



# Chine

Superficie	9 640 821 km <sup>2</sup>
Population <sup>i</sup>	1 335 000 000
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population urbaine (%)</li> <li>• Population rurale (%)</li> </ul>	<p>46,6</p> <p>53,4</p>
Répartition par âge	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-14 ans (%)</li> <li>• 15-64 ans (%)</li> <li>• 65 ans et plus (%)</li> </ul>	<p>20,5</p> <p>71,5</p> <p>7,9</p>
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) pour les deux sexes <sup>ii</sup>	18
Espérance de vie à la naissance (années) pour les femmes	74,9
Espérance de vie à la naissance (années) pour les hommes	71,4
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) <sup>iii</sup>	45
PIB par habitant	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En dollars E.-U.<sup>1</sup> courants<sup>iv</sup></li> <li>• PPA (en dollars internationaux courants)<sup>v</sup></li> <li>• Monnaie locale constante</li> </ul>	<p>3 267</p> <p>5 971</p> <p>22 698 yuans</p>
Dépenses totales dans la sécurité sociale en pourcentage du PIB	4,19
Dépenses publiques dans la sécurité sociale en pourcentage du PIB	3,87
Dépenses publiques dans la sécurité sociale en pourcentage des dépenses publiques totales	18,61
Taux de chômage <sup>vi</sup>	4,3
Rang pour l'indice de développement humain (IDH) <sup>vii</sup>	92
Indicateurs de pauvreté de l'IDH – rang pour l'indice de pauvreté humaine	36

Remarque : dans la présente étude de cas, les valeurs utilisées sont 1 dollar = 6,77 RMB/yuans au taux de change officiel et 1 dollar = 3,8 RMB/yuans PPA.

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

# Vers un système d'assurance-maladie de base en milieu rural

8

Zhenzhong Mao

Wei Fu

Xuefei Gu

Yuanping Wang

Chine

## Résumé

Le nouveau régime d'assurance-maladie coopérative en milieu rural (New Cooperative Medical Scheme, ou NCMS) et le régime d'assistance médicale (Medical Assistance Scheme, ou MAS) ont été créés indépendamment l'un de l'autre en 2002. Ce sont les principaux régimes d'assurance-maladie destinés aux personnes vivant en milieu rural et aux populations pauvres de Chine.

### Le nouveau régime d'assurance-maladie coopérative en milieu rural (NCMS) :

- la population cible se compose de l'ensemble des personnes vivant en milieu rural ;
- l'accès se fait sur une base volontaire ;
- une partie des dépenses de santé des bénéficiaires est remboursée dans le cas de soins hospitaliers ou ambulatoires, pour certaines maladies graves prédéfinies ou encore pour un accouchement ou des examens médicaux. Le taux de remboursement des soins hospitaliers était d'environ 39,82 pour cent en 2009 ;
- 833 millions de personnes étaient assurées à la fin 2009 et le taux d'inscription était de 94 pour cent de la population cible, soit environ 62 pour cent de la population chinoise ;
- les ressources financières proviennent de sources multiples : les prestations reversées aux bénéficiaires sont financées aussi bien par l'Etat central que par les autorités locales. Les ménages des paysans bénéficiaires reversent en outre des cotisations et le financement est complété par des dons en provenance du secteur social.

### Le régime d'assistance médicale (MAS) :

- la population cible se compose des personnes pauvres habitant en zone rurale ;
- une assistance financière est fournie, ainsi que des exonérations aux groupes pauvres et à faible revenu pour les dépenses de santé extraordinaires et certaines maladies courantes ;
- le financement provient principalement des recettes publiques (Etats locaux et Etat central, y compris de la loterie pour le bien-être social) et de donations du secteur social.

Grâce à ces deux régimes, l'aide apportée aux ménages vivant en milieu rural, en particulier aux ménages pauvres, afin de leur permettre de faire face aux dépenses de santé, a été considérablement renforcée. Ainsi, la part des dépenses à la charge du patient est passée de 80 à 60 pour cent environ, alors qu'au même moment, celles à la charge des paysans, en pourcentage net de leur revenu par personne, passaient de 74 pour cent à 44 pour cent.

Cependant, les frais d'hospitalisation à la charge des patients restent très élevés (environ 60 pour cent, contre 70 pour cent quelques années auparavant), excluant de facto les populations pauvres. C'est pourquoi le nouveau régime d'assurance-maladie coopérative en milieu rural ne peut à lui seul résoudre le problème de l'accessibilité et de l'équité. Dans les faits, ces derniers utilisent un nombre de services de loin inférieur au reste de la population. Cet état de fait ne saurait changer qu'à la faveur d'une intégration du régime d'assistance médicale (MAS) au NCMS, et du remboursement partiel ou intégral des dépenses incombant à ces populations pauvres, afin que la part des dépenses à leur charge ne dépasse pas les 20 pour cent.

En 2009, les dépenses totales au titre du NCMS s'élevaient à environ 92,29 milliards de yuans, contre 5,99 milliards de yuans pour le MAS. Rapportées au PIB global (33 535,3 milliards de yuans), ces dépenses sont toutefois négligeables. Celles-ci représentent des prestations nettes en faveur des bénéficiaires (hors dépenses administratives, financées sur les recettes publiques et non publiées).

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dépenses au titre du NCMS (100 millions de yuans)	26,4	61,8	155,8	346,6	662,0	922,9
Dépenses au titre du MAS (100 millions de yuans)	4,4	7,8	--	28,1	38,3	59,9
Produit intérieur brut (100 millions de yuans) pour l'exercice considéré	159 878	183 217	211 924	257 306	300 670	335 353

Source : 2010 Chinese Health Statistical Digest, ministère de la Santé (disponible à l'adresse : <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjty/digest2010/index.html>).

## A propos de l'auteur

*Zhenzhong Mao*, professeur, responsable du département d'économie de la santé, université du Sichuan.

*Wei Fu*, ministère de la Santé.

*Xuefei Gu*, Institut chinois d'économie de la santé, ministère de la Santé.

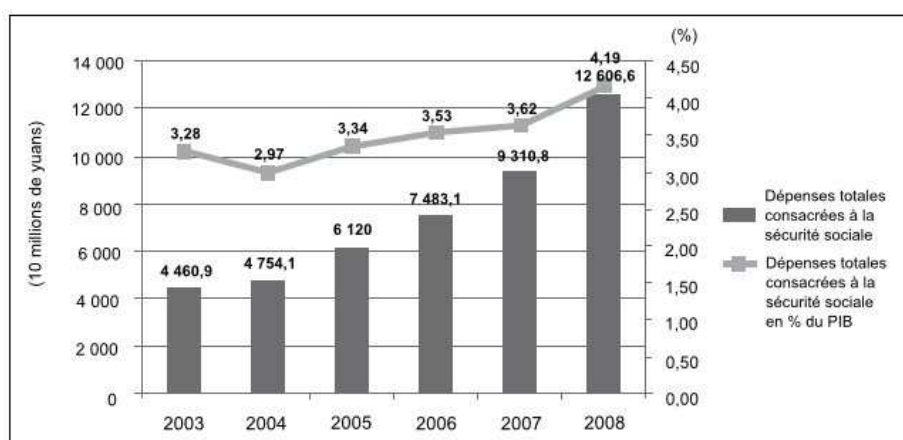
*Yuanping Wang*, Institut chinois d'économie de la santé, ministère de la Santé.

## INTRODUCTION

Le XXI<sup>e</sup> siècle a été le témoin des nombreuses améliorations portées au système d'assurance-maladie chinois en milieu rural. En outre, de nouvelles possibilités s'offrent à la Chine en raison de la place de choix qu'occupe désormais le système d'assurance-maladie dans la réforme actuelle de la protection sociale. La présente étude de cas se propose de donner un aperçu du système d'assurance-maladie en milieu rural, en le resituant dans le contexte général, afin de permettre une meilleure compréhension de son développement et de son état actuel.

## CONTEXTE

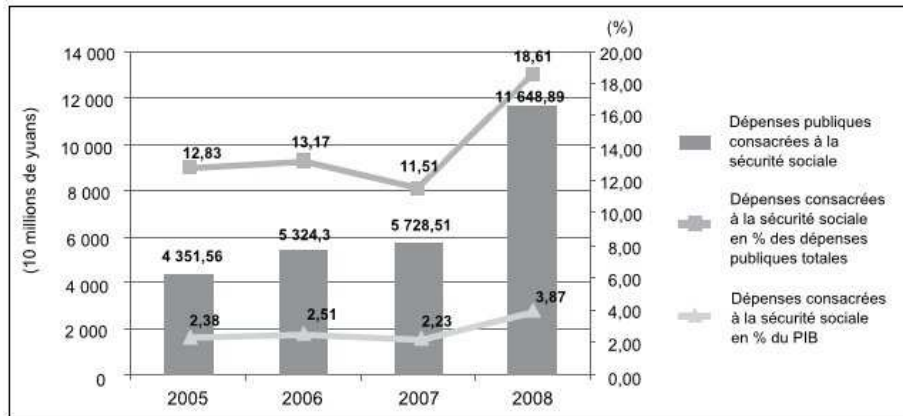
Au cours des 30 années qui ont suivi la réforme, la Chine a enregistré des progrès considérables dans pratiquement tous les domaines relatifs au développement humain, qu'il s'agisse de la lutte contre la pauvreté, de l'éducation, de la santé ou de la sécurité sociale. Au même moment, les dépenses totales consacrées à la sécurité sociale, de même que leur part dans le PIB, se sont rapidement accrues (graphique 1), passant entre 2003 et 2008 de 44,6 milliards de yuans à 126,1 milliards de yuans (soit un facteur de 2,83) respectivement, et de 3,28 pour cent à 4,19 pour cent. De la même manière, les dépenses publiques consacrées à la sécurité sociale en pourcentage du PIB et des dépenses publiques totales ont fortement augmenté, comme l'illustrent les graphiques 1 et 2.



**Graphique 1** | Evolution des dépenses totales consacrées à la sécurité sociale et de leur part dans le PIB.

*Sources* : les dépenses consacrées à la sécurité sociale comprennent les dépenses de 2003-2008 au titre du nouveau régime d'assurance-maladie coopérative en milieu rural, telles que publiées dans le *2010 China Health Statistics Summary* disponible sur le site du ministère de la Santé ; ainsi que les dépenses pour l'assurance retraite, l'assurance-maladie, l'assurance

chômage, l'assurance contre les accidents du travail et l'assurance maternité publiées dans le *2003-2009 Statistical Statement on Labour and Social Security Undertakings* sur le site du ministère des Ressources humaines et de la Sécurité sociale. Les données relatives aux dépenses consacrées à la protection sociale et à l'assistance sociale proviennent du *2003-2009 Statistical Report on Civil Affairs Development*, publié sur le site du ministère des Affaires civiles. Les données concernant le PIB proviennent du *2009 China Statistical Yearbook* du Bureau national des statistiques.



**Graphique 2 |**  
 Dépenses totales consacrées à la sécurité sociale en pourcentage des dépenses publiques totales et du PIB

*Sources* : les données concernant les dépenses consacrées à la sécurité sociale proviennent du tableau relatif à la sécurité sociale et à l'emploi publié dans le *2005-2008 National Financial Settlement Report* du ministère des Finances<sup>2</sup>. Les données relatives aux dépenses publiques en matière de santé liées à la sécurité sociale ont été publiées dans le *2009 Study Report on China's National Health Account*<sup>3</sup>. Les données concernant les dépenses fiscales proviennent du *2005-2008 National Financial Settlement Report* du ministère des Finances et celles relatives au PIB sont tirées du *2009 China Yearbook* du Bureau national des statistiques.

Dans le même temps, la croissance rapide et durable que connaît la Chine a permis d'augmenter le nombre d'emplois, d'accroître les revenus et de réduire la pauvreté. En Chine, fin 2009, 35,97 millions de personnes résidaient en zone rurale et vivaient sous le seuil de

<sup>2</sup> Comprenant différents volets, dont les services de sécurité sociale et de l'emploi, la gestion des affaires civiles, les ressources financières allouées au financement de la sécurité sociale, les primes du fonds national de sécurité sociale, les subventions pour la réforme des entreprises, les pensions de retraite, l'aide à l'emploi, les pensions en cas de décès, la réinsertion des militaires révoqués, la protection sociale, les services en faveur des personnes handicapées, les indemnités de subsistance en faveur des citoyens, d'autres services d'aide sociale dans les villes et les collectivités, l'aide sociale en milieu rural, l'aide d'urgence en cas de catastrophe naturelle et les services de la Croix-Rouge.

<sup>3</sup> Ces dépenses comprennent l'assurance-maladie de base pour les salariés urbains, l'assurance-maladie de base pour les résidents urbains, le nouveau régime d'assurance-maladie coopérative en milieu rural, le régime d'assistance médicale dans les régions urbaines et rurales, les coûts de fonctionnement liés à la santé des unités de service public et les indemnités pour les dépenses médicales des salariés d'entreprise.

pauvreté rural officiel, fixé à 1 196 yuans par les autorités nationales en 2009. D'après le rapport de la Banque mondiale<sup>viii</sup>, 254 millions de Chinois vivaient encore avec moins de 1,25 dollar par jour en 2005 (en parité de pouvoir d'achat), faisant de la Chine le deuxième pays comptant le plus de pauvres, derrière l'Inde.

Les progrès réalisés dans les réformes sociales et économiques ont permis à la population chinoise de bénéficier de meilleures conditions de vie, d'un plus haut degré d'instruction et d'une espérance de vie supérieure, comme en témoigne la hausse considérable de l'indice de développement humain (IDH) du pays. En 2009, celui-ci était de 0,793, avec une valeur de 0,773 en matière d'espérance de vie et respectivement 0,923 et 0,683 pour l'éducation et le PIB. Des chiffres de loin supérieurs à ceux de 2000, qui s'élevaient alors à 0,726 pour l'IDH, à 0,80 pour l'espérance de vie, à 0,76 pour l'éducation et à 0,61 pour le PIB.

## **LE SYSTEME DE SECURITE SOCIALE EN CHINE**

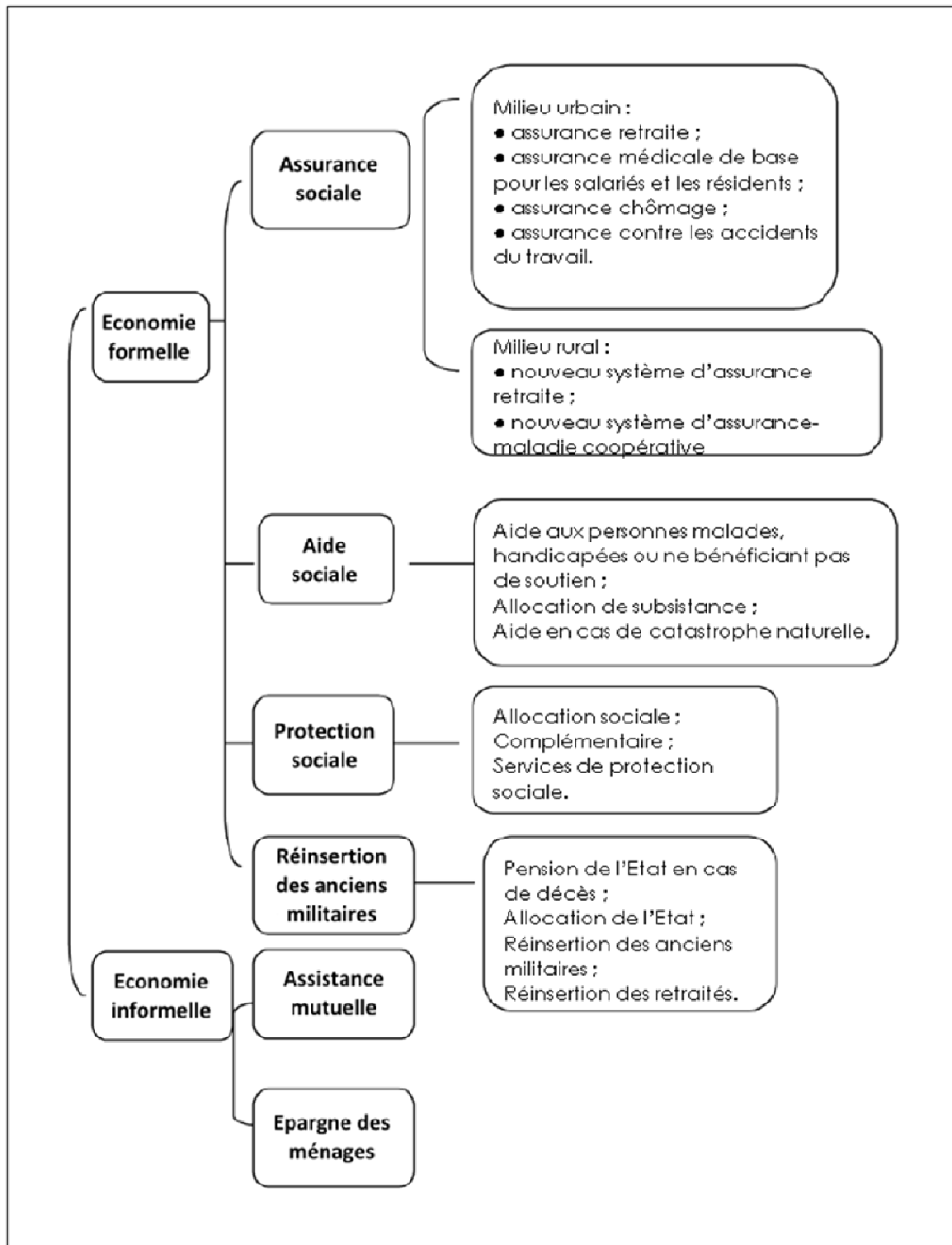
---

Dans les premières décennies qui ont suivi la réforme économique, les politiques étaient axées sur le développement économique par le jeu des forces du marché. Ce faisant, le développement social, et avec lui le secteur social, a été laissé de côté.

La ligne directrice de l'Etat central a cependant évolué. S'appuyant sur le Concept de développement scientifique comme principe pour le développement national, l'Etat a érigé la création d'une société harmonieuse en principal objectif du progrès social, tout en replaçant la population au centre des préoccupations de l'administration publique pour le XXI<sup>e</sup> siècle. Il a pris l'engagement solennel de garantir l'accès universel à la sécurité sociale, et a élaboré pour cela un système de sécurité sociale, couvrant les régions urbaines et rurales, et faisant partie intégrante de ses actions destinées à accroître les moyens de subsistance, favoriser les progrès socio-économiques et assurer la stabilité sociale. Les progrès accomplis par la Chine à cet égard sont éloquentes. A l'heure actuelle, la sécurité sociale comprend l'assistance sociale, le placement des anciens militaires, l'aide sociale, un service de logement et l'assurance sociale, cette dernière constituant l'élément central (schéma 1). Dans les villes, l'Etat a mis en place un système d'assurance sociale reposant sur cinq piliers et comprenant l'assurance retraite, une assurance médicale de base en faveur des personnes travaillant ou habitant en ville, une assurance chômage, une assurance contre les accidents du travail et une assurance maternité

(tableau 1). Des programmes d'aide sociale ont également été créés, offrant notamment des allocations de subsistance ou une assistance médicale. En milieu rural, l'Etat a instauré le nouveau régime d'assurance-maladie coopérative et devrait prochainement mettre en place un système d'allocations de subsistance. Il envisage, en outre, la création d'un système d'assurance retraite.

**Schéma 1** | Le système de sécurité sociale en Chine.



Source : Li Zhen, *Theory of Social Security*, China Labor and Social Security Publishing House, 2000 ; livre blanc intitulé « Sécurité sociale et politiques de sécurité sociale en Chine », Bureau de l'information du Conseil d'Etat de la République populaire de Chine, septembre 2004.



**Tableau 1 | Groupes de population couverts par les différents programmes de sécurité sociale.**

	<b>Dispositif</b>	<b>Dénomination</b>	<b>Population concernée</b>	
<b>Assurance sociale</b>	Assurance retraite	Assurance retraite de base pour les salariés urbains	Les salariés atteignant l'âge obligatoire de départ à la retraite (60 ans pour les hommes, 55 ans pour les femmes fonctionnaires et 50 ans pour les travailleuses) et ayant cotisé au moins 15 ans.	
		Assurance retraite complémentaire des salariés	Lorsque cela est possible, les entreprises peuvent offrir une assurance retraite complémentaire à leurs salariés, en plus de l'assurance retraite de base obligatoire.	
		Nouvelle assurance retraite en milieu rural	Les personnes de plus de 16 ans vivant en milieu rural (hors étudiants) non affiliées à l'assurance retraite de base.	
	Assurance maladie	Assurance-maladie de base pour les salariés urbains	Assurance-maladie de base pour les salariés urbains	Salariés et retraités de tous les secteurs, dont les organismes publics, les unités de service public, les entreprises, les organisations de la société civile et les unités privées à but non commercial. Les salariés de l'économie informelle peuvent également adhérer.
			Assurance-maladie de base pour les résidents urbains	Les élèves (y compris les étudiants) et les enfants résidant en ville, ainsi que les citoyens non actifs.
		Assurance-maladie complémentaire	Lorsque cela est possible, les entreprises peuvent offrir une assurance-maladie complémentaire en plus de l'assurance-maladie de base.	
		Système d'allocation médicale pour les fonctionnaires	Les fonctionnaires et les employés d'unités de service public bénéficient d'une assurance médicale de l'Etat.	
		Nouveau système d'assurance-maladie coopérative en milieu rural	La population rurale.	
	Assurance chômage	Système d'assurance chômage	Les entreprises, les unités de service public et leurs employés ; les personnes cotisant à l'assurance chômage depuis plus d'un an ; les personnes ayant perdu leur emploi ; les personnes déjà inscrites au chômage et désireuses de retrouver un emploi.	
	Assurance contre les accidents du travail	Système d'assurance contre les accidents du travail	Les entreprises et les particuliers ayant des salariés.	
Assurance maternité	Système d'assurance maternité	Les entreprises en milieu urbain et leurs salariés. Dans certaines régions, les employés d'organismes publics, d'unités de service public, d'organisations de la société civile ou d'entreprises sont couverts.		

**Tableau 1 | Couverture des groupes de la population par les différents programmes de sécurité sociale (suite).**

Dispositif	Dénomination	Population concernée
<b>Aide sociale</b>	Aide à la subsistance à divers groupes	Les personnes âgées, les handicapés et les mineurs n'ayant pas de responsable légal statutaire ou ayant un responsable légal statutaire incapable d'offrir un soutien, n'ayant aucune compétence professionnelle ou n'ayant aucune source de revenu.
	Système d'allocation de subsistance	Les personnes vivant en milieu rural ou urbain dont le ménage dispose d'un revenu par personne inférieur au niveau de vie minimum local ; les personnes n'ayant aucune ressource pour vivre ni de représentant légal statutaire.
	Assistance médicale	Les personnes pauvres, en milieu rural ou urbain, touchées par la maladie.
	Aide en cas de catastrophe naturelle	Les personnes victimes d'une catastrophe naturelle.
	Aide aux sans-abris	Les sans-abris et les indigents dans les villes.
<b>Protection sociale</b>	Services de protection sociale	Les personnes âgées, les orphelins, les handicapés et d'autres catégories de la population.
<b>Réinsertion des anciens militaires</b>	Système de réinsertion des anciens militaires	Les bénéficiaires d'allocations de réinsertion, principalement les militaires et les personnes à leur charge.

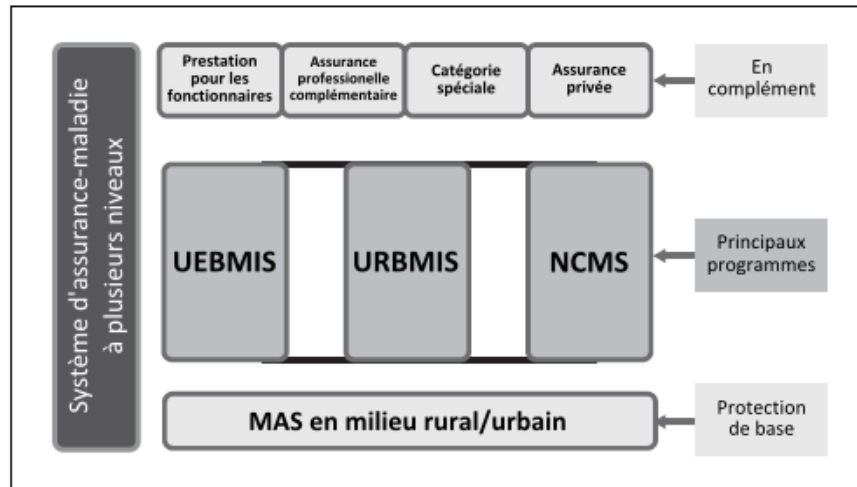
Source : *Social Security Status and Policies in China* (Livre blanc sur la sécurité sociale en Chine), Bureau de l'information du Conseil des affaires d'Etat de la République populaire de Chine, septembre 2004.

## LE DEVELOPPEMENT DU SYSTEME D'ASSURANCE-MALADIE

La Chine a mis en place un système d'assurance-maladie à plusieurs niveaux. Ses principales composantes sont le régime d'assurance-maladie de base des salariés urbains (Urban Employees' Basic Medical Insurance Scheme, ou UEBMIS), le régime d'assurance-maladie de base des résidents urbains (Urban Resident Basic Medical Insurance Scheme, ou URBMIS) et le nouveau régime d'assurance-maladie coopérative en milieu rural (NCMS). Le régime d'assistance médicale (MAS) couvre quant à lui les populations urbaine et rurale les plus démunies, tandis que divers organismes d'assurance-maladie fournissent des prestations complémentaires (schéma 2). L'un des principaux objectifs de la réforme actuelle du système d'assurance-maladie est d'accélérer le développement et l'optimisation des différents régimes

d'assurance-maladie et, en somme, de garantir à l'ensemble de la population l'accès aux soins de santé de base.

**Schéma 2** | Schéma du système d'assurance-maladie chinois.



La décision du Conseil d'Etat relative à la mise en place du régime d'assurance-maladie de base des salariés urbains (UEBMIS), rendue par le Conseil d'Etat en 1998, mettait en avant l'instauration de l'UEBMIS ainsi que d'un système d'assurance-maladie à plusieurs niveaux, et dressait la liste des tâches à réaliser et des principes qu'une telle réforme du système de santé engendre. Le programme UEBMIS s'est par la suite étendu aux travailleurs urbains de l'économie informelle, aux travailleurs d'entreprises mixtes et du secteur privé, ainsi qu'aux travailleurs migrants habitant en milieu rural. Les cotisations proviennent des employeurs et des salariés (environ 6 pour cent et 2 pour cent du salaire, respectivement) et sont placées sur des comptes d'épargne individuels et sur des fonds sociaux communs à l'échelle des municipalités ou des cantons. Les prestations couvrent aussi bien les soins hospitaliers que les soins ambulatoires.

Le régime d'assurance-maladie de base des résidents urbains (URBMIS) a pour sa part été expérimenté dans 79 villes du pays suite à la publication par le Conseil d'Etat, en 2007, d'un avis relatif au régime pilote d'assurance-maladie de base des résidents urbains. Ce régime, dont l'affiliation se fait sur une base volontaire, s'adresse aux élèves (y compris les étudiants) et aux enfants résidant en ville, ainsi qu'aux citoyens non actifs. Les cotisations, qui dépendent de la taille du ménage, sont mises en commun à l'échelle de la ville et reversées sous forme de

prestations par l'Etat. En 2009, ce régime, qui couvre les dépenses extraordinaires pour les soins hospitaliers et ambulatoires, est parvenu à une couverture universelle avant même la date fixée.

Depuis la mise en place de ces deux régimes, le nombre de bénéficiaires s'est rapidement accru. Fin 2009, pas moins de 401,47 millions de personnes disposaient d'une assurance-maladie de base en milieu urbain. Parmi ces dernières, 219,37 millions bénéficiaient de l'UEBMIS, contre 182,1 millions pour l'URBMIS. Les recettes annuelles du fonds destiné à l'assurance-maladie de base en milieu urbain s'élevaient à 367,2 milliards de yuans (54,239 milliards de dollars ou 96,632 milliards de dollars PPA), alors que les dépenses totales se chiffraient à 279,7 milliards de yuans (41,315 milliards de dollars ou 73,605 milliards de dollars PPA). L'excédent ainsi accumulé atteignait 288,2 milliards de yuans (42,570 milliards de dollars ou 75,842 milliards de dollars). Grâce à des capacités renforcées, la couverture du système d'assurance-maladie en milieu urbain a pu être étendue, et le montant des remboursements accru.

Les ressources destinées au financement des différents régimes d'assurance-maladie sont en augmentation, comme en témoigne le tableau 2.

**Tableau 2 | Financement du système d'assurance-maladie chinois (en milliards).**

	2005			2006			2007			2008		
	RMB	Dollar taux officiel	Dollar PPA	RMB	Dollar taux officiel	Dollar PPA	RMB	Dollar taux officiel	Dollar PPA	RMB	Dollar taux officiel	Dollar PPA
Recettes annuelles de l'UEBMIS	140,554	20,761	36,988	174,710	25,806	45,976	221,424	32,707	58,269	288,550	42,622	75,934
Recettes annuelles de l'URBMIS										15,493	2,288	4,077
Cotisations de l'Etat										7,449	1,100	1,960
Cotisations des particuliers										6,775	1,001	1,783
Recettes annuelles du NCMS	7,534	1,113	1,983	21,359	3,155	5,621	42,796	6,321	11,262	78,458	11,589	20,647
Cotisations de l'Etat	4,235	0,626	1,114	15,048	2,223	3,960	32,591	4,814	8,577	65,571	9,686	17,256
Cotisations des particuliers	2,873	0,424	0,756	5,801	0,857	1,527	9,576	1,414	2,520	12,068	1,783	3,176
Intérêts et autres	0,427	0,063	0,112	0,510	0,075	0,134	0,629	0,093	0,166	0,819	0,121	0,126
MAS	0,890	0,131	0,234	1,954	0,289	0,514	4,249	0,628	1,118	6,800	1,004	1,789

Total	148,978	22,006	39,205	198,023	29,250	52,111	271,020	40,032	71,321	389,302	57,504	102,448
-------	---------	--------	--------	---------	--------	--------	---------	--------	--------	---------	--------	---------

Source : Health Expenditure Report 2009, Institut chinois d'économie de la santé, ministère de la Santé.

## **MISE EN PLACE ET DEVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE-MALADIE EN MILIEU RURAL : LE NOUVEAU REGIME D'ASSURANCE-MALADIE COOPERATIVE ET LE REGIME D'ASSISTANCE MEDICALE**

L'une des plus grandes réussites du système d'assurance-maladie chinois est la mise en place et l'optimisation permanente du nouveau régime d'assurance-maladie coopérative (NCMS) et du régime d'assistance médicale (MAS).

### **MISE EN PLACE ET DEVELOPPEMENT DU NOUVEAU REGIME D'ASSURANCE-MALADIE COOPERATIVE (NCMS)**

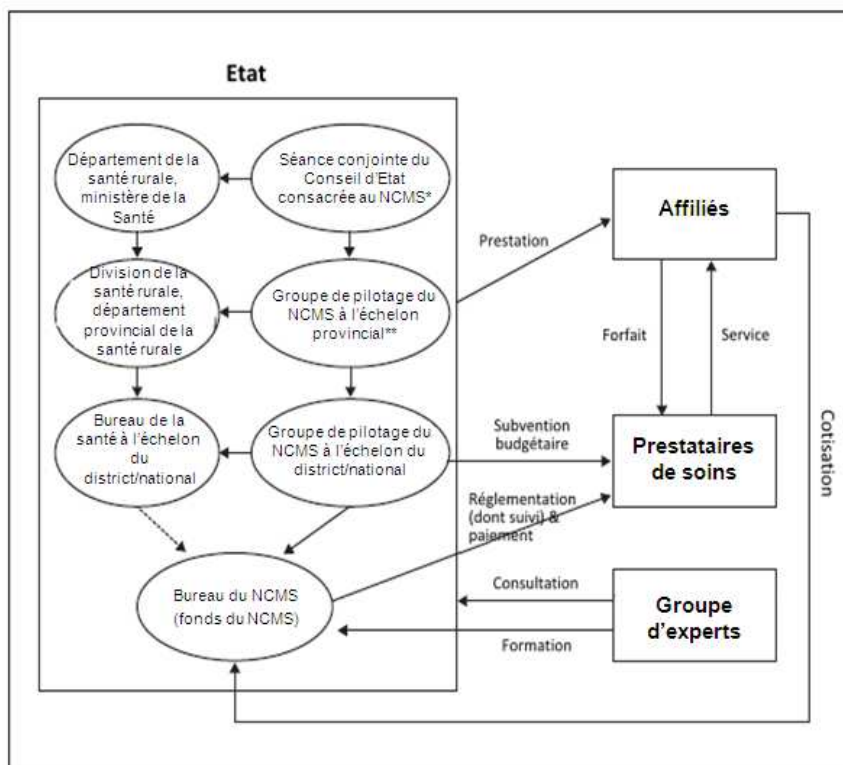
Dans les années soixante, le régime traditionnel d'assurance-maladie coopérative (ou « ancien » régime) s'est rapidement développé dans l'ensemble du pays jusqu'à couvrir la quasi-totalité de la population rurale dans les années soixante-dix. La mutualisation des risques était réalisée à l'échelle des villages, le financement provenant de l'épargne collective du village et les villageois assurant le financement des frais de gestion du régime. Ce dernier a joué un rôle essentiel dans la prestation de soins de santé primaires aux paysans. Il s'est cependant effondré dans la plupart des régions rurales du fait de l'affaiblissement de son financement (l'épargne collective). Dans les années quatre-vingt-dix, le gouvernement chinois a entrepris, sans succès, de ressusciter ce régime et a dû faire face à la difficile question de l'assurance-maladie en milieu rural.

En 2002, dans leur *décision concernant le renforcement du système de santé en milieu rural*, le Comité central du Parti communiste chinois (PCC) et le Conseil d'Etat proposent la mise en place du NCMS et du MAS dans les régions rurales. En 2003, les ministères de la Santé et des Affaires étrangères ont publié conjointement un *avis concernant la mise en place du nouveau régime d'assurance-maladie coopérative*, dans lequel étaient détaillées l'organisation et la mise en œuvre du régime. Le NCMS y était décrit comme un régime mutualisé d'assurance-maladie destiné aux paysans, organisé, géré et appuyé par l'Etat, dont le financement serait assuré par les individus, la collectivité et l'Etat, et qui couvrirait principalement les dépenses de santé

extraordinaires au moyen de fonds communs. Par rapport au régime précédent, le NCMS se démarque par les aspects suivants :

- **un système d'organisation et de gestion adapté avec une division claire des tâches et des responsabilités** (schéma 3). Les services d'administration du NCMS sont intégrés aux organismes de santé à l'échelle locale et nationale. L'organisme de gestion du NCMS a été mis en place à l'échelle du pays et a pour responsabilité de gérer les fonds du NCMS, de suivre les performances des prestataires de soins conventionnés de traiter les demandes et de remboursement, ainsi que d'assurer d'autres tâches quotidiennes. Il dispose d'un personnel salarié à temps plein et son financement provient des fonds locaux;
- **un mécanisme de financement à sources multiples**. Les fonds proviennent aussi bien de l'Etat, à l'échelle locale et nationale, que des cotisations des paysans bénéficiaires, auxquels viennent se greffer les dons du secteur social. Les prestations reversées par l'Etat central sont passées, entre 2003 et 2010, de 10 yuans (1,477 dollar ou 2,632 dollars PPA) par personne à 60 yuans (8,863 dollars ou 15,789 dollars PPA) par personne dans les régions du centre et de l'ouest. En moyenne, le montant des cotisations par personne perçues des différentes sources de financement est passé de 30 yuans (4,431 dollars ou 7,895 dollars PPA), en 2003, à 150 yuans (22,156 dollars ou 39,474 dollars PPA) ;
- **un ensemble de prestations centrées sur les soins hospitaliers (frais d'hospitalisation)**. Les localités sont cependant libres d'intégrer ou non les soins ambulatoires dans les prestations offertes. Depuis 2008, le ministère de la Santé encourage les localités à combiner la mise en commun des fonds pour les soins hospitaliers et pour les soins ambulatoires, afin de trouver une solution efficace pour couvrir le remboursement des frais ambulatoires, étendre les prestations et accroître le taux de remboursement;
- **le principe d'adhésion volontaire**. L'adhésion au NCMS se fait sur une base volontaire et concerne le ménage tout entier. En outre, une grande attention est prêtée à l'évaluation publique et à la transparence;

- **la mise en place d'un fonds commun au niveau cantonal** (un canton compte en moyenne 300 000 habitants). Depuis 2008, le ministère de la Santé encourage les régions disposant de ressources suffisantes à accroître les moyens du fonds commun et leur contrôle à l'échelle municipale.



**Schéma 3 | Schéma du NCMS**

\* Y participent les dirigeants de 12 ministères, dont ceux de la Santé, des Finances, des Ressources humaines et de la Sécurité sociale, et des Affaires civiles, ainsi que la Commission nationale pour le développement et la réforme.

\*\* Y participent les dirigeants de douze départements ministériels provinciaux, dont ceux de la Santé, des Finances, des Ressources humaines et de la Sécurité sociale, et des Affaires civiles, ainsi que la Commission nationale pour le développement et la réforme.

## MISE EN PLACE ET DEVELOPPEMENT DU REGIME D'ASSISTANCE MEDICALE

Le régime d'assistance médicale (MAS), dont le financement est assuré par l'Etat et par des dons volontaires provenant des secteurs sociaux, offre une assistance financière spécifique aux ménages qui n'arrivent pas, ou difficilement, à faire face à d'importantes dépenses de santé. Il facilite en outre l'accès aux soins de santé des groupes ciblés, leur permettant ainsi d'être en meilleure santé. Il s'agit d'un dispositif institutionnel officiel contrôlé par l'Etat. Le ministère des Affaires civiles est chargé de sa mise en œuvre.

En novembre 2003, le ministère des Affaires civiles, de concert avec les ministères de la Santé, des Finances et de l'Agriculture, a publié un avis sur la mise en place du régime d'assistance médicale en milieu rural, dans lequel étaient identifiés les objectifs, les principes, la couverture, les formes que prendrait l'assistance, les procédures et conditions d'adhésion et d'acceptation, le financement et la gestion des fonds, ainsi que l'organisation et la mise en œuvre du régime.

Y figurait également une description type détaillée du régime d'assurance-maladie, dont l'extension à l'ensemble des zones rurales des cantons devait être effective en 2005. Les caractéristiques de ce régime sont les suivantes :

- **groupe cible** : les ménages bénéficiant des programmes Wu Bao (les ménages à « cinq garanties ») et Di Bao (les ménages ayant droit au système de sécurité de revenu minimum chinois), ainsi que les paysans pauvres remplissant les conditions arrêtées par les autorités locales ;
- **financement diversifié** : le financement provient principalement des recettes publiques (Etats locaux et Etat central, y compris la loterie pour le bien-être social) et de dons des secteurs sociaux ;
- **assistance à plusieurs niveaux** : dans les zones pilotes du NCMS, le MAS assure en premier lieu l'adhésion de ses bénéficiaires au NCMS et règle les cotisations individuelles afin de permettre l'octroi des prestations; d'autre part, le MAS offre à ses bénéficiaires une assistance financière supplémentaire (deuxième remboursement) lorsque la charge financière des dépenses de santé reste trop importante et risque de mettre en péril leurs moyens de subsistance essentiels. En outre, dans certaines régions, le MAS octroie aux ménages bénéficiant du programme Wu Bao, aux ménages pauvres, ainsi qu'à d'autres groupes spécifiques, des prestations supplémentaires pour les services ambulatoires, en complément des comptes d'épargne individuels du NCMS destinés aux soins ambulatoires. Dans les régions ne disposant pas du NCMS, le MAS fournit des prestations adaptées directement aux personnes devant faire face à des dépenses de santé mettant en péril les moyens de subsistance essentiels de leur ménage.

## **MISE EN PLACE DU SYSTEME D'ASSURANCE-MALADIE EN MILIEU RURAL**

---

La mise en place du nouveau régime d'assurance-maladie coopérative en milieu rural (NCMS) et du régime d'assistance médicale (MAS) s'est opérée rapidement, jusqu'à couvrir l'ensemble de la population du pays.



## MISE EN PLACE DU NOUVEAU REGIME D'ASSURANCE-MALADIE COOPERATIVE EN MILIEU RURAL

Dans son rapport annuel de 2008, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) évaluait les régimes d'assurance-maladie sur la base de trois critères : l'étendue (population couverte), la portée (services couverts et niveaux de remboursement) et la part des remboursements dans les dépenses de santé. Les données relatives au NCMS ont été recueillies dans 563 cantons. Attendu que la mise en place du NCMS dans ces différents cantons a débuté entre 2003 et 2005 (à l'exception des cantons/districts de Beijing, Shanghai et Tianjin), l'OMS a évalué la mise en œuvre du régime à partir de ces données, ainsi que des données nationales publiées.

### *Financement et couverture*

A la fin 2009, le NCMS couvrait 94 pour cent de la population cible, soit 833 millions de personnes, et était proche d'atteindre la couverture universelle dans les régions rurales. Pas moins de 55,2 millions de personnes vivant dans la pauvreté étaient couvertes, soit un taux de couverture de 94 pour cent. Les cotisations totales s'élevaient à 94,435 milliards de yuans (13,949 milliards de dollars ou 24,851 milliards de dollars PPA), soit 113 yuans (16,691 dollars ou 29,737 dollars PPA) par personne, dont 74,822 milliards de yuans (11,052 milliards de dollars ou 19,690 milliards de dollars PPA), soit 79,2 pour cent, provenaient de l'Etat.

D'après les données du NCMS sur 563 cantons, l'extension de la couverture a été progressive, atteignant 94,55 pour cent en 2009 (tableau 3). La proportion de la population pauvre couverte était pour sa part de 95 pour cent (tableau 4). Les cotisations par personne se sont également accrues, pour atteindre 126,51 yuans (18,69 dollars ou 33,29 dollars PPA) en 2009 (tableau 5).

**Tableau 3 | Couverture du NCMS dans 563 cantons (en pourcentage).**

Année	National	Région de l'est	Région centrale	Région de l'ouest
2005	74,92	79,03	71,84	68,47
2006	83,49	86,80	81,18	78,30
2007	89,33	90,87	88,38	86,82
2008	93,25	94,01	92,83	92,24
2009	94,55	94,96	94,55	93,71

**Tableau 4 | Couverture du NCMS en proportion de population pauvre des 563 cantons (en pourcentage).**

Année	National	Région de l'est	Région centrale	Région de l'ouest
2005	70,41	69,54	69,61	71,43

2006	87,61	89,70	86,07	86,67
2007	89,14	93,69	86,27	86,94
2008	89,71	94,96	88,26	86,47
2009	96,25	97,83	94,78	95,83

**Tableau 5 | Cotisations pour le NCMS dans 563 cantons (en yuans par personne).**

Année	National			Région de l'est			Région centrale			Région de l'ouest		
	RMB	dollar	dollar PPA	RMB	dollar	dollar PPA	RMB	dollar	dollar PPA	RMB	dollar	dollar PPA
2005	37,78	5,58	9,94	43,85	6,48	11,54	30,20	4,46	7,95	28,70	4,24	7,55
2006	53,03	7,83	13,96	58,92	8,70	15,51	46,42	6,86	12,22	43,79	6,47	11,52
2007	65,61	9,69	17,27	75,16	11,10	19,78	53,65	7,92	14,12	53,71	7,93	14,13
2008	104,45	15,43	27,49	118,22	17,46	31,11	89,41	13,21	23,53	87,84	12,97	23,12
2009	126,51	18,69	33,29	145,35	21,47	38,25	102,63	15,16	28,01	105,93	15,65	27,88

Le NCMS étant un système volontaire, la sélection adverse a été une préoccupation des premiers instants. Il ne s'agit cependant pas d'un problème dans les faits, étant donné que les paysans ont pratiquement tous adhéré. L'augmentation de la couverture est imputée à trois facteurs différents : le financement par l'Etat à hauteur de 80 pour cent ; les efforts d'information et de sensibilisation entrepris par l'Etat ; et la perspective de prestations tangibles pour les bénéficiaires.

### *Prestations octroyées*

Le NCMS rembourse les dépenses des patients pour les soins hospitaliers, les services ambulatoires, certaines maladies graves, les accouchements sous surveillance médicale et les examens médicaux (tableau 6). Le régime se concentre en priorité sur les soins hospitaliers. Ainsi, en 2009, les remboursements au titre des frais d'hospitalisation représentaient 82,6 pour cent des sommes reversées. A l'inverse, les remboursements des soins ambulatoires, des maladies graves et des accouchements s'élevaient, respectivement à 13,2 pour cent, 1,29 pour cent et 1,32 pour cent des fonds versés.

**Tableau 6 | Services couverts par le NCMS, 2008-2009 (nombre de remboursements, en milliers).**

Année	Soins hospitaliers	Soins ambulatoires (mutualisés*)	Maladies graves figurant dans la liste	Accouchement à l'hôpital
2008	51 086,3	486 161,4	3 366,5	3 231,6
2009	61 721,4	489 935,8	5 037,3	3 702,5
Croissance (%)	20,82	0,78	49,63	14,57

\* Ce chiffre concerne uniquement les cantons qui prévoient la mutualisation des risques liées aux soins ambulatoires à leur échelle. Les autres cantons fonctionnent sur le modèle des comptes d'épargne individuels pour ce type de services.

### *Remboursements en faveur des bénéficiaires*

A partir de l'exemple des soins hospitaliers, les tableaux 7, 8 et 9 fournissent les données relatives aux remboursements reversés aux bénéficiaires du NCMS.

**Tableau 8 | Taux d'hospitalisation dans 563 cantons (en pourcentage).**

Année	Global	Région de l'est	Région centrale	Région de l'ouest
2005	3,05	2,82	3,18	3,60
2006	4,04	3,79	4,02	4,83
2007	4,85	4,58	4,69	5,80
2008	5,76	5,27	5,81	6,96
2009	6,64	6,03	6,75	8,12

Grâce aux ressources financières supplémentaires mises à leur disposition, l'utilisation des services d'hospitalisation par les paysans s'est accrue, de même que le taux de remboursement effectif. La proportion des dépenses réglées par le patient est passée d'environ 80 pour cent à près de 60 pour cent. Ce taux de remboursement reste cependant relativement bas.

**Tableau 9 | Taux effectif de remboursement des soins hospitaliers dans 563 cantons (en pourcentage).**

Année	Global	Région de l'est	Région centrale	Région de l'ouest
2005	22,79	21,97	24,25	25,75
2006	26,06	24,20	29,50	31,40
2007	29,46	28,00	31,26	34,49
2008	36,11	33,72	40,03	40,73
2009	39,82	38,04	41,67	44,78

Les dépenses à la charge du patient représentent 74 pour cent des revenus nets des paysans par personne avant remboursement contre 44 pour cent après. Dans plus de 70 pour cent des cantons, ce taux se situait en dessous de 50 pour cent après remboursement. Il dépassait cependant 150 pour cent dans 19 pour cent des cantons. De manière générale, les prestations du NCMS ont permis d'alléger la charge financière des paysans pour les dépenses médicales.

**Tableau 9 | Dépenses d'hospitalisation et revenu : répartition des dépenses réglées par le patient en fonction de leur part dans le revenu par personne, avant et après remboursement (en pourcentage).**

Année	<0,5*		0,50 - 1,0		1,0 - 1,5		1,5 -		Moyenne	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
2005	9,15	23,76	54,48	59,05	25,23	12,80	11,15	4,39	0,97	0,75
2006	13,14	36,32	60,22	53,84	20,80	8,76	5,83	1,08	0,86	0,62
2007	14,88	47,85	63,08	46,06	18,83	5,37	3,24	0,72	0,80	0,56
2008	16,73	60,61	64,21	35,62	14,22	3,42	4,86	0,36	0,79	0,50
2009	21,46	70,35	62,13	27,61	13,42	1,87	2,99	0,19	0,74	0,44

\* Signifie que la dépense réglée par le patient représente moins de 0,5 pour cent de son revenu.

### MISE EN PLACE DU REGIME D'ASSISTANCE MEDICALE (MAS) EN MILIEU RURAL

Dès 2005, le régime d'assistance médicale (MAS) couvrait l'ensemble des cantons. Les recettes et les dépenses du MAS sont en augmentation constante (tableau 10), de même que le nombre de personnes bénéficiant de l'assistance médicale pour les dépenses d'hospitalisation et les cotisations du NCMS (tableau 11).

**Tableau 10 | Recettes et dépenses de l'assistance médicale en milieu rural, 2005-2009 (en millions de yuans, de dollars et de dollars PPA).**

Année	Recettes			Dépenses			Prestations au titre des cotisations au NCMS			Aide financière pour les dépenses de santé extraordinaires		
	Millions de yuans	Millions de dollars	Millions de dollars PPA	Millions de yuans	Millions de dollars	Millions de dollars PPA	Millions de yuans	Millions de dollars	Millions de dollars PPA	Millions de yuans	Millions de dollars	Millions de dollars PPA
2005	1 090	161,00	286,84	780	115,21	205,26	95	14,03	25,00	480	70,90	126,32
2006	2 300	339,73	605,26	1 310	193,50	344,74	260	38,40	68,42	880	129,99	231,58
2007	4 100	605,61	1 078,95	2 810	415,07	739,47	480	70,90	126,32	2 050	302,81	539,47
2008	5 070	748,89	1 334,21	3 830	565,73	1 007,89	710	104,87	186,84	2 740	404,73	721,05
2009	8 040	1 187,59	2 115,79	6 460	954,21	1 700,00	1 050	155,10	276,32	4 940	729,69	1 300,00

Source: Statistical Report on Civil Affairs, 2005-2009, ministère des Affaires civiles.

**Tableau 2 | Bénéficiaires de l'assistance médicale en milieu rural, 2005-2009 (en millions).**

Année	Bénéficiaires de l'assistance médicale en milieu rural, 2005-2009 (en millions)		
	Nombre total de bénéficiaires	Bénéficiaires du NCMS	Bénéficiaires de l'aide en cas de dépenses importantes
2005	8 545	6 549	1 996
2006	15 590	13 171	2 419
2007	28 944	25 173	3 771
2008	41 919	34 324	7 595
2009	47 357	40 591	6 766

Source: Statistical Report on Civil Affairs, 2005-2009, ministère des Affaires civiles.

Tout cela démontre l'importance qu'attache l'Etat à la santé des populations pauvres. Le régime a été continuellement amélioré : le seuil d'admission au sein du régime a été baissé, les procédures ont été simplifiées, l'utilisation des ressources a été améliorée, un accès à davantage de services a été offert et la charge financière des dépenses de santé pour le groupe cible a été réduite. L'avis concernant l'amélioration du régime d'assistance médicale dans les régions rurales et urbaines adopté par les ministères des Affaires civiles, de la Santé, des Finances et des Ressources humaines et de la Sécurité sociale en 2009 proposait un service de «guichet unique» et un règlement en temps réel des dépenses de santé, des remboursements ainsi que de l'assistance afin (a) d'accroître le nombre de groupes à faible revenu au-delà des ménages bénéficiant de Wu Bao et de Di Bao, et (b) de ne plus se concentrer uniquement sur l'aide pour les «dépenses de santé extraordinaires», mais de l'étendre aux maladies courantes. D'après les données nationales (tableau 12), l'assistance médicale demeure relativement faible et son rôle dans le système d'assurance-maladie doit encore être renforcé.

**Tableau 3 | Montant moyen par prestation de l'assistance médicale en milieu rural, 2005-2009 (en yuans, en dollars et en dollars PPA).**

Année	Cotisations au NCMS par personne			Aide financière pour les dépenses importantes par prestation*		
	yuans	dollars	dollars PPA	yuans	dollars	dollars PPA
2005	11,1	1,64	2,92	240,5	35,52	63,29
2006	19,7	2,91	5,18	366	54,06	96,32
2007	19,1	2,82	5,03	543	80,21	142,89
2008	20,7	3,06	5,45	360,3	53,22	94,82
2009	25,9	3,83	6,82	676,6	99,94	178,05

Source : Statistical Report on Civil Affairs, 2005-2009, ministère des Affaires civiles.

\* D'après les statistiques du ministère des Affaires civiles, la prévention des maladies graves est le principal (mais non l'unique) objectif de l'aide financière pour les dépenses d'hospitalisation.

## COMBINAISON DU NOUVEAU REGIME D'ASSURANCE-MALADIE COOPERATIVE ET DU REGIME D'ASSISTANCE MEDICALE

En raison du faible taux de remboursement du nouveau régime d'assurance-maladie coopérative (NCMS) et de la part importante des dépenses à la charge du patient, les populations pauvres sont de facto exclues de l'utilisation des services de santé. Afin de leur garantir l'accès à des prestations adaptées fournies par le NCMS et par le régime d'assistance médicale (MAS), et de renforcer l'équité, il est indispensable de combiner ces deux régimes sur le plan des prestations, de la gestion et des services.

A cet égard, l'ensemble des prestations, ainsi que les régimes de remboursement et d'assistance peuvent être combinés selon les niveaux suivants (les services hospitaliers sont ici utilisés à titre d'exemple) :

- **Niveau 1:** Faire adhérer le groupe cible de MAS au NCMS. Il s'agit de la condition *sine qua non* pour que les deux régimes soient associés et que le groupe cible de MAS bénéficie du NCMS.
- **Niveau 2:** Réduire ou supprimer la part des prestations du NCMS déductible pour les bénéficiaires du MAS. Ils devraient ainsi pouvoir accéder plus facilement aux services hospitaliers et disposer d'une couverture plus étendue.
- **Niveau 3:** Compléter le remboursement accordé au titre du NCMS par une assistance médicale, c'est-à-dire, réduire la part des dépenses à la charge du patient grâce à une aide. Les retombées pour le groupe cible du MAS seront d'autant plus tangibles qu'il existera une synergie entre les deux régimes.
- **Niveau 4:** Octroyer une aide provisoire en cas de dépenses d'un montant supérieur au seuil des compensations du NCMS. Lorsqu'une personne ne fait pas partie du groupe cible du MAS et doit faire face à d'importantes difficultés financières, en dépit des remboursements plafonnés octroyés au titre du NCMS, le MAS lui rembourse les dépenses au-delà de ce seuil à deux reprises, par le biais d'une aide provisoire ou d'autres formes d'assistance. Le but est d'empêcher que cette catégorie de la population (potentiellement appauvrie) ne tombe en dessous du seuil de pauvreté. Une

action préventive est plus efficace en termes de coûts que l’octroi par la suite d’une aide régulière.

En matière de gestion et de services, dans l’idéal, les bénéficiaires du MAS ne devraient avoir à déboursier d’argent que lorsqu’ils ne vont pas chez des prestataires de soins conventionnés. Ils ne devraient pas avoir à régler l’intégralité des frais à l’avance et attendre d’être remboursés plus tard. Il est, en outre, indispensable d’assurer la combinaison harmonieuse du MAS et du NCMS sur le plan de l’administration des ressources financières, du contrôle des prestataires et de la gestion des informations. Toutes ces mesures permettront de réduire les frais de gestion, d’augmenter l’efficacité, de faciliter l’octroi des prestations et de supprimer les obstacles à l’utilisation des services pour les bénéficiaires du MAS. Une étude de cas de ce type de combinaison mis en place à Changshu, dans la province du Jiangsu, est exposée ci-dessous.

La ville de Changshu a instauré le NCMS en 2003 et a, ces dernières années, maintenu un taux de couverture supérieur à 98 pour cent. Sept ans plus tard, et après de nombreuses améliorations, celui-ci a été étendu aux zones urbaines. Dans le même temps, la ville a mis en place un régime intégré dans les régions rurales et urbaines (système BMI-NCMS), couvrant l’ensemble des citoyens titulaires d’un Hukou (carte de résident) local, mais exclus du régime d’assurance-maladie de base des salariés urbains (UEBMI).

En 2010, le montant total des cotisations annuelles pour le régime s’élevait à 400 yuans (59,08 dollars ou 105,26 dollars PPA) par personne. Sur ce montant, 150 yuans (39,47 dollars PPA) proviennent des finances municipales, 150 yuans des cantons et 100 yuans (26,32 dollars PPA) sont versés par les affiliés.

Par exemple, la ville de Changshu a adopté un modèle de mutualisation des frais de soins hospitaliers et ambulatoires. La prestation comprend le remboursement des dépenses courantes en soins ambulatoires, des dépenses chroniques pour les soins ambulatoires dans le cas de certaines maladies, des frais d’hospitalisation et des dépenses d’examen médical.

Dans la pratique, le régime d’assistance médicale (MAS) est intégré au nouveau régime d’assurance-maladie coopérative (NCMS) :

- **le groupe cible du MAS** : les ménages bénéficiaires de Wu Bao, de Di Bao, les populations cibles potentielles de Di Bao, les personnes gravement handicapées, les

personnes nécessitant des soins spéciaux, les enfants de salariés vivant dans la pauvreté extrême, les étudiants universitaires de familles pauvres et les personnes faisant face à d'importantes difficultés en raison de frais de santé annuels supérieurs à 50 000 yuans (13 157,89 dollars PPA) ;

- **les subventions pour les personnes cotisant au BMI-NCMS** : les populations cibles potentielles du programme Di Bao, ainsi que les personnes gravement handicapées exclues de Di Bao doivent verser des cotisations. Les cotisations individuelles des autres populations cibles du MAS sont prises en charge par le Bureau des finances de leur collectivité de résidence ;
- **l'aide pour les dépenses courantes en soins ambulatoires** : les bénéficiaires du MAS ne doivent s'acquitter d'aucune somme forfaitaire pour les dépenses courantes en soins ambulatoires couvertes par le BMI-NCMS. Les dépenses pour les soins ambulatoires supérieurs à 1 500 yuans (394,74 dollars PPA) (limite annuelle de remboursement par personne au titre du BMI-NCMS) peuvent être prises en charge par les fonds du MAS. Le taux de remboursement est de 90 pour cent pour les bénéficiaires de Wu Bao et de Di Bao, et les étudiants universitaires de familles pauvres, contre 60 pour cent pour les populations cibles potentielles du système Di Bao, les personnes gravement handicapées exclues de Di Bao, les personnes nécessitant des soins spéciaux et les enfants de salariés vivant dans la pauvreté extrême ;
- **l'aide pour les frais d'hospitalisation et les dépenses chroniques en soins ambulatoires pour certaines maladies** : les bénéficiaires du MAS n'ont aucune somme forfaitaire à régler au titre du BMI-NCMS. Le MAS a octroyé une aide financière pour le coût réel à la charge des bénéficiaires. Le taux de remboursement est de 90 pour cent pour les bénéficiaires des programmes Wi Bao et Di Bao, et les étudiants universitaires de familles pauvres, contre 60 pour cent pour les populations cibles potentielles du système Di Bao, les personnes gravement handicapées exclues de Di Bao, les personnes nécessitant des soins spéciaux et les enfants de salariés vivant dans la pauvreté extrême ;
- **les procédures d'octroi de l'aide** : les ménages bénéficiaires des systèmes Wu Bao et Di Bao, les populations cibles potentielles de Di Bao, les personnes gravement



handicapées, les personnes nécessitant des soins spéciaux, les enfants de salariés vivant dans la pauvreté extrême et les étudiants universitaires de familles pauvres n'ont qu'à apporter leur carte médicale et les papiers nécessaires aux prestataires de services désignés afin de bénéficier de soins. Ils se contentent de régler la part des dépenses à leur charge. Cela signifie qu'ils peuvent obtenir leurs remboursements et leurs aides en temps réel. Le centre local de gestion du BMI-NCMS détermine le montant des soins couverts par les ressources du MAS, auprès des prestataires désignés, en fonction de la réglementation en vigueur ;

- **l'aide provisoire** : le MAS octroie une aide provisoire adaptée aux bénéficiaires du BMI-NCMS ayant des difficultés financières régulières en raison de dépenses de santé annuelles supérieures à 50 000 yuans (13 157,89 dollars PPA). Le montant de l'aide varie entre 2 000 yuans (526,32 dollars PPA) et 100 000 yuans (26 315,79 dollars PPA) ;
- **les effets de l'aide** : le taux d'hospitalisation de la population cible du MAS était de 32,3 pour cent, soit un taux supérieur au reste de la population. D'après le tableau 13, les taux finaux de remboursement pour les soins médicaux étaient, respectivement, de 73,09 pour cent, de 65,42 pour cent et de 47,52 pour cent dans le cas des prestataires locaux à l'échelle de la collectivité, au niveau municipal et à l'échelon non local. La charge financière pour les bénéficiaires a été fortement réduite. Ainsi, dans le cas des dépenses chroniques en soins ambulatoires pour certaines maladies, le taux de remboursement final était de 83,95 pour cent (tableau 14), ce qui a permis de régler en grande partie le problème des frais pour les soins ambulatoires, trop élevés pour la population cible.

**Tableau 4** | Remboursements au titre des frais d'hospitalisation pour les bénéficiaires du régime d'assistance médicale à Changshu, 2009.

Type de prestataire	Nombre d'hospitalisations	Coût par hospitalisation (en yuans) (en dollars PPA)	Remboursement moyen provenant du BMI-NCMS par hospitalisation (en yuans) (en dollars PPA)	Assistance fournie par le MAS par hospitalisation (en yuans) (en dollars PPA)	Remboursement total par hospitalisation (en yuans) (en dollars PPA)	Taux de remboursement final (%)
Municipalité	1 861	2 981,22 (784,53)	1 600,76 (421,25)	578,14 (152,14)	2 178,91 (573,40)	73,09
Ville	1 421	9 941,89 (2 616,29)	4 430,96 (1 166,04)	2 073,38 (545,63)	6 504,34 (1 711,67)	65,42
Non local	81	18 205,80 (4 791,00)	5 607,72 (1 475,72)	3 042,80 (800,74)	8 650,51 (2 276,45)	47,52

Total / Moyenne totale	3 363	6 289,07 (1 655,02)	2 893,15 (761,36)	1 269,30 (334,03)	4 162,45 (1 095,38)	66,19
------------------------	-------	------------------------	----------------------	----------------------	------------------------	-------

**Tableau 5 | Remboursement au titre des dépenses ambulatoires chroniques pour les bénéficiaires du régime d'assistance médicale à Changshu, 2009.**

Type de prestataire	Nombre de visites en service ambulatoire	Coût par visite (en yuans) (en dollars PPA)	Remboursement moyen en provenance du BMI-NCMS par visite (en yuans) (en dollars PPA)	Aide provenant du MAS (en yuans) (en dollars PPA)	Remboursement total par visite (en yuans) (en dollars PPA)	Taux de remboursement final
Municipalité	151	71,08 (18,71)	19,60 (5,16)	29,44 (7,75)	59,04 (15,54)	83,07
Ville	11 071	443,28 (116,65)	204,76 (53,88)	168,02 (44,22)	372,78 (98,10)	83,99
Non local	19	4 937,55 (1 299,36)	2 578,50 (678,55)	1 475,00 (388,16)	4 053,51 (1 066,71)	82,1
Total / Moyenne totale	11 241	446,43 (117,48)	206,28 (54,28)	168,50 (44,34)	374,78 (98,63)	83,95

## PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DE L'EXPERIENCE CHINOISE

Depuis 2003, année au cours de laquelle ont été instaurés les régimes NCMS et MAS, la Chine met en place un système d'assurance-maladie couvrant plus de 800 millions de paysans dans 2 716 cantons (districts). La création, la mise en œuvre et l'amélioration du système ont été réalisées de manière ordonnée, sans incidents ni revers. Ce succès est largement salué par toute la population chinoise. Le MAS est devenu un programme-cadre, offrant une protection similaire à toute personne vivant dans la pauvreté. A partir de ces expériences passées, divers enseignements ont pu être tirés :

- 1. Guidé par le concept officiel de développement scientifique, l'Etat chinois témoigne d'une réelle volonté politique de promotion du secteur de la santé et du système d'assurance-maladie en milieu rural. Il s'agit du principal facteur expliquant la mise en place et le développement rapide du NCMS et du MAS dans les immenses campagnes chinoises.**

Dans leur ensemble, les paysans chinois travaillent sur les terres familiales, vivent dispersés et (malgré leur nombre important) ne disposent pas de moyens d'expression ou de défense de leurs intérêts. C'est la raison pour laquelle, bien qu'il s'agisse d'un

problème de longue date, la société chinoise ne s'est pas suffisamment préoccupée de l'absence d'un système d'assurance-maladie pour ses paysans.

C'est le Concept de développement scientifique qui a permis d'améliorer le développement social en milieu rural (et notamment le système de sécurité sociale). Inspiré par la philosophie du rapport présenté au cours du 17<sup>e</sup> congrès du parti, l'Etat chinois a investi d'importantes sommes dans la création du fonds d'assurance-maladie et a mobilisé des ressources humaines et matérielles colossales pour développer un système de gestion pour le NCMS. Tous ces efforts traduisent le principe fondamental du NCMS : son caractère public. Lors de la création du NCMS en 2003 et pour la première fois, l'Etat subventionnait la demande (20 yuans par personne) à partir des recettes fiscales, mettait en place un fonds d'assurance-maladie et finançait les soins de santé en faveur des paysans. En 2009, les subventions publiques attribuées au NCMS s'élevaient à 74,822 milliards de yuans. A l'heure actuelle, une équipe de gestion à l'échelle cantonale, composée de 38 671 personnes, est responsable de la gestion et de la mise en œuvre du régime. L'Etat central a également octroyé 6 millions de yuans aux provinces du centre et de l'ouest pour l'élaboration d'un système de gestion des informations. En outre, des groupes de pilotage du NCMS provenant du Conseil d'Etat sont présents à tous les niveaux, des cantons aux provinces/districts. Ils sont chargés de formuler des mesures et des lignes directrices globales destinées à garantir la bonne marche du régime.

## **2. La coordination des différents départements ministériels garantit, sur le plan institutionnel, la bonne mise en œuvre du NCMS et du MAS.**

Le développement du système d'assurance-maladie en milieu rural ne relève pas des compétences exclusives du ministère de la Santé, mais rassemble de nombreux départements ministériels, dont ceux des ministères des Finances, des Affaires civiles, des Ressources humaines et de la Sécurité sociale, et le Comité national pour le développement et la réforme. Equilibrer les obligations et les intérêts de chacun est une préoccupation constante. Lors de la séance conjointe du Conseil d'Etat consacrée au NCMS, l'organisation de la mise en œuvre du régime a été confiée au ministère de la Santé et il a été demandé aux autres ministères d'appuyer ce dernier dans cette tâche.

Un département de la santé en milieu rural a été mis en place au sein du ministère de la Santé, et ce dernier est chargé de piloter le NCMS sur l'ensemble du territoire. Le ministère des Finances s'est vu attribuer la responsabilité du financement, du suivi et de la gestion des ressources financières du NCMS. Le ministère des Affaires civiles s'occupe des problématiques liées à la pauvreté dans les régions rurales. Le ministère des Ressources humaines et de la Sécurité sociale, de concert avec le ministère de la Santé, se charge des modalités de recrutement du personnel ainsi que de la mise en place et du fonctionnement du mécanisme d'organisation et de gestion du régime. Le Comité national pour le développement et la réforme joue un rôle de premier plan dans le développement du système d'information et du système de prestation des services du NCMS. Les départements de la sécurité sociale du NCMS et de la santé se consultent fréquemment afin de coordonner les systèmes d'assurance-maladie dans les zones rurales et urbaines.

La coordination de ces ministères s'explique par trois facteurs différents. Tout d'abord, conformément au Concept de développement scientifique, l'assurance-maladie en milieu rural est une responsabilité partagée entre plusieurs départements et revêt une importance toute particulière dans le cadre d'un développement équilibré et durable. Deuxièmement, la séance conjointe du Conseil d'Etat consacrée au NCMS, mécanisme de contrôle adapté, est un moyen supplémentaire de coordination. Il permet aux départements ministériels d'échanger directement des idées et assure ainsi la cohérence des directives. Troisièmement, il n'y a aucune opposition entre les différents ministères, chacun ayant intérêt au développement du NCMS. En conséquence, la coordination ne représente pas un problème majeur.

La combinaison du NCMS et du MAS en témoigne. Les ministères des Affaires civiles et de la Santé ont travaillé de pair à leur intégration dans certaines régions, afin de permettre aux populations pauvres d'avoir accès aux soins de santé au même titre que le reste de la population. A cette fin, le MAS reverse à ses bénéficiaires une prime du NCMS et rembourse une partie de leurs dépenses. Grâce à cette combinaison, l'utilisation des services de santé chez les populations pauvres égale, voire dépasse, celle du reste de la population. Les deux ministères ont étendu le programme pilote à l'ensemble du pays.

**3. L'adhésion volontaire respectant le choix des paysans et le mode de financement à sources multiples sont deux éléments indispensables.**

Si l'Etat se charge «d'organiser et de guider» les paysans pour qu'ils adhèrent au NCMS, la décision finale appartient à ces derniers et le NCMS s'y conforme en tous points. Dans les faits, la plupart des paysans font le choix d'y adhérer, en raison, en grande partie, de la part importante des cotisations prise en charge par l'Etat. En 2003, alors que le NCMS faisait tout juste son apparition, les aides reversées par l'Etat à chaque bénéficiaire étaient de 20 yuans, soit 66,7 pour cent des cotisations totales. En 2009, l'ensemble des cotisations s'élevait à 94,435 milliards de yuans (24,851 milliards de dollars PPA), dont 74,882 milliards financés par l'Etat (19,690 milliards de dollars PPA), soit 79,23 pour cent. Alors que l'adhésion concerne la famille entière, les cotisations sont, pour leur part, individuelles. En 2009, la prime par personne était de 23,5 yuans (6,18 dollars PPA). Le département des Affaires civiles a également reversé 917 millions de yuans (241,32 millions de dollars PPA) au titre des primes en faveur des populations pauvres. Le NCMS dispose en outre d'autres sources de financement, comme les dons.

La nature volontaire du programme et son mode de financement à sources multiples ne pourront être pérennes qu'à la condition expresse que les paysans bénéficient de prestations plus élevées et fassent systématiquement le choix de s'affilier.

**4. Le processus décisionnel rationnel et démocratique aide, sur le plan technique, au développement ordonné et sans revers du NCMS.**

Le NCMS et le MAS sont deux régimes d'assurance-maladie d'envergure ayant des répercussions sur la vie de centaines de millions de paysans. La moindre négligence pourrait avoir des conséquences fâcheuses et conduire à la perte de crédibilité de l'Etat et à la baisse de confiance des paysans.

Pour la mise en place et l'extension du NCMS, la Chine a adopté une stratégie d'extension graduelle précédée d'un projet pilote permettant de recueillir des informations et d'accroître son savoir-faire. Tout au long du processus, la priorité a été donnée à la collaboration entre fonctionnaires et chercheurs. Un groupe de pilotage technique a été créé dès le départ, chargé de mener les travaux de recherches

essentiels et d'assurer la supervision sur le terrain, ce qui l'a amené à communiquer les problèmes rencontrés aux responsables du programme, qui ont ainsi pu les résoudre au mieux. Le groupe a effectué des activités de recherche et de suivi en continu dans des domaines tels que le financement, la conception des paniers de soins, la gestion et la sécurisation des ressources financières, le statut des prestataires de soins et la maîtrise des coûts. En outre, il a étudié les régions de l'est, du centre et de l'ouest du pays et a fait état des résultats aux décideurs. Au cours de séances conjointes, divers experts ont été désignés pour recueillir les données relatives à cinq provinces préalablement sélectionnées et les transmettre à la session conjointe suivante. Ces diverses mesures permettent d'assurer la stabilité, la cohérence et la faisabilité des politiques en la matière.

La plupart des membres du personnel affecté au NCMS ne possédaient pas suffisamment de connaissances ou d'expérience. Afin de les former et de leur permettre de répondre à la cadence rapide d'extension des deux régimes, le ministère de la Santé a fait appel à des experts et à des fonctionnaires expérimentés pour organiser des séances régulières de formation à l'échelle nationale. Ces formations portent sur le fonctionnement sur le plan institutionnel du NCMS, son organisation et sa gestion, le financement, la gestion des risques médicaux, la nature des prestations, le statut des prestataires, la maîtrise des coûts, la gestion et la sécurité des ressources financières, ainsi que la gestion des systèmes d'information.

**5. L'amélioration du système de prestation des services et les progrès réalisés au sein du système d'assurance-maladie sont concomitants et permettent à ce dernier de protéger le droit à la santé et les intérêts de la population.**

Afin de garantir l'accès aux soins de santé pour tous, des mécanismes financiers à l'image du NCMS sont indispensables, mais s'avèrent cependant insuffisants. L'offre de services de santé est au moins aussi importante. C'est pourquoi la prestation de services et l'assurance-maladie doivent aller de pair.

L'allocation des ressources destinées à l'assurance-maladie était auparavant déséquilibrée ; celles-ci étaient généralement concentrées dans les grandes villes et les principaux hôpitaux. Afin de modifier cet état de fait, le gouvernement a mis en place

un système d'assurance-maladie en milieu rural et a investi d'importantes ressources pour la création d'un système de prestations de soins en milieu rural.

a. Amélioration de l'infrastructure médicale en milieu rural

La Chine suit son *calendrier de développement du système de prestation de soins de santé en milieu rural* depuis 2006. De 2004 à 2009, l'Etat a dépensé 21,684 milliards de yuans (5,706 milliards de dollars PPA) pour rénover ou construire 36 000 structures rurales de santé. Parmi ces structures, on dénombre 24 000 centres de santé à l'échelle des collectivités. Les prestataires disposent ainsi de meilleures conditions et de capacités de service renforcées dans les régions rurales.

En 2009, l'Etat central a affecté 20 milliards de yuans (5,263 milliards de dollars PPA) à la construction de 986 hôpitaux de cantons, de 3 549 centres de santé dans les collectivités et de 1 154 centres de services de santé communautaires.

Les progrès rapides dans la reconstruction du système de soins de santé suite au tremblement de terre dans les régions du Sichuan, du Gansu et du Shaanxi ont permis d'accélérer la mise à niveau des systèmes d'assurance-maladie de ces trois provinces. Fin novembre 2009, pas moins de 1 531 projets avaient débuté, parmi lesquels 760 étaient déjà achevés, et les investissements réalisés atteignaient 12,36 milliards de yuans (3,253 milliards de dollars PPA).

b. Renforcement du personnel médical dans les régions rurales

De 2005 à 2009, l'Etat central a consacré 2,145 milliards de yuans (0,564 milliard de dollars PPA) à la formation de professionnels de la santé, et notamment de directeurs de centres de santé dans les collectivités, d'internes en médecine et de médecins, dans les villages des régions du centre et de l'ouest.

c. Encourager les prestataires urbains à soutenir leurs homologues en milieu rural

De 2005 à 2009, l'Etat central a accumulé 1,04 milliard de yuans destinés à la création d'un programme de partenariat en faveur des hôpitaux de cantons et des centres de santé municipaux, dans 592 cantons nationaux touchés par la

pauvreté et quelques cantons provinciaux. En 2009, on dénombrait ainsi 900 hôpitaux tertiaires associés à 2 200 hôpitaux de cantons.

Du fait de l'existence du système d'assurance-maladie, les paysans sollicitent davantage de soins de santé. Seul un système de prestation de soins adapté peut permettre de répondre à cet accroissement de la demande et de protéger, dans les faits, le droit à la santé des paysans. Dans l'ensemble, depuis l'introduction du NCMS, les hôpitaux au niveau des cantons et les centres de santé des collectivités ont fourni des services à environ 82 pour cent des patients hospitalisés, signe du développement réussi d'établissements médicaux dans les régions rurales.

Quel ministère devrait être responsable de la gestion du NCMS ? Cette question a dans un premier temps prêté à controverse. Le Conseil d'Etat a décidé d'en attribuer la responsabilité au ministère de la Santé, ce qui est tout à fait fondé. En outre, l'expérience montre que le mécanisme de gestion actuel permet d'équilibrer les ressources financières destinées à l'assurance-maladie et à la prestation de soins, de maîtriser pleinement les coûts et de garantir la sécurisation des ressources financières. A partir des données du Centre d'information statistique sur la santé et de l'Institut de recherche sur le NCMS, la moyenne nationale des coûts d'hospitalisation a pu être comparée à la moyenne de ces mêmes coûts pour les bénéficiaires du NCMS. En 2005, cette dernière était de 3 260 yuans (857,9 dollars PPA), contre 4 662 yuans (1 226,84 dollars PPA) pour la moyenne nationale. En 2009, ces chiffres atteignaient, respectivement, 3 590 yuans (944,74 dollars PPA) et 5 464 yuans (1 437,89 dollars PPA) (en valeurs nominales), soit une hausse de 9,2 pour cent et de 17,2 pour cent. En 2005, le coût d'hospitalisation moyen dans les hôpitaux de cantons était de 3 556 yuans (935,79 dollars PPA) pour les bénéficiaires du NCMS et de 3 381 yuans (889,74 dollars PPA) à l'échelle nationale. En 2008, ces chiffres étaient respectivement de 3 791 yuans (997,63 dollars PPA) et de 4 115 yuans (1 082,89 dollars PPA), soit une hausse de 6,6 pour cent et de 21,7 pour cent.



## DEFIS FUTURS

---

En dépit de progrès importants, la Chine doit toujours faire face à de nombreux défis au sein de son système d'assurance-maladie en milieu rural:

### **1. La couverture demeure insuffisante et il est primordial de mettre en œuvre un mécanisme de financement pérenne.**

En 2009, le montant total des cotisations par personne n'était que de 113 yuans. Le taux de remboursement effectif était seulement de 41 pour cent, bien que 87 pour cent des ressources financières totales aient été utilisées pour le remboursement des hospitalisations. La compensation au titre des soins ambulatoires atteignait à peine 18 yuans (4,74 dollars PPA) par visite. Il existe deux manières d'améliorer les prestations. L'une consiste à augmenter les cotisations, l'autre implique la maîtrise de l'augmentation des coûts des soins de santé.

A l'heure actuelle, la détermination du montant des cotisations (versées par l'Etat et les ménages bénéficiaires) et de son augmentation relève de décisions administratives, qui sont cependant soumises à de nombreuses incertitudes. Les ressources financières du NCMS ne peuvent augmenter au même rythme de la croissance économique et des revenus des paysans que s'il existe un mécanisme d'accroissement des ressources s'appuyant sur des lois et des réglementations. Il est, de ce fait, urgent de doter le système d'assurance-maladie en milieu rural de ces lois et règlements afin de combiner l'accroissement des ressources allouées au NCMS à la croissance économique. En 2009, les recettes fiscales de l'Etat central s'élevaient à 6 847,7 milliards de yuans (1 801,8 milliards de dollars PPA), alors que les ressources destinées au NCMS étaient de 29,662 milliards de yuans (7,8058 milliards de dollars PPA), soit seulement 0.39 pour cent des recettes. Ce chiffre devrait atteindre 0,8 pour cent des recettes fiscales si les taux de remboursement pour les frais d'hospitalisation et les services ambulatoires au titre du NCMS devaient passer, respectivement, à 70 ou 80 pour cent, et à 60 pour cent. Une réglementation est indispensable afin de définir les mesures à prendre. C'est là une condition essentielle pour le développement équilibré et pérenne du NCMS.

Les cotisations individuelles annuelles versées par un paysan s'élèvent à 30 yuans (7,89 dollars PPA). En supposant que le revenu net par personne d'un paysan est inférieur à 5000 yuans (1 315,79 dollars PPA), ces dépenses ne représentaient, en 2009, que 0,6 % de ses revenus. Il est également nécessaire d'inscrire dans les réglementations, le principe d'augmentation des cotisations individuelles en fonction de l'accroissement des revenus, selon un rapport défini. La plupart des experts s'accordent à dire que la proportion des cotisations par rapport au revenu devrait se situer entre 1 et 2 pour cent.

**2. Maîtriser la croissance démesurée des frais médicaux et favoriser une meilleure utilisation des services : deux objectifs à long terme.**

En raison des investissements réalisés dans le secteur de la santé dans les régions rurales, du renforcement des plateaux techniques et des services, les frais médicaux ont tendance à augmenter. La prédominance actuelle des paiements à l'acte incite les prestataires à offrir davantage de services que nécessaire. Des cas d'abus (prescriptions ou examens inutiles) sont ainsi quelquefois constatés. La croissance des coûts est en outre excessive (plus de 10 pour cent) dans certaines régions. Il en résulte que la maîtrise des coûts est un défi majeur pour le NCMS. A cette fin, certaines régions ont expérimenté des réformes du système de paiement, en remplaçant le paiement à l'acte par un paiement forfaitaire ou une indemnité journalière pour les services hospitaliers, et par un honoraire fixe pour les services ambulatoires. De leur côté, de nombreuses localités s'appuient encore davantage sur la gestion informatisée et renforcent le contrôle des prestataires de soins au moyen de techniques informatiques modernes. Toutes ces réformes sont cependant toujours au stade expérimental. Des efforts supplémentaires sont nécessaires afin de parvenir à une meilleure utilisation des ressources financières du NCMS, de favoriser une meilleure utilisation des services et d'augmenter les retombées en faveur des bénéficiaires. Dans le même temps, la qualité des services a souvent été négligée. Il convient de parvenir à un équilibre entre les coûts, d'une part, et la qualité, d'autre part.

**3. Des progrès supplémentaires sont nécessaires afin de parvenir à l'équité et à l'accès effectif des populations pauvres et des travailleurs migrants.**

La part des dépenses à la charge des bénéficiaires dans le coût des soins ambulatoires est toujours très élevée, puisqu'elle atteint environ 60 pour cent (elle s'élevait même 70 pour cent quelques années auparavant), excluant de facto les populations pauvres. Ainsi, le NCMS ne peut pas à lui seul régler les problèmes d'accessibilité et d'équité pour les populations pauvres. Dans la pratique, ces derniers utilisent un nombre de services de loin inférieur au reste de la population. Cette situation ne saurait changer qu'à la faveur d'une combinaison du MAS et du NCMS, et du remboursement partiel ou intégral, au titre du MAS, des dépenses à la charge des populations pauvres, afin que la part des dépenses leur incombant ne dépasse pas 20 pour cent. Les ressources financières actuelles du MAS ne le permettent cependant pas.

Une évaluation approximative des ressources nécessaires a été conduite. D'après les statistiques du ministère des Affaires civiles, 62,677 millions de personnes bénéficiaient du MAS en 2009. L'aide financière qui leur a été reversée s'élevait à 8,04 milliards de yuans (2,116 milliards de dollars PPA), soit 128,3 yuans (33,76 dollars PPA) par personne.

Les données relatives au NCMS provenant de 563 cantons montrent qu'en 2009, les bénéficiaires ont eu des frais hospitaliers s'élevant en moyenne à 3 780 yuans (994,74 dollars PPA) par hospitalisation, alors que le taux de remboursement effectif était pour sa part de 41 pour cent. Si ces chiffres devaient être identiques pour les bénéficiaires du MAS, alors les frais à leur charge seraient de 2 230 yuans (586,84 dollars PPA) par hospitalisation, après remboursement du NCMS. A eux deux, ces régimes ne peuvent prendre en charge 80 pour cent du coût que si le taux de remboursement du MAS est de 39 pour cent, soit 1 474 yuans par hospitalisation. En supposant que le taux d'hospitalisation soit de 9,9 pour cent, cela signifierait que le nombre de bénéficiaires du MAS hospitalisés s'élèverait à 6 205 023 et que ceux-ci seraient en droit de réclamer 9,15 milliards de yuans (2,408 milliards de dollars PPA). A l'heure actuelle, sur l'ensemble des remboursements versés au titre du MAS, le rapport des remboursements pour les soins ambulatoires sur ceux pour les soins hospitaliers est d'environ 3 pour 7 (hors coût des maladies chroniques non transmissibles et des dépenses de santé extraordinaires). A partir de là, les ressources nécessaires pour le MAS s'élèveraient à 13,07 milliards de yuans. En 2009, le ministère des Affaires civiles

est venu en aide à 43,66 millions de paysans pour leurs cotisations au NCMS. A supposer que la cotisation par personne soit de 30 yuans (7,89 dollars PPA), cela signifierait un remboursement total de 1,3 milliard de yuans (342 millions de dollars PPA). Dans cette hypothèse, les ressources nécessaires seraient de 14,37 milliards de yuans (3,782 milliards de dollars PPA) en 2009, alors que les ressources réellement disponibles n'étaient que de 8,04 milliards (2,116 milliards de dollars PPA), soit une différence de 6,33 milliards de yuans (1,667 milliard de dollars PPA).

Même en disposant de ressources supplémentaires, sans intégration effective avec le NCMS, le MAS ne peut pas optimiser ses remboursements en faveur des personnes pauvres. Actuellement, seuls quelques cantons ont entrepris cette combinaison effective. Des instruments administratifs sont indispensables à son extension à l'ensemble du pays.

On dénombre environ 120 millions de travailleurs migrants dans les régions rurales. Etant loin de chez eux, ils ont davantage besoin de services médicaux. Cependant, du fait de capacités administratives insuffisantes, le NCMS refuse assez souvent de rembourser, ou ne rembourse que très faiblement, les dépenses médicales (les soins ambulatoires par exemple) effectuées dans leur région d'activité. Cela a une incidence négative sur l'utilisation des services et les prestations des travailleurs migrants. Il faut espérer que la mise en place d'un réseau d'information à l'échelle nationale permettra aux bénéficiaires de percevoir leurs remboursements, y compris en dehors de leur région de résidence. Cependant, dans les conditions actuelles, un tel système est hors de portée.

#### **4. Les capacités de gestion du NCMS doivent être améliorées afin de répondre aux besoins grandissants du système d'assurance-maladie grandissant en milieu rural.**

A l'heure actuelle, un employé du NCMS doit s'occuper de 38 000 bénéficiaires et nombre d'employés auraient besoin d'une formation technique. En outre, les coûts de fonctionnement sont en moyenne de 600 000 yuans (157 894,7 dollars PPA) par canton et l'on dénombre en moyenne 310 000 bénéficiaires par canton. Dans une telle situation, offrir des services d'assurance-maladie de qualité est difficile.

L'assurance-maladie en milieu rural est un projet à long terme. Afin d'assurer son développement équilibré, il est indispensable de disposer d'un personnel qualifié, de lui offrir différentes formations et de posséder des ressources financières suffisantes pour couvrir les frais de fonctionnement. De telles conditions ne sont cependant pas réunies actuellement.

Il convient également d'améliorer les prestations du NCMS. Les problématiques à résoudre concernent la répartition des ressources entre les prestations destinées au remboursement des soins hospitaliers, des soins ambulatoires et des dépenses de santé extraordinaires, et l'optimisation de la portée de la couverture, sans pour autant entraîner de déficit. Ces dernières années, certains cantons ont enregistré des déficits pendant que d'autres, au même moment, enregistraient un excédent élevé. Il est de toute évidence possible d'ajuster les prestations.

Le niveau de développement des systèmes de gestion de l'information pour l'assurance-maladie dans les zones rurales varie en fonction des cantons, certains n'ayant que peu progressé dans ce domaine au cours des dernières années. Les systèmes provinciaux de gestion de l'information sont notamment insuffisants, et empêchent d'offrir des services de remboursement adaptés aux bénéficiaires. Il est par conséquent urgent d'accélérer le développement de ces systèmes.

## **5. La combinaison des systèmes d'assurance-maladie dans les régions urbaines et rurales**

Un développement équilibré passe par la combinaison des systèmes entre les régions urbaines et rurales. Cependant, des différences existent entre ces systèmes en matière de cotisation. En outre, les motifs de consultation diffèrent selon que les personnes vivent dans une région rurale ou urbaine. Les citoyens préfèrent les hôpitaux de qualité en ville alors que les paysans se rendent généralement chez les prestataires de base. Afin de combiner les deux systèmes, il convient de s'attacher tout particulièrement à la protection des intérêts des paysans et d'éviter que les citoyens ne tirent profit de la situation aux dépens de ces derniers. Cela suppose un soutien des régions urbaines aux régions rurales et de l'industrie à l'agriculture. Néanmoins, ce principe n'est pas respecté dans certains cas, entraînant une utilisation des services et des prestations de loin inférieure pour les paysans par rapport aux citoyens. De quelle manière convient-il

d'intégrer les systèmes d'assurance-maladie dans les régions urbaines et rurales ? Quelles conséquences cette intégration aura-t-elle sur le système de gestion institutionnel ? Toutes ces questions doivent encore trouver une réponse.

La Chine est actuellement en train de réformer son système de santé. L'objectif fondamental est d'assurer l'accès à tous, sur un pied d'égalité, aux soins de santé et d'améliorer la santé de l'ensemble de la population. L'une des principales composantes de ces réformes est la consolidation du système d'assurance-maladie, qui permet d'enclencher une nouvelle dynamique et offre de nouvelles possibilités d'amélioration du système de soins en milieu rural. La Chine dispose des capacités nécessaires pour relever les défis et surmonter les difficultés qui se présentent à elle, et faire de son système d'assurance-maladie en milieu rural une réussite.

---

<sup>i</sup> Statistiques nationales, 2009.

<sup>ii</sup> OMS, Global Health Observatory, 2008.

<sup>iii</sup> OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale, Global Health Observatory, 2005.

<sup>iv</sup> Banque mondiale, *Indicateurs du développement dans le monde 2008 et Financement du développement dans le monde 2008*.

<sup>v</sup> *Ibid.*

<sup>vi</sup> Taux de chômage déclaré dans les villes et les collectivités, 2009.

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

<sup>viii</sup> Banque mondiale, 2009, estimations de la Banque mondiale de 2005 à partir d'enquêtes.