



# Colombie

Superficie	1 141 748 km <sup>2</sup>
Population <sup>i</sup>	45 012 096
Répartition par âge	
0-14 ans (%)	29,6
15-64 ans (%)	65,1
65 ans et plus (%)	5,4
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) <sup>ii</sup> pour les deux sexes	16
Espérance de vie à la naissance (années) pour les femmes	76,8
Espérance de vie à la naissance (années) pour les hommes	69,4
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) <sup>iii</sup>	130
PIB par habitant	
En dollars E.-U. <sup>1</sup> courants <sup>iv</sup>	5 416
PPA (en dollars internationaux courants)	8 797
Monnaie locale constante	6 234 943
Dépenses totales consacrées à la santé (en pourcentage de PIB)	7,44 <sup>v</sup>
Taux de chômage <sup>vi</sup>	12,2
Taille de l'économie informelle (en pourcentage)	57 <sup>vii</sup>
Pauvreté (en pourcentage de population)	45,5 <sup>viii</sup>
Pauvreté extrême (en pourcentage de population)	16,4 <sup>ix</sup>
Rang pour l'indice de développement humain (IDH) <sup>x</sup>	77
Indicateurs de pauvreté de l'IDH – rang pour l'indice de pauvreté humaine	34
Salaires minimum mensuel en dollars (2010)	221

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

# Le régime d'assurance santé subventionné au sein du système de protection sociale

# 9 Colombie

*Elisa Carolina Torrenegra Cabrera*

## Résumé

- En 1993, la réforme de la santé a permis le passage d'un système de santé national à un système de subventions (prestations monétaires destinées aux personnes pauvres) administré par des compagnies d'assurance privées, dénommées entités promotrices de santé (entidades promotoras de salud, EPS), qui assignent les ressources du budget général national aux institutions chargées de prodiguer des soins de santé, tels les hôpitaux et les cliniques.
- Le Système général de sécurité sociale en santé (Sistema general de seguridad social en salud, SGSSS) est constitué de deux régimes : un régime contributif pour les personnes qui en ont les moyens et un régime subventionné pour les personnes pauvres.
- L'objectif est d'atteindre une couverture de santé universelle et de permettre l'accès à divers services de santé.
- Le système assure 41 millions de citoyens, sur les 45 millions que compte la Colombie.
- Les bénéficiaires des deux types de régime ont accès à un ensemble de prestations, mais ceux appartenant au régime contributif reçoivent des services supplémentaires.
- Les personnes ayant souscrit auprès d'assureurs publics ou privés (caisses de santé) ont le droit de bénéficier d'un paquet prédéfini de prestations sociales et de recevoir des soins, aussi bien dans des institutions publiques que privées.
- Le système de santé prévoit la séparation des fonctions de financement, de gestion et de répartition des prestations.
- L'introduction d'un fonds de péréquation nationale (Caisse de solidarité et de garantie, El Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA) permet de fournir un financement croisé entre les riches et les pauvres, entre les malades et les bien-portants, entre les jeunes et les personnes âgées, ainsi que de protéger le financement de la santé en période de crise économique.
- L'établissement d'une cour constitutionnelle et de mécanismes juridiques garantit la protection des droits individuels, accroît l'accessibilité des tribunaux au public et contribue au respect du droit à la santé.
- Le système est financé par les cotisations des employeurs et des employés, ainsi que par des impôts généraux.
- En conséquence, les dépenses en santé, privées et publiques, ont augmenté, tout comme la couverture d'assurance santé.

**Régime d'assurance santé subventionné :**

- La population cible est constituée de personnes pauvres et de travailleurs de l'économie informelle.
- En tenant compte de certains critères, les autorités municipales sélectionnent les personnes pauvres et les travailleurs informels susceptibles de bénéficier de ce régime.
- Le financement s'effectue au moyen d'impôts généraux collectés par le gouvernement national et transférés aux municipalités, et est renforcé par des cotisations départementales et municipales, ainsi que par le versement de 1,5 pour cent de l'ensemble des cotisations issues du système contributif.

**Régime contributif de santé :**

- La population cible concerne les personnes qui ont les moyens de cotiser. Toute personne disposant d'un contrat de travail ou touchant un revenu supérieur au double du salaire minimum (pour les travailleurs indépendants) doit être affiliée.
- Le financement est assuré par des cotisations salariales – cotisations équivalentes à 12 pour cent du revenu déclaré, dont les deux tiers sont financés par l'employeur et un tiers par l'employé.

**A propos de l'auteur**

*Elisa Carlonia Torrenegra Cabrera, Directrice exécutive, Gestarsalud.*

**CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE DU REGIME SUBVENTIONNE**

---

Le régime subventionné colombien date des années 1990, période durant laquelle étaient promus à l'échelle internationale les concepts de solidarité, de participation des communautés, d'accès à des services de santé en zone rurale, d'autogestion de la santé, de prévention grâce à des soins de santé et d'attention portée aux populations pauvres et vulnérables.

En Colombie, ces concepts se sont consolidés par l'élaboration de programmes de subventions pour la santé destinés aux populations pauvres (Programme d'entreprises solidaires pour la santé, *Programa de Empresas Solidarias de Salud*, ESS). Etablis par le gouvernement national, avec le soutien de la Banque interaméricaine de développement, ces programmes ont pris en considération les concepts politiques de santé publique, déjà reconnus à l'échelle internationale et répandus dans les discussions, les analyses et les processus de prise de décision au sein des systèmes de santé du monde entier. Ils ont permis d'améliorer l'organisation des communautés rurales et des communautés ayant un statut socio-économique plus faible, enseignant aux personnes comment prendre soin d'elles et comment adopter un style de vie sain. Ces concepts

sont à l'origine du système de santé colombien et ont ainsi facilité l'amélioration des conditions de vie de la population.

Dans les années 1990, les dépenses totales en santé s'élevaient à environ 6,2 pour cent de l'ensemble du produit intérieur brut (PIB) (tableau 1). Elles incluaient principalement les paiements directs par les patients, qui représentaient presque 3 pour cent et avaient un impact considérable sur le niveau de pauvreté (voir tableau 2 pour les dépenses en santé par habitant).

**Tableau 1 | Dépenses totales consacrées à la santé (en pourcentage du PIB).**

	1993	1997	2000	2003
Dépenses totales en santé	6,2	9,6	7,7	7,8
Dépenses publiques totales en santé	1,4	3,4	3,2	3,1
Dépenses de sécurité sociale en santé	1,6	2,8	3,0	3,5
Dépenses privées en santé	3,3	3,4	1,5	1,2
Dépenses de paiements directs en santé	2,7	2,9	0,9	0,6

Source: Barón, G. (2007) Cuentas de salud de Colombia 1993-2003: El gasto nacional en salud y su financiamiento, ministère de la Protection sociale et Département national de planification.

**Tableau 2 | Dépenses en santé par habitant.**

	1993	1997	2000	2003
En pesos courants	87 979	290 805	316 894	392 571
En pesos constants (2000=100)	255 717	403 147	316 894	320 074
En dollars courants	112	255	152	136
En dollars constants (2000=100)	102	317	152	111

Source: Ibid.

Durant la seconde moitié des années 1990, l'indice de concentration de Gini était de 0,56 (tableau 3).

**Tableau 3 | Statistiques sur la pauvreté.**

Année	Croissance du PIB (%)	Taux de chômage	Indice de Gini	Revenu / Seuil de pauvreté (SP) (%)	Besoins essentiels non satisfaits (BES) (%)	Nombre de déplacés internes par an (PDI)
1995	5,4	8,7	0,569	55,0	n/d	89 000
1996	2,0	11,9	0,544	53,8	n/d	181 000
1997	3,2	12,1	0,555	54,2	26,9	257 000
1998	0,57	15,7	0,563	55,7	26,3	308 000
1999	-4,2	22,0	0,556	60,1	26,1	225 000
2000	1,56		0,566			

Source: Sarmiento Anzola, Libardo, Exclusión y Desarrollo Societal. Nov. Ed, Desde Abajo. Datos de Desplazamiento Forzado (Données sur les déplacements contraints) : Codees Informa No. 26, p.3.

Suite à l'instauration de ce programme en 2003, et à la mise en œuvre de nouvelles mesures sociales visant à réduire les niveaux de pauvreté et à améliorer la répartition des ressources, l'indice de Gini a atteint 0,59 en 2008. La pauvreté touchait 55 pour cent de la population totale à la fin des années 1990. En 2002, le taux de pauvreté a diminué, laissant 53,7 pour cent de la population totale dans des conditions de pauvreté, avant de chuter en 2008 pour ne concerner plus que 46 pour cent de la population. Le niveau d'indigence a également baissé, passant de 19,7 pour cent en 2002 à 16,4 pour cent en 2008. Il est toutefois resté presque inchangé pour les autres territoires du pays.

La comparaison de ces données avec les dépenses en santé de 1993, en suivant la même méthodologie, montre que le principal changement porte sur le passage de dépenses privées (en particulier, les paiements directs par les patients) à des dépenses financées par une assurance (grâce à des cotisations de sécurité sociale). En effet, les dépenses privées en santé (en tant que pourcentage de PIB) ont diminué, passant de 3,3 pour cent en 1993 à 1,2 pour cent en 2003 (3,4 pour cent en 1997) et les paiements directs par les patients ont chuté de 2,7 pour cent en 1993 à 0,6 pour cent en 2003 et à 0,38 pour cent en 2009. Entre 2002 et 2010, le gouvernement a défini et institutionnalisé des stratégies de sécurité sociale visant dans un premier temps à assurer la population économiquement active, puis, pour certains risques, les populations pauvres et vulnérables (tableau 4).

Tableau 4 | Consolidation financière menée par les associations impliquées dans le secteur de la santé, par rapport aux ressources disponibles pour la santé, 2009.

Type	Source	Dollars
<b>Régime contributif</b>	Cotisations à la Caisse de solidarité et de garantie (FOSYGA)	4 654 694 725
	FOSYGA Promotion et prévention (PP) – entités promotrices de santé (EPS)	141 671 029
	FOSYGA surplus	391 656 363
	Co-paiements et frais moyens	122 835 717
	<b>Total</b>	<b>5 310 857 834</b>
<b>Régime subventionné</b>	FOSYGA	1 218 053 089
	Système général de participation (SGP)	1 351 633 716
	Autres – ressources des institutions régionales	312 022 433
	Surplus	278 249 561
	<b>Total</b>	<b>3 159 958 799</b>
<b>Les Vinculados (personnes non affiliées au régime contributif ou subventionné mais bénéficiant de prestations)</b>	Système général de participation (SGP)	517 779 685
	Transferts aux départements	173 444 576
	Ressources des institutions régionales	520 862 032
	Catastrophes naturelles et accidents de la route (ECAT), Assurance obligatoire pour les accidents de la route ( <i>Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito</i> , SOAT), soutien aux entreprises sociales de l'Etat (ESE)	52 219 751
	<b>Total</b>	<b>1 264 306 044</b>
<b>Régime spécial</b>	<b>Total</b>	<b>1 029 758 424</b>
<b>Risques professionnels</b>	<b>Couverture d'assistance (25 % de la prime courue totale)</b>	<b>143 730 979</b>
<b>SOAT (Assurance obligatoire pour les accidents de la route)</b>	Couverture d'assistance (95 % des cotisations minimales nettes)	290 724 014
	Caisse d'assurance pour les accidents de la route (suite à la réforme, la subvention que reçoit le premier quintile de la population en termes de revenus, soit les personnes les plus pauvres du pays, est passée de 6,2 % en 1992 à 49,2 % en 2003 (tableau 8))	79 487 131
	Cotisation supplémentaire SOAT	143 991 233
	<b>Total</b>	<b>514 202 378</b>
	<b>Santé publique</b>	Système général de participation (SGP)
FOSYGA		117 240 898
Budget national		70 109 747
Ressources régionales		246 363 858
Fonds pour la sûreté des routes		11 923 200
<b>Total</b>		<b>655 660 788</b>
<b>Autres ressources privées</b>	Médicaments prépayés, services ambulanciers prépayés (SAP) et régimes d'assurance complémentaire (PAC)	747 345 662
	Assurance personnelle en cas d'accident	411 736 652
	Dépenses pour les canaux de distribution des médicaments	1 380 625 443
	Paiements directs par le patient	836 699 940
	<b>Total</b>	<b>3 376 407 697</b>
<b>Total</b>		<b>15 454 882 943</b>

## LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE

---

Le système de protection sociale colombien a été établi afin de remplir deux objectifs :

- protéger la population contre des risques économiques, aussi bien individuels que nationaux ;
- aider les personnes pauvres à s'extraire de la misère.

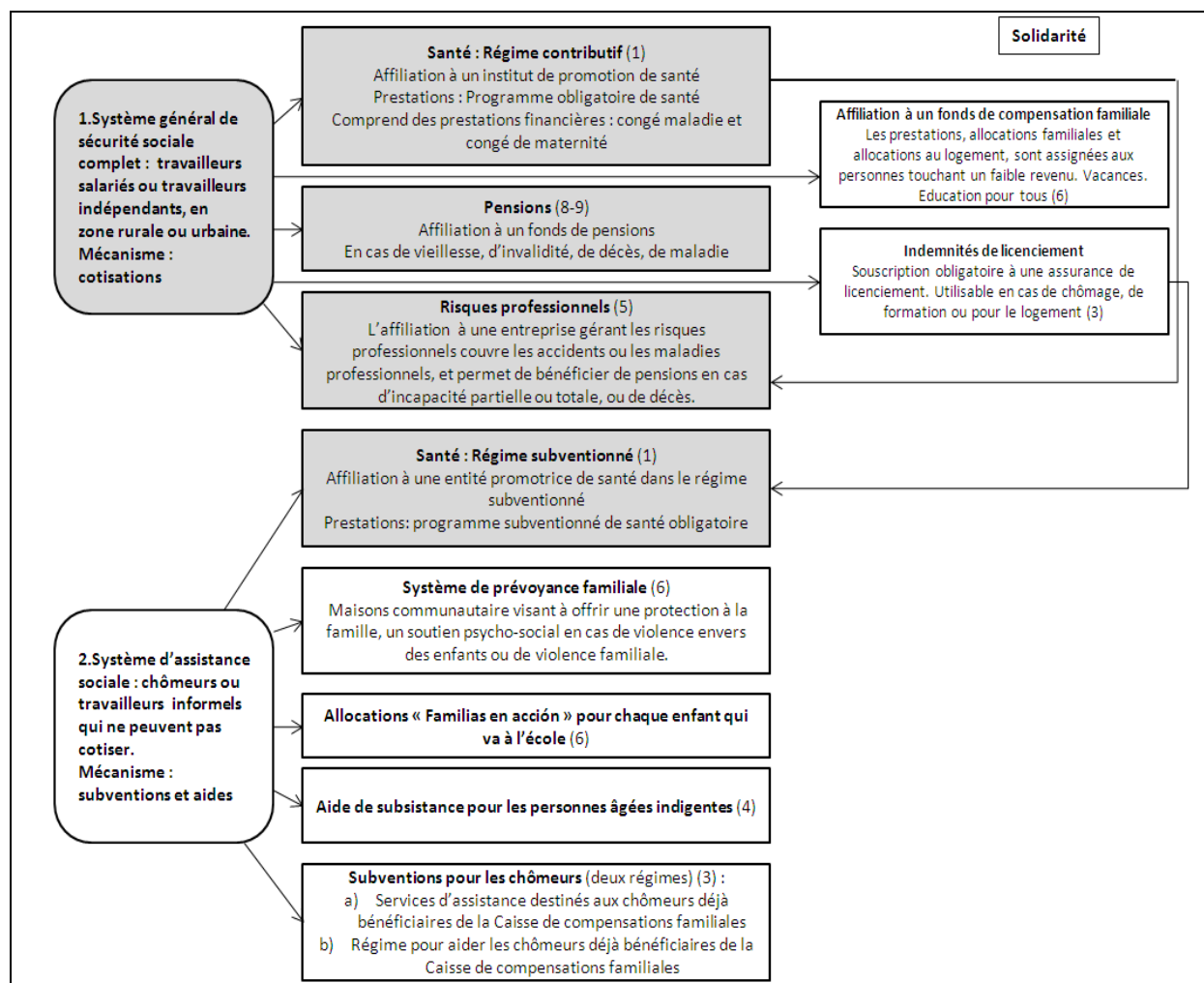
Le système général inclusif de sécurité sociale et l'ensemble des institutions d'assistance existantes ont accompli le premier objectif. Le second a été atteint grâce à l'établissement d'un système d'assistance sociale, formé en partie par le régime de santé subventionné, le Réseau conjoint (Red Juntos), l'association Familias en acción, le Service national d'apprentissage (Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA), le programme d'aide aux personnes âgées et l'Institut colombien du bien-être familial (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF).

Ces divers programmes et stratégies d'assistance sociale couvrent les personnes en cas de maladie, de malnutrition, d'abandon de l'école, d'incapacité à travailler, d'extrême pauvreté et de vieillesse. Cette liste englobe toutes les étapes de la vie et couvre toutes les conditions nécessaires pour qu'une personne ou une famille ait accès au marché du travail, perçoive un revenu et soit à même d'améliorer sa qualité de vie en atteignant un niveau optimal de bien-être. En réalité, cependant, la coordination de ces efforts fait défaut, les stratégies élaborées pour couvrir ces risques sont incomplètes et la coordination intersectorielle est insuffisante, ce qui réduit l'efficacité du système d'assistance sociale.

La protection sociale se compose d'un système général de sécurité sociale complet et d'un système d'assistance sociale. Chacune de ces deux composantes contient des éléments répondant aux prestations établies dans la Convention concernant la sécurité sociale (norme minimum) de 1952 de l'Organisation internationale du Travail (OIT), comme le montre le schéma 1, sans toutefois couvrir l'ensemble de la population :

- (1) Soins médicaux ;
- (2) Indemnités de maladie ;
- (3) Prestations de chômage ;
- (4) Prestations de vieillesse ;
- (5) Prestations en cas d'accidents du travail ;
- (6) Allocations familiales ;
- (7) Prestations de maternité ;
- (8) Pensions d'invalidité ;
- (9) Prestations en cas de décès.

**Schéma 1** | Système de protection sociale en Colombie



## LE SYSTEME GENERAL DE SECURITE SOCIALE COMPLET

Datant de 1993, le système général de sécurité sociale complet a pour objet de faire respecter les droits inaliénables de la personne et de la communauté afin de garantir une qualité de vie qui soit en accord avec la dignité humaine, au moyen d'une protection en cas d'imprévu (article 10, loi 100 de 1993). Il se fonde sur les principes de (a) l'efficacité (utilisation optimale des ressources), (b) l'universalité (protection pour tous, sans aucune discrimination), (c) la solidarité (pratique de l'entraide mutuelle entre les personnes, les générations, les secteurs de l'économie, les régions et les communautés), (d) l'intégralité (couverture pour tous les imprévus qui ont trait à la santé, au niveau de revenu et aux conditions de vie en général de l'ensemble de la population), (e) l'unité (organisation de politiques, d'institutions, de régimes, de procédures et de prestations afin d'atteindre les objectifs de la sécurité sociale) et (f) la participation (intervention de la communauté). Le système comporte quatre éléments de base : les pensions, la santé, les risques professionnels et l'assistance sociale.



## **LE SYSTEME GENERAL DE PENSIONS**

### ***Caractéristiques générales***

Le système général de pensions a pour but, d'une part, de protéger la population contre les imprévus liés à la vieillesse, à l'invalidité et au décès, au moyen de pensions et de prestations prévues par la loi, et d'autre part, d'étendre progressivement la couverture sociale aux couches de population non couvertes par un système de pensions (article 10, loi 100 de 1993).

Le système dispose d'un régime d'affiliation obligatoire et d'un régime d'affiliation volontaire. L'affiliation est obligatoire pour toutes les personnes liées par un contrat de travail ou un contrat de prestations de services, ainsi que pour les fonctionnaires, les travailleurs indépendants et les agents publics qui ont commencé à travailler pour Ecopetrol (compagnie pétrolière colombienne) après le 29 janvier 2003. L'affiliation volontaire est possible pour tous les citoyens du pays, les Colombiens expatriés non soumis à une affiliation obligatoire et n'ayant pas fait l'objet d'une exclusion par la loi, et les étrangers, liés par un contrat de travail, qui résident dans le pays et ne sont couverts par aucun régime de pensions dans leur pays d'origine et qui souhaitent cotiser auprès d'une caisse de retraite.

## **LE SYSTEME D'ASSURANCE CONTRE LES RISQUES PROFESSIONNELS**

Le système d'assurance contre les risques professionnels couvre les accidents et les maladies professionnels (*Atención en accidentes de trabajo y enfermedad profesional, ATEP*), en versant notamment des pensions en cas d'incapacité totale, permanente ou partielle, ainsi qu'en cas de décès.

L'affiliation à ce système est obligatoire pour :

- les travailleurs colombiens ou étrangers liés par un contrat, ainsi que les fonctionnaires ;
- les retraités ou les bénéficiaires de pensions (excepté ceux touchant une pension d'invalidité), qui reviennent dans la vie active en tant que travailleurs indépendants, liés par contrat, ou comme fonctionnaires.

Seuls à cotiser à ce système, les employeurs ont l'obligation d'y inscrire leurs employés dès leur embauche. Ainsi, avec cette procédure, tous les employés disposent d'un contrat d'affiliation établi avec une entité gérant les risques professionnels (*administradora de riesgos profesionales, ARP*). L'ARP reçoit les cotisations de la part des employeurs, ce qui permet de prévenir les risques liés aux accidents du travail ou à des maladies professionnelles (ATEP) et de bénéficier d'une couverture de pensions en cas d'invalidités ou de décès survenus par ou pendant le travail.

## PROTECTION SUPPLEMENTAIRE

Une protection supplémentaire est assurée par :

- **Des allocations familiales** : il s'agit de prestations sociales qui peuvent être versées en espèces, en nature ou en tant que services fournis aux travailleurs touchant des revenus moyens ou faibles, en fonction du nombre de personnes qui dépendent d'eux. Leur objectif principal consiste à alléger le fardeau financier des familles, celles-ci constituant l'unité de base de la société. Les employeurs collaborent avec la Caisse de cotisations familiales : ils reversent 4 pour cent du salaire mensuel de leurs employés, lesquels sont inclus dans les 9 pour cent du salaire mensuel du salarié que les entreprises doivent consacrer aux cotisations sociales. Les employés qui touchent un salaire mensuel n'excédant pas quatre fois le montant du revenu mensuel minimum peuvent bénéficier de prestations, qui sont calculées en prenant en compte le revenu du conjoint ou du concubin et tout autre revenu professionnel.

- **Des indemnités de licenciement** : épargne débloquée en cas de licenciement. Il s'agit de prestations sociales d'une nature spécifique, qui correspondent généralement à un salaire mensuel pour chaque année de service et qui sont réparties de manière proportionnelle pour chaque partie de l'année. Les prestations sont versées annuellement, et la loi oblige les personnes à cotiser à une caisse spécifique. Chaque membre a la possibilité d'ouvrir un compte individuel et la caisse a un taux d'intérêt minimum garanti. Conformément à la législation en vigueur, des retraits partiels sont possibles pour :

- (a) constituer, rembourser ou lever une hypothèque sur le logement ;
- (b) permettre au conjoint ou aux enfants d'intégrer une institution d'enseignement supérieur reconnue par l'Etat ;
- (c) acquérir des bons du trésor public.

Le retrait complet n'est possible qu'en cas de résiliation du contrat de travail.

## LE SYSTEME GENERAL DE SECURITE SOCIALE EN SANTE

### *Objectifs principaux*

Le Système général de sécurité sociale en santé (Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS) a pour objectif d'assurer :

- une couverture universelle à l'ensemble de la population colombienne ;
- un accès à des soins de santé essentiels de bonne qualité au moyen de cotisations équitables ;

- efficacité : amélioration de la situation sanitaire au moyen d'une réorientation des ressources vers la prévention et les soins primaires dans les zones pauvres et rurales, et réduction des pertes financières dans la prestation de services ;
- qualité : s'assurer que les soins fournis à tous atteignent un niveau de qualité de base et qu'ils soient de la meilleure qualité possible en fonction des ressources disponibles.

### ***Instruments politiques fondamentaux***

Le Système général de sécurité sociale en santé a pour objectif :

- de permettre à la population de s'affilier à des entités promotrices de santé, ainsi que de collecter des cotisations de ceux qui doivent contribuer ;
- d'informer les consommateurs sur leurs droits, leurs obligations et la qualité des services, afin de les aider à choisir l'entité promotrice de santé qu'ils souhaitent ;
- d'établir des mécanismes fiables de suivi et d'allocation des ressources, afin d'assurer la stabilité du système ;
- de définir précisément le panier de prestations auquel les ménages ont droit (programme obligatoire en santé) ;
- de déterminer l'ajustement des cotisations afin de financer ces prestations (paiement par capitation ajusté en fonction des risques) ;
- de définir des systèmes de paiement adaptés afin de favoriser leur efficacité et leur qualité,
- de mettre en place des institutions, de développer des procédures et de favoriser l'information afin d'améliorer la qualité des services ;
- de créer une base juridique pour le système ;
- d'établir une politique duale pour les zones dans lesquelles il n'y a pas un niveau suffisant de concurrence sur le marché, dans le but d'en accroître l'efficacité et la qualité.

### ***Concepts et principes généraux***

Le Système général de sécurité sociale en santé se fonde sur la solidarité. Il vise à établir une réglementation des services essentiels de santé publique et des conditions d'accès, pour toutes les personnes et pour tous les types de soins.

Outre les principes généraux contenus dans la Constitution, les concepts et principes qui orientent le système et la prestation de services de santé publique sont les suivants : (a) l'équité, (b) le

caractère obligatoire, (c) la protection complète, (d) le libre choix, (e) l'autonomie des institutions, (f) la décentralisation administrative, (g) la participation sociale, (h) la consultation et (i) la qualité.

La gestion du système est assurée par le ministère de la Protection sociale, par la Commission nationale de réglementation de la santé, qui joue un rôle de régulation, ainsi que par la Haute Autorité de santé (*Supersalud*), chargée du suivi, de l'inspection et du contrôle.

Le Système général de sécurité sociale en santé doit assurer l'accès à des soins de santé essentiels à l'ensemble de la population présente sur le territoire national, de manière progressive et permanente, ainsi qu'à des aides financières pour les personnes liées par des contrats de travail et les travailleurs indépendants qui versent des cotisations au système.

Le système se fonde sur un mécanisme assurantiel avec la participation d'organisations d'assurance publiques et privées et de l'Etat, et s'organise en deux régimes : l'un contributif et l'autre subventionné.

### ***Agences administratives***

Selon les lois définies par la Commission nationale de réglementation et le ministère de la Protection sociale, il incombe aux entités promotrices de santé (EPS)<sup>2</sup> d'enrôler leurs membres et d'assurer à l'ensemble de la population un accès à des soins de santé.

Les prestataires de soins de santé (*instituciones prestadoras de servicios de salud*) sont des institutions privées ou partiellement publiques, tels que les Instituts nationaux de santé et l'Institut de cancérologie national, qui sont rattachées au ministère de la Protection sociale.

La Caisse de solidarité et de garantie (FOSYGA) est une caisse nationale avec une personnalité juridique établie afin de lever des fonds de solidarité pour le Système général de sécurité sociale en santé. Elle se divise en quatre sous-catégories :

- le compte pour la répartition et la compensation des ressources du régime contributif ;
- le compte de solidarité pour cofinancer le régime subventionné ;
- le compte pour couvrir les catastrophes naturelles et les accidents de la route ;
- le compte pour la promotion et la prévention destiné aux membres du régime contributif.

---

<sup>2</sup> Afin de mettre un terme au monopole de l'Institut de sécurité sociale sur l'administration de l'assurance maladie obligatoire, des entreprises privées (à but lucratif ou non), des entreprises coopératives et d'autres entreprises publiques ou mixtes ont été autorisées à entrer en compétition avec l'institut de sécurité sociale. L'ensemble de ces organisations est appelé « entité promotrice de santé ».

## ***Organisation et financement***

### **1. *Le régime de santé contributif***

Le régime de santé contributif se compose des personnes disposant de moyens suffisants pour contribuer à la sécurité sociale. Les membres de ce système sont affiliés à un régime d'assurance maladie de base (lequel est conforme à l'objectif de couvrir l'ensemble de la population colombienne) et reçoivent des indemnités pour les congés d'incapacité et les congés de maternité. Le programme de base de ce régime couvre les interventions décrites dans le régime obligatoire d'assurance maladie (plus d'informations sont disponibles sur le site : [www.pos.gov.co](http://www.pos.gov.co)). Ces prestations sont garanties par les EPS, dont les principales fonctions consistent à gérer l'affiliation des personnes qui choisissent librement de rejoindre le régime qui est obligatoire pour les employés, à collecter les cotisations correspondantes, à organiser le réseau de distribution pour assurer le bon fonctionnement du régime d'assurance maladie de base, à être un défenseur des usagers et à fournir des mécanismes permettant la participation des usagers dans le Système général de sécurité sociale en santé. Ce régime s'étend sur tout le territoire national, ce qui signifie que l'accès aux prestations n'est pas lié au fait de résider dans une zone géographique particulière.

Dans ce régime, l'affiliation se fait par famille. En d'autres termes, la cotisation d'un membre profite également au conjoint ou au concubin, aux enfants de moins de 18 ans, aux enfants entre 18 et 25 ans qui dépendent financièrement de leurs parents, ainsi qu'aux personnes handicapées de manière permanente.

#### *Financement*

Le régime est financé par les cotisations versées par ses membres. Celles-ci représentent 12,5 pour cent du salaire ou du revenu mensuel déclaré : 8,5 pour cent sont pris en charge par l'employeur et 4 pour cent par l'employé. Les travailleurs indépendants doivent payer l'intégralité de la cotisation, laquelle est établie en fonction du revenu qu'ils déclarent au moment de leur affiliation au régime. La base contributive ne doit en aucun cas être inférieure au salaire mensuel légalement en vigueur. Pour les retraités et les travailleurs indépendants, la cotisation mensuelle au régime de santé subventionné est fixée à 12 pour cent du revenu de la pension mensuelle correspondante. Une fois accumulés 25 mois de salaire mensuel minimum, la base contributive est limitée à ces pourcentages.

Les cotisations sont versées aux EPS. Ces dernières ont ensuite la responsabilité de transférer l'argent à la Caisse de solidarité et de garantie (FOSYGA). A son tour, la FOSYGA transmet une unité de paiement par capitation (*unidad de pago por capitación*, UPC) aux EPS, permettant de couvrir les

primes des assurés. L'unité de paiement par capitation ajustait initialement le risque selon trois variables : l'âge, le sexe et la zone géographique.

Les ressources collectées par les EPs sont intégrées dans le sous-compte de compensation de la FOSYGA au moyen de mécanismes de compensation, afin d'identifier l'unité de paiement par capitation pour les membres et les personnes bénéficiaires en fonction de leur âge et de leur sexe. Ce sous-compte couvre 1,5 pour cent du financement du régime de santé subventionné.

## **2. Le régime de santé subventionné**

### *a) Les origines du programme*

Dans les années 1980, avant la réforme de 1993, le Système général de sécurité sociale en santé ne couvrait pas plus de 20 pour cent de la population colombienne. La couverture s'étendait uniquement aux employés gouvernementaux affiliés à l'Institut d'assurance sociale (*Instituto de Seguros Sociales, ISS*), caisse de prévoyance locale, ainsi qu'aux enseignants et aux militaires. Le principal problème du système reposait sur la difficulté à assurer un accès aux services de santé aux couches pauvres et vulnérables de la population, en raison des différences régionales significatives et du manque d'entraide entre les personnes pauvres.

Un rapport de l'université de Harvard<sup>xi</sup> datant de mars 1996 explique que l'organisation institutionnelle manquait d'efficacité, ce qui avait pour conséquence de produire des résultats hautement inadaptés pour les dépenses du secteur et de conduire à l'insatisfaction grandissante des usagers.

Avant la réforme, grâce à un régime « caritatif », les personnes n'appartenant pas au Système général de sécurité sociale en santé avaient tout de même accès à des soins de santé dans des centres ou des hôpitaux publics. Concrètement, cela signifiait que l'accès aux meilleurs soins de santé était exclusivement réservé aux personnes qui disposaient de moyens suffisants pour les payer eux-mêmes. La limite du montant des soins dispensés était établie par le prestataire public et variait d'une région à l'autre et d'une institution à l'autre. Il n'existait aucun système de contrôle coordonné et intégré, ni aucun système de référence permettant de répondre de manière adéquate aux problèmes de santé existants.

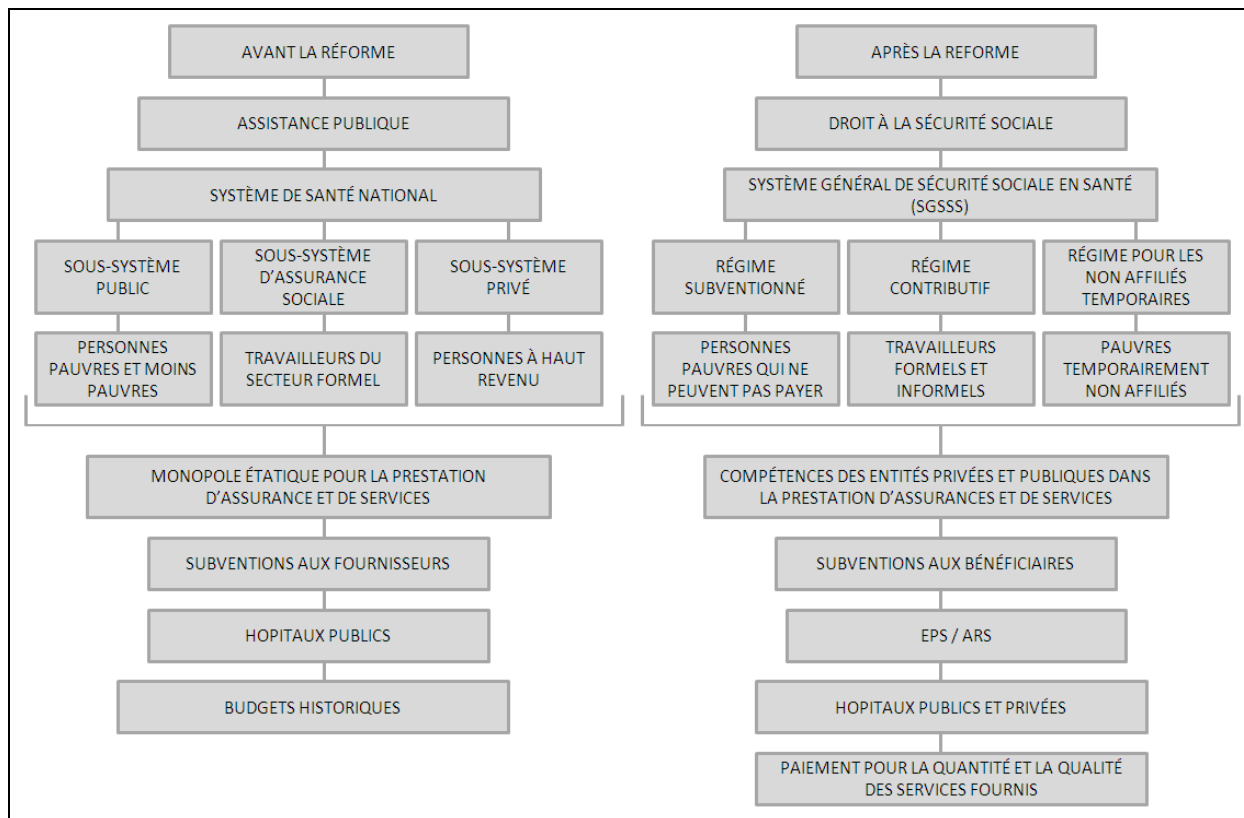
### **Bases légales du régime de santé subventionné**

1. Constitution colombienne, articles 1 et 2, titre II et chapitre II.
2. Loi n°100 de 1993, qui établit le Système de sécurité sociale complet et détermine de nouvelles dispositions.
3. Loi n°715 de 2001, qui définit le règlement relatif aux ressources et aux devoirs de la Constitution politique conformément aux articles 151, 288, 356 et 357 (Loi n°01 de 2001), et détermine de nouvelles dispositions en ce qui concerne l'organisation, entre autres, de la prestation des services de santé et de la scolarisation.
4. Loi n°1122 de 2007, qui incorpore des changements au Système général de sécurité sociale en santé et détermine de nouvelles dispositions.
5. Décret n°1011 de 2006, qui établit le Système obligatoire d'assurance qualité pour les soins de santé fournis dans le cadre du Système général de sécurité sociale en santé.
6. Décret n°050, qui prévoit des mesures pour optimiser le flux de trésorerie du régime subventionné vers le Système général de sécurité sociale en santé.
7. Résolution n°415 de 2009, qui définit la structure et les conditions de fonctionnement du Système général de sécurité sociale en santé et détermine de nouvelles dispositions.
8. Décret n°1964 de 2010 – nouveau flux de ressources.
9. Ordonnance n°2086 de 25010 – Procédure accélérée relative au répertoire des médicaments.
10. Résolution n°2114 de 2010 – Procédures de transferts.
11. Résolution n°1805 de 2010 – Amendements aux comptes principaux.
12. Circulaire externe n°017 de 2010 du ministère des Finances – Règlement des contrats.
13. Circulaire de 2010 relative à la signature numérique.
14. Décret n°1964 de 2010 sur le recrutement.

Comme dans de nombreux pays en développement, les principales causes de décès ou de maladie sont liées au manque d'installations sanitaires de base et d'infrastructures de services publics. Cependant, des maladies chroniques et dégénératives ont commencé à apparaître, en particulier celles liées au style de vie et à l'amélioration de l'espérance de vie, comme le diabète,

l'hypertension, les cancers et les maladies rénales. Cette réalité requiert un changement dans l'approche de l'assurance maladie, et notamment une plus grande implication de la société, ainsi qu'une démarche davantage préventive que curative. Pour atteindre cet objectif, le gouvernement colombien a suivi les tendances internationales des années 1990, entraînant un impact sur la conception et la mise en œuvre de politiques dans le pays.

**Schéma 2** | Principales différences entre le système de santé national et la réforme de la sécurité sociale de 1993.



Note : EPS = Entités promotrices de santé ; ARS = Administrateurs du régime subventionné.

### b) Description

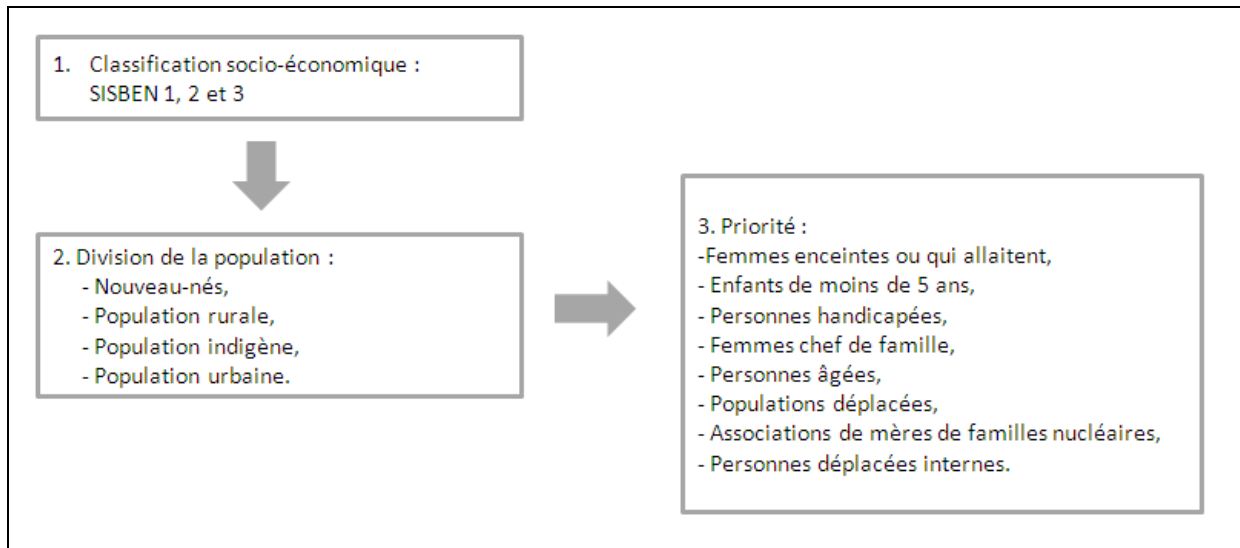
Bien que pouvant être classé dans l'assistance sociale, le régime de santé subventionné est considéré comme une des composantes du Système général de sécurité sociale en santé en raison de son système de financement. Le programme est destiné aux personnes pauvres et indigentes. Ces dernières doivent s'inscrire dans leur municipalité et se soumettre à une évaluation portant sur leurs moyens d'existence. Si elles perçoivent moins qu'un certain niveau de revenu, elles sont sélectionnées et autorisées à s'affilier au régime. Le nombre d'affiliations de personnes pauvres pour chaque municipalité dépend des ressources disponibles.

L'évaluation des moyens d'existence, conçue afin d'identifier les personnes les plus vulnérables au sein d'une municipalité, consiste en un questionnaire nommé Système national d'identification des



bénéficiaires des programmes sociaux (*Sistema nacional de identificación de beneficios de programas sociales*, SISBEN). L'indice SISBEN est calculé à l'échelle des ménages et se compose de six niveaux, le premier étant composé des ménages les plus pauvres. Les personnes obtenant un résultat compris entre les niveaux 1 et 3 peuvent être affiliées au régime de santé subventionné.

## Schéma 2 | Sélection des bénéficiaires



Les bénéficiaires potentiels sont choisis parmi la liste de personnes prioritaires. Le nombre de bénéficiaires respecte les objectifs de couverture définis et varie selon les ressources disponibles dans chaque municipalité. Idéalement, les familles sont affiliées en priorité, bien que cela ne soit pas toujours le cas. Ainsi, l'affiliation d'une personne peut être assurée s'il y a des contraintes budgétaires, notamment dans des situations impliquant des enfants âgés de moins de 5 ans.

En outre, certains groupes de population doivent recevoir une protection spéciale. Ils ne sont pas identifiés au moyen d'enquêtes SISBEN, mais grâce à une liste de recensement préparée par les autorités compétentes dans chaque cas. Ces groupes sont : (a) les enfants abandonnés, (b) les personnes indigentes, (c) les populations en situation de déplacement forcé, (d) les communautés indigènes, (e) les personnes déplacées internes, (f) les personnes âgées abandonnées ou à faible revenu et (g) les populations rurales migrantes.

### c) *Financement*

De nombreuses sources de financement, ainsi que l'implication d'organisations et d'agences ont permis de couvrir l'ensemble de la population et de fournir des services sélectionnés à l'origine dans la couverture de base offerte aux personnes affiliées au régime contributif. Le financement du régime de santé subventionné est assuré par trois mécanismes : les transferts nationaux provenant

des impôts généraux, les cotisations de solidarité en provenance du régime contributif et les efforts des municipalités et des districts :

- l'Etat grâce aux cotisations du budget national ;
- 1,5 pour cent des cotisations reçues par le régime contributif et transférées par la Caisse de garantie et de solidarité (FOSYGA) ;
- la Caisse de compensation familiale avec 5 ou 10 pour cent des revenus des allocations familiales ;
- les institutions régionales (départements, municipalités, districts) grâce aux ressources transférées par l'Etat au moyen du Système général de participation (SGP), et aux fonds accumulés grâce à des mesures régionales relatives aux taxes sur les jeux d'argent et sur les transferts vers les Entreprises territoriales pour la santé (Empresa Territorial para la Salud, ETESA) ;
- les départements et district de la capitale, avec les transferts des ressources vers les départements ;
- 15 pour cent des ressources supplémentaires reçues par les municipalités, les districts et les régions, dans le cadre de l'impôt sur le revenu pour les entreprises pétrolières situées dans les régions de Cupiagua et de Cusiana ;
- la performance financière des ressources mentionnées auparavant.

A l'heure actuelle, 3 159 958 799 dollars ont pu être réunis pour répondre aux besoins des plus pauvres et des plus vulnérables, grâce à l'ensemble des sources de financement mentionné ci-dessus, au financement croisé entre ceux qui ont les moyens et ceux qui ne peuvent pas se le permettre, aux paiements d'impôts généraux, départementaux et municipaux, ainsi qu'aux paiements directs par les patients. Cette somme a permis le renforcement de la couverture, jusqu'à un niveau proche de l'universalisation, et désormais, plus de 23 millions de personnes pauvres et vulnérables bénéficient d'un accès à des soins de santé.

**Tableau 5| Couverture du Système général de sécurité sociale en santé (SGSSS), 2009-2010.**

	<b>Nombre</b>	<b>Population (en %)</b>
<b>Population nationale*</b>	<b>45 508 205</b>	<b>100</b>
Membres du régime contributif**	18 062 855	39,7
Employés liés par contrat et membres du régime subventionné***	23 597 291	51,9

Membres du régime subventionné de la Base de données unique des affiliés (BDUA)	20 772 333	45,6
Régimes spéciaux****	2 222 126	4,9
<b>Nombre total d'affiliés</b>	<b>41 057 314</b>	<b>90,2</b>
<b>Nombre total de personnes prises en charge</b>	<b>43 882 272</b>	<b>96,4</b>
Population sans emploi affiliée au régime subventionné	2 824 958	6,2
Population nationale sans prise en charge	1 625 933	3,6
*Source : Département administratif national de statistiques (DANE), Projection de population 2010.		
**Source : Direction générale de la Planification et de l'Analyse politique (Dirección General de Planeación y Análisis de Política), jusqu'à décembre 2009		
***Jusqu'au 28 mai 2010.		
****Source : Direction générale de la Planification et de l'Analyse politique, jusqu'à juin 2010.		

#### d) *Affiliation*

Le processus d'affiliation doit obligatoirement respecter les étapes suivantes : a) identification et établissement d'un ordre de priorité des personnes à affilier ainsi que des ressources permettant d'assurer la viabilité de l'affiliation, b) obtention de l'autorisation de la Haute Autorité de santé (SuperSalud) pour que les entités promotrices de santé, remplissant les conditions d'admission ou de performances, puissent appliquer le régime d'assurance santé subventionné dans la région de la municipalité concernée, et c) remise par la municipalité concernée de la déclaration d'inscription et de l'autorisation permettant aux EPS d'appliquer le régime subventionné.

Une fois que les conditions préalables sont satisfaites, les districts et les municipalités ont l'obligation d'organiser un appel d'offres qui se doit d'être transparent. Avant cela, toutes les personnes qui pourraient bénéficier du régime subventionné sont appelées selon l'ordre de priorité établi, et en fonction du quota de bénéficiaires déterminé. Les EPS sont conviées à participer à cet appel d'offres pour permettre aux futurs bénéficiaires de choisir librement et équitablement une EPS à laquelle s'affilier. Six à sept mois sont nécessaires entre la publication de la liste des bénéficiaires potentiels (90 – 120 jours) et la tenue de l'appel d'offres. Au cours de cet événement, les personnes invitées doivent choisir l'EPS qu'elles souhaitent, en faire part à un fonctionnaire de la municipalité et remplir le formulaire unique d'affiliation. Elles doivent ensuite se présenter, avec ce formulaire, au stand de l'EPS choisie afin d'être affiliées au régime et de recevoir une carte d'affilié.

Les EPS communiquent ensuite la liste des personnes affiliées pour mettre à jour la base de données unique des affiliés (BDUA). Cette liste a un rôle majeur dans la gestion et la vérification des droits des affiliés, pour le versement de l'unité de paiement par capitation pour chaque personne en droit de bénéficier de l'assurance, ainsi que dans le suivi du système et l'élaboration de statistiques. Une mise à jour mensuelle est alors possible, facilitant le processus de résiliation et de modification d'affiliation.

L'affiliation au régime subventionné se fait à l'échelle municipale et reste effective tant que le bénéficiaire ne s'installe pas dans une autre municipalité. Selon les termes du contrat, lorsqu'un affilié déménage dans une autre municipalité, il doit en avertir l'EPS, quitter le régime après avoir mis fin à son contrat, puis se réinscrire en tant que bénéficiaire potentiel dans sa nouvelle municipalité.

Il se peut également que, pendant la durée du contrat, le revenu ou l'activité des personnes affiliées au régime subventionné changent et leur permettent de cotiser au régime contributif. C'est pourquoi, tous les mois, les bases de données des deux régimes doivent être recoupées afin d'exclure, de manière temporaire ou permanente, les personnes qui remplissent ces conditions.

Ces situations ne permettent pas une portabilité nationale, un accès aux services de santé garantis en cas de mobilité, ni la transition d'un régime à un autre dans des délais limités. Ces questions représentent le défi majeur auquel est confronté le système adopté par le nouveau gouvernement. Ainsi, selon la réforme nouvellement appliquée, la responsabilité de la base de donnée unique des affiliés incombe à la Caisse de solidarité et de garantie, à qui les EPS fournissent des bulletins mensuels qui font état, entre autres, des résiliations d'affiliation en raison d'un déménagement vers une autre municipalité ou de la décision de certains affiliés de basculer vers une autre EPS.

#### Le contrat d'assurance

Une fois que le processus d'affiliation entre en vigueur, un contrat d'assurance est établi entre les institutions locales et l'EPS choisie. Ce contrat prévoit le nombre de personnes couvertes, le montant de l'unité de paiement par capitation (définie pour la période déterminée, par la Commission de régulation en santé – Comisión de Regulación en Salud, CRES), les ressources versées par chaque source de financement, la base de données des membres répondant aux caractéristiques définies, ainsi que les conditions de mise en place du régime subventionné.

Ces contrats, qui ont été modifiés récemment, présentent désormais les caractéristiques suivantes : ils sont électroniques, identiques au sein d'une municipalité et multilatéraux. L'uniformisation de la procédure d'affiliation avec le régime contributif constitue néanmoins un réel défi. En effet, les bénéficiaires du régime contributif sont liés à l'EPS par un formulaire d'adhésion, et non par un contrat. Ces formulaires et les bases de données permettent alors aux EPS d'apporter l'aide nécessaire aux adhérents.

L'institution locale est responsable du suivi et du contrôle des résiliations de contrat par l'EPS qui administre le régime sur le territoire. Cette institution doit donc superviser de manière régulière et officielle l'EPS, et doit contrôler le respect des obligations contractuelles, qui conditionne le versement périodique des ressources.

L'attention portée aux utilisateurs, ainsi que les informations qui leur sont données, constituent un autre mécanisme de suivi du système, grâce auquel les usagers peuvent exprimer leur mécontentement ou faire des suggestions, afin que les services de santé répondent à leurs besoins.

e) *Gestion de l'assurance santé*

Une fois le contrat d'assurance signé, l'EPS doit garantir un accès aux services de santé fournis dans le cadre du régime obligatoire de santé subventionné (Plan Obligatorio De Salud Subsidiado, POSS), services dont la qualité a été définie avec les autorités locales et validée par le Système d'assurance qualité (Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, SOGC).

Dans un premier temps, le Système d'assurance qualité sélectionne et conventionne un certain nombre de prestataires de soins de santé satisfaisant les conditions définies dans la réglementation. Ensuite, il négocie les prix des services fournis, ainsi que des mécanismes de suivi, d'audit, d'identification, de paiement des services et d'accords. Les conditions acceptées par les EPS et par les prestataires de soins de santé (instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS) font l'objet d'un contrat qui établit, en annexe, la base de données des personnes couvertes par ledit contrat.

Seuls 8 pour cent de l'unité de paiement par capitation perçue par l'EPS, peuvent être utilisés pour les frais de gestion administrative. Les 92 pour cent restant doivent servir à garantir l'accès aux services de soins aux membres. De ces 92 pour cent, 60 pour cent doivent faire l'objet d'un contrat avec des institutions publiques de la région.

En outre, les EPS s'engagent à mettre en place un système de référence et de contre-référence permettant aux bénéficiaires d'accéder aux services, quel que soit le niveau de soins requis. Grâce à des partenariats et à des associations d'usagers, les EPS encouragent les bénéficiaires des soins de santé à participer à ce système, afin que leur opinion soit prise en compte et que des ajustements soient faits pour améliorer le système de soins dans son ensemble.

Afin d'offrir une gamme variée de garanties aux risques rencontrés, les EPS entreprennent une étude démographique de la population qu'elles couvrent, ainsi qu'un diagnostic des risques pour la santé. Elles développent ensuite un programme d'assurance maladie, dans le cadre du régime obligatoire de santé subventionné, et élaborent un modèle de soins garantissant l'accès aux initiatives de promotion de la santé, de prévention et de détection précoce, de guérison ainsi que de réadaptation.

Les EPS sont responsables, d'une part, du suivi régulier des indicateurs de qualité des soins de santé et des impacts sur la santé, comme le requiert le Système d'assurance qualité et les accords signés, et d'autre part, de faire part aux autorités de toute défaillance observée et des mesures

prises en place avec les prestataires de soins pour s'assurer du respect des obligations contractuelles. Le tableau 6 montre les résultats de l'évaluation des indicateurs de qualité entre 2007 et 2009.

**Tableau 6 | Indicateurs de qualité des EPS, 2007-2009.**

<b>Indicateurs</b>	<b>2007-1</b>	<b>2007-2</b>	<b>2008-1</b>	<b>2008-2</b>	<b>2009-1</b>	<b>2009-2</b>
Renvoi opportun vers un médecin généraliste (pour un bilan de santé général) (en jours)	2,8	3,1	2,6	2,3	2,8	2,6
Renvoi opportun vers un médecin spécialiste (en jours)	6,6	7,3	7,5	7,4	7,3	8,8
Nombre de <i>tutelas</i> (décision d'une juridiction pour assurer le respect des droits fondamentaux) en cas d'absence de service du POS* ou du POSS*	8 960	66 645	307 690	7 358	4 034	4 262
Prescription de médicaments adaptée, POS (%)	85,5	86,8	87,6	93,5	90,4	90,2
Opérations chirurgicales nécessaires et planifiées (en jours)	12,8	13,9	15,4	15,6	14,2	11,8
Renvoi opportun vers un dentiste général (en jours)	3,7	4	3,9	3,4	3,8	4
Renvoi opportun pour de l'imagerie médicale (en jours)	4,1	4,2	4,1	4	3,6	3,1
Renvoi opportun vers les EPS, ARS, CCF, EA, MP (en heures)	3,7	2,2	2,3	2,6	4,5	5
Proportion des régimes nécessaires de vaccination des enfants de moins de 1 an (%)	54	45,5	66,5	51,8	50	64
Détection à temps du cancer du col de l'utérus (%)	48,1	44,1	58,8	59,4	69,5	59,8
Taux de mortalité dû à une pneumonie chez les personnes de plus de 65 ans (taux x 1 000)	13	10,5	14,6	7,2	8,7	12,2
Taux de mortalité dû à une pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans (taux x 1 000)	4,4	2,1	3,5	2,8	2,6	3
Taux de mortalité maternelle (x 1 000)	51,9	40,6	47,1	41,3	53,2	44,6
Taux de satisfaction générale (%)	71,2	78,7	81,5	81,8	87,1	91,1
Proportion de plaintes résolues dans les 15 jours (%)	83	84,3	74,2	73,5	83	80,4
Taux de transferts depuis les EPS*, ARS*, CCF*, EA*, MP* (%)	0,8	0,4	0,6	1	1,2	0,8

\* ARS : Administrateur du régime subventionné (*Administradora del regimen subsidiado*)  
 \* CCF : Caisse de compensation familiale (*Caja de Compensación Familiar*)  
 \* EA : Entreprise chargée de l'administration (*Empresa administradora*)  
 \* EPS : Entité promotrice de santé (*Entidad promotora de salud*)  
 \* MP : Médicaments prépayés (*Medicina pre-pagada*)  
 \* POS : Régime obligatoire de santé (*Plan Obligatorio de Salud*)  
 \* POSS : Régime obligatoire de santé subventionné (*Plan Obligatorio de Salud Subsidiado*)

f) *Programme de prestations*

Le régime obligatoire de santé subventionné (POSS) fournit un certain nombre des prestations qui ont été définies à l'origine pour le régime contributif dans le cadre du régime obligatoire de santé (POS - destiné aux employés). Néanmoins, le POSS n'offre pas une gamme complète de services et de prestations, c'est pourquoi, il requiert une mise à jour et des améliorations<sup>3</sup>.

Le régime obligatoire de santé subventionné se compose comme suit :

- soins complets pour les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et l'année suivant la naissance de l'enfant ;
- soins avec des niveaux de complexité plus faibles : promotion de la santé, prévention des maladies et mesures pour la guérison prises en charge par les médecins généralistes, les professionnels de la santé sans spécialisation et le personnel d'appui et/ou les auxiliaires médicaux ainsi que par les services de radiologie et les laboratoires médicaux (pour les cas dont la complexité est faible) ;
- soins avec des niveaux de complexité moyens : consultations d'ophtalmologie et d'optométrie pour les personnes de moins de 20 ans et de plus de 60 ans, traitement du strabisme pour les enfants de moins de 5 ans, de la cataracte, des traumatismes et orthopédiques, au moyen notamment de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de chirurgies (appendicectomie, hystérectomie, cholécystectomie, hernies inguinales, crurales et ombilicales, stérilisation masculine et féminine) ;
- cas les plus complexes : troubles cardiaques, aortes thoracique et abdominale, veine cave, artères pulmonaire et rénale, chirurgie destinée aux patients souffrant de maladies du système nerveux central, d'insuffisances rénales chroniques ou aiguës, soins aux personnes brûlées, soins aux patients séropositifs ou atteints du sida, soins aux personnes atteintes de cancers, pose de prothèses totales ou partielles au niveau de la hanche ou du genou, et soins intensifs.

Le défi majeur auquel est confronté la Colombie en termes de contenu de santé consiste à offrir des programmes de prestations universels, mis à jour et équitables, quelle que soit la situation de travail des personnes couvertes. En conséquence, la Commission de régulation en santé (Comisión

---

<sup>3</sup> La loi n°100 prévoit deux paquets de santé uniformes : le Régime obligatoire de santé (Plan Obligatorio de Salud, POS) pour les personnes qui cotisent, et le Régime obligatoire de santé subventionné (Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POSS) pour les personnes touchant des allocations. Le paquet de santé du POSS est moins complet mais inclut des services d'urgences et de soins.

de Regulación en Salud, CRES) met au point des orientations techniques qui visent à couvrir les différentes pathologies. En outre, le nouveau gouvernement a défini des stratégies pour atteindre le financement nécessaire à l'uniformisation des programmes de prestations pour toute la population colombienne, d'ici 2014 au maximum.

#### g) Paiement par capitation

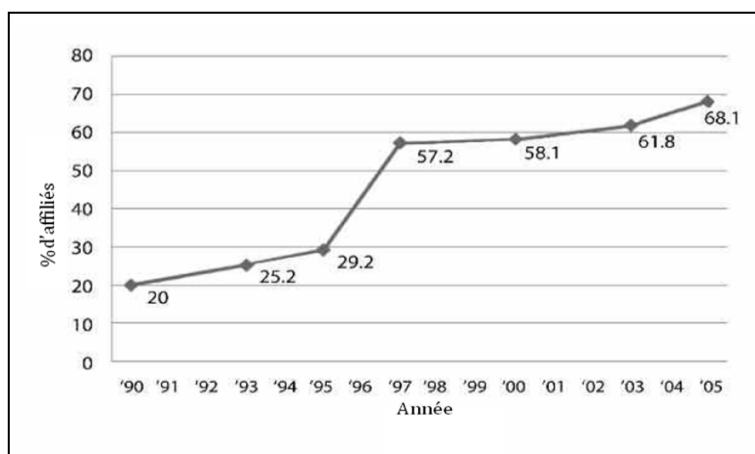
L'unité de paiement par capitation (unidad de pago por capitación, UPC) correspond à la valeur annuelle de la subvention pour la santé, qui est définie par la Commission de régulation en santé, et est identique pour toutes les personnes affiliées au régime subventionné. Régulièrement, les différentes sources de financement transfèrent l'UPC sur un compte principal, auquel les municipalités, les districts et les départements doivent se conformer. Les sommes reçues sont mises en commun avec les ressources provenant des municipalités, des districts et des départements – disponibles sur le compte principal – et doivent être versées aux EPS avec deux mois d'avance. Ce flux de ressources a engendré des retards et a conduit à des pertes financières. Ainsi, le nouveau gouvernement doit faire face à un défi inédit : assurer le transfert des ressources directement vers les EPS, afin de permettre à ces dernières de « suivre » un affilié même s'il déménage ou si son statut socio-économique évolue.

Dans certaines régions, l'unité de paiement par capitation est ajustée en fonction des risques. En effet, dans les zones les plus reculées de la Colombie, les grandes villes et leurs alentours, la population requiert davantage de prestations et de services de santé, et présente une plus forte concentration de maladies coûteuses à traiter.

#### h) Effet du régime subventionné

##### Accès

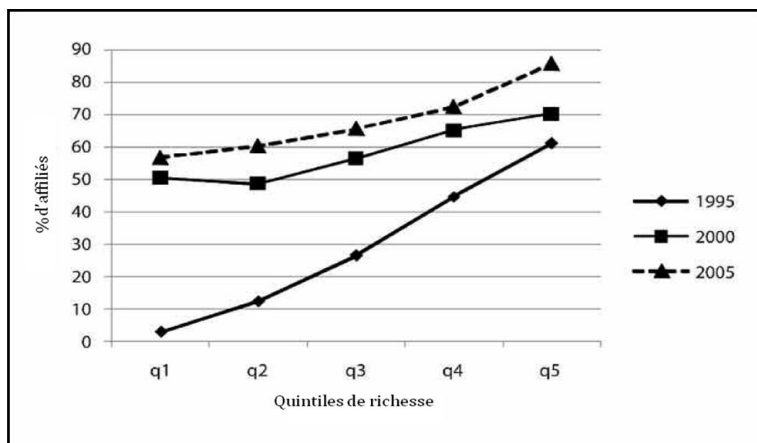
En Colombie, les progrès réalisés et les défis relevés en termes d'équité en santé montrent que, suite à la réforme de 1993, l'accès au Système général de sécurité sociale en santé a augmenté, passant de 20 pour cent en 1990 à 68,1 pour cent en 2005.



**Graphique 1** | Affiliation au Système général de sécurité sociale en santé, 1990-2005.



Les données montrent que l'affiliation a augmenté, indépendamment du lieu ou de la région de résidence, du sexe ou du niveau de richesse des personnes. De plus, c'est au sein des groupes les plus pauvres que le taux d'affiliation a le plus augmenté.



**Graphique 2** | Affiliation au Système général de sécurité sociale en santé, par quintiles de richesse, 1995-2005.

Selon les données relatives à l'état de la couverture en Mars 2010 (tableau 7), 89,8 pour cent de la population de la Colombie bénéficie d'une couverture santé effective. En outre, une fois que le quota de financement d'affiliation au régime subventionné sera appliqué, la couverture totale atteindra 95,1 pour cent de la population.

**Tableau 7** | Population couverte par le Système général de sécurité sociale en santé, 2009.

	Valeur	Pourcentage
<b>Population nationale*</b>	<b>45 399 789</b>	<b>100,0</b>
Membres du régime contributif**	17 687 031	39,0
Membres sous contrat du régime subventionné	23 300 617	
Dont les membres du régime subventionné BUAD	20 888 536	46,0
Régimes spéciaux***	2 192 197	4,8
<b>Nombre total de membres</b>	<b>40 767 764</b>	<b>89,8</b>
<b>Nombre total de personnes financées</b>	<b>43 179 845</b>	<b>95,1</b>
Population sans emploi affilié au régime subventionné	2 412 081	
Population nationale sans financement	2 219 944	4,9

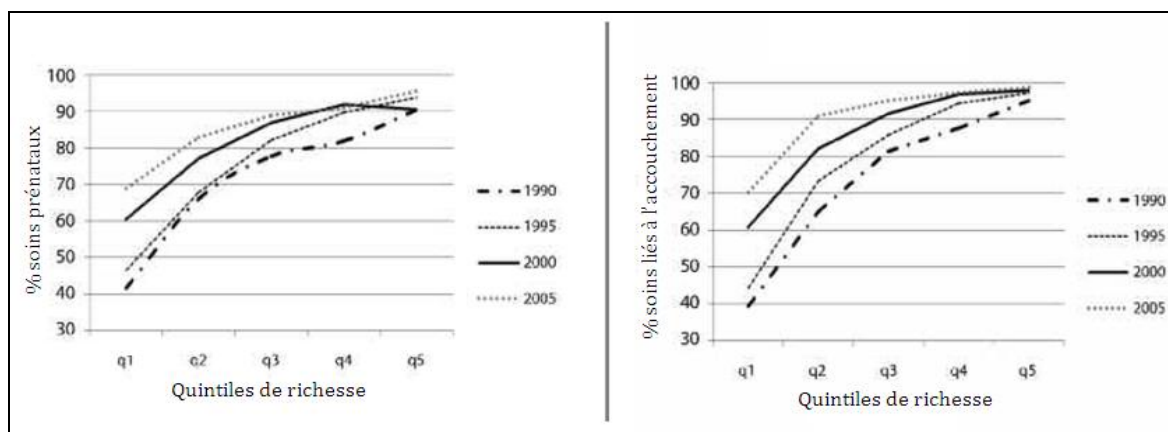
\*Source : Département administratif national de statistiques (DANE), Projection de population, jusqu'au 24 mars.  
\*\* Source : Conseil d'administration général pour l'analyse de politiques et de programmes, moyenne des membres pour une période de cotisations.  
\*\*\* Source : Ministère de la Protection sociale, jusqu'à décembre 2009.

### Utilisation des services : les soins professionnels

Le régime subventionné a favorisé l'utilisation des services de santé, notamment au sein des groupes les plus pauvres et de la population rurale qui utilisent cinquante pour cent plus de services de santé que les personnes non-assurées. Malgré une diminution des inégalités en termes d'utilisation des soins, il existait toujours en 2005 des cas d'iniquité – relatifs essentiellement au

niveau de richesse (graphique 3). Les progrès réalisés en matière de réduction des inégalités font suite à la réforme du système de santé, et plus précisément à la mise en place du régime subventionné. En effet, l'affiliation à ce dernier permet aux personnes les plus pauvres d'accéder plus facilement aux services de santé.

**Graphique 3** | Pourcentage de soins prénataux et de soins liés à l'accouchement en fonction des quintiles de richesse, 1995-2005.



### Équité

La réforme de la santé a eu pour conséquence d'augmenter la subvention de santé versée aux groupes de population les plus pauvres, de 6,2 pour cent en 1992 à 49,2 pour cent en 2009 pour le premier quintile de la population.

**Tableau 8** | Transfert en tant que pourcentage du revenu.

Quintile	1992 (Molina, Giedion, 1995) <sup>xii</sup>		2003 (la présente étude de cas)			
	Population totale		Population totale	Membres du régime contributif	Membres du régime subventionné	Population non affiliée
1	6,2		49,2	20,9	120,1	45,4
2	3,7		16,2	7,5	40,4	13,4
3	1,8		8,7	2,7	24,4	7,0
4	1,0		3,7	-1,3	15,3	4,1
5	0,1		-2,9	-4,8	7,1	1,3
Moyenne	1,2		1,9	-1,2	18,2	4,7

En 2003, les sommes versées aux groupes les plus pauvres de la population, au titre de l'affectation de ressources publiques et de la solidarité du système général, ont représenté une augmentation de cinquante pour cent des revenus des familles appartenant à ces groupes.

### Effets du régime sur la pauvreté

Les transferts nets réalisés par le Système général de sécurité sociale en santé et visant à fournir des services de santé, ont réduit la pauvreté de plus de deux points de pourcentage, et les inégalités de plus de trois points. Etant donné que les populations les plus pauvres touchent davantage de prestations, le niveau d'équité s'est amélioré. Suite aux transferts réalisés par le système, les trois indicateurs de pauvreté (incidence, intensité et gravité) ont reculé, notamment au sein des groupes les plus pauvres de la population.

#### *i) Degré de coordination avec les autres programmes*

Chaque programme ou système a pour vocation d'empêcher, de mitiger ou de vaincre les risques sociaux et professionnels. Ces programmes sont à l'origine de la réduction, plus ou moins importante, du degré de vulnérabilité des familles et des individus, et fournissent une protection en cas de perte d'emploi ou de revenu, de problèmes de santé ou de diminution de la capacité à travailler, etc. Les régimes subventionné et contributif interagissent directement entre eux, notamment en ce qui concerne la mobilité des affiliés entre les deux régimes et la cotisation de solidarité de 1,5 pour cent. Maintenir les programmes de protection des différents groupes de la population, y compris de ceux qui n'ont pas les moyens de cotiser, est essentiel pour garantir que ces derniers ne tombent pas dans la pauvreté lorsqu'ils vieillissent ou dans le cas où leur statut socio-économique se détériore.

Une coordination des programmes (voir section suivante) en fonction des résultats de santé de la population, ainsi qu'une complémentarité entre les mesures spécifiques visant à assurer la santé sont nécessaires pour avoir davantage de poids sur les indicateurs de santé et sur l'éradication de la pauvreté, au sein des groupes les plus pauvres et les plus vulnérables de la population. Les mesures visant à assurer la santé devraient constituer une passerelle vers un système de protection social garanti par des éléments d'assistance sociale.

#### *j) Situation des bénéficiaires après affiliation*

En prenant en charge les dépenses directes pour les patients, le régime subventionné a grandement participé à la réduction de la pauvreté chez ses affiliés. En effet, il leur permet de couvrir d'autres dépenses, d'améliorer leur statut socio-économique et de remplir les conditions pour intégrer le marché du travail.

Une articulation et une coordination des programmes de protection sociale assurent une augmentation conséquente de la population en état de travailler et une diminution marquée du taux de pauvreté après l'introduction de mesures visant à assurer la santé.

De la même façon, afin de garantir aux bénéficiaires du régime subventionné de meilleures conditions de vie qui sont essentielles à la population toute entière, il est nécessaire d'assurer un degré de mobilité entre les deux régimes, de continuer à protéger les prestations sociales des travailleurs, de poursuivre l'extension de la protection des revenus, et d'améliorer les prestations fournies aux personnes pauvres.

## **LE PROGRAMME D'ASSISTANCE SOCIALE**

---

Le programme d'assistance sociale se compose de différents mécanismes qui fournissent, à ceux qui n'ont pas la capacité ou les moyens financiers, des allocations pour leur permettre de mener une vie digne, notamment au cours des stades critiques de la vie.

- **Formation professionnelle.** Grâce au Service national d'apprentissage (Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA), le système offre des formations techniques aux salariés et sous-employés pour leur permettre d'intégrer le marché du travail. Le SENA organise également des activités relatives au développement technologique, à la communauté et au commerce. Le financement de ce service est assuré avec 2 pour cent des ressources provenant des cotisations sociales des entreprises.
- **Renforcement des liens familiaux et de la protection de mineurs.** Le Système de prévoyance familiale (Servicio Público de Bienestar Familiar, SPBF) est un service public dont la responsabilité incombe à l'Etat. En outre, il fait l'objet d'un régime juridique établi par la loi.

Le système de prévoyance familiale renforce les liens entre les membres des familles et leur permet d'accéder à des formations et à une scolarisation continue. Afin de permettre aux enfants et aux jeunes adultes de s'épanouir, le système travaille avec les familles et la communauté pour leur offrir un soutien permanent et continu.

Le SPBF donne la priorité aux résidents des zones rurales et urbaines pauvres, aux personnes vulnérables, ainsi qu'aux enfants dont le risque de négligence, de malnutrition, de danger psychologique et/ou physique est élevé.

- **Programme « Familias En Acción ».** Il s'agit d'une initiative nationale du gouvernement qui vise à fournir des subventions alimentaires et éducatives aux enfants provenant des familles les plus pauvres, des familles déplacées et des familles appartenant à des communautés indigènes. Le programme prévoit une aide financière directe destinée aux mères de famille, sous réserve d'un engagement de la famille en termes d'éducation

(assurer l'assiduité scolaire des enfants) et de santé (s'engager à amener les enfants aux bilans de santé prévus).

- **Régime de protection pour les chômeurs.** Créé pendant la crise économique et géré par le ministère de la Protection sociale, ce régime a pour objectif de fournir des allocations temporaires aux chômeurs. Cette aide n'est versée qu'à la demande de l'Etat et après approbation du Conseil national des politiques économiques et sociales. Les ressources financières de ce régime proviennent : a) du budget national, b) de sommes allouées par les autorités locales pour les programmes et les projets de protection sociale, c) de dons, d) du retour sur investissement des sommes mentionnées au préalable, et e) des rendements financiers des excédents de liquidités et, en général, des autres fonds reçus. Ces ressources sont déposées sur un compte spécial, la Caisse d'allocation pour le travail et le chômage, dont la responsabilité incombe au ministère du Travail et de la Sécurité sociale.

Ce régime fournit des services aux personnes au chômage qui étaient affiliées à la Caisse de compensation familiale. Les bénéficiaires, ainsi que les personnes à leur charge, peuvent ainsi avoir accès au système éducatif, aux formations, ainsi qu'aux programmes de tourisme social et de divertissement (à la charge de la Caisse de compensation familiale). L'accès à ces services reste identique à celui dont ils bénéficiaient avant d'avoir quitté le régime, et est valable un an à partir du moment où la dernière caisse à laquelle les bénéficiaires étaient affiliés les déclare au chômage.

En outre, les travailleurs qui ont cotisé à une Caisse de compensation familiale pendant 25 ans ou plus et qui touchent une retraite, sont en droit d'accéder aux programmes de tourisme social, de formation et de divertissement, aux taux les plus bas pratiqués par chaque Caisse de compensation familiale. Il existe deux autres régimes destinés aux chômeurs. Le premier est le système d'assistance destiné aux chômeurs ayant été affiliés au Caisse de compensation familiale. Les chefs de familles qui se retrouvent au chômage après avoir cotisé à cette caisse pendant au moins un an au cours des trois dernières années précédant leur demande d'assistance ont accès aux prestations mentionnées ci-dessous, dans la limite d'une seule utilisation et jusqu'à épuisement des ressources – les prestations sont prises en charge par le Fonds pour la promotion de l'emploi et protection des chômeurs – :

- a) une allocation dont le montant équivaut à une fois et demie le salaire minimum obligatoire. Le versement de cette allocation, qui est échelonné sur 6 mois, s'effectue au moyen de prestations de santé et/ou de coupons alimentaires

et/ou de services éducatifs. Le fonds alloue, à cette fin, 30 pour cent de ses ressources à la promotion de l'emploi et à la protection des chômeurs ;

- b) une formation pour permettre le placement dans l'emploi. La Caisse de compensation familiale utilise pour ce programme, au maximum, 25 pour cent des ressources destinées à la promotion de l'emploi et à la protection des chômeurs.

Le deuxième régime a pour vocation de **soutenir les personnes au chômage qui n'ont pas été affiliées à la Caisse de compensation familiale**. Ce dernier a mis en place un régime d'assistance et de promotion de l'emploi pour les chefs de familles n'ayant jamais cotisé à la Caisse de compensation familiale. Cette caisse consacre à cette fin, 5 pour cent des ressources du Fonds pour la promotion de l'emploi et la protection des chômeurs. Les bénéficiaires reçoivent alors une allocation dont le montant équivaut au salaire minimum obligatoire. Le versement de cette allocation qui est échelonné sur 6 mois s'effectue au moyen de prestations de santé et/ou de coupons alimentaires et/ou de services éducatifs. Les bénéficiaires prioritaires sont les artistes, les écrivains et les sportifs qui étaient membres d'associations relatives à leur activité, ou qui peuvent prouver qu'il s'agissait de leur véritable occupation professionnelle. Conformément aux termes et conditions établis dans la réglementation, ces personnes doivent justifier d'une incapacité à payer, pour pouvoir bénéficier de ces prestations.

En raison du manque de coordination entre les autres régimes de protection destinés aux populations les plus pauvres et les plus vulnérables, les bénéficiaires sont confrontés à un problème majeur : il leur est difficile d'accéder aux mesures de protection sociale.

## **AMELIORATIONS ET DEFIS FUTURS**

---

Les défis futurs du Système général de sécurité sociale en santé consisteront à :

- Garantir la viabilité du programme en mettant en place des mécanismes pour protéger les ressources financières contre l'instabilité économique. A l'heure actuelle, toutes les unités de paiement par capitation proviennent de trois sources de financement qui doivent être renouvelables sur le long terme : ressources de solidarité des contribuables, ressources du système général de participation perçues des impôts provinciaux, et un certain pourcentage des impôts locaux et provinciaux. Quand les pronostics relatifs à la croissance de l'emploi ne se révèlent pas justes, la deuxième source de financement la plus importante, c'est-à-dire la Caisse de solidarité et de garantie (FOSYGA), est menacée.

- Garantir un niveau de transférabilité entre les régimes d'assurance subventionnés permettant aux bénéficiaires d'exercer leur droit à une protection, indépendamment de leur mobilité.
- Mettre en œuvre des mécanismes automatiques permettant aux personnes, qui ne sont plus en mesure de payer leurs cotisations ou inversement qui ont les moyens de payer, de modifier leur affiliation à un régime. Pour cela, il faut que le mode opératoire des régimes soit très similaire.
- Identifier et diffuser à grande échelle les progrès réalisés par le Système. En effet, ce dernier doit être mis en place et renforcé grâce à une stratégie de communication en santé visant à accroître le sentiment d'appartenance au système et à favoriser la communication entre les utilisateurs concernant les processus de prise de décisions.

---

<sup>i</sup>Banque mondiale, *Indicateur du développement dans le monde*, 2008.

<sup>ii</sup> OMS, Observatoire mondial de la santé, 2008.

<sup>iii</sup> OMS, UNICEF, UNFPA et la Banque mondiale, Observatoire mondial de la santé, 2005.

<sup>iv</sup> Banque mondiale, *Indicateur du développement dans le monde et Global Development Finance*, 2008.

<sup>v</sup> *Comisión intergremial*, 2009.

<sup>vi</sup> Département administratif national de statistiques (*Departamento Administrativo Nacional de Estadística*), 2009.

<sup>vii</sup> DANE (Département administratif national de statistiques), 2009.

<sup>viii</sup> Département de Planification nationale, 2009.

<sup>ix</sup> Ibid.

<sup>x</sup> PNUD, *Rapport sur le développement humain*, 2009.

<sup>xi</sup> Projet de réforme du système de santé en Colombie, *Report on Colombia Health Sector Reform and Proposed Master Implementation Plan*, Harvard School of Public Health, Boston, 1996.

<sup>xii</sup> Molina, C. G., Giedion, U., Rueda, M. C. et Alviar, M., « *El Gasto Público en Salud y Distribución de Subsidios en Colombia* », *Estudio de Incidencia del Gasto Público Social*, FEDESARROLLO, Département national de Planification, Santafé de Bogotá, 1994.