
Permettre une transition vers la formalisation en fournissant un accès aux soins de santé: Les exemples de la Thaïlande et du Ghana

Jennifer de la Rosa
Xenia Scheil-Adlung

Département de la sécurité sociale du BIT

I. Introduction

Environ 1,2 milliard d'individus dans le monde vivent dans l'extrême pauvreté (moins d'un dollar par jour). Selon les estimations, la plupart de ceux qui n'ont pas accès aux services de santé vivent dans les pays en développement: 34 pour cent en Asie du Sud, 27 pour cent en Afrique subsaharienne et 19 pour cent en Asie du Sud-est et dans le Pacifique.¹ Concrètement, environ 1,3 milliard d'individus dans le monde ne sont pas en mesure d'accéder à des soins de santé effectifs et abordables s'ils en ont besoin, tandis que 170 millions sont forcés de consacrer plus de 40 pour cent du revenu de leur foyer aux soins médicaux.² Les événements de santé catastrophiques plongent encore plus les gens dans la pauvreté en raison des coûts élevés qu'ils entraînent.³ Ce lien, si l'on ne s'en préoccupe pas, peut déboucher sur des cercles vicieux de pauvreté et de mauvaise santé. Il est capital d'améliorer la situation sanitaire des pauvres pour générer des revenus et accroître la productivité et la richesse.

Les individus qui travaillent dans l'économie informelle sont une source de préoccupations particulières en raison de leurs caractéristiques. Par *économie informelle*, on entend les activités économiques qui échappent aux réglementations et lois de l'État, y compris celles qui portent sur la protection des travailleurs et la sécurité sociale. Les entreprises informelles fonctionnent généralement avec peu de capitaux, de compétences et de technologies et leur accès aux marchés est limité; elles offrent des revenus faibles et instables et des conditions de travail médiocres.⁴ La protection sociale en santé est considérée comme un moyen d'atteindre ceux qui travaillent dans l'économie informelle pour lutter contre les divers risques sanitaires et financiers auxquels ils sont confrontés.

Sur la base des valeurs fondamentales que sont l'équité, la solidarité et la justice sociale, l'OIT définit la *protection sociale en santé* comme une série de mesures du secteur public et de mesures du secteur privé ordonnées et organisées par l'État pour lutter contre la détresse sociale, la perte de productivité, la perte de revenus en raison de l'incapacité de travailler ou du coût du traitement provoqué par des problèmes de santé et financées par des recettes publiques, des cotisations ou des primes. Réaliser une couverture universelle de protection sociale en santé, définie comme un accès effectif à des soins de santé abordables et de qualité et à une protection financière en cas de maladie, est un objectif

¹ Rapport sur le développement des Nations Unies, 1997

² OMS (2004b), p. 2

³ "Statistiques sanitaires mondiales 2007" www.who.int/hdp/database, 25 septembre 2007

⁴ "ILO Technical note on the Extension of Social Security to the Informal Economy in Thailand", 2004, p. 1

central de l'OIT.⁵ Ainsi en va-t-il du recours à des mécanismes de financement de la santé sous les formes suivantes: 1) protection de la santé fondée sur les recettes fiscales (par ex., les approches des services nationaux de santé et de l'assistance sociale comme les coupons et les prestations en espèces); 2) assurance maladie nationale, assurance maladie sociale, assurance à base communautaire et micro-assurance; et 3) assurance santé privée.

L'inclusion de l'économie informelle dans les systèmes de protection sociale en santé demeure difficile. Cela s'explique par certains facteurs, en particulier: le contact invariable entre les pouvoirs publics et l'économie informelle qui a des conséquences sur les données établies par l'État sur les travailleurs de l'économie informelle; il est difficile de déterminer le revenu des travailleurs de l'économie informelle par rapport à l'économie formelle pour laquelle il existe des données sur les salaires; les professions des travailleurs de l'économie informelle sont très diverses, ce qui fait qu'il est difficile d'octroyer certains types de prestations; et l'absence de renseignements pertinents sur les groupes ciblés dans l'économie informelle complique l'élaboration de régimes pour certaines professions et industries.

Le présent document est consacré aux expériences de la Thaïlande et du Ghana visant à améliorer l'accès aux soins de santé des travailleurs de l'économie informelle et de leurs familles. Il est plus particulièrement axé sur l'évaluation des mécanismes de financement de ces deux pays et sur les enseignements qui peuvent être tirés de ces expériences en vue de formuler des recommandations.

II. Mécanismes de financement de la santé permettant d'atteindre l'économie informelle

L'OIT appuie l'utilisation de mécanismes de financement pluralistes comme stratégie pour réaliser une couverture universelle dans un délai réaliste. Les différents mécanismes de protection sociale en santé et de financement utilisés au niveau mondial pour atteindre le secteur informel comprennent des systèmes comme l'assurance fondée sur les recettes fiscales, l'assurance maladie sociale, la micro-assurance, les systèmes à base communautaire et l'assurance privée à but lucratif ou sans but lucratif. Cependant, chaque système a ses avantages et ses inconvénients. Hormis l'assurance privée à but lucratif qui n'est pas pertinente pour le secteur informel, le tableau ci-après présente un aperçu de ces systèmes:

Tableau 1. Aperçu des avantages et des inconvénients des mécanismes de financement de la protection sociale en santé pour l'économie informelle

Mécanisme de financement	Avantages	Inconvénients	Pays
Fondé sur les recettes fiscales ^a	Répartition des risques sur l'ensemble de la population	Risque de financement instable et souvent financement insuffisant en raison de la concurrence des autres dépenses publiques	Régime "30 bahts" de la Thaïlande Malaisie Singapour
Financé par les recettes publiques et les taxes, tous les ressortissants nationaux sont affiliés	Possibilités d'efficience administrative et de contrôle des coûts	Inefficace en raison du manque d'incitations et de surveillance effective par l'État	
Exemples: - Service national de la santé	Répartition entre les		

⁵ "Social Health Protection: An ILO strategy towards universal access to health care", 2007, p.3

<p>Fourniture des services organisée par l'État</p> <p>- Transfert conditionnel en espèces et coupons – programmes publics qui octroient une somme d'argent aux individus nécessiteux en échange de changements de comportement vérifiables (Blomquist, 2004)</p>	<p>catégories de la population couverte à risques élevés et à risques faibles, et à revenus élevés et à revenus faibles</p> <p>Octroi d'un soutien aux pauvres</p> <p>Peut encourager le développement du capital humain</p>	<p>Coûts liés au respect des conditions</p> <p>Problèmes liés aux transferts en espèces</p>	<p>Mexique – PROGRESA/ Oportunidades Brésil – PETI Colombie – FA Jamaïque – PATH</p>
<p>Assurance maladie sociale obligatoire</p> <p>- Financée par les taxes sur le salaire, la participation est obligatoire et la couverture est définie par la loi.</p> <p>- Des subventions pour les pauvres sont habituellement prévues et la fourniture des services se fait souvent par l'intermédiaire du secteur privé/de la sous-traitance.</p> <p>L'organisation est faite par l'intermédiaire d'un fonds indépendant. L'assurance maladie nationale est une variante de cette catégorie</p>	<p>Génère des recettes stables</p> <p>Souvent soutien solide de la part de la population</p> <p>Accès ménagé à un ensemble important de services</p> <p>Participation des partenaires sociaux</p> <p>Répartition entre catégories de la population couverte à risques élevés et à risques faibles, et à revenus élevés et à revenus faibles</p>	<p>Les pauvres sont exclus sauf en cas de subventionnement de la part de l'État</p> <p>Les cotisations sur la feuille de paie peuvent réduire la compétitivité et entraîner une augmentation du chômage Complexe à gérer; la gouvernance et la responsabilité peuvent poser des problèmes Peut entraîner une escalade des coûts à moins que des mécanismes de sous-traitance efficaces ne soient en place</p>	<p>Ghana – NHIS Philippines – PHIC Viet Nam – SHI Corée – NHI Kenya - NSHIF</p>
<p>Systèmes de micro-assurance et systèmes à base communautaire^a</p> <p>Financés par des primes et l'affiliation est volontaire. La fourniture des services se fait souvent par l'intermédiaire du secteur privé/de la sous-traitance. Ces systèmes sont habituellement de petite envergure ou locaux.</p>	<p>Possibilité d'atteindre le secteur informel Possibilité d'atteindre les segments de la population proches des pauvres Un contrôle social strict limite les abus et les fraudes et contribue à la confiance dans le système</p> <p>Apportent un soutien aux</p>	<p>Les pauvres peuvent être exclus à moins qu'ils ne bénéficient de subventions Peuvent être financièrement vulnérables s'ils ne sont pas soutenus par des subventions nationales La couverture demeure habituellement limitée à un faible pourcentage de la population</p> <p>Forte incitation au choix négatif (les individus qui estiment avoir une forte chance de répondre aux conditions pour bénéficier des prestations sont plus particulièrement motivés pour participer au système que les autres) Peuvent aller de pair avec un manque de professionnalisme dans la gouvernance et l'administration Il y a beaucoup de problèmes de coûts liés au respect des conditions Problèmes liés aux transferts en espèces</p>	<p>Bangladesh – Banque Grameen, Inde – SEWA Tanzanie – Fonds communautaire de santé pour les petits cultivateurs de thé</p>

	pauvres Peuvent encourager le développement du capital humain		
--	--	--	--

Sources: ^a Social Health Protections: An ILO strategy towards universal access to health care, 2007

^b http://info.worldbank.org/tools/docs/library/70042/spring_2004/pdf/eng/blomquist.pdf

Compte tenu de la diversité des systèmes, il faut manifestement comparer leurs avantages et leurs inconvénients. L'OIT suggère qu'en améliorant et en reliant les approches au moyen de l'élaboration d'un plan de couverture, on peut faire passer les différences au second plan. Par des études évaluatives, on peut identifier les mécanismes appropriés pour tels ou tels segments de la population d'un pays donné afin d'augmenter d'une manière équitable des revenus suffisants et durables pour octroyer des ensembles de prestations adéquats et une protection financière à toute la population.⁶

III. L'expérience de la Thaïlande et du Ghana

L'expérience et les éléments d'information au niveau mondial montrent qu'il n'y a pas de modèle unique et correct pour l'octroi d'une protection sociale en santé. La stratégie de l'OIT relative à la rationalisation de l'utilisation des mécanismes de financement pluralistes propose d'élargir les moyens de financement des soins de santé existants plutôt que de créer de nouvelles structures pour réaliser l'accès universel. C'est ce qu'ont démontré la Thaïlande et le Ghana dans leur utilisation de divers systèmes pour améliorer l'accès de leur population aux soins de santé.

Thaïlande

La Thaïlande est un pays en développement situé en Asie du Sud-est. Principalement agricole à l'origine, il s'est développé ultérieurement pour devenir en grande partie industriel. Du milieu de la décennie 80 jusqu'au milieu de la décennie 90, la Thaïlande a eu l'une des économies de la région qui croissaient le plus vite, avec un taux de croissance moyen de 8,4 pour cent. Son économie a souffert durant la crise de 1997 qui a fait chuter le taux de croissance de son PIB à - 10 pour cent, ce qui a entraîné une récession économique. Elle a néanmoins pu se redresser et, en 2003-2004, son taux de croissance a augmenté pour s'établir à plus de 6 pour cent par an. Les données démographiques montrent une baisse du taux de croissance de la population et une amélioration de l'espérance de vie. Le taux de mortalité infantile (TMI) en Thaïlande s'est amélioré depuis les années 90, où il se situait à 26/1000 naissances d'enfants en vie.⁷ Le TMI est l'un des principaux indicateurs de la santé des enfants et du développement général des pays. En ce qui concerne les dépenses de santé, la Thaïlande a consacré 3,5 pour cent de son PIB à la santé en 2004, dont 64,7 pour cent pour les dépenses générales de santé de l'État, le reste représentant les dépenses privées (35,3 pour cent). Une part d'environ 10 pour cent des dépenses générales de santé de l'État a été consacrée à la sécurité sociale pour la santé. Les dépenses des ménages représentent 28,7 pour cent de l'ensemble des dépenses de santé, ce qui reflète peut-être l'amélioration de la couverture de la protection sociale en santé. Ce chiffre est bas par rapport aux dépenses des ménages des pays à faible revenu d'Afrique et

⁶ "Social Health Protections: An ILO strategy towards universal access to health care", 2007, p. 34

⁷ "Tendances de la mortalité infantile dans la région de l'Asie du Sud-est, pays par pays, 1960-1999"

d'Asie, qui représentent de 50 à 80 pour cent du total des dépenses de santé.⁸ S'agissant des données relatives au déficit d'accès, c'est capital pour élaborer et promouvoir des stratégies en faveur d'une couverture universelle étant donné le lien étroit entre l'accès aux services de santé et le manque de couverture de la protection sociale en santé.⁹ Ce déficit est très faible en Thaïlande pour ce qui est des naissances assistées par des personnes qualifiées. Le pourcentage des naissances d'enfants en vie non assistées par des personnes qualifiées sur une période donnée est faible (tableau 2).

Tableau 2. Statistiques générales, Thaïlande

Statistiques	2000	2005	2006
Population totale (millions) ^a	61.4	64.2	64.7
Croissance de la population (annuelle %) ^a	1.0	0.8	0.8
Espérance de vie à la naissance, total (années) ^a	69.5	70.9	..
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances d'enfants en vie) ^a	19.0	18.0	..
INB par tête, méthode Atlas (dollars EU actuels) ^a	1,990.0	2,720.0	2,990.0
PIB (dollars EU actuels) (milliards) ^a	122.7	176.2	206.2
Dépenses de santé totales en % du PIB (2004) ^b		3.5	
Dépenses générales de l'État pour la santé en % des dépenses de santé totales (2004) ^b		64.7	
Dépenses du secteur privé pour la santé en % des dépenses de santé totales (2004) ^b		35.3	
Dépenses de sécurité sociale pour la santé en % des dépenses générales de l'État pour la santé (2003, 2004) ^{d, b}		32.0 ^d 10.2 ^b	
Dépenses des ménages en % des dépenses du secteur privé pour la santé (2004) ^b		74.7	
Dépenses des ménages en % des dépenses totales pour la santé (2004) ^c		28.7	
Déficit d'accès estimé (naissances assistées par une personne qualifiée) (%) ^c		1.0	

Source: ^a Base de données des indicateurs du développement dans le monde, avril 2007; ^b www.who.int/whosis/whostat2007_6healthsystems_nha.pdf; ^c Social Health Protections: An ILO strategy towards universal access to health care, 2007; ^d <http://www.who.int/whr/2006/annex/annex2.xls>

Une caractéristique importante du contexte socioéconomique de la Thaïlande est son économie informelle. Elle fournit des emplois et des revenus à la grande majorité de la population active du pays. Sur une main-d'œuvre totale estimée à 34 millions d'individus, 20 millions relèvent de l'économie informelle. Sont inclus dans cette catégorie dépourvue de sécurité sociale formelle les travailleurs agricoles, les travailleurs à domicile, les travailleurs occasionnels du secteur de la construction, les vendeurs de rue et de marché, les travailleurs de l'industrie des spectacles, les travailleurs domestiques et les autres types de travailleurs indépendants.¹⁰

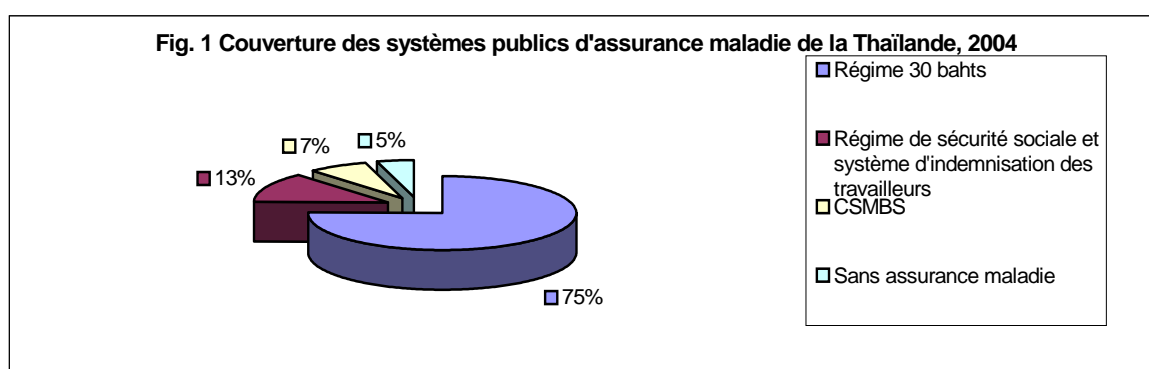
⁸ "Social Health Protections: An ILO strategy towards universal access to health care", 2007, p. 7

⁹ "Social Health Protections: An ILO strategy towards universal access to health care", 2007, p. 19

¹⁰ "ILO Technical note on the Extension of Social Security to the Informal Economy in Thailand", 2004, p. 1

Aperçu du financement de la protection de la santé en Thaïlande

Avant la mise en place du Régime universel de soins de santé, la Thaïlande avait plusieurs mécanismes de financement de la santé, à savoir la protection médico-sociale, le régime de prestations médicales des fonctionnaires, le système de sécurité sociale et la carte santé. Le manque d'efficacité était répandu dans presque tous les systèmes pour diverses raisons – choix défavorables, risques moraux et inefficacité de la répartition. Des modifications ont été apportées aux différents régimes pour élargir la couverture, néanmoins, 30 pour cent des individus n'étaient toujours pas assurés.¹¹ En 2001, le gouvernement thaïlandais a mis en place le Régime universel de soins de santé ou "Régime 30 bahts", qui est né de la fusion des programmes financés par l'État, la protection médico-sociale et le système volontaire de la carte santé. Les bénéficiaires sont ceux qui ne relèvent pas du régime de l'assurance maladie de la sécurité sociale ou du régime SSO (pour les employés du secteur formel privé), ou du régime de prestations médicales des fonctionnaires (CSMBS) (pour les fonctionnaires de l'État, les retraités et les personnes à leur charge). Il couvre environ 75 pour cent de la population (fig. 1). La mise en œuvre du Régime universel a constitué un jalon politique important dans les efforts déployés par le pays pour réaliser la couverture intégrale de la population.



Source: Hughes et Lethongdee, Universal Coverage in the Land of Smiles: Lessons from Thailand's 30 Baht Reforms, Health Affairs 26, n° 4 (2007) p. 1001

Concrètement, le financement du Régime universel provient des recettes fiscales générales et d'une participation financière minimale de 30 bahts. Le régime des fonctionnaires (CSMBS) est également financé par les taxes générales, tandis que le régime SSO est financé par une répartition égale des cotisations entre l'assuré (1,5 pour cent du salaire), l'employeur et l'État. Le Régime universel et le régime SSO sont deux régimes obligatoires (tableau 3). S'agissant du régime SSO, toutes les entreprises sont tenues de cotiser à moins qu'elles ne fournissent des éléments prouvant qu'elles peuvent offrir à leurs employés de meilleures prestations médicales grâce à un autre système. En ce qui concerne le budget de la Thaïlande pour la santé, en 2004, le BIT et le Programme international relatif à la politique de la santé de la Thaïlande ont entrepris d'établir un modèle de budget pour la santé inspiré de l'approche des modèles du BIT en matière de budgets sociaux. Cet exercice budgétaire a permis d'établir des projections fondées sur des hypothèses et d'apporter des informations sur les effets des modifications du système de

¹¹ Hanvoravongchai et Hsiao, cités dans "Social Health Insurance for Developing Nations", Banque mondiale, p. 145

prestation et de financement des soins de santé sur les dépenses nationales globales en matière de santé et sur l'équilibre du budget de l'État.¹²

Tableau 3. Résumé du financement de la protection de la santé en Thaïlande

Caractéristiques	Régime de sécurité sociale	CSMBS	Régime universel
Affiliés	Employés du secteur privé	Employés de l'État, travailleurs du secteur public et les personnes à leur charge, y compris les parents, conjoints et enfants	Personnes travaillant pour leur propre compte et personnes non couvertes par le CSMBS et le régime de sécurité sociale
Type	Obligatoire	Avantage accessoire	Obligatoire
Financement			
Source	Cotisations des employés, des employeurs et de l'État à hauteur de 1,5 pour cent de la masse salariale pour chacun (ramené à 1 pour cent depuis 2004)	Taxes générales	Taxes générales
Autorité	Bureau de la sécurité sociale	Ministère des finances	Bureau national de la sécurité et de la santé (NHSO)
Paiement du prestataire	Capitation	Rémunération au service	Budget global et
Mécanisme	(Essai de paiement groupé selon les diagnostics pour les patients hospitalisés)	(Essai de paiement groupé selon les diagnostics pour les patients hospitalisés)	Capitation
Prestations	Ensemble complet: Services ambulatoires et d'hospitalisation dans les établissements publics et privés; Prestations de maternité Vaccination et éducation sanitaire Prestations en espèces	Ensemble complet: Services ambulatoires dans les établissements publics; Services d'hospitalisation dans les établissements publics et privés (en urgence seulement); Prestations de maternité Prestation sous forme de visites médicales annuelles	Ensemble complet: Services ambulatoires et d'hospitalisation dans les établissements publics et privés; Prestations de maternité Vaccination et éducation sanitaire
Accès à un prestataire	Par l'intermédiaire d'un hôpital sous contrat ou son réseau; Avec obligation de s'inscrire	Le membre est libre de choisir le prestataire	Par l'intermédiaire d'un hôpital sous contrat ou son réseau; Avec obligation de s'inscrire

En ce qui concerne l'accès aux services de santé, les personnes affiliées au CSMBS peuvent choisir leur propre prestataire, mais s'agissant du Régime universel et du régime SSO, l'accès se fait par l'intermédiaire d'un hôpital sous contrat ou son réseau. Dans le cadre du Régime universel, l'accès commence par l'inscription des personnes répondant aux conditions requises auprès d'un réseau chargé de fournir des soins primaires aux personnes inscrites. Il y a des réseaux de prestataires désignés par district, composés de centres sanitaires, d'hôpitaux de district et d'hôpitaux provinciaux coopérants. Les personnes affiliées obtiennent une carte d'assuré gratuite et paient une participation (cotisation de l'utilisateur) de 30 bahts pour chaque visite ambulatoire ou chaque hospitalisation. L'hôpital reçoit une rémunération de capitation pour chaque personne enregistrée. En tant que mécanisme de limitation des coûts, la rémunération perçue au titre de la capitation est utilisée pour fournir un ensemble complet de prestations, hormis dans quelques cas onéreux identifiés pour lesquels un "paiement spécial" est appliqué. Des services personnels de prévention et de promotion de la santé sont inclus dans l'ensemble de prestations. Les médicaments délivrés sur ordonnance sont gratuits.

¹² "Social Health Protections: An ILO strategy towards universal access to health care", 2007

Le Bureau national de la santé et de la sécurité (NHSO) est l'acheteur national et l'hôpital (unité de soins primaires sous contrat), le principal fournisseur de services de santé. Tel est le modèle fondé sur la répartition entre acheteur et fournisseur. En tant que fournisseur, l'hôpital doit avoir au moins une capacité de 100 lits. Outre qu'il constitue une unité pour l'enregistrement des bénéficiaires, il sert aussi de portillon pour filtrer les patients et les cas. Ces hôpitaux sont également autorisés à sous-traiter des services à des fournisseurs plus petits et d'un meilleur rapport coût-efficacité, comme les polycliniques.

La Thaïlande atteint-elle ses objectifs?

Bien qu'il ne figure pas dans des documents, l'objectif implicite de la politique de la santé de la Thaïlande est d'améliorer l'état de santé de la population par la promotion de politiques favorables à la santé, la fourniture de services publics de santé efficaces et la garantie d'un accès à des soins de santé curatifs de qualité pour tous.¹³ Fournir une couverture universelle est essentiel pour mettre en œuvre la politique implicite. Cet effort fondé sur le Régime universel bénéficie à l'économie informelle qui n'est pas couverte par le régime SSO et le CSMBS. À la suite de la conférence sur l'extension de l'assurance maladie aux travailleurs de l'économie informelle organisée conjointement par la GTZ, l'OIT, l'OMS et la BAD qui s'est achevée, il a été déterminé que la couverture globale de l'assurance maladie de la Thaïlande était, en 2006, de 97,8 pour cent. La couverture au titre du Régime universel est de 75,3 pour cent, et celle du régime SSO et du CSMBS est de 22,5 pour cent. Des documents ont également montré qu'à compter de 2002-2005, les taux d'admission des services ambulatoires et des hospitalisations ont augmenté de 4,3 pour cent et 2,2 pour cent par an, respectivement. Les données du NHSO ont aussi montré que les pauvres pouvaient avoir accès aux services essentiels plus que les riches.¹⁴

Quels enseignements pouvons-nous retirer de l'expérience de la Thaïlande?

L'expérience montre que, pour un pays en développement comme la Thaïlande, l'accès de toute la population, y compris les personnes qui relèvent de l'économie informelle, aux soins de santé de base est possible. Parmi les enseignements qu'on peut retirer de cette expérience, on peut mentionner les suivants:^{15 16}

- Des mécanismes de financement pluralistes coordonnés peuvent permettre de réaliser l'accès universel aux services de santé dans un délai réaliste
- Le financement des soins de santé et la fourniture des services de santé doivent être soigneusement préparés et conçus avant la mise en œuvre
- Il est essentiel d'établir:
 - Des mécanismes de gestion des connaissances efficaces et un investissement en ressources humaines suffisant sur le long terme (renforcement des capacités et recherche) pour le développement et la gestion du système

¹³ Cité dans "ILO Technical Note to Government: Financing Universal Health Care in Thailand", p. 7

¹⁴ Jongudosmsuk, cité dans "Managing rapid increase of health care coverage in Thailand: What lessons can we learn?" Conférence sur l'élargissement de l'assurance maladie aux travailleurs de l'économie informelle, octobre 2006

¹⁵ Ibid.

¹⁶ "Social Health Protections: An ILO strategy towards universal access to health care", 2007, p. 55

- Des mécanismes de prise de décisions efficaces faisant intervenir les ministères du gouvernement et tenant compte des avis des partenaires sociaux, des pauvres et des autres
- Une politique de communication efficace (utilisation des médias)
- Un soutien et un engagement politiques forts
- Il faut une bonne gouvernance et l'octroi de ressources pour mettre en œuvre les changements
- Il faut augmenter effectivement les dépenses de l'État en matière de santé
- Il faut élargir effectivement la marge de manœuvre fiscale pour permettre la durabilité, par exemple en mettant en place des sources de financement additionnelles: une proportion des taxes sur le tabac et sur l'alcool a été consacrée à la constitution de ressources dans le domaine de la santé pour les membres de la population pauvres en cas de difficultés d'ordre fiscal
- Mettre en place une bonne gouvernance, y compris des mécanismes de prise de décisions, renforcer les capacités et les politiques de communication vis-à-vis des assurés constituent des conditions préalables du succès.

Ghana

Situé en Afrique de l'Ouest, le Ghana est un pays agricole à faible revenu doté de ressources naturelles. Le Ghana a une production par tête double de celle des pays pauvres d'Afrique de l'Ouest. Cependant, le pays est fortement tributaire de l'assistance financière et technique internationale. Son revenu par tête est en augmentation et se situe au-dessus de la moyenne de l'Afrique subsaharienne. Les données montrent que le taux de croissance de la population est en diminution et que l'espérance de vie augmente. Le taux de mortalité infantile du Ghana est plus bas que pour l'Afrique subsaharienne (2004/2005), soit 100 pour 1000 naissances d'enfants en vie.¹⁷ En ce qui concerne les dépenses de santé, les dépenses totales du Ghana en pourcentage du PIB en 2004 s'élèvent à 6,7 pour cent, dont 42,2 pour cent correspondent aux dépenses générales de l'État pour la santé et 57,8 pour cent aux dépenses du secteur privé. Les dépenses des ménages en pourcentage des dépenses totales pour la santé s'élèvent à 68,2 pour cent. S'agissant du déficit d'accès en termes de naissances assistées par des personnes qualifiées, les professionnels de la santé qualifiés ne sont pas en mesure d'intervenir pour environ la moitié des naissances d'enfants en vie (53 pour cent) à une période donnée. Le déficit d'accès au personnel de santé au niveau national s'élève à 66 pour cent. Cela signifie que pour 100 individus, 66 ne sont pas en mesure d'avoir accès à un professionnel de la santé.

Tableau 4. Statistiques générales, Ghana

Statistiques	2000	2005	2006
Population totale (millions) ^a	19.9	22.1	22.5
Croissance de la population (annuelle %) ^a	2.2	2.0	1.9
Espérance de vie à la naissance, total (années) ^a	56.7	57.5	..
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances d'enfants en vie) ^a	68.0	68.0	..
INB par tête, méthode Atlas (dollars EU actuels) ^a	320	450	520
PIB (dollars EU actuels) (milliards) ^a	5	10.7	12.9
Dépenses de santé totales en % du PIB (2004) ^b	6.7		
Dépenses générales de l'État pour la santé en % des dépenses de santé totales (2004) ^b	42.2		
Dépenses du secteur privé pour la santé en % des dépenses de santé totales (2004) ^b	57.8		

¹⁷ Cité dans "IMR for Sub-Saharan Africa" The Little Data Book on Africa, Banque mondiale, 2006

Statistiques	2000	2005	2006
Dépenses des ménages en % des dépenses du secteur privé pour la santé (2004) ^b		78.2	
Dépenses des ménages en % des dépenses totales pour la santé ^c		68.2	
Déficit d'accès estimé (naissances assistées par une personne qualifiée) (%)		53.0	
Déficit d'accès estimé lié au personnel, au niveau national (% de la population)		66.0	

Source: ^a Base de données des indicateurs du développement dans le monde, avril 2007; ^b www.who.int/whosis/whostat2007_6healthsystems_nha.pdf; ^c Social Health Protection: An ILO strategy towards universal access to health care, 2007

Le pourcentage de la population vivant au-dessous du seuil de pauvreté national (39,5 pour cent)¹⁸ et le pourcentage de la population vivant avec moins de 2 \$EU et 1 \$EU par jour (75 pour cent et 45,1 pour cent, respectivement)¹⁹ correspondent aux ressortissants ghanéens les plus vulnérables, qui ont besoin d'une protection sociale en santé. En outre, l'emploi informel représente plus de 90 pour cent de l'emploi total au Ghana. Ce secteur comprend, entre autres, différents types de vendeurs, d'agriculteurs, de travailleurs de petits ateliers ou de petites usines et d'ouvriers agricoles.

Aperçu du financement de la protection de la santé au Ghana

Le Service national de la santé du Ghana a été créé en 1957, sur le modèle du système britannique. Tous les Ghanéens se sont vus accorder le droit à des soins et services de santé gratuits dispensés par les établissements publics, mais cela s'est avéré impossible à maintenir sur la durée en raison de la baisse des résultats économiques du pays. En 1985, le principe d'une participation financière a été adopté pour empêcher la disparition des services financés par l'État, puis le système du paiement à la prestation a été mis en place en 1992. Du fait que l'utilisateur devait payer pour les services, l'accès était limité d'une manière générale, les gens étaient dissuadés d'utiliser les établissements de soins et les pauvres étaient exclus. Les mutuelles d'assurance santé privées (MHO) et les systèmes d'assurance santé à base communautaire (CBHI) ont été établis au début des années 1990 avec l'aide de donateurs et d'organismes internationaux afin de ménager un accès et une protection financière à ceux qui n'étaient pas couverts par les systèmes formels et ceux qui étaient affectés par la mise en œuvre du paiement à la prestation. Au bout de près d'une décennie, les MHO et les CBHI se sont largement répandus et ont couvert d'importantes sections de la population.

L'insatisfaction engendrée par le système de financement fondé sur le paiement à la prestation a poussé les partis politiques du Ghana à rechercher des réformes, ce qui a débouché sur le Système national d'assurance maladie (NHIS), qui a été adopté par le Parlement ghanéen en 2003 et mis en œuvre en novembre 2004. Cette mesure a pour objet de garantir la fourniture de services de soins de santé de base aux personnes qui résident dans le pays au moyen de mutuelles d'assurance santé privées; de mettre en place un organisme chargé d'enregistrer les systèmes d'assurance maladie, de leur accorder une licence, de les réglementer et d'accréditer et surveiller les prestataires de soins de santé qui exercent leurs activités dans le cadre des systèmes d'assurance maladie; d'établir un Fonds national de l'assurance maladie qui accordera des subventions aux mutuelles d'assurance

¹⁸ CIA (estimation pour 1999), 2006

¹⁹ Banque mondiale, 2006

santé de district agréées; et d'imposer un prélèvement au titre de l'assurance maladie afin de mettre en œuvre les objectifs du système.²⁰

Le NHIS est un système national d'assurance maladie décentralisé qui applique un modèle fondé sur le district. Il comprend divers régimes, à savoir les mutuelles d'assurance santé de district (par district et financées par l'État), les régimes d'assurance santé commerciaux privés (régimes privés à but lucratif) et les mutuelles d'assurance santé privées (régimes associatifs à but non lucratif). Dans le cadre du NHIS, deux institutions nationales ont été établies: le Conseil national de l'assurance maladie (NHIC) et le Fonds national d'assurance maladie (NHIF). Le NHIC, avec le Ministère de la santé, définit l'ensemble de prestations minimums accordées au niveau national, accrédite les prestataires de services médicaux dans le cadre du système d'assurance maladie, approuve et supervise les activités des mutuelles d'assurance santé de district (DMHIS), des mutuelles privées à but non lucratif (MHO) et des assureurs privés, et détermine les primes à acquitter. Les DMHIS, les MHO et les assureurs privés sont chargés de l'affiliation des résidents, de la collecte des primes, du paiement des factures et de la négociation avec les prestataires/l'octroi des prestations.

Le financement du Système national d'assurance maladie provient en grande partie de trois sources: 1) 2,5 pour cent par la taxe à la valeur ajoutée (TVA) sur les marchandises et les services, un prélèvement au titre de la santé assorti de certaines exclusions, 2) 2,5 pour cent par l'impôt sur le revenu frappant les employés du secteur formel pour soutenir le régime de sécurité sociale et de retraite; 3) une prime annuelle de 72 000 cédis pour les individus adultes affiliés en âge de travailler (les employés du secteur formel qui cotisent à la sécurité sociale ne sont pas tenus d'acquitter la prime annuelle). En outre, il y a aussi des prélèvements sur le budget de l'État affectés au fonds par le Parlement, des bénéfices sur les investissements faits par le NHIC et les contributions au fonds (par ex. dons, donations et autres sources). Le soutien des donateurs et organismes internationaux aide à subventionner les primes d'assurance maladie de certaines personnes indigentes ou de ceux qui n'ont pas les moyens de verser la totalité de la prime, pour l'essentiel des femmes enceintes et des mères de jeunes enfants.

Un membre adulte d'une famille paie une prime de 72 000 cédis pour avoir accès à un ensemble complet de prestations pour les soins d'hospitalisation et ambulatoires. Pour une famille de cinq personnes, le coût total s'élève à 144 000 cédis. Les enfants de moins de 18 ans, les personnes de plus de 70 ans, les indigents et les retraités sont exemptés du versement de la prime. Les personnes relevant du secteur formel sont aussi exclues car 2,5 pour cent de leur salaire est affecté au NHIF par l'intermédiaire du régime de sécurité sociale et de retraite. L'ensemble de prestations minimums couvre la plupart des maladies au Ghana. Les prestations additionnelles peuvent varier en fonction du régime considéré, mais la plupart du temps, elles sont fonction des primes. Le paiement du prestataire est effectué par une rémunération du service selon un barème établi.

L'accès aux services dans le cadre du système d'assurance maladie se fait initialement par un établissement de soins de santé primaires (centres de soins, hôpitaux de district, polycliniques, hôpitaux privés, cliniques, maternités, hôpitaux quasi publics). Le service de médecine générale d'un hôpital régional unique dans une région donnée est également considéré comme un établissement de soins de santé primaires. Les services de santé fournis par ces établissements ainsi que les cas répertoriés (hormis ceux qui figurent dans la liste des exclusions) sont rémunérés par le DMHIS. Les urgences sont traitées dans n'importe quel établissement de soins.

²⁰ "Loi du Ghana sur l'assurance maladie nationale (L.1.1809)", 2003, p. 1

Tableau 5. Résumé du Système national d'assurance maladie du Ghana

	Source des fonds	Prime	Prestations couvertes	Forme de paiement	Exclusions
Système national d'assurance maladie (NHIS)	2,5 pour cent au titre de la santé 2,5 pour cent taxe sur le salaire des employés du secteur formel ou pris sur le régime de sécurité sociale et de retraite Prime annuelle	72000 cédis par membre adulte d'une famille 144000 cédis pour une famille de cinq personnes	Ensemble complet pour les soins d'hospitalisation ou ambulatoires, les soins dentaires, les soins ophtalmologiques, les soins de maternité et les urgences Une liste d'exclusions a été établie pour les services de soins de santé non couverts par les prestations minimums dans le cadre du NHIS	Rémunération à la prestation du service	Enfants de moins de 18 ans Personnes de plus de 70 ans Indigents Travailleurs du secteur formel Retraités

Les mutuelles de santé qui existaient avant le NHIS, comme Nkoranza MHO, devront aligner leurs conditions minimums sur l'ensemble de prestations et sur la prime (72 000 cédis) au titre du NHIS.

Les systèmes de financement de la santé au Ghana ont été élaborés en étroite collaboration avec les institutions internationales. L'OIT, connue pour sa longue expérience en matière de coopération technique dans le domaine de la protection sociale, coopère depuis de nombreuses années avec le gouvernement du Ghana. Parmi certaines des activités mises en œuvre par l'OIT pour apporter un soutien au gouvernement, on peut mentionner les conseils stratégiques et techniques sur divers aspects concernant la réforme de la sécurité sociale et le système national d'assurance maladie, y compris la détermination de la viabilité financière de l'extension de la couverture aux pauvres. Concrètement, l'OIT a donné des conseils généraux sur les structures institutionnelles, le financement et la mise en œuvre à moyen terme et a appuyé l'élaboration du modèle de budget de la santé qui fait actuellement l'objet d'une mise au point plus détaillée. Il établit des projections à moyen terme des dépenses de santé et sert d'outil pour la planification stratégique. De même, l'OIT a élaboré le cadre conceptuel pour le Fonds social du Ghana. Ce projet visait à soutenir l'élaboration d'un système pluraliste de financement des soins de santé et l'extension de prestations de protection sociale aux membres exclus de la société, en particulier ceux qui font partie du secteur informel. Un mécanisme de subventionnement pour les pauvres a été mis en place pour faire en sorte que les mécanismes de gouvernance générale et financière du DMHIS soient adéquats pour garantir leur viabilité.

Le Ghana atteint-il ses objectifs?

Globalement, l'objectif de politique générale est de répartir les risques sur l'ensemble de la communauté, de réduire la charge individuelle et de parvenir à de meilleurs taux

d'utilisation.²¹ Le gouvernement du Ghana vise à inclure de 50 à 60 pour cent des résidents dans le NHIS au cours des 5 à 10 prochaines années. Des interventions au niveau de la politique, des systèmes et de l'organisation ont été mises en oeuvre pour atteindre cet objectif, mais il reste beaucoup à faire pour l'atteindre dans sa globalité. La création des DMHIS fait partie des réalisations visant à faciliter l'accès aux soins de santé. La plus grande partie des DMHIS ont été créées en 2004 et 2005. D'autres qui étaient des MHO sont devenues des DMHIS et, à la fin de 2006, 139 DMHIS étaient opérationnelles et fournissaient des services.²² S'agissant de la couverture, 47 pour cent de la population nationale était inscrite en juin 2007, dont plus de la moitié est exemptée (63,7 pour cent). Vingt pour cent vient du secteur informel et 9,6 pour cent du secteur formel (tableau 6).

Table 6. Résumé de la situation opérationnelle du NHIS, juin 2007²³

Variable		Pourcentage (%)	
Inscrits par rapport à la population nationale		47.0	
Affiliés par rapport à la population nationale		39.4	
Cartes de membre du NHIS attribuées par rapport à la population nationale		32.1	
Variable	Pourcentage (%)	Variable	Pourcentage (%)
Enfants de moins de 18 ans par rapport à la population nationale	20.4	Enfants de moins de 18 ans par rapport au total des inscrits	43.5
Personnes cotisant au SSNIT par rapport à la population nationale	4.5	Personnes cotisant au SSNIT par rapport au total des inscrits	9.6
Indigents par rapport à la population nationale	0.9	Indigents par rapport au total des inscrits	1.9
Individus relevant du secteur informel par rapport à la population nationale	9.5	Individus relevant du secteur informel par rapport au total des inscrits	20.2
Personnes exemptées par rapport à la population nationale	29.9	Personnes exemptées par rapport au total des inscrits	63.7

Source: Secrétariat de l'assurance maladie nationale, 2007

Néanmoins, dans les faits, le système a beau être obligatoire, c'est au niveau de l'application qu'il y a des lacunes. Les insuffisances des capacités de l'administration ont une lourde incidence sur le fonctionnement du système, ce qui provoque des retards dans les inscriptions, la lenteur des versements aux prestataires et une mauvaise compréhension du système tant par les prestataires que par les assurés.

Quels enseignements pouvons-nous retirer de l'expérience du Ghana?

Depuis la mise en oeuvre du NHIS, certains des enseignements qui peuvent être tirés sont les suivants:

- L'engagement politique fort du gouvernement avec l'appui des partenaires de développement axé sur des politiques favorables aux pauvres. C'est ce qui ressort du rôle indispensable joué par le Ministère de la santé pour appuyer l'élaboration et la mise en oeuvre des mutuelles d'assurance santé. De même, l'action du gouvernement actuel a été

²¹ "ILO Ghana Social Trust Pre-Pilot project Final report, Improving social protection for the poor: Health Insurance in Ghana", 2005

²² Grüb, A. "Ghana – Social Security Schemes for Health", p. 16

²³ "Projet de plan stratégique du secrétariat de l'assurance maladie nationale", août 2007, p. 35

essentielle pour éliminer le système du paiement à la prestation et le remplacer par l'assurance santé. Plus récemment, ce type d'engagement a aussi débouché sur la forme actuelle du système d'assurance maladie du Ghana. S'agissant de la fourniture d'une assistance technique et financière, la collaboration avec les institutions et les donateurs internationaux, pour la même raison, a été capitale.

- L'approbation du Fonds national d'assurance maladie en 2005 (alimenté à 77 pour cent par le prélèvement national au titre de l'assurance maladie et 23 pour cent par les comptes du Fonds de la sécurité sociale et de l'assurance nationale) a montré que les pouvoirs publics étaient déterminés à mobiliser des fonds pour les soins de santé.
- Les mesures pour assurer le respect de la législation et le renforcement des capacités du personnel sont des facteurs de réussite importants durant la phase de mise en œuvre.

IV. Comparaison de la Thaïlande et du Ghana

Le tableau montre que même si la Thaïlande et le Ghana sont tous deux des pays en développement dont une grande partie de la population relève de l'économie informelle, leurs caractéristiques sont diverses. Bien que la Thaïlande soit presque trois fois plus peuplée que le Ghana, elle obtient de meilleurs résultats en matière d'espérance de vie, de taux de mortalité infantile et de déficit d'accès. La performance économique de la Thaïlande semble plus prometteuse. Dans ce pays également, les dépenses des ménages sont moindres, ce qui indique un système de financement de la santé fonctionnel qui offre une protection financière à ses affiliés.

Tableau 7. Statistiques de la Thaïlande et du Ghana

Statistiques	Thaïlande	Ghana
Catégorie	En développement	En développement
Économie informelle	Environ 59 pour cent de la main-d'œuvre totale estimée	Plus de 90 pour cent de l'emploi total
Population totale (millions) (2006) ^a	64.7	22.5
Densité de la population	Environ 117 hab./km ² (Thaïlande) Environ 5111 hab./km ² (Bangkok)	Environ 79 hab./km ² (Ghana)
Croissance de la population (annuelle %) (2006) ^a	0.8	1.9
Espérance de vie à la naissance, total (années) (2005) ^a	70.9	57.5
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances d'enfants en vie) (2005) ^a	18.0	68.0
INB par tête, méthode Atlas (dollars EU actuels) ^a	2,990.0	520.0
PIB (dollars EU actuels) (milliards) (2006) ^a	206.2	12.9
Dépenses de santé totales en % du PIB (2004) ^b	3.5	6.7
Dépenses générales de l'État pour la santé en % des dépenses de santé totales (2004) ^b	64.7	42.2
Dépenses des ménages en % des dépenses totales pour la santé ^c	28.7	68.2
Dépenses de sécurité sociale pour la santé en % des dépenses générales de l'État pour la santé (2004) ^b	10.2	..
Déficit d'accès estimé (naissances assistées par une personne qualifiée) (%) ^c	1.0	53.0

Source: ^a Base de données des indicateurs du développement dans le monde, avril 2007; www.who.int/whosis/whostat2007_6healthsystems_nha.pdf; ^c Social Health Protections: An ILO strategy towards universal access to health care, 2007; ^b <http://www.who.int/whr/2006/annex/annex2.xls>

La volonté et l'engagement politiques ont été jugés nécessaires et communs aux deux pays dans les phases de lancement et de mise en œuvre de leurs politiques de financement de la santé. S'agissant des systèmes, les deux étaient axés sur l'amélioration de la couverture ou la réalisation de la couverture universelle, l'élaboration d'un ensemble

complet de prestations et l'amélioration de l'accès aux services de santé pour atteindre ceux qui ne sont pas formellement couverts ou qui relèvent de l'économie informelle. Par rapport au Ghana, la Thaïlande semblait avoir plus d'expérience en matière de pluralisme et de systèmes formels de financement de la santé (protection médico-sociale, régime de prestations médicales pour les fonctionnaires, régime de sécurité sociale et carte santé). Les années d'expérience en matière de financement de la santé ont probablement aidé les responsables à réaliser leur objectif de couverture universelle. En revanche, l'expérience du Ghana en la matière était diverse et limitée. Les systèmes de financement allaient de la fourniture de services de santé gratuits financés par des fonds publics jusqu'au paiement par les usagers. Des mutuelles d'assurance santé privées ont été mises en place, mais cela n'a été fait qu'au début des années 1990 et les expériences ont été variables d'un système à l'autre.

V. Conclusion et étapes suivantes

L'expérience des deux pays montre que des pays peuvent investir avec succès dans une protection sociale en santé à un coût abordable pour l'économie informelle. Ils peuvent avoir des objectifs communs en matière de financement de la santé, mais leurs expériences varient en raison de leurs contextes sociaux, économiques, historiques et culturels. Cela montre qu'il n'est guère possible de reproduire les expériences. Cependant, les enseignements que ces pays ont retirés au plan du processus, de l'implication et du rôle des parties prenantes essentielles ainsi que du contenu de la politique pourraient être utiles pour d'autres pays au moment de choisir et de concevoir des mécanismes de financement de la santé en vue de réaliser la couverture universelle.

Une autre conclusion importante est qu'il vaut mieux utiliser des mécanismes de financement pluralistes coordonnés plutôt qu'un seul système afin de réaliser la couverture universelle et l'accès à des services de santé abordables. En outre, étant donné que le fait de cibler les travailleurs de l'économie informelle crée des difficultés au niveau de l'application, il faut élaborer des plans de couverture connexes. La nécessité d'augmenter les fonds publics, d'investir dans la bonne gouvernance et de sensibiliser le grand public sont autant de problèmes importants qu'il convient d'anticiper. De même, le renforcement des capacités nationales pour une protection sociale en santé durable constitue une condition préalable du succès.

Pour réaliser la couverture universelle de la protection sociale en santé, la stratégie de l'OIT consiste à rationaliser l'utilisation de mécanismes de financement pluralistes. Différents mécanismes coexistent dans un pays donné, mais, pour l'essentiel, ils ne sont pas coordonnés, ce qui fait que certaines catégories ou sous-catégories de la population sont couvertes, non couvertes ou partiellement couvertes. Pour résoudre ce problème, l'OIT suggère que les pays élaborent des stratégies visant à la couverture universelle en suivant les étapes ci-après:²⁴

- (1) Évaluation des lacunes dans la couverture nationale
- (2) Élaboration d'un plan de couverture national
- (3) Renforcement des capacités nationales

Il est nécessaire de consigner des informations sur les mécanismes de financement existants dans un pays donné et déterminer les lacunes de la couverture pour évaluer le

²⁴ "Social Health Protections: An ILO strategy towards universal access to health care", 2007

déficit au plan de l'accès de la population aux services de santé. Cela peut être fait en procédant à des enquêtes nationales et en analysant la couverture légale formelle de chaque système de financement au niveau régional. L'étape suivante consiste à élaborer un plan de couverture national en faisant le bilan des avantages et des inconvénients de tous les mécanismes de financement qui doivent être pris en compte par le plan de couverture. Des liens entre les mécanismes de financement doivent être développés pour réduire les limitations, créer des synergies et développer le champ de la protection sociale en santé. Le plan devrait aussi inclure les fonds disponibles pour la protection sociale en santé, les politiques visant à améliorer les mécanismes de financement, des ensembles de prestations bien conçus et adéquats, et des mécanismes pour renforcer l'efficacité des institutions et de l'administration. La dernière étape a trait à la nécessité de renforcer les capacités administratives et techniques nationales par la formation, l'amélioration des capacités en matière de conception, de mise en œuvre et de surveillance, et le développement des connaissances pour réaliser une protection sociale en santé durable.

Références:

Blomquist, J. (2004). "Cash Transfers" Extrait le 23 septembre de:

<http://info.worldbank.org/tools/docs/library/70042/spring%202004/pdf/eng/blomquist.pdf>

Central Intelligence Agency (CIA). (2006). "The World Factbook: Ghana" extrait de:

<https://www.cia.gov/library/publications/>.

Grüb, A. (2007). Ghana – Social Security Schemes for Health. Accra, GNeMHO. (non publié)

Hanvoravongchai, P. et W. Hsiao (2007). Thailand: Achieving Universal Coverage with Social Health Insurance. Social Health Insurance for Developing Nations. Washington DC, Banque mondiale.

Organisation internationale du Travail (OIT) (2002). 90^e session de la Conférence internationale du Travail. Résolution concernant le travail décent et l'économie informelle. Genève, BIT.

Organisation internationale du Travail (OIT) (2002). 90^e session de la Conférence internationale du Travail. Le travail décent et l'économie informelle. Genève, BIT.

Organisation internationale du Travail (OIT) (2004). Enquête sur la priorité et les besoins de la Thaïlande dans le domaine de la sécurité sociale. Genève, BIT.

Organisation internationale du Travail (OIT) (2004). ILO Technical Note on the Extension of Social Security to the Informal Economy in Thailand. Genève, BIT.

Organisation internationale du Travail (OIT) (2005). The Ghana Social Trust Pre-Pilot Project Final Report. Improving social protection for the poor: Health insurance in Ghana. Genève, BIT.

Organisation internationale du Travail (OIT) (2007). Issues in Social Protection: Discussion Paper 19. Social Protection: An ILO strategy towards universal access to health care. Genève, BIT.

Jongudosmuk, P. (2006). Managing rapid increase of health care coverage in Thailand: What lessons can we learn? Conférence sur l'élargissement de l'assurance maladie sociale aux travailleurs de l'économie informelle. Manille, Philippines.

Secrétariat de l'assurance maladie nationale (2007). Projet de plan stratégique. Ghana

Ramachandra, S. et W. Hsiao (2007). Ghana: Initiating Social Health Insurance. Social health Insurance for Developing Nations. Washington DC, Banque mondiale.

Scheil-Adlung, X. (2006). Social Security Issues for Workers in the Informal Economy. Conférence sur l'élargissement de l'assurance maladie sociale aux travailleurs de l'économie informelle. Manille, Philippines.

Parlement du Ghana (2003). Loi sur le régime de l'assurance maladie nationale. **L.1.1809**

Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) (1997). Rapport sur le développement humain 1997. Le développement humain pour éradiquer la pauvreté. New York, PNUD.

van Ginneken, W. (2004). ESS- Extension of Social Security Paper No. 13. Extending social security: Policies for Developing Countries. Genève, BIT.

Bureau sous-régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-est. "Tendances de la mortalité infantile dans la région de l'Asie du Sud-est, 1960-1999" Extrait le 25 septembre 2007 de:

www.searo.who.int/EN/Section382/Section1386/Section1891_9256.htm.

Banque mondiale. (2006). "The Little Data Book on Africa" Extrait le 25 septembre 2007 de:
http://siteresources.worldbank.org/INTSTATINAFR/Resources/little_data_ebook.pdf.

Banque mondiale. (2006). Indicateurs du développement dans le monde 2006. Washington DC, Banque mondiale.

Banque mondiale (2007). "Indicateurs du développement dans le monde" Extrait le 20 septembre 2007 de:
<http://web.worldbank.org/WSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20535285~menuPK:1192694~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html>

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2004b). Aperçu régional de l'assurance maladie sociale en Asie du Sud-est. SEA-HSD-274 Bureau régional pour l'Asie du Sud-est. New Delhi.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). "Statistiques sanitaires mondiales 2007" Extrait le 25 septembre 2007 de:
www.who.int/whosis/shostat2007_6healthsystems_nha.pdf