

Intégration des systèmes de protection sociale et santé



International
Labour
Office

Leçons apprises

Costa Rica, Indonésie, Laos, Rwanda, et Vietnam

La protection sociale en santé (PSS) désigne une série de mesures publiques ou privées organisées et mandatées par l'État pour garantir un accès efficace et abordable aux soins de santé ainsi qu'une sécurité de revenu en cas de maladie (OIT 2008). Cette note se concentre sur les programmes de PSS visant à garantir un accès effectif aux soins de santé. Plusieurs pays ont évolué vers des systèmes intégrés de PSS avec un seul pool de risque ou avec une seule institution gérant différents pools de risque. Cette note résume les principales caractéristiques et leçons apprises des expériences du Costa Rica, de l'Indonésie, de la République démocratique populaire du Laos, du Rwanda et du Vietnam.

qu'elles ont été définies pour la première fois dans la recommandation n° 69 de l'OIT sur les soins médicaux, 1944 : assurance sociale et service national de santé, et combinaison de ces modèles.

La recommandation n° 202 reconnaît la nécessité de faire de l'universalité de la couverture un objectif central des systèmes de protection sociale, en utilisant les impôts, les contributions de sécurité sociale ou une combinaison des deux. Dans la pratique, la plupart des pays s'appuient sur une combinaison de ces mécanismes afin d'étendre la couverture à tous.

Dans de nombreux pays, les processus historiques de développement des systèmes de protection sociale en santé n'ont pas nécessairement été complets ou uniformes, ce qui a entraîné une forte fragmentation des régimes. Pour remédier à cette fragmentation, plusieurs pays ont évolué ou évoluent vers un système unifié de PSS avec un seul pool ou une seule institution gérant différents régimes. Les avantages de l'évolution vers un système plus intégré et de la fusion des pools de risques, comme un fonds social d'assurance maladie unique, ont été démontrés dans des pays comme la Mongolie, les Philippines et la République de Corée (Chu, Kwon et Cowley 2019). Dans certains pays, comme le Costa Rica, l'Indonésie, la Laos, le Rwanda et le Vietnam, l'intégration des régimes de PSS a été utilisée pour étendre la couverture et toucher un plus grand nombre de populations couvertes (voir tableau 1), indépendamment de leur statut professionnel. La mise en place d'un système cohérent de PSS offrant une couverture complète à tous les membres nécessite une coordination et une harmonisation entre les régimes et les secteurs, notamment en réduisant la fragmentation et l'inefficacité des programmes existants.

La recommandation sur les socles de protection sociale, 2012 (n° 202) stipule l'établissement de garanties de sécurité sociale de base pour assurer l'accès aux soins de santé essentiels et la sécurité des revenus pour tous, y compris les enfants, les personnes en âge de travailler et les personnes âgées. Les SPS sont essentiels pour atteindre les cibles 1.3 et 3.8 des Objectifs de développement durable.

L'agenda 2030 des Nations unies, appelle à la mise en œuvre de systèmes et de mesures de protection sociale appropriés au niveau national pour tous, y compris les socles.

Réduire la fragmentation

Les normes de l'OIT fournissent des orientations pour garantir la protection financière et l'accès effectif aux soins de santé, notamment la recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944, et la convention (n° 102) sur la sécurité sociale (norme minimum), 1952, ainsi que la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012. Ces normes tiennent compte de la diversité des approches visant à assurer une protection financière contre le coût des soins médicaux, telles

Plusieurs raisons ont motivé l'intégration des régimes du PSS. Un système intégré peut conduire à un accès plus équitable aux soins de santé lorsque l'ensemble des prestations est harmonisé entre les groupes de population (Myint, Pavlova et Groot 2019). Un système intégré unique remplaçant des programmes PSM distincts peut réduire les coûts à long terme parce que les programmes intégrés peuvent partager les ressources et en raison des économies d'échelle (BMZ 2019).

L'intégration facilite les stratégies d'achat stratégiques qui peuvent contenir les coûts tout en garantissant la qualité. Un système intégré de PSS peut simplifier l'inscription grâce à des procédures unifiées et facilite le soutien aux bénéficiaires, par exemple par le biais de guichets uniques ou de centres de services, ce qui réduit les coûts d'opportunité pour les demandeurs, augmente l'accessibilité et l'inclusivité du système et améliore la rentabilité des services aux bénéficiaires pour différents programmes (Askim et al. 2011 ; Ebken 2014).

Tableau 1 : Indicateurs de couverture de PSS et de financement de la santé

Pays	Personnes protégées (%) (affiliées à un régime de PSS)	Indice de couverture des services de CSU (SDG 3.8.1)	Incidence des dépenses catastrophiques (%) (SDG 3.8.2)*	Dépenses publiques nationales de santé en % du PIB	Dépenses personnelles en % des dépenses courantes de santé
Costa Rica	94.0%	77.0	9.8%	5.6%	22.1%
Indonésie	83.0%	57.3	2.7%	1.4%	37.3%
Laos	91.0%	50.7	3.0%	0.8%	46.4%
Rwanda	96.0%	56.9	1.2%	2.3%	6.4%
Vietnam	87.7%	75.0	9.4%	2.7%	44.6%

Sources : Base de données mondiale de l'OIT sur la protection sociale, base de données mondiale de l'OMS sur les dépenses de santé et portail de données sur les soins de santé primaires universels.

Les avantages d'un système intégré peuvent recouper les trois fonctions de financement que sont la collecte de revenus, la mise en commun des risques et les achats stratégiques :

La **fonction de collecte des revenus** bénéficie d'économies d'échelle dans un système intégré. Dans le cas des régimes contributifs ou partiellement contributifs, les contributions étant collectées auprès d'un plus petit nombre de régimes, le coût administratif

de la collecte des revenus peut diminuer. Le respect des contributions peut également être amélioré en renforçant l'administration et en chargeant une seule agence de la collecte des contributions (OIT 2019a ; 2016a). Pour les régimes non contributifs (financés par l'impôt), le fait d'avoir une seule institution responsable de la PSS peut faciliter une communication transparente avec les ministères des finances et éviter les problèmes de coordination et les tensions sur l'allocation des ressources entre différents programmes.

La **mise en commun des revenus** est renforcée car il y a moins de régimes à gérer et les subventions croisées entre groupes de population deviennent plus faciles. Au Laos, le régime national d'assurance maladie a été lancé en 2016 dans le cadre de réformes visant à intégrer et à étendre la PSS. Une caractéristique importante de la réforme de la PSS a été de subventionner les contributions pour un large éventail de groupes de population, y compris les pauvres et les vulnérables. Cela a soutenu l'augmentation de l'inscription au nouveau régime à l'échelle nationale rapidement, élargissant la couverture à presque toute la population (OIT 2019b). Au Rwanda, l'introduction d'un organe de gestion unique des différents régimes avec des transferts entre les régimes et une facturation électroniques a contribué à améliorer considérablement la gestion financière (USAID 2016).

L'**achat de services** devient plus efficace et efficient en raison du pouvoir d'achat et de négociation accru de l'autorité de PSS. Un système intégré de PSS peut également renforcer l'intégration de la prestation de services. Au Costa Rica, l'assurance maladie et les services de soins de santé sont fournis par un seul acheteur-fournisseur intégré, financé par l'État, la caisse nationale de sécurité sociale « *Caja Costaricense de Seguridad Social* » (CCSS). Auparavant, la responsabilité de la prestation des services était divisée : La CCSS était chargée de fournir des soins hospitaliers et le ministère de la santé était responsable des services de santé publique et des soins de santé primaires (Pesec, Ratcliffe et Bitton 2017). Lors des réformes des années 1990, la responsabilité de la prestation des soins de santé primaires a été transférée du ministère de la santé à la CCSS afin de faciliter l'intégration des soins primaires, secondaires et tertiaires, et donc des services préventifs et curatifs. Le ministère de la santé a

conservé la fonction d'intendance de l'ensemble du système de santé pour diriger le système, faire pression pour une nouvelle législation si nécessaire, et fixer des normes de qualité des soins. La décision d'intégrer les fonctions de soins de santé primaires du ministère de la santé et de la CCSS a constitué une première étape essentielle dans la création d'un système complet de soins de santé primaires. L'intégration a permis à l'ensemble des soins de santé de la population d'être gérée par une seule agence, avec un seul ensemble d'objectifs et un seul budget, et a également permis de garantir que les services préventifs et curatifs soient également représentés dans le nouveau modèle.

Facteurs de réussite

Engagement politique

Rassembler une variété de parties prenantes autour d'une vision et d'une motivation communes pour un système unifié de PSS est essentiel pour réussir l'intégration. Pour ce faire, il faut naviguer dans un paysage d'acteurs ayant leurs propres priorités et leur propre agenda et des programmes existants qui peuvent résister à l'intégration dans un système de protection sociale universelle (PSU) unique et complet (BMZ 2019). Au Vietnam, le leadership politique derrière les soins de santé universels a été inspiré, parmi divers facteurs, par le désir de prévenir les troubles sociaux (The Economist n.d.). Le soutien politique a été mis à profit pour élaborer et faire appliquer les lois et règlements connexes et garantir un financement adéquat du système de PSS au Vietnam (OIT 2019b). Au Costa Rica, le président a joué un rôle important de leader dans l'évolution vers un système intégré de PSS pour la couverture sanitaire universelle (CSU) et a réussi à réunir le ministère de la santé et l'agence responsable de l'assurance maladie (Vargas et Muiser 2013).

L'économie politique de la réforme des secteurs de la santé et de la protection sociale est très complexe et peut générer des points de vue divergents entre les parties prenantes. Par conséquent, le dialogue social avec les institutions gouvernementales, les employeurs, les travailleurs, la société civile, les universitaires et les agences de l'ONU et autres, est fondamental pour

générer un large consensus politique pour les réformes de la PSS (Ortiz et al. 2019).

Les progrès de la couverture de la PSS au Rwanda ont été obtenus grâce à l'engagement politique et à un réseau solide et décentralisé d'établissements de santé et de travailleurs de la santé, ainsi qu'au recours à l'action collective et au soutien mutuel (OIT 2016b). Le président a exploité le pouvoir politique pour promouvoir la responsabilité locale dans l'avancement du programme de CSU en signant des contrats de performance avec les maires de district pour la réalisation de certains indicateurs (Rosenberg et al. 2015). La réforme était un objectif à part entière de la stratégie globale de développement socio-économique du gouvernement.

L'engagement politique peut également être généré par la pression de la société civile. La fusion du système PSS de l'Indonésie et le passage à un système à payeur unique ont commencé après que des citoyens ont intenté des actions en justice pour que le gouvernement soit tenu de mettre en œuvre la loi de 2004 sur le système national de sécurité sociale, qui stipulait que les prestations devaient être uniformes pour tous (Global Financing Facility & World Bank, 2019). Cet exemple illustre l'importance d'avoir une approche fondée sur les droits comme condition pour l'opérationnalisation des régimes et l'accès effectif.

Encadré 1. L'exemple du Costa Rica

Au Costa Rica, l'assurance maladie sociale et les services de soins de santé sont fournis par un seul acheteur-fournisseur intégré, financé par l'État, la Caja Costaricense de Seguridad Social (CCSS). L'assurance maladie obligatoire pour les travailleurs urbains à faible revenu a été introduite en 1941, suivie de l'assurance maladie universelle pour tous les travailleurs et leur famille en 1961, et de l'extension de l'assurance aux personnes non couvertes subventionnée par le budget national. La CCSS fournit une assurance maladie universelle en combinant les régimes de sécurité sociale de quatre groupes en un seul pool national : les travailleurs salariés et leur famille, les travailleurs indépendants et leur famille, les retraités et les personnes à charge, et les bénéficiaires entièrement subventionnés. La CCSS gère également les prestations de maladie et de maternité, les prestations d'invalidité, de vieillesse et de décès. Le Costa Rica a été l'un des premiers pays à réaliser la CMU. La CCSS couvre actuellement 94 % de la population.

Cadre juridique

Une politique et un cadre juridique propices sont des catalyseurs importants d'un système intégré de PSS. Au Vietnam, la première loi sur l'assurance maladie a été adoptée en 2008 et a rendu la couverture obligatoire pour les enfants de moins de six ans, les personnes âgées, les pauvres et les quasi-pauvres (OIT 2019b). La loi stipulait que le gouvernement devait subventionner entièrement les groupes identifiés comme vulnérables ou sans capacité contributive et subventionner partiellement les quasi-pauvres et les étudiants. La loi a également intégré le fond de soins de santé pour les pauvres dans le régime national d'assurance maladie, ce qui a créé un pool de risques unique et intégré.

Politique et gouvernance

La conception et la mise en œuvre d'un cadre politique solide sont essentielles pour passer à un système intégré. Les gouvernements ayant un engagement explicite dans leurs politiques et stratégies de santé et de protection sociale pour étendre la couverture de PSS, comme l'Indonésie, le Rwanda et le Vietnam, ont atteint la couverture de population la plus élevée (USAID 2018). Au Laos, le régime d'assurance maladie NHI lancé en 2016 a été renforcé dans la stratégie nationale d'assurance maladie 2017-2020. Cette stratégie fournit une feuille de route avec les délais guidant le transfert progressif des responsabilités fonctionnelles des régimes individuels vers le Bureau national d'assurance maladie (NHIB), actuellement sous la gestion du ministère de la santé.

Les dispositions en matière de gouvernance sont également d'une importance capitale, car les mécanismes de la PSS sont des systèmes complexes à gérer. Une étude récente a révélé que l'Indonésie, le Rwanda et le Vietnam - pays à forte couverture de la population - obtiennent un score élevé en matière de gouvernance, notamment en ce qui concerne la supervision et la législation en matière d'assurance, l'engagement politique et la gestion efficace (Global Financing Facility et Banque mondiale 2019). Le dialogue social et la participation sont également essentiels pour que la PSS réponde aux besoins de la population protégée et donne une voix aux parties prenantes. La représentation dans les organes de gouvernance des institutions en charge de la PSS des

travailleurs et des employeurs affiliés au régime et de ceux qui représentent les intérêts des patients est un élément clé de la bonne gouvernance (OIT 2019e).

Encadré 2. L'exemple du Laos

Le régime national d'assurance maladie (NHI) a été lancé en 2016 dans le cadre des réformes visant à intégrer et à étendre la PSS en Laos et a été renforcé dans la stratégie nationale d'assurance maladie 2017-2020. La stratégie fournit une feuille de route avec des échéances guidant le transfert progressif des responsabilités fonctionnelles des régimes individuels au Bureau national de l'assurance maladie (NHIB), actuellement sous la gestion du ministère de la Santé. La loi sur l'assurance maladie nationale a été adoptée en 2018. Les travailleurs de l'économie formelle sont inscrits dans un système obligatoire basé sur les contributions des employeurs et des travailleurs. Les autres groupes de la population sont subventionnés par un système basé sur l'impôt. Les membres doivent s'acquitter d'un petit copaiement au niveau des établissements, mais les pauvres ainsi que les mères et les enfants de moins de cinq ans en sont exemptés. La gestion des régimes couvrant le secteur informel a été consolidée sous l'égide du NHIB. Avec le lancement du NHI, la couverture de la PSS est passée de 32 % en 2015 à 91 % en 2018, ce qui est supérieur à l'objectif gouvernemental de 80 % pour 2020. Cependant, les dépenses directes des ménages constituent toujours la plus grande part des revenus des établissements de santé, ce qui souligne la nécessité d'évaluer l'adéquation des prestations.

Subventionnement des contributions

Les gouvernements des pays qui ont intégré leur système de PSS et sont parvenus à augmenter significativement la couverture ont tous alloué des subventions importantes à la couverture de certains groupes de population aux capacités contributives insuffisantes (OIT 2019c). En Laos, le gouvernement est passé à un modèle de financement basé sur l'impôt, complété par des co-paiements, au moment de la fusion des régimes de PSS. Dans le cadre de ce modèle, les contributions des travailleurs de l'économie informelle ont été subventionnées par l'Etat qui transfère au NHI ces ressources, tout comme celle subventionnant totalement les contributions des personnes pauvres et vulnérables.

Grâce à ces subventions, le gouvernement a réussi à développer très rapidement le nouveau régime et à étendre la couverture à la quasi-totalité de la population. L'Indonésie, le Rwanda et le Vietnam ont rendu l'inscription à l'assurance maladie obligatoire et

ont subventionné - partiellement ou totalement - l'inscription des groupes à faibles revenus.

Box 3. The example of Indonesia

Indonesia's social protection system consists of contributory schemes (health insurance and employment insurance programs) and non-contributory schemes (tax-financed social assistance programmes). The national health insurance scheme Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) was launched in January 2014 by consolidating previously fragmented health insurance schemes and assistance programs at national and provincial levels (ILO, 2019c). An important factor in the launch of the integration national scheme was the pressure to integrate vertical programmes such as HIV/AIDS in a broader approach to financing the health system. JKN is funded predominantly by member contributions but also fully subsidizes contributions for the poorest 40% of the population through the health insurance subsidy system. In May 2019, JKN covered 83% of the population.

Intégration dans des systèmes de protection sociale coordonnés

Les systèmes intégrés de PSS favorisent également les connexions avec le reste du système de protection sociale. Au Rwanda, il existe un registre social centralisé appelé Ubudehe, qui est une base de données des ménages constituée par le biais de recensements sociaux périodiques. De même, l'Indonésie a créé une base de données unifiée pour la protection sociale appelée Basis Data Terpadu (Barca et Chirchir 2014). Au Costa Rica, la CCSS gère à la fois les prestations de soins médicaux et les prestations sociales telles que les prestations de maternité.

Dans ce contexte, l'utilisation de systèmes d'information performants peut également être un outil utile, moyennant une conception et une protection adéquates des données personnelles.

Encadré 4. L'exemple du Rwanda

Le système de PSS au Rwanda se compose de la Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA), qui fournit une assurance maladie aux fonctionnaires et aux employés des entreprises publiques, de l'assurance médicale militaire (MMI), qui fournit une couverture d'assurance de base au personnel militaire, des régimes d'assurance maladie à base communautaire (aussi appelé Mutuelles de Santé) pour les membres de l'économie formelle et informelle. En 2010, le Rwanda a progressé vers l'intégration en créant le Rwanda Social Security Board (RSSB), qui supervise la mise en œuvre de la PSS pour l'économie formelle, l'économie informelle et les militaires, afin d'améliorer la gestion financière et l'efficacité du système. En 2014, il a été décidé que la responsabilité de gestion du programme d'assurance maladie à base communautaire passerait du ministère de la santé au RSSB. Cette transition a débuté en juillet 2015.

Défis et points d'attention

Bien que l'intégration des systèmes de PSS présente plusieurs avantages, une conception minutieuse est nécessaire. Si les systèmes intégrés facilitent le partage des risques entre les groupes de population, il est essentiel de concevoir le système de manière à ce que la redistribution favorise l'équité. Au Vietnam, les provinces rurales plus pauvres ont tendance à subventionner indirectement les provinces plus riches et plus urbaines, car l'utilisation des services de santé, et donc les coûts, sont plus faibles dans les zones rurales (Chu, Kwon et Cowley 2019). En Laos, les taux d'utilisation des membres du régime des travailleurs de l'économie formelle sont nettement plus élevés que ceux de l'économie informelle et des anciens fonds d'équité en matière de santé, ce qui signifie qu'une condition préalable à une intégration réussie est d'identifier et de traiter les causes profondes des inégalités d'utilisation (ministère de la santé de la Laos 2018). Au Rwanda, les membres du régime de protection sociale en santé appartenant au quintile le plus pauvre présentaient des taux d'utilisation nettement inférieurs et étaient confrontés à des problèmes de santé catastrophiques plus importants que les plus aisés, ce qui peut être dû à un niveau de co-paiement trop élevé pour les pauvres (Lu et al. 2012).

Ces exemples montrent que l'intégration des régimes de PSS aux niveaux administratif et politique est utile mais pas suffisante pour garantir l'équité. Des efforts particuliers sont nécessaires pour s'assurer que

l'ensemble de la population est couvert, en particulier la population rurale, les groupes vulnérables, et qu'elle dispose (i) d'un accès adéquat à des prestations de services répondant aux exigences de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de bonne qualité, et (ii) d'une information égale sur ses droits et la manière d'y accéder. L'intégration peut nécessiter une révision de l'ensemble des prestations en conséquence et des investissements supplémentaires dans les infrastructures, les équipements et la formation du personnel afin de favoriser l'équité. Dans le même temps, elle exige également que les mécanismes de financement soient équitables, qu'ils tiennent compte des capacités contributives des individus et des ménages, de la progressivité des systèmes fiscaux existants et qu'ils soient conçus de manière à prendre également en compte des objectifs politiques plus larges.

S'assurer que les membres de la PSS connaissent leurs droits et obligations est souvent un défi, en particulier dans les pays où une grande partie de la population vit dans des zones rurales et opère dans l'économie informelle. Par exemple, en Laos, de nombreuses personnes pauvres semblent ne pas profiter pleinement de leurs droits en raison d'un manque de sensibilisation (ministère de la santé de la Laos 2018). Il existe des exemples d'approches efficaces pour accroître la sensibilisation aux droits. Le régime national d'assurance maladie en Indonésie a développé une application mobile qui, entre autres, fournit des informations concernant le programme, les droits et obligations des membres, les règlements pertinents, les procédures d'accès aux services et les mécanismes de plainte (OIT 2019d).

Il est également important que les systèmes de PSS réalisent des enquêtes régulières auprès des bénéficiaires afin d'accéder à des informations actualisées sur ce qui, selon les bénéficiaires, fonctionne bien et sur les domaines à améliorer. Un autre défi auquel sont confrontés plusieurs pays est l'accès géographique aux services. Le Rwanda a investi dans son système de santé en créant un réseau décentralisé et solide d'établissements de santé et de travailleurs de la santé afin d'accroître l'accès géographique effectif aux soins de santé.

Encadré 5. L'exemple du Vietnam

Le programme national d'assurance maladie a été introduit en 1992, au moment où le Vietnam a inscrit pour la première fois dans sa Constitution le droit aux soins et à la protection de la santé pour tous les citoyens. Le Fonds de soins de santé pour les pauvres a été lancé en 2003. Il s'agit d'un mécanisme de PSS financé par le gouvernement pour les pauvres, les minorités ethniques dans certaines zones montagneuses et tous les ménages vivant dans des communes officiellement désignées comme très défavorisées. La première loi sur l'assurance maladie de 2008 a marqué le début de l'évolution du Vietnam vers un système intégré de PSS. Suite à la révision de la loi sur l'assurance maladie en 2014 et à une série de politiques et de règlements visant à étendre l'inscription obligatoire à l'ensemble de la population, la couverture de la population a atteint 87,7 % en 2018. Selon la Banque asiatique de développement, 71,5 millions de personnes étaient couvertes par l'assurance maladie en 2015.

Impact

Il existe plusieurs exemples d'impact positif des systèmes intégrés de PSS. En termes d'utilisation des services de santé, l'intégration de la PSS a eu un impact positif au Vietnam (M. Palmer et al. 2015). Par exemple, en 2010-2012, les programmes d'assurance maladie des étudiants et d'assurance maladie gratuite ont augmenté le nombre de visites de soins de santé des enfants de 13,6 % et 66,1 %, respectivement (BIT 2019b). Une autre étude récente a révélé que l'assurance maladie a considérablement augmenté l'utilisation des services de soins de santé maternelle en Indonésie (Wang, Tamsah et Mallick 2017). En termes de résultats sanitaires, une étude sur le régime d'assurance maladie à base communautaire obligatoire du Rwanda a révélé qu'il a contribué à réduire considérablement la mortalité des moins de cinq ans, la mortalité infantile et la mortalité maternelle (Lu et al. 2012). Une étude du programme d'assurance maladie du Vietnam a révélé qu'il avait un impact positif sur la taille et le poids par âge des jeunes écoliers, ainsi que sur l'indice de masse corporelle des adultes (Wagstaff et Pradhan 2005).

En termes de protection financière, une étude récente du régime d'assurance maladie à base communautaire au Rwanda a révélé que le régime réduisait les dépenses annuelles par habitant d'environ 3 600 francs rwandais

(environ 12 USD) (Sydavong et al. 2019). Une étude menée au Vietnam a révélé que les personnes handicapées couvertes dépensaient 84 % de moins en soins de santé que celles qui n'étaient pas couvertes (M. G. Palmer et Nguyen 2012). L'assurance maladie augmentait la probabilité d'utiliser les soins hospitaliers et les centres de santé et réduisait les dépenses de santé (M. Palmer 2014). En termes de maîtrise des coûts, une analyse récente a révélé que certaines mesures ont déjà permis de réaliser des gains d'efficacité au niveau central au Vietnam. Par exemple,

le ministère de la santé et la sécurité sociale du Vietnam (VSS), l'organisme chargé de la mise en œuvre de l'assurance maladie, ont organisé conjointement un appel d'offres national pour les médicaments, ce qui a permis d'économiser des centaines de milliards de dongs vietnamiens (BIT 2019b).

REFERENCES

- Askim, Jostein, Anne Lise Fimreite, Alice Moseley, and Lene Holm Pedersen. 2011. "One-stop Shops for Social Welfare: The Adaptation of an Organizational Form in Three Countries." *Public Administration* 89 (4): 1451–68.
- Barca, Valentina, and Richard Chirchir. 2014. "Single Registries and Integrated MISs: De-Mystifying Data and Information Management Concepts." Canberra (Australia): Australian Government - Department of Foreign Affairs and Trade.
<http://www.opml.co.uk/sites/default/files/Barca%20and%20Chirchir%20%282014%29%20Data%20and%20Information%20Managemnt%20for%20Social%20Protection.pdf>.
- BMZ. 2019. "A Systems Perspective on Universal Social Protection towards Life-Long Equitable Access to Comprehensive Social Protection for All." A discussion paper in the German Health Practice Collection.
- Chu, Annie, Soonman Kwon, and Peter Cowley. 2019. "Health Financing Reforms for Moving towards Universal Health Coverage in the Western Pacific Region." *Health Systems & Reform* 5 (1): 32–47.
- Ebken, Cormac. 2014. "Single Window Services in Social Protection: Rationale and Design Features in Developing Country Contexts." Single Window Services in Social Protection. Eschborn: Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit.
<https://giz.de/fachexpertise/downloads/giz2014-en-single-window-services-in-social-protection.pdf>.
- Global Financing Facility, and World Bank. 2019. "Social Health Insurance in GFF Countries: Opportunities and Pitfalls." Washington D.C.
<https://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/HDN/Health/Business-Plan-for-the-GFF-final.pdf>.
- ILO. 2008. "Social Health Protection: An ILO Strategy towards Universal Access to Health Care." Social Security Policy Briefings. Geneva: ILO.
<http://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/1695sp1.pdf>.
- . 2016a. "Mongolia: A One-Stop Shop for Accessible, Transparent and Efficient Public Service Delivery." Social Protection in Action Country Brief. Geneva: International Labour Office.
<https://www.youtube.com/watch?v=HCP9KBYWkg>.
- . 2016b. "Rwanda: Progress towards Universal Health Coverage." Social Protection in Action Country Brief. Geneva: International Labour Organization. <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=53613>.
- . 2019a. "Brazil - Protecting Self-Employed Workers through a Monotax Mechanism." Social Protection in Action Country Brief. Geneva: International Labour Office. <https://www.social-protection.org/gimi/ShowRessource.action?id=55659>.
- . 2019b. "Expanding Social Health Protection: Towards Equitable Coverage in Viet Nam." Social Protection in Action Country Brief. ILO.
- . 2019c. "Extending Social Security to Workers in the Informal Economy: Lessons from International Experience." Issue Brief 1. Geneva: International Labour Office.
- . 2019d. "Indonesia: Easing Access to the National Health Insurance through a Mobile Application." Social Protection in Action Country Brief. ILO.
- . 2019e. "Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles." Social Protection Issue Brief. ILO.
- Lu, Chunling, Brian Chin, Jiwon Lee Lewandowski, Paulin Basinga, Lisa R. Hirschhorn, Kenneth Hill, Megan Murray, and Agnes Binagwaho. 2012. "Towards Universal Health Coverage: An Evaluation of Rwanda Mutuelles in Its First Eight Years." *PLoS One* 7 (6): e39282.
- Ministry of Health of Lao PDR. 2018. "Key Features of the Official Social Health Protection Schemes in Lao PDR." National Health Insurance Bureau, Ministry of Health. Vientiane.
- Myint, Chaw-Yin, Milena Pavlova, and Wim Groot. 2019. "A Systematic Review of the Health-Financing Mechanisms in the Association of Southeast Asian Nations Countries and the People's Republic of China: Lessons for the Move towards Universal Health Coverage." *PLoS One* 14 (6): e0217278.
- Ortiz, Isabel, Anis Chowdhury, Fabio Duran-Valverde, Taneem Muzaffar, and Stefan Urban. 2019. *Fiscal Space for Social Protection: A Handbook for Assessing Financing Options*. Geneva: International Labour Office. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=55694>.
- Palmer, Michael. 2014. "Inequalities in Universal Health Coverage: Evidence from Vietnam." *World Development* 64: 384–94.
- Palmer, Michael G., and Thi Minh Thuy Nguyen. 2012. "Mainstreaming Health Insurance for People with Disabilities." *Journal of Asian Economics* 23 (5): 600–613.

Construire des socles
de protection sociale

Série de notes pays

Mars 2018

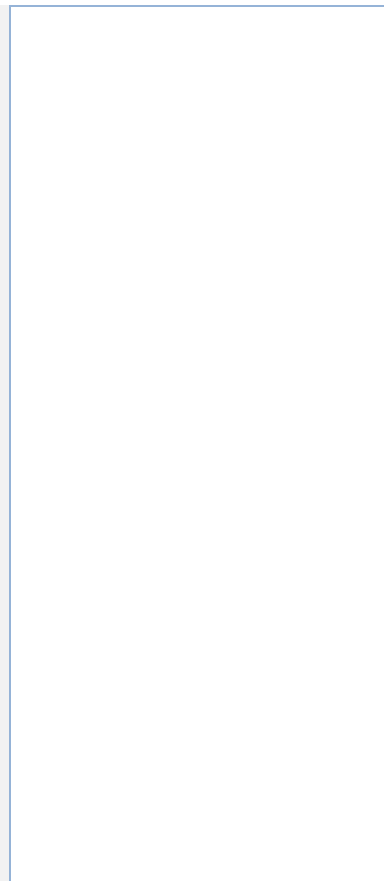
Cette note a été produite par Henrik Axelson et Lou Tessier (OIT), elle a été revue par Christina Behrendt (OIT). L'éditrice de la série est Valérie Schmitt, directrice ad interim du département de la protection sociale, Organisation internationale du travail (OIT).

Pour plus d'informations,
veuillez contacter :
tessier@ilo.org



www.social-protection.org

- Palmer, Michael, Sophie Mitra, Daniel Mont, and Nora Groce. 2015. "The Impact of Health Insurance for Children under Age 6 in Vietnam: A Regression Discontinuity Approach." *Social Science & Medicine* 145: 217–26.
- Pesec, Madeline, Hannah Ratcliffe, and Asaf Bitton. 2017. "Building a Thriving Primary Health Care System: The Story of Costa Rica." *Case Study, Ariadne Labs*. <https://www.ariadnelabs.org/Wp-Content/Uploads/Sites/2/2017/12/CostaRica-Report-12-19-2017>. Pdf.
- Rosenberg, J et al. 2015. "Implementing Universal Health Coverage: The Experiences in Thailand, Ghana, Rwanda, and Vietnam." Harvard Medical School, Brigham and Women's Hospital. <http://www.globalhealthdelivery.org/case-collection/concept-notes/implementing-universal-health-coverage-experience-thailand-ghana>.
- Sydavong, Thiptaiya, Daisaku Goto, Keisuke Kawata, Shinji Kaneko, and Masaru Ichihashi. 2019. "Potential Demand for Voluntary Community-Based Health Insurance Improvement in Rural Lao People's Democratic Republic: A Randomized Conjoint Experiment." *PLoS One* 14 (1): e0210355.
- The Economist. n.d. "Limping along - Health Care in Vietnam." *The Economist*. Accessed November 20, 2019. <https://www.economist.com/asia/2014/09/20/limping-along>.
- USAID. 2016. "Health Insurance Profile: Rwanda. African Strategies for Health." Washington, DC: United States Agency for International Development.
- USAID, Health Policy Plus (HPP) and National Team for the Acceleration of Poverty Reduction. 2018. "The Financial Sustainability of Indonesia's National Health Insurance Scheme: 2017-2021." Washington D.C: USAID.
- Vargas, Juan Rafael, and Jorine Muiser. 2013. "Promoting Universal Financial Protection: A Policy Analysis of Universal Health Coverage in Costa Rica (1940–2000)." *Health Research Policy and Systems* 11 (1): 28.
- Wagstaff, Adam, and Menno Pradhan. 2005. *Health Insurance Impacts on Health and Nonmedical Consumption in a Developing Country*. Vol. 3563. World Bank Publications.
- Wang, Wenjuan, Gheda Temsah, and Lindsay Mallick. 2017. "The Impact of Health Insurance on Maternal Health Care Utilization: Evidence from Ghana, Indonesia and Rwanda." *Health Policy and Planning* 32 (3): 366–75.



BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL

4, route des Morillons
1211 Genève 22
Switzerland

Suivez nous sur :

-  www.facebook.com/SPplatform
-  www.linkedin.com/company/4835021
-  www.twitter.com/soc_protection
-  www.youtube.com/user/ILOTV

