé | 73,8 |
| Taux de chômage (%) ^{vii} | 10,7 |
| Population active | 467 millions |
| Pourcentage de la population active dans l'économie informelle | 94% |
| Rang pour l'indice de développement humain (IDH) ^{viii} | 134 |
| Indicateurs de pauvreté de l'IDH – rang pour l'indicateur de la pauvreté humaine | 88 |
| Indicateurs de santé de l'IDH – rang pour l'indicateur d'espérance de vie à la naissance | 128 |
| Indicateurs d'éducation de l'IDH – taux d'alphabétisation des adultes et taux brut de scolarisation | 120 |

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

Rashtriya Swasthya Bima Yojana

Anil Swarup
Nishant Jain

11

Inde

Résumé

| | |
|-------------------|---|
| Groupe cible: | la population vivant en dessous du seuil de pauvreté. |
| Population cible: | 300 millions d'ici 2012. |
| Prestations: | la prise en charge des frais d'hospitalisation à hauteur de 30 000 roupies (650 dollars) par an pour une famille de cinq personnes; la prise en charge des frais de transport à hauteur de 1 000 roupies (22 dollars) par an; la prise en charge des maladies préexistantes dès le premier jour; la prise en charge d'un jour de pré-hospitalisation et de cinq jours de post-hospitalisation; aucune limite d'âge. |
| Financement : | le gouvernement central et les Etats reversent la prime à l'assureur choisi; le bénéficiaire paie 30 roupies de frais d'inscription par an. |
| Fonctionnement: | chaque bénéficiaire inscrit reçoit une carte à puce biométrique; le bénéficiaire peut se rendre dans tous les hôpitaux certifiés du pays; le bénéficiaire n'a pas à avancer d'argent pour les soins; les demandes réalisées par les hôpitaux auprès des compagnies d'assurances sont dématérialisées. |

A propos des auteurs

Anil Swarup, directeur général chargé de la protection des travailleurs, du développement et de la mise en place des programmes sociaux en faveur des travailleurs, ministère du Travail et de l'Emploi.

Nishant Jain, Agence allemande de coopération internationale (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, GIZ), Inde.

Contexte

Les décideurs sont de plus en plus conscients du fait que l'absence de structures de sécurité sociale étendues n'affecte pas uniquement les travailleurs en tant qu'individus, mais plus généralement l'économie et la société dans leur ensemble. Aussi, des initiatives claires ont-elles été prises afin de favoriser la croissance inclusive et permettre ainsi à des secteurs marginalisés de la société de bénéficier du développement. Garantir la sécurité sociale à l'ensemble des travailleurs, et notamment les travailleurs de l'économie informelle, est devenu l'une des principales préoccupations du pays.

Le taux de croissance élevé (environ 8 pour cent par an en moyenne pendant les deux dernières décennies) a permis de prendre différentes mesures de protection sociale en faveur de la population. Cela a également permis de dégager la marge de manœuvre budgétaire nécessaire à la mise en place de telles mesures. La loi de 2008 sur la sécurité sociale des travailleurs de l'économie informelle a été adoptée dans le but de créer le cadre nécessaire pour garantir la protection sociale de cette importante frange des travailleurs (430 millions). Parmi les mesures, figuraient également des dispositions relatives, entre autres, à l'assurance vie et d'invalidité, à la garantie de l'emploi et à la retraite.

En Inde, les soins de santé sont financés par divers moyens, dont les paiements à la charge des patients, les recettes fiscales du gouvernement central et des Etats, l'aide extérieure et les bénéfices des entreprises privées. Les données nationales sur la santé de 2004-2005 montrent que les différents gouvernements, aux échelles nationales, étatique et locale, ne participent qu'à hauteur d'environ 20 pour cent aux dépenses de santé en Inde. Plus de 78 pour cent des dépenses de santé proviennent de fonds non mutualisés et des patients eux-mêmes, ce qui en fait l'un des taux les plus élevés au monde. L'aide extérieure en faveur du secteur de la santé ne représente que deux pour cent du total des dépenses de santé.

Le gouvernement indien a admis l'existence d'inégalités dans les prestations de santé et dans le financement des infrastructures, et a mis en place diverses mesures destinées à les corriger. L'une de ces mesures consiste à augmenter le budget alloué à la santé. Le gouvernement prévoit d'augmenter ses dépenses en la matière pour les faire passer de 1,1 pour cent du produit intérieur brut (PIB) à 3 pour cent du PIB. Cependant, l'augmentation du budget alloué aux soins de santé n'est pas une solution en soi. Il existe en effet des limites à la capacité d'absorption du système de santé public, indépendamment de l'utilisation qui est faite des fonds.

Les raisons de la création du régime Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY)

Au cours des quatre à cinq dernières années, les différents gouvernements que compte l'Inde ont introduit divers mécanismes de financement de la demande afin de garantir la sécurité financière des secteurs les plus vulnérables de la société. Parmi ces mécanismes figurent des régimes d'assurance-maladie tels que le régime d'assurance-maladie universelle (UHS), lancé par le ministère des Finances en 2003, et les régimes d'assurance-maladie étatiques, lancés par les Etats du Pendjab, du Kerala et de l'Assam. Cependant, la plupart de ces régimes, dont le financement est assuré par le gouvernement central ou les Etats, ont eu à faire face à des problèmes en raison de la mauvaise conception des politiques, du flou concernant les responsabilités au niveau étatique, de l'absence d'efforts soutenus dans leur mise en œuvre, de la faiblesse du suivi et de l'évaluation, d'une définition imprécise des rôles et des responsabilités des différents acteurs et d'une méconnaissance des programmes chez les bénéficiaires. Il existe cependant des exceptions, à l'image du programme Arogyasri dans l'Etat de l'Andhra Pradesh.

Le gouvernement central a estimé qu'il était nécessaire de mettre en place un régime d'assurance-maladie à l'échelle nationale garantissant la sécurité financière des secteurs vulnérables de la société. En se basant pour cela sur les expériences d'autres grands régimes d'assurance-maladie existant en Inde, publics et non publics, il a décidé de créer un système d'assurance-maladie qui prendra par la suite le nom de Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY). La population vivant en dessous du seuil de pauvreté a été définie comme cible prioritaire du régime. Il était indispensable de prendre en compte les caractéristiques du groupe cible. Dans un premier temps, étant donné l'absence de ressources des bénéficiaires, il n'était pas possible de leur demander d'avancer de l'argent. Il s'agissait par conséquent de créer un système sans espèces. En outre, en raison de l'illettrisme d'un grand nombre d'entre eux, il était exclu de les submerger de documentation. Aussi le système devait-il être dématérialisé. Enfin, du fait des caractéristiques migratoires d'une partie de la population cible, le système devait être en mesure de fournir des prestations partout en Inde. Il convenait donc de mettre en place un système mobile à travers tout le pays.

Les caractéristiques du régime Rashtriya Swasthya Bima Yojana

Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY) est un régime d'assurance-maladie créé le 1^{er} avril 2008 par le ministère du Travail et de l'Emploi. Son principal objectif est de garantir la sécurité financière des bénéficiaires vivant en dessous du seuil de pauvreté en matière de frais d'hospitalisation et d'améliorer l'accès à des soins de santé de qualité. Il vise également à responsabiliser les bénéficiaires en leur laissant le choix du prestataire de soins, qu'il soit public ou privé. Le but qui a été fixé est de couvrir l'ensemble des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, soit environ 300 millions de personnes, d'ici 2012. Le nombre des familles vivant en dessous du seuil de pauvreté a été estimé au moyen d'une enquête sur les ménages ruraux menée par différents Etats.

Le régime RSBY prend en charge les frais d'hospitalisation à hauteur de 30 000 roupies (environ 650 dollars) maximum par an pour une famille de cinq personnes, sur une base sujette à variations. Les frais de transport sont également pris en charge à hauteur de 1 000 roupies (environ 22 dollars) par an, avec une limite de 100 roupies (environ 2,20 dollars) par hospitalisation. Outre ces prestations, sont également prises en charge les dépenses d'hospitalisation engagées un jour avant l'hospitalisation et jusqu'à cinq jours après la date de sortie de l'hôpital. Une autre particularité du régime est la prise en charge à partir du premier jour des maladies préexistantes, contrairement aux régimes d'assurance-maladie classiques pour lesquels celles-ci sont exclues. Il n'y a en outre aucune discrimination à l'encontre des personnes âgées, étant donné qu'il n'y a pas d'âge limite.

Le régime RSBY utilise des cartes à puce pour l'inscription des bénéficiaires. Une carte à puce biométrique est attribuée à toute famille vivant en dessous du seuil de pauvreté. Elle permet à ses membres de bénéficier personnellement des prestations du programme dans tout le pays. L'ensemble des Etats et des territoires de l'Union devraient être progressivement couverts d'ici 2012.

Un bénéficiaire du RSBY peut se rendre dans n'importe quel hôpital faisant partie du réseau de prestataires de soins. Ce réseau est en cours de création à travers l'Inde et passe par une certification se basant sur des critères prédéfinis. En juillet 2010, environ 6 000 hôpitaux (dont plus de 70 pour cent sont privés) faisaient partie du réseau. Les prestataires sont certifiés par la compagnie d'assurances désignée par l'Etat. Un prestataire de soins certifié par un des assureurs faisant partie du RSBY est automatiquement reconnu par tous les autres assureurs. Afin d'être certifiés, les hôpitaux doivent s'engager à installer le matériel et les logiciels nécessaires pour effectuer les opérations au moyen de la carte à puce des bénéficiaires. Ils doivent également mettre en place un centre d'accueil disposant d'un personnel qualifié. Une fois la certification obtenue, un numéro d'identification national unique est généré afin de permettre le suivi des opérations de chaque hôpital. Tout hôpital certifié est relié au serveur de district de la compagnie d'assurances. Cela permet de faciliter le transfert quotidien des données relatives aux hospitalisations.

Le fonctionnement du régime RSBY

Le régime RSBY implique un ensemble de processus complexes et bien définis (figure 1). Son fonctionnement est le suivant:

- Une fois qu'un Etat décide de mettre en œuvre le régime RSBY, un organe indépendant, prenant la forme d'un organisme public central, est mis en place.
- L'organisme public recueille les données concernant les populations vivant en dessous du seuil de pauvreté et les adapte au format utilisé par le régime RSBY.
- Une fois ces opérations effectuées, une compagnie d'assurances est désignée au moyen d'une procédure d'appel d'offres ouverte.
- Chaque année, l'Etat communique aux assureurs une liste au format électronique des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté pouvant bénéficier du régime. Un calendrier d'inscription pour chaque village, dans lequel apparaissent les dates prévisionnelles, est établi par la compagnie d'assurances en coordination avec les

fonctionnaires du district. Celle-ci dispose de quatre mois pour inscrire l'ensemble des familles vivant en dessous du seuil de pauvreté de chaque district.

- Les compagnies d'assurances sont tenues d'employer des intermédiaires afin d'atteindre les bénéficiaires avant même leur inscription. En outre, la liste des familles est affichée dans chaque village au bureau d'inscription, ainsi que dans d'autres lieux visibles, préalablement à la campagne d'inscription. La date et le lieu où celle-ci se tiendra sont également annoncés à l'avance.

- Des bureaux d'inscription mobiles sont installés dans des centres locaux (par exemple, les écoles publiques) dans chaque village au moins une fois par an. L'assureur équipe ces bureaux du matériel nécessaire à la collecte des informations biométriques (empreintes digitales) et des photographies des membres du ménage couvert, ainsi que d'une imprimante servant à imprimer les cartes à puce munies d'une photo. Une fois réglés les frais d'inscription de 30 roupies (0,70 dollar), les personnes inscrites se voient remettre une carte à puce ainsi qu'une brochure informative détaillant l'ensemble des prestations, des hôpitaux faisant partie du réseau, etc. Cela prend généralement moins de 10 minutes.

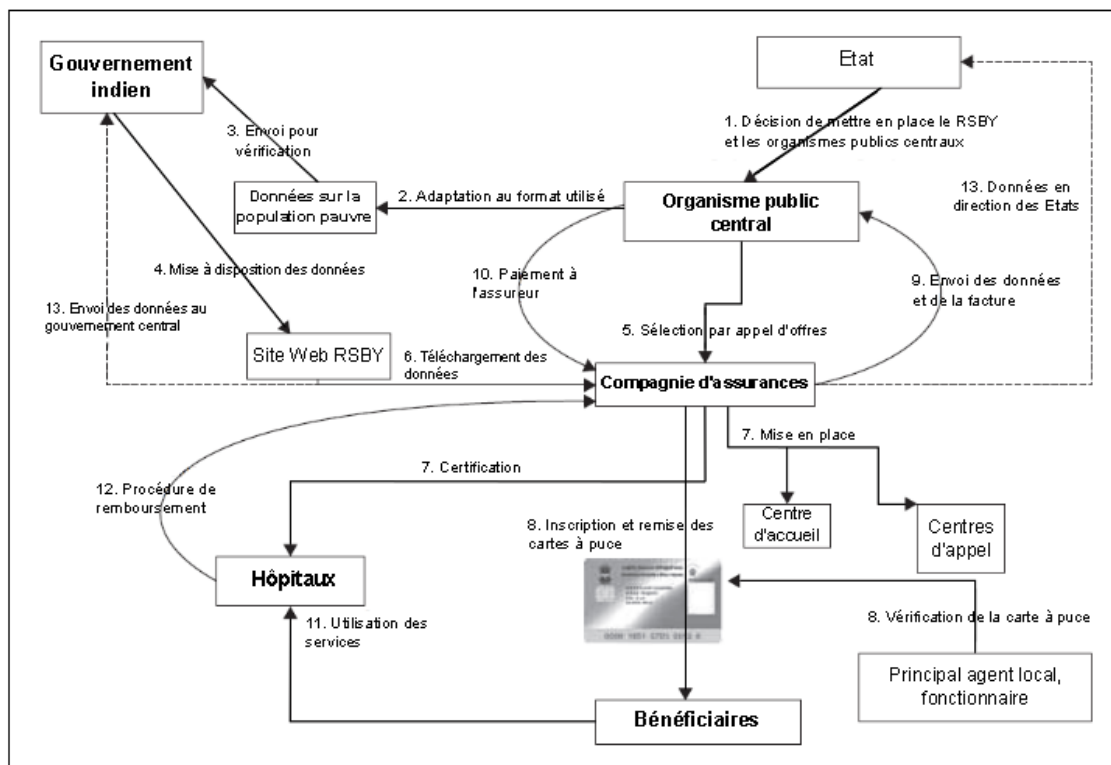
- Afin d'attester de l'inscription, un fonctionnaire du district (principal agent local) doit être présent dans le bureau et insérer sa propre carte à puce, qui lui aura été remise par le gouvernement, en plus de fournir ses empreintes digitales. Ainsi, pour toute personne inscrite, il est possible de remonter au fonctionnaire ayant effectué l'inscription. Outre le fonctionnaire, un représentant de la compagnie d'assurances ou de l'entreprise émettrice des cartes à puce est également présent lors de la campagne d'inscription.

- À la fin de la campagne d'inscription, l'assureur communique la liste des ménages inscrits à l'organisme central. La gestion de la liste est centralisée.

- Préalablement à la procédure d'inscription, la compagnie d'assurances certifie des hôpitaux, aussi bien publics que privés. Tout ménage inscrit se voit remettre une carte l'autorisant à se rendre à l'hôpital. Il s'agit d'une carte à puce sur laquelle figure un numéro d'identification unique.

- Une fois la carte à puce remise et la police d'assurances entrée en vigueur, le bénéficiaire peut se rendre dans n'importe quel hôpital certifié dans tout le pays et bénéficier des prestations.

Figure 1 | Fonctionnement du régime RSBY.



Les technologies utilisées

L'un des aspects remarquables du régime RSBY est l'usage qu'il fait des technologies. Il s'agit sans aucun doute d'un des rares programmes existant dans les pays en voie de développement mettant à profit la technologie pour l'octroi des prestations sociales.

Lors de son inscription, toute famille vivant en dessous du seuil de pauvreté se voit remettre une carte à puce, préalablement créée et imprimée sur place par l'assureur dans chaque village. Comme indiqué précédemment, elle peut être utilisée dans l'ensemble des hôpitaux certifiés du pays afin de recevoir un traitement. Outre la carte à puce, la technologie biométrique est également utilisée afin d'assurer une meilleure protection contre la fraude et un meilleur ciblage. Les empreintes digitales de l'ensemble des bénéficiaires du ménage sont recueillies lors de l'inscription dans chaque village et stockées dans la carte à puce. Elles permettent de vérifier l'identité des bénéficiaires une fois à l'hôpital.

Afin de garantir la sécurisation des procédures de délivrance des cartes à puce et de leur utilisation, un système de gestion évolué est également utilisé, contribuant à la réduction de la fraude et à l'autonomisation des différents acteurs. Suivant ce système, un fonctionnaire, appelé «principal agent local», doit être présent dans le bureau d'inscription. Il a pour tâche d'attester de l'inscription de chaque famille bénéficiaire en utilisant pour cela sa carte à puce personnelle ainsi que ses empreintes digitales. Cela permet de garantir l'émission de la carte par l'assureur au bon bénéficiaire. Des procédures similaires sont utilisées dans tous les endroits nécessitant une carte à puce.

La dématérialisation du régime RSBY a été rendue possible grâce à la technologie. Les opérations entre les hôpitaux et les assureurs, qu'il s'agisse de la gestion des prestations ou des paiements, sont effectuées en ligne. En outre, un système de gestion des données secondaire est en cours de développement et devrait permettre d'améliorer la circulation des données du régime RSBY en temps réel, à destination des Etats ou du gouvernement central, dans l'ensemble du pays.

L'objectif du programme est d'utiliser la technologie non seulement à des fins de contrôle de la fraude et de surveillance, mais également afin de trouver des solutions innovantes. Les logiciels d'inscription ont ainsi été conçus afin de garantir l'inscription automatique des épouses dans la liste des personnes assurées dans chaque famille.

Le financement du régime RSBY

Le financement du régime RSBY est public, ainsi les primes sont financées à partir des recettes fiscales générales. Ce financement provient aussi bien du gouvernement central que des Etats: les primes sont financées par le gouvernement central à hauteur de 75 pour cent (90 pour cent dans le cas des Etats du Jammu-et-Cachemire et du Nord-Est indien) et à hauteur de 25 pour cent par les Etats respectifs (10 pour cent dans le cas des Etats du Jammu-et-Cachemire et du Nord-Est indien). Le montant de la prime d'assurance est déterminé à l'échelle nationale. Les assureurs enregistrés se livrent concurrence lors d'une procédure d'appel d'offres ouverte. Le gouvernement a également décidé que les bénéficiaires devront s'acquitter d'un montant symbolique pour les frais d'inscription de 30 roupies (0,70 dollars). Cela doit permettre d'accroître le sentiment d'appropriation du régime par les bénéficiaires. Les recettes provenant des frais d'inscription sont utilisées par les Etats afin de couvrir les coûts administratifs.

Quelques données concernant le régime RSBY

Après deux années de fonctionnement, le régime RSBY s'est étendu à 23 Etats dans l'ensemble du pays, chiffre qui était de deux lors de sa création. Les principaux résultats du régime à la fin du mois de juillet 2010 sont indiqués dans le tableau 1.

Tableau 1 | Principaux résultats du régime RSBY à la fin du mois de juillet 2010

| Données générales | |
|--|--|
| Nombre de familles inscrites | environ 18 millions |
| Nombre de personnes inscrites | environ 70 millions |
| Personnes couvertes en pourcentage de la population cible | 24 % |
| Nombre d'Etats ayant mis en place le RSBY | 23 |
| Pourcentage d'Etats ayant commencé à mettre en place le RSBY | 80 % |
| Nombre d'hôpitaux certifiés | 5 945 |
| Nombre de personnes ayant reçu un traitement | 850 000 |
| Taux moyen d'hospitalisation | 3 % |
| Données économiques | |
| Dépenses totales consacrées au financement des primes du RSBY jusqu'au 31 juillet 2010 | 8 000 millions de roupies 174 millions de dollars |
| Dépenses consacrées aux primes du RSBY en pourcentage du PIB | 0,013 % |
| Dépenses administratives consacrées au RSBY par le gouvernement indien | 50 millions de roupies 1,09 millions de dollars |

Source: ministère du Travail et de l'Emploi

Les différents acteurs et leurs rôles respectifs

Le régime RSBY symbolise l'évolution réussie d'un régime grâce à la coopération des différents acteurs. Dans les premières étapes de constitution du régime, différentes organisations, à l'instar de la Banque mondiale et de l'Agence allemande de coopération internationale (GIZ), ont soutenu les processus de conception et de développement. Le régime compte six acteurs principaux: le gouvernement central, les Etats, les organismes publics centraux, les compagnies d'assurances, les hôpitaux et les organisations non gouvernementales (ONG). Les rôles de tous ces acteurs y sont clairement définis (tableau 2).

Tableau 2 | Rôles des différents acteurs du régime RSBY

| | Gvt central | Etat | Organisme public central | Assureur/ administrateur indépendant | ONG/ autres partenaires | Prestataires de soins |
|--|-------------|------|--------------------------|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Contrôle du régime | X | | X | | | |
| Mise en place de l'organisme central | | X | | | | |
| Financement du régime | X | X | | | | |
| Définition des paramètres (prestations, critères de certification, critères de pauvreté) | X | X | | | | |
| Spécifications techniques (systèmes, cartes à puce, etc.) | X | | | | | |
| Gestion des contrats avec les assureurs | | | X | | | |
| Accréditation/certification des prestataires | | | | X | | |
| Perception des frais d'inscription | | | | X | | |
| Inscriptions | | | X | X | X | |
| Gestion/planification financière | X | | X | | | |
| Analyse actuarielle | | | | X | | |
| Définition du barème des taux pour les services/des taux de remboursement | X | | X | | | |
| Traitement des prestations et des paiements | | | | X | | |
| Sensibilisation auprès des bénéficiaires | | | X | X | X | |
| Prestation de services | | | | | | X |
| Développement d'un système d'information clinique pour le suivi/évaluation | X | | X | | | |
| Suivi de l'utilisation au niveau des Etats et d'autres informations sur les patients | X | | X | X | | |
| Suivi des données sur le régime à l'échelle nationale | X | | | | | |
| Service client | | | | X | X | X |
| Formation | X | | X | X | | |

L'impact initial

Le régime RSBY n'est en place que depuis un peu plus de deux ans, cependant son impact est déjà manifeste. Les données en provenance du régime et de différentes évaluations externes ont mis en lumière:

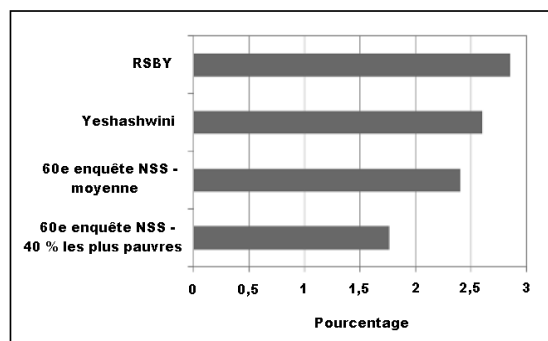
- **l'amélioration de l'accès aux soins de santé.** L'accès aux soins de santé des populations cibles du régime s'est considérablement amélioré au cours des deux dernières années. Les données provenant des différentes études indiquent que le taux d'hospitalisation dans les 92 districts concernés à l'origine par le régime est de 2,8 pour cent, alors qu'il n'est que de 1,75 pour cent ailleurs, dans le cas des populations les plus pauvres (d'après les données recueillies par la 60^e enquête réalisée par l'ONSS, l'organisme indien chargé des statistiques) (voir graphique). Il semblerait également qu'un nombre croissant de femmes ont désormais accès à ces structures, voire même dépassent les hommes dans certains districts;

- **la réduction des dépenses de santé à la charge des patients.** Un des objectifs du régime était de réduire les dépenses de santé à la charge de la population pauvre. Les résultats de l'enquête consacrée au régime dans l'Etat du Kerala montrent que les patients pauvres non affiliés dépensent en moyenne six fois plus d'argent à l'hôpital que les bénéficiaires du régime;

- **la mise en place d'infrastructures de santé dans les zones rurales.** Les données mettent en évidence l'intérêt croissant du secteur privé dans la mise en place d'infrastructures dans des régions qui jusqu'alors n'en disposaient pas. Cela provient principalement de la demande en services de santé dans les zones rurales créée par le régime, qui incite les acteurs privés à mettre en place des hôpitaux;

- **un niveau de satisfaction élevé.** Différentes enquêtes menées dans les Etats de Kerala et de Delhi ont montré que plus de 90 pour cent des bénéficiaires ayant reçu un traitement en passant par le régime sont satisfaits du traitement et des services offerts dans les hôpitaux.

Pourcentage des personnes affiliées au régime RSBY hospitalisées.



Les difficultés rencontrées

Plusieurs difficultés ont dû être surmontées afin de mettre en place le régime RSBY:

- **l'accord des différents acteurs.** La première difficulté de taille préalable à la mise en œuvre du régime a été d'obtenir l'accord, non seulement des fonctionnaires au sein du gouvernement central et des Etats, mais également du secteur de l'assurance et des fabricants de cartes à puce. Des réunions ont été organisées avec l'ensemble de ces acteurs afin d'exposer le fonctionnement du régime et d'obtenir leur approbation;
- **la mise à disposition du matériel et des logiciels nécessaires.** L'adhésion des fabricants a permis de satisfaire l'importante demande en équipements et d'importer le matériel non disponible afin d'assurer le fonctionnement du système de cartes à puce;
- **le développement d'un système de gestion évolué.** L'une des caractéristiques principales du régime était qu'il devait disposer d'un système sécurisé infaillible afin d'éviter tout abus ou fraude. Il a ainsi fallu développer un système de gestion évolué assurant une sécurité suffisante aux différents niveaux;
- **l'adhésion et la sensibilisation de la population cible.** L'impression et la remise des cartes à puce dans les villages constituent l'une des principales difficultés. Les cartes à puce doivent être remises sur place dans des conditions difficiles. Une fois les cartes à puce remises, il convient également de sensibiliser les bénéficiaires à leur utilisation;
- **la faiblesse des capacités à différents niveaux.** Le renforcement des capacités à tous les niveaux afin de mettre en œuvre un régime complexe tel que le RSBY représentait un défi supplémentaire. Il convenait par conséquent de renforcer les capacités de l'ensemble des acteurs, qu'il s'agisse des fonctionnaires, des compagnies d'assurances, des hôpitaux ou des ONG.

Les facteurs de réussite

Les différents facteurs expliquant la réussite du régime RSBY sont les suivants:

- **une approche fondée sur le partenariat.** Dès la phase de conception du régime, le gouvernement s'est attaché à gagner la confiance des différents acteurs. Une approche fondée sur le partenariat a été adoptée de concert avec l'ensemble des acteurs privés;
- **la normalisation.** Afin de fonctionner de manière uniforme dans l'ensemble du pays, un régime national tel que le RSBY nécessite un degré élevé de normalisation. En plus des documents essentiels, l'ensemble des logiciels et du matériel a été normalisé et des recommandations ont été émises concernant leur élaboration, leur utilisation et leur homologation;
- **la souplesse.** Le régime est en constante évolution depuis sa création. Divers processus et mesures ont été modifiés afin de l'adapter aux réalités du terrain;

- **l'attention aux détails.** L'ensemble des processus et des étapes dans la mise en œuvre du régime ont été répertoriés. De même, les rôles des différents acteurs ainsi que leurs relations ont été clairement définis afin d'éviter toute ambiguïté;
- **l'autonomisation des bénéficiaires.** Les bénéficiaires, dans le cas présent les personnes les plus pauvres, ont vu leur autonomie renforcée en raison de la possibilité qui leur a été offerte de choisir parmi les différents hôpitaux publics et privés du pays;
- **le modèle économique.** Il s'agit très certainement du premier régime de protection sociale disposant d'un modèle économique d'une telle envergure, associant dans une même dynamique les compagnies d'assurances et les hôpitaux, à obtenir un succès aussi notable dans la lutte contre la pauvreté.

Le régime RSBY sauve une vie, et bien plus encore...

Sudhir vit dans un petit village près de Bijnor, dans l'Uttar Pradesh. Il a un fils, Santosh, qui est handicapé mental. Ce dernier a eu la jambe gauche gravement brûlée au cours d'un accident. Sudhir, avec son salaire journalier, parvient à peine à joindre les deux bouts, il n'avait donc pas les moyens d'offrir à son fils un traitement dans un hôpital de qualité. Il dut se résigner à ne lui offrir qu'un maigre traitement prescrit par un médecin de la région et peu susceptible de soulager sa douleur. Santosh avait toujours aussi mal.

En raison de son handicap, Santosh était de plus incapable de faire part de sa souffrance et de ses douleurs. Il devenait inexorablement un corps sans vie. La famille n'avait d'autre choix que d'assister, impuissante, à la détresse de Santosh, qui risquait d'être paralysé à vie s'il n'avait pas accès à un traitement à temps. Vendre leur petite hutte ou contracter un prêt n'aurait fait qu'accroître leur misère.

Le régime RSBY leur est venu en aide. Lorsque Sudhir a eu connaissance du régime, il a d'abord été réticent. Cependant, après avoir compris tout ce qu'une carte à puce pouvait apporter, il a décidé de s'inscrire. Par chance, le programme prenait également en charge les pathologies préexistantes.

Non seulement, sur simple présentation de sa carte, Santosh a-t-il pu obtenir un traitement de qualité à l'hôpital Beena Prakash, un hôpital privé situé dans la petite ville de Bijnore dans l'ouest de l'Uttar Pradesh, mais, de plus, son traitement ne lui a pas coûté un centime. A vrai dire, on lui a même donné 100 roupies (2,20 dollars) pour rembourser les frais de déplacement. Il a ainsi pu se remettre rapidement de sa blessure. Le régime RSBY lui a sauvé la vie.

Aujourd'hui, les services de l'hôpital de Beena Prakash et de nombreux autres hôpitaux similaires ne désemploient plus. Les habitants affirment que cette affluence accrue de patients est «sans précédent». En outre, détail encore plus inhabituel, la plupart de ces patients appartiennent à la population vivant en dessous du seuil de pauvreté. Le régime RSBY leur a permis de se rendre à l'hôpital et d'y recevoir un traitement, sans avoir à avancer d'argent, au moyen d'une simple carte à puce.

ⁱ Estimations nationales, 2010.

ⁱⁱ Organisation mondiale de la santé (OMS), Global Health Observatory, 2008.

ⁱⁱⁱ OMS, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et Banque mondiale, Global Health Observatory, 2005.

iv Banque mondiale, *Indicateurs du développement dans le monde, 2008* et *Financement du développement dans le monde, 2008*.

v *Ibid.*

vi Budget du gouvernement indien, 2009.

vii Estimations nationales, 2009.

viii PNUD, *Rapport sur le développement humain, 2009*.