



Examens de l'OCDE des systèmes
de santé

La Corée



© OCDE, 2003.

© Logiciel, 1987-1996, Acrobat, marque déposée d'ADOBE.

Tous droits du producteur et du propriétaire de ce produit sont réservés. L'OCDE autorise la reproduction d'un seul exemplaire de ce programme pour usage personnel et non commercial uniquement. Sauf autorisation, la duplication, la location, le prêt, l'utilisation de ce produit pour exécution publique sont interdits. Ce programme, les données y afférentes et d'autres éléments doivent donc être traités comme toute autre documentation sur laquelle s'exerce la protection par le droit d'auteur.

Les demandes sont à adresser au :

Chef du Service des Publications,
Service des Publications de l'OCDE,
2, rue André-Pascal,
75775 Paris Cedex 16, France.

Examens de l'OCDE des systèmes de santé

Corée



ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

En vertu de l'article 1^{er} de la Convention signée le 14 décembre 1960, à Paris, et entrée en vigueur le 30 septembre 1961, l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) a pour objectif de promouvoir des politiques visant :

- à réaliser la plus forte expansion de l'économie et de l'emploi et une progression du niveau de vie dans les pays membres, tout en maintenant la stabilité financière, et à contribuer ainsi au développement de l'économie mondiale ;
- à contribuer à une saine expansion économique dans les pays membres, ainsi que les pays non membres, en voie de développement économique ;
- à contribuer à l'expansion du commerce mondial sur une base multilatérale et non discriminatoire conformément aux obligations internationales.

Les pays membres originaires de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède, la Suisse et la Turquie. Les pays suivants sont ultérieurement devenus membres par adhésion aux dates indiquées ci-après : le Japon (28 avril 1964), la Finlande (28 janvier 1969), l'Australie (7 juin 1971), la Nouvelle-Zélande (29 mai 1973), le Mexique (18 mai 1994), la République tchèque (21 décembre 1995), la Hongrie (7 mai 1996), la Pologne (22 novembre 1996), la Corée (12 décembre 1996) et la République slovaque (14 décembre 2000). La Commission des Communautés européennes participe aux travaux de l'OCDE (article 13 de la Convention de l'OCDE).

Also available in English under the title:

OECD Reviews of Health Care Systems

Korea

© OCDE 2003

Les permissions de reproduction partielle à usage non commercial ou destinée à une formation doivent être adressées au Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, France, tél. (33-1) 44 07 47 70, fax (33-1) 46 34 67 19, pour tous les pays à l'exception des États-Unis. Aux États-Unis, l'autorisation doit être obtenue du Copyright Clearance Center, Service Client, (508)750-8400, 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923 USA, ou CCC Online : www.copyright.com. Toute autre demande d'autorisation de reproduction ou de traduction totale ou partielle de cette publication doit être adressée aux Éditions de l'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 Paris Cedex 16, France.

Avant-propos

La présente étude du système de santé coréen est la première évaluation d'une situation nationale menée dans le cadre du projet de l'OCDE sur la santé. Ce projet, prévu pour durer trois ans, a démarré en 2001. Essentiellement consacré à la mesure et l'analyse de la performance des systèmes de santé dans les pays membres ainsi que des facteurs qui influent sur cette performance, il vise à aider les décideurs à mieux formuler leur politique de santé grâce à un échange international d'informations et d'expériences.

Les systèmes de santé sont un des fondements du bien-être sanitaire et social des populations. Ce sont aussi de gros consommateurs des ressources budgétaires des États membres. Ils mettent en œuvre des technologies de pointe et occupent à eux seuls un grand nombre des travailleurs qualifiés. Leur situation est partout très tendue.

La présente étude du système de santé en Corée a été entreprise à la demande du ministère coréen de la Santé et de la Protection sociale. En Corée, la couverture universelle de la population par un régime public d'assurance maladie a été réalisée dans un laps de temps remarquablement bref entre 1977 et 1989 mais le système continue de s'en remettre en grande partie à la prise en charge d'une partie des dépenses par les usagers en espérant ainsi convaincre la population d'user avec parcimonie des services de santé et parvenir à maîtriser les dépenses publiques de santé. Quant aux soins de santé proprement dits, ils continuent de dépendre en grande partie du marché et sont assurés pour l'essentiel par des prestataires privés rémunérés à l'acte.

Les auteurs du présent rapport évaluent la performance du système de santé coréen au regard d'objectifs d'efficacité et d'équité et s'emploient à dégager quelques-uns des facteurs qui en déterminent la performance. Ils analysent les buts, le déroulement et l'effet des deux grandes réformes mises en œuvre en juillet 2000 : suppression de la délivrance des produits pharmaceutiques directement par les médecins et regroupement des multiples caisses d'assurance maladie. Ils mettent en évidence les forces et les faiblesses du système de santé tel qu'il se présente actuellement et étudient les pressions à plus long terme qui risquent de s'exercer sur le système et les différentes voies d'évolution qui s'offrent à lui. Ils présentent pour terminer quelques recommandations pour l'avenir.

En dépit de ses spécificités, le système de santé coréen est confronté à des problèmes qui ne sont nullement étrangers aux autres pays de l'OCDE. On peut donc espérer que la présente étude se révélera d'un intérêt pratique bien au-delà des frontières de la Corée.

Ce rapport est pour l'essentiel l'œuvre de Francesca Colombo et de Jeremy Hurst. Une équipe d'agents de l'OCDE ont lu et commenté le rapport et participé à l'élaboration des principales recommandations. Cette équipe comprenait, outre les auteurs, Yutaka Imai et Peter Scherer. Hyoung-Sun Jeong, alors membre du Secrétariat de l'OCDE, a, par ses conseils et son expertise, apporté une précieuse contribution aux premiers travaux de préparation du rapport. Andrew Devlin, Cécile Cordoliani et Victoria Braithwaite ont prêté leur assistance.

Le présent volume est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE.

Remerciements. *Le Secrétariat de l'OCDE tient à rendre hommage au ministère coréen de la Santé et de la Protection sociale pour l'aide généreuse qu'il a apportée à l'établissement de ce rapport. Il remercie notamment le ministère d'avoir organisé la mission en Corée de Mme Colombo et de MM. Hurst et Jeong, mission au cours de laquelle une grande partie des informations sur lesquelles se fonde le rapport ont été rassemblées.*

Il tient également à remercier les nombreux experts coréens qui ont prodigué d'excellents conseils, spécialement le groupe consultatif nommé par le ministère de la Santé et de la Protection sociale composé du Docteur Jaegoog Jo, du Professeur Chang-Yup Kim, du Docteur Hyehoon Lee et de plusieurs fonctionnaires de ce ministère.

Table des matières

Résumé	9
Introduction	13
Chapitre 1. Organisation du système de santé coréen	15
1.1. Financement et assurance	17
1.1.1. Financement	17
1.1.2. Assurance	18
1.2. Prestation des services.....	20
1.3. Paiement des prestataires	22
1.4. Rôle de l'État et réglementation	24
Notes	25
Chapitre 2. Flux monétaires et réels dans le système de santé coréen	29
2.1. Dépenses de santé.....	30
2.1.1. Niveau et tendances des dépenses de santé.....	30
2.1.2. Dosage public et privé du financement des dépenses de santé.....	32
2.1.3. Dépenses par type de service de santé	36
2.2. Flux réels.....	37
2.2.1. Intrants	37
2.2.2. Processus	42
Notes	46
Chapitre 3. Performance du système de santé coréen et déterminants y afférents	49
3.1. Résultats sanitaires	50
3.1.1. État de santé et amélioration de la santé	50
3.1.2. Résultats sanitaires attribuables aux systèmes de santé.....	53
3.2. Réactivité	54
3.3. Efficience.....	56
3.3.1. Efficience macroéconomique	56
3.3.2. Efficience microéconomique	64
3.4. Équité.....	65
3.4.1. Équité du financement	65
3.4.2. Équité d'accès	67
3.4.3. Équité en matière de santé	70
Notes	70

Chapitre 4. Les réformes de juillet 2000 : processus et impact sur la performance	73
4.1. La réforme d'intégration.....	74
4.1.1. Objectifs et processus de la réforme d'intégration.....	74
4.1.2. Résultats de la réforme.....	77
4.2. La réforme de séparation.....	81
4.2.1. Objectifs et processus de la réforme de séparation	81
4.2.2. Résultats de la réforme.....	83
4.3. La crise financière de l'assurance maladie nationale	88
4.3.1. La crise financière résulte t elle des réformes de juillet 2000 ?	90
Notes	94
Chapitre 5. De la performance à l'action future – Quelles voies d'avenir ?	97
5.1. Le secteur de la santé est confronté à de grands défis	98
5.1.1. Principales forces du système de santé coréen	98
5.1.2. Principales faiblesses du système de santé coréen.....	98
5.1.3. Le vieillissement rapide de la population.....	99
5.1.4. De vigoureux investissements futurs dans les ressources humaines.....	101
5.1.5. Adoption de la technologie médicale	102
5.2. Vers des réformes futures : à court et à moyen terme.....	103
5.2.1. Achèvement des réformes de juillet 2000.....	103
5.2.2. Application par les pouvoirs publics de mesures correctives pour stabiliser les finances du RNAM.....	104
5.2.3. Amélioration de l'équité.....	104
5.2.4. Réalisation de la stabilité budgétaire du RNAM.....	108
5.2.5. Amélioration de l'efficacité des soins en matière de coûts	113
5.2.6. Rehaussement de la qualité des services de santé	115
5.2.7. Amélioration de la gouvernance.....	117
5.3. Défis à plus long terme	119
5.3.1. Renforcement des capacités en matière de soins de longue durée	119
5.3.2. Financement de la croissance future des dépenses par le recours continu à la responsabilité individuelle	120
5.3.3. Financement collectif d'une croissance des dépenses plus poussée	123
Notes	126
Conclusion	131
Liste des recommandations d'action	135
Bibliographie	137
Liste des encadrés	
4.1. Le RNAM avant la réforme d'intégration.....	76
4.2. Impact de la réforme de séparation sur l'utilisation des antibiotiques et des piqûres	84
5.1. Exemples de systèmes mixtes de rémunération	111
5.2. Résultats de l'application pilote de DRG en Corée.....	112
5.3. Autres fonctions de l'assurance maladie privée (AMP).....	121
5.4. Les comptes d'épargne médicale à Singapour	124

Liste des tableaux

1.1.	Élargissement de la couverture du RNAM et du PAM.....	19
1.2.	Ticket modérateur afférent aux services couverts par le RNAM	20
1.3.	Nombre et taille des établissements médicaux	21
1.4.	Établissements publics et privés, 1999	21
1.5.	Dépenses publiques de santé, 1985-99	25
2.1.	Dépenses de santé exprimées en pourcentage du PIB, 1970-98.....	31
2.2.	Financement public des dépenses de santé totales, 1970-98.....	33
2.3.	Dépenses de santé par type de service, exprimées en pourcentage des dépenses de santé totales, fin des années 90	36
2.4.	Tendances du nombre d'infirmiers en activité pour 1 000 habitants, 1960-99.....	39
2.5.	Pharmaciens en activité, fin des années 90	40
2.6.	Évolution du nombre de lits dans les hôpitaux et les cliniques, 1985-99.....	42
2.7.	Utilisation des services de consultation externe, 1992-99.....	44
3.1.	Cadre d'évaluation des systèmes de santé	50
3.2.	Tendances du taux de mortalité infantile, 1960-99	52
3.3.	Principales causes de mortalité en Corée, pour certaines années	52
3.4.	Pourcentage d'individus déclarant que leur santé est « bonne » ou meilleure, 1986-98.....	53
3.5.	Raisons de l'insatisfaction à l'égard des services médicaux, 1999	54
3.6.	Dépenses de santé par habitant et part des versements directs des patients, divers pays de l'OCDE.....	57
3.7.	Situation financière des caisses d'assurance maladie, 1994-99.....	60
3.8.	Taux de croissance annuelle des dépenses et recettes du RNAM, 1991-2001	61
3.9.	Croissance annuelle des cotisations et prestations au titre de l'assurance maladie.....	61
3.10.	Croissance des demandes de remboursements de frais médicaux, des journées de traitement par personne et du coût par demande	63
3.11.	Taux de césarienne, 1998 ou 1999	65
3.12.	Variation des dépenses de santé réelles dans le temps, ménages de salariés urbains.....	68
3.13.	Répartition des ressources médicales	69
3.14.	Différences de mortalité par revenu et par région géographique pour les employés de l'État et les enseignants.....	70
4.1.	Variation en pourcentage des cotisations, par taille de l'entreprise, à l'issue de la réforme d'intégration	78
4.2.	Variation des cotisations pour les travailleurs indépendants, à l'issue de la réforme d'intégration	79
4.3.	Nombre de sociétés et pourcentage de la population couverte, 1980-2000	79
4.4.	Recouvrement des cotisations, avant et après la réforme d'intégration.....	81
4.5.	Proportion des revenus bruts des cliniques issus de la vente de produits pharmaceutiques	82
4.6.	Impact de la réforme de séparation sur les volumes et les prix des prestations du RNAM	87
4.7.	Augmentation en glissement annuel du coût des demandes de remboursement des pharmacies et des établissements médicaux, après la réforme de séparation....	87
4.8.	Effet sur les volumes et les prix de la réforme de séparation	89
4.9.	Mesures correctives adoptées en mai 2001 pour stabiliser les finances du RNAM et résultats préliminaires	93
4.10.	Principaux résultats en octobre 2001 des mesures prises en mai 2001	94
5.1.	Le vieillissement rapide de la société coréenne	100
5.2.	Accroissement de l'offre de technologie médicale, 1992-99.....	103
5.3.	Dépenses directes des patients par montant des factures mensuelles, 1999.....	105

5.4. Coût du programme d'aide médicale, 1985-2001	107
5.5. Principaux avantages et inconvénients des systèmes de rémunération	110

List des graphiques

1.1. Le système de santé coréen (après juillet 2000)	17
2.1. Dépenses de santé par habitant, 1999	30
2.2. Taux de variation des dépenses de santé totales et PIB par habitant, 1985-99.....	32
2.3. Taux de croissance annuel des dépenses de santé publiques et privées, 1985-99	34
2.4. Évolution des dépenses de santé en Corée, par source de financement, 1985-99	34
2.5. Financement public et privé de la santé et dépenses de santé par habitant, 1985-99	35
2.6. Contribution des dépenses de santé publiques et privées au taux de croissance annuelle des dépenses de santé totales, 1985-99.....	35
2.7. Évolution des dépenses de santé coréennes : hospitalisations, établissements médicaux (consultations externes et médicaments), pharmacies (médicaments), 1985-99	37
2.8. Médecins en activité pour 1 000 habitants, 1999.....	38
2.9. Tendances du nombre de médecins en activité, 1980-99	38
2.10. Tendances du nombre de lits pour 1 000 habitants, dans les établissements d'hospitalisation	41
2.11. Lits de soins aigus pour 1 000 habitants, 1998.....	41
2.12. Tendances des lits en hôpitaux de soins aigus pour 1 000 habitants, 1989-99.....	42
2.13. Nombre de consultations de médecins par habitant, fin des années 90.....	43
2.14. Durée moyenne de séjour en soins aigus, fin des années 90.....	45
2.15. Tendances de la durée moyenne de séjour en soins aigus, 1980-98.....	45
3.1. Tendances de l'espérance de vie, 1960-98	51
3.2. État de santé coréen	51
3.3. Niveau de satisfaction à l'égard des services médicaux, 1999	55
3.4. Dépenses de santé et revenus par habitant, 1999.....	57
3.5. Évolution des indices de prix, 1990-97.....	58
3.6. Hausse des dépenses de santé totales en volume et en prix, 1985-97.....	59
3.7. Rapport entre les cotisations au RNAM et les prestations par habitant, 1980-2001..	61
3.8. Évolution des dépenses réelles au titre des prestations du RNAM, 1980-2000 (1980 = 100)	62
3.9. Taux de croissance des demandes de remboursement d'établissements médicaux et du nombre d'assurés auprès du RNAM, 1992-98	63
3.10. Sources de financement de la santé, 1999	66
3.11. Dépenses de santé dans le total des dépenses des ménages.....	67
4.1. Variation en pourcentage des cotisations pour les salariés, à l'issue de la réforme d'intégration	78
4.2. Excédent et déficit des sociétés d'assurance avant la réforme d'intégration.....	80
4.3. Évolution des excédents/déficits du RNAM, 1985-2001.....	90
4.4. Dépenses effectives du RNAM et dépenses sans augmentation exceptionnelle des honoraires.....	91
5.1. Population par classe d'âge en 1960 et en 1999.....	100
5.2. Évolution des taux de dépendance, 1960-2000.....	100
5.3. Nombre croissant de facultés de médecine et d'étudiants en médecine, 1980-2000 ..	101
5.4. Prévisions du nombre de praticiens coréens en médecine occidentale	102

Résumé

Cet ouvrage étudie le système de santé coréen. Il décrit son organisation et évalue sa performance au regard des objectifs d'équité et d'efficacité. Il analyse l'effet sur la performance qu'ont entraîné les deux grandes réformes appliquées en juillet 2000. Il se penche aussi sur les déterminants de la crise financière qu'a traversée le régime national d'assurance maladie, à l'issue des deux réformes. Il examine les mesures prises pour assainir les finances de ce régime et recommande des interventions visant à corriger plusieurs lacunes du système de santé. Il étudie enfin les pressions à plus long terme et l'évolution possible du système.

Depuis les années 60, la Corée a connu une période de développement économique et d'industrialisation rapides. Cette évolution est allée de pair avec des améliorations sans précédent de la santé de la population et des transformations du secteur des soins de santé. L'espérance de vie s'est remarquablement allongée et les taux de mortalité infantile ont été régulièrement abaissés, tandis que les caractéristiques de la mortalité et de la morbidité ont évolué, puisque les affections chroniques et ressortissant au mode de vie ont pris le pas sur les maladies transmissibles. L'accès aux prestations de santé a été considérablement élargi grâce à l'institution réussie d'un régime national d'assurance maladie (RNAM). Une fois mis en place, le RNAM a été progressivement étendu à d'autres catégories sociales, couvertes par des régimes professionnels autonomes, dont les taux de cotisation et la situation budgétaire différaient considérablement. C'est en 1989 que la couverture maladie universelle a été réalisée, douze ans seulement après l'introduction initiale du RNAM. Les pouvoirs publics coréens ont suivi une politique de cotisations et de prestations faibles, assorties d'un ticket modérateur élevé, afin d'assurer une couverture universelle à un coût modeste.

Le système de santé coréen est dominé par le secteur privé. Environ 90 % des médecins et la grande majorité des lits d'hôpital sont privés. L'État joue un rôle limité à titre de prestataire de services curatifs et applique une politique de laisser-faire en matière de réglementation des dispensateurs privés. Le financement de la santé repose sur un dosage de sources publiques et privées. La part de l'État, qui représentait 46 % en 1998, est faible au regard de la norme des pays de l'OCDE. Cette situation tient au fait que les patients doivent acquitter un ticket modérateur élevé et sont par ailleurs tenus de régler le montant intégral des services non assurés par l'assurance maladie nationale. Les usagers disposent d'une liberté quasi totale de choix des dispensateurs et peuvent opter pour la médecine occidentale ou traditionnelle. Les prestataires sont rémunérés à l'acte.

Alors que la part du PIB consacrée aux dépenses de santé (5,4 % en 1999) se situe en deçà du seuil que l'on pourrait attendre d'un pays de l'OCDE possédant le niveau de vie de la Corée, la croissance des dépenses de santé a suivi un rythme rapide et supérieur à celui du PIB (en termes réels par habitant), pendant presque toute la période s'échelonnant entre 1987 et 1999. Cette croissance peut s'expliquer quasi entièrement par des augmentations en volume

jusqu'au milieu des années 90, car les pouvoirs publics ont maintenu la hausse des prix des services de santé et des honoraires médicaux à un niveau inférieur à la hausse générale des prix. Parmi les dépenses de santé de la Corée, contrairement aux traitements hospitaliers (29 %), les médicaments représentent une très forte proportion (quelque 30 %), par rapport à d'autres pays de l'OCDE. Le nombre de médecins en activité, y compris ceux qui exercent la médecine orientale, se situe à l'avant-dernier rang des pays membres, mais le chiffre des consultations par habitant est élevé. Le nombre de lits de soins aigus est relativement important et la durée moyenne de séjour à l'hôpital est très longue, d'après les normes des pays de l'OCDE. Ces deux indicateurs ont augmenté au fil des ans, à l'inverse de l'évolution constatée en moyenne dans les pays de l'OCDE. On note une pénurie d'établissements et de lits de soins chroniques.

La Corée a exécuté deux grandes réformes de la santé en juillet 2000. En premier lieu, la *réforme d'intégration* a regroupé les multiples sociétés d'assurance autonomes au sein d'un organisme payeur unique, ce qui a amélioré l'équité du financement du RNAM. En second lieu, la *réforme de séparation* a dissocié les fonctions de prescription et de délivrance des médicaments, attribuant exclusivement la première aux médecins et la seconde aux pharmaciens. Les résultats préliminaires de la réforme indiquent que la consommation excessive de médicaments, en particulier d'antibiotiques, pourrait être en train de diminuer. La réforme de séparation a toutefois donné lieu à de longues grèves parmi les médecins, car en supprimant leurs marges bénéficiaires sur la vente des médicaments, elle menaçait leurs intérêts économiques. Pour apaiser les protestations, les honoraires médicaux ont été majorés de 41 %. La crise financière du régime national d'assurance maladie qui s'est ensuivie est imputable à une série complexe de facteurs, notamment le relèvement des honoraires, l'augmentation du volume des consultations externes et le remboursement accru des médicaments assurés. Mais la crise s'explique aussi par des déterminants à plus long terme : le déficit de l'ensemble du régime national d'assurance maladie date d'avant la réforme.

La présente étude fait état des forces, mais aussi des faiblesses, dans la performance du système de santé coréen. L'assurance maladie universelle peu coûteuse, la liberté de choisir les dispensateurs, ainsi qu'un bon réseau d'établissements publics de soins primaires représentent de nets avantages du système. On observe néanmoins plusieurs domaines où la performance pourrait être améliorée. Premièrement, la part importante du ticket modérateur non plafonné à la charge des patients suscite des préoccupations quant à l'équité du financement et de l'accès aux services parmi les différentes catégories de revenus. Deuxièmement, les taux de cotisation n'ont pas été suffisamment relevés pour financer des prestations supplémentaires du RNAM et une utilisation accrue des services de santé. Troisièmement, on relève une absence de mécanismes visant à maintenir la croissance des dépenses de santé sur une trajectoire viable ou souhaitée. La modération des coûts a fait appel à une réglementation très stricte des honoraires médicaux, mais ce vigoureux contrôle des prix a été assoupli vers la fin des années 90, notamment à l'issue des grèves des médecins. Quatrièmement, il conviendrait de s'employer davantage à réglementer la qualité des soins. On constate une réglementation et une autorégulation très limitées de la pratique clinique, ainsi qu'un manque d'efforts pour promouvoir la médecine factuelle et réduire les variations injustifiées de la pratique médicale. Enfin, les difficultés rencontrées dans le cadre des réformes récentes permettent de conclure à la nécessité de renforcer la gouvernance du système.

L'étude présente plusieurs recommandations pour remédier aux lacunes du dispositif actuel. Il est proposé que de nombreuses réformes précises soient appliquées de façon graduelle. Parmi les principales suggestions figurent les suivantes :

- Renforcer la protection contre le risque de maladie catastrophique.
- Relever les taux de cotisation.
- Réduire les incitations des dispensateurs à fournir des soins excessifs, grâce à un achat plus prudent des services de santé par l'unique organisme national d'assurance.
- Introduire progressivement des mécanismes de paiement hybrides.
- Améliorer la négociation du montant des honoraires.
- Renforcer le contrôle des dépenses.
- Promouvoir la qualité des soins en recourant à des incitations, par exemple en surveillant la pratique clinique dans le cadre du RNAM, en récompensant le bon exercice de la médecine et en exigeant des preuves d'une meilleure autorégulation par l'intermédiaire des associations professionnelles.

A plus long terme, il est à prévoir de nouvelles difficultés en matière de coûts. Elles découleront du vieillissement très rapide de la population et de l'accessibilité d'une nouvelle technologie médicale fort coûteuse. Le régime national d'assurance maladie subira de nouvelles pressions.

Face à ces défis, le système est susceptible d'emprunter des chemins divers. Deux scénarios différents sont envisageables, ainsi que de nombreuses formules intermédiaires. En premier lieu, il serait possible de maintenir le ticket modérateur à un niveau élevé, ce qui permettrait de conserver des cotisations plus faibles. En second lieu, la Corée pourrait suivre la voie d'autres pays de l'OCDE et réduire le ticket modérateur, tout en relevant sensiblement les taux de cotisation. Les conséquences sur la réglementation, le type et le degré de responsabilité assumée par l'État en matière de régulation des versements aux fournisseurs, ainsi que la capacité de contrôle des autorités différeraient dans ces deux cas. C'est au peuple et aux pouvoirs publics coréens qu'il revient de choisir une orientation. Quelles que soient les méthodes de financement de la croissance future, il faudra néanmoins renforcer le cadre réglementaire et l'obligation de rendre compte.

Introduction

Les études sur les systèmes de santé de l'OCDE peuvent porter sur l'application des réformes destinées à améliorer la performance de ces dispositifs, ainsi que sur les enjeux qui en découlent. Ces analyses peuvent aussi se pencher sur les moyens par lesquels les pays de l'OCDE concilient le jeu des forces du marché et la réglementation, tout en poursuivant des objectifs globaux semblables quant au système de santé.

La Corée présente un intérêt sous ces deux aspects. Deux grandes réformes ont été appliquées en juillet 2000 : l'intégration des assureurs multiples au sein d'un organisme payeur unique (*réforme d'intégration*) et la dissociation des fonctions de prescription et de délivrance, réparties entre les médecins et les pharmaciens (*réforme de séparation*). Le processus et les résultats de ces deux réformes soulèvent des questions intéressantes, qui dépassent en partie les objectifs précis qui ont été poursuivis. Les réformes, qui menaçaient les intérêts économiques du corps médical, ont conduit à des grèves des médecins. Elles ont aussi précipité la crise financière du régime national d'assurance maladie, qui accusait déjà des déficits préalables. Il en est résulté une évolution du rôle joué par l'État, qui a assumé de nouvelles fonctions, dans le but d'assurer la viabilité de la croissance des dépenses et la bonne gouvernance du système de santé. Plusieurs propositions de nouvelles réformes ont été formulées et les diverses mesures possibles, notamment pour améliorer l'efficacité, sont largement débattues.

La Corée fait partie du petit nombre de pays de l'OCDE qui recourent en grande partie au marché pour financer et dispenser les soins médicaux. Outre ce fait, la Corée est parvenue à instaurer une assurance maladie publique et universelle dans de fort brefs délais, mais elle fait largement appel à la participation aux coûts par les consommateurs, pour veiller à une consommation parcimonieuse des services de santé et freiner les dépenses publiques à ce titre. Elle compte surtout des prestataires privés, rémunérés à l'acte, et ne réglemente guère l'offre. La structure du système pose une série de problèmes aux pouvoirs publics, qui doivent décider du type d'intervention nécessaire pour promouvoir les objectifs du système de santé, dans un contexte mixte, à la fois public et privé. Peut-on s'en remettre uniquement à la responsabilité des consommateurs pour maintenir la croissance des dépenses sur une trajectoire durable ? Comment améliorer l'équité du financement et de l'accès ? A quel style et à quelle forme d'intervention des pouvoirs publics faut-il recourir pour veiller à ce que la croissance des dépenses de santé soit efficace en matière de coûts ? Comment orienter la prestation des services de santé vers la pratique d'une médecine factuelle ? Pour atteindre ces objectifs, il est possible de mettre en œuvre des réformes progressives. Il se peut en outre que des défis à plus long terme, tels que le vieillissement et le changement technologique, amènent la Corée à envisager une stratégie propre à financer des dépenses de santé accrues.

La présente étude a été rédigée dans un double but. En premier lieu, elle se propose de favoriser une meilleure compréhension du système de santé coréen, à partir d'un cadre

d'analyse comparative des systèmes de santé. En second lieu, elle vise à mettre en évidence les réalisations et les inconvénients actuels propres au système de santé coréen, et à recenser les nouveaux défis que ce dernier est appelé à relever. Elle repose sur une analyse approfondie des données administratives fournies par les autorités coréennes et tirées de la base de données Éco-Santé de l'OCDE, sur les discussions de groupes de réflexion, sur des entretiens avec des fonctionnaires et des experts coréens, et sur un examen de documents coréens et internationaux.

L'étude commence par illustrer les principales caractéristiques du financement, de la prestation et des mécanismes de rémunération des dispensateurs qui se rapportent aux services de santé en Corée. L'analyse est fondée sur une description des principaux acteurs du système et des relations qu'ils entretiennent. Le chapitre 2 examine les flux de ressources, monétaires et réels, qui transitent par le système, ce dernier étant envisagé comme un processus d'échange et de production. Des faits sont rassemblés sur les variables qui déterminent sa performance. Le chapitre 3 analyse les résultats sanitaires et évalue les données dont on dispose sur la performance du système, au regard d'objectifs d'efficacité et d'équité. L'examen se poursuit par deux chapitres essentiels sur les récentes modifications apportées au système et les défis futurs. Le chapitre 4 est consacré aux objectifs, au processus et aux résultats des réformes de juillet 2000. Le chapitre 5 rassemble des propositions d'interventions visant à améliorer la performance du système de santé en Corée. Des conclusions et des recommandations viennent compléter l'étude.

Chapitre 1

Organisation du système de santé coréen

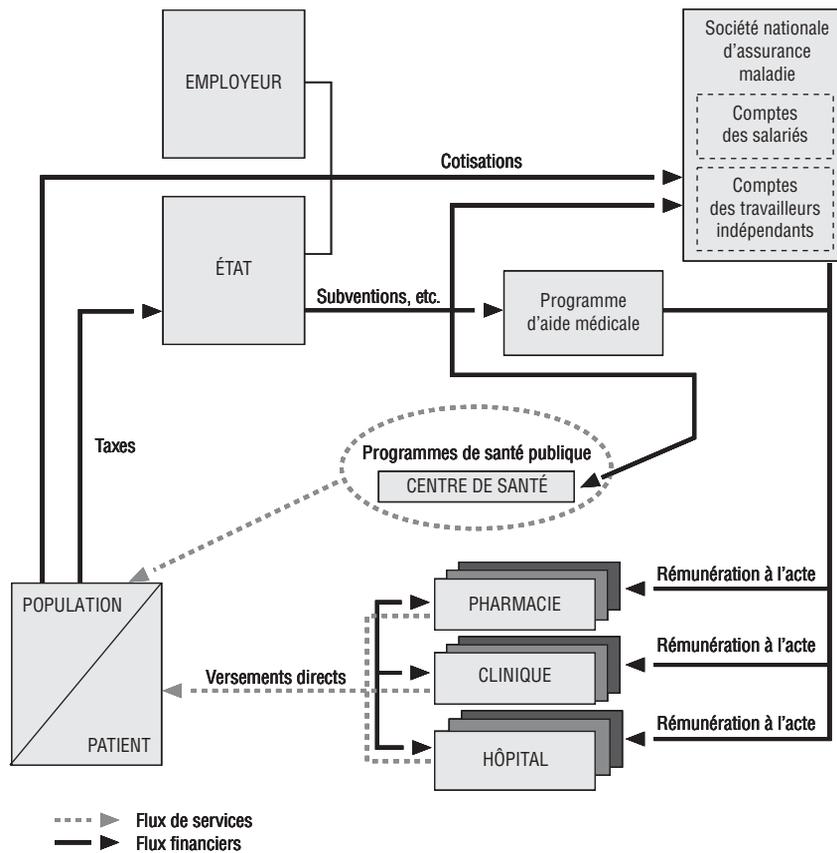
Résumé. *Le présent chapitre décrit les principaux acteurs du système (la population ou les patients, les dispensateurs et les organismes assureurs « complémentaires »), ainsi que les relations entre eux. Il montre en premier lieu comment les individus paient les services de santé et s'assurent contre le risque de mauvaise santé, ainsi que la relation entre la population et les organismes assureurs complémentaires qui offrent une telle protection (section 1.1). L'organisation des services ainsi que la relation entre patients et prestataires est présentée en second lieu (section 1.2). Le chapitre expose en troisième lieu le rôle des organismes payeurs complémentaires, ainsi que les modalités d'attribution des fonds consacrés à la santé, des assureurs aux prestataires de services (section 1.3). En dernier lieu, on analyse le rôle de l'État dans le secteur de la santé (section 1.4).*

Depuis les années 50, les politiques et priorités sanitaires de la Corée ont varié selon l'évolution rapide de la situation économique et sociale de la population (Shin et al., 1996). Après la fondation de la République de Corée en 1948, la politique de santé a été axée sur le contrôle des maladies transmissibles, la promotion des services de santé primaires dans certaines régions mal desservies et la planification des naissances. Vers la fin des années 70, les priorités des pouvoirs publics se sont orientées vers l'établissement d'un accès sûr et équitable à une série minimale de services curatifs. L'institution du régime national d'assurance maladie (RNAM) a représenté un changement décisif du système de santé coréen et a fait principalement l'objet d'interventions du côté de la demande, jusqu'à ce que la couverture universelle soit instaurée en 1989. Le RNAM ainsi que la croissance économique rapide ont stimulé une augmentation remarquable de la demande de services de santé, ce qui a conduit à la création de nouveaux établissements médicaux par le secteur privé et à l'expansion des facultés de médecine privées¹. S'agissant de l'offre, les autorités ont fait preuve d'une attitude de laisser-faire. Deux réformes récentes, l'une intégrant les assureurs multiples au sein d'un organisme payeur unique (réforme d'intégration) et l'autre dissociant les fonctions de prescription et de délivrance, réparties entre les médecins et les pharmaciens (réforme de séparation), ont considérablement modifié le système et seront abordées plus en détail au chapitre 4.

Les principales caractéristiques du système de santé coréen sont la domination du secteur privé dans la prestation des soins et le financement mixte, à la fois public et privé. Les dispensateurs privés fournissent la majorité des services, tandis que les prestataires publics jouent un rôle marginal. Bien que l'État assume des responsabilités en matière de services de santé publique, il intervient encore modestement dans la promotion de la santé et la prévention. Le financement de la santé provient surtout de deux sources d'importance égale : les cotisations obligatoires à l'assurance maladie et les versements directs effectués par les patients. L'assurance maladie nationale est financée par les cotisations des employeurs, des salariés et des travailleurs indépendants, et par les subventions de l'État. Les dispensateurs sont rémunérés à l'acte. Le paiement des services assurés est réglé directement entre le RNAM et les prestataires.

Le système de santé coréen peut être considéré comme une combinaison d'un « modèle d'assurance publique avec contrat » et d'un marché privé où les patients paient directement les prestataires². Le RNAM public achète des services de santé assurés pour l'ensemble de la population, fournis sous contrat par des dispensateurs essentiellement privés. Les usagers sont néanmoins tenus d'assumer un ticket modérateur élevé pour les services assurés. Il existe en outre un marché privé assez vaste des services non assurés, qui sont fournis dans un cadre concurrentiel, aux prix du marché. Le graphique 1.1 illustre schématiquement le système de santé coréen.

Graphique 1.1. Le système de santé coréen (après juillet 2000)



Source : Éco-Santé OCDE 2001.

1.1. Financement et assurance

Selon les estimations, la population coréenne atteignait 46.8 millions en 1999. Elle est protégée dans son ensemble contre le risque de maladie, soit par l'assurance maladie nationale, un régime social financé par des cotisations obligatoires, soit par le programme d'aide médicale (PAM), un dispositif d'aide sociale s'adressant aux plus défavorisés et financé par la fiscalité générale. Les prestations couvertes sont uniformisées et à cet égard, il n'existe aucune différence entre les assurés du RNAM ou du PAM. A l'exception de certains bénéficiaires du PAM, tous les patients doivent verser des sommes importantes pour couvrir leurs traitements.

1.1.1. Financement

Les services de santé et l'assurance maladie sont financés par quatre moyens principaux. Premièrement, tous les particuliers (sauf les ayants droit et les personnes admissibles qui disposent de faibles revenus) versent des cotisations à l'assurance maladie nationale. Ces dernières équivalaient environ à 33 % du financement total de la santé en 1999. Deuxièmement, les patients participent au coût des services assurés et effectuent des versements directs au titre des services non assurés, qui couvrent par ailleurs 44 % du financement total de la santé. Le ticket modérateur représente environ un tiers de cette part. Troisièmement, les particuliers acquittent des impôts, dont une partie est affectée à la

santé. Bien que la plupart des recettes fiscales soient tirées de l'impôt général progressif sur le revenu, il existe aussi des impôts prélevés par les collectivités locales. Les particuliers acquittent aussi une taxe sur le tabac, dont le produit est réservé. Le financement par la fiscalité, qui équivalait approximativement à 11 % du financement total de la santé en 1999, sert principalement à subventionner le programme d'aide médicale et l'assurance maladie nationale. Enfin, les primes d'assurance maladie privée représentent environ 7.4 % du financement total de la santé. La moitié de ces primes correspond à l'affiliation obligatoire au régime d'assurance maladie qui couvre les traitements médicaux en cas d'accident de la circulation. L'autre moitié provient de la souscription volontaire de polices d'assurance servant des prestations en espèces destinées à apporter un soutien financier à l'assuré, s'il est atteint de certaines maladies chroniques, notamment le cancer³.

1.1.2. Assurance

Assurance maladie nationale

La création de l'assurance maladie nationale a été entreprise par les autorités coréennes. Elle répondait principalement au souhait d'accorder une assurance maladie, tout en réduisant autant que possible la charge financière de l'État, des employeurs et des usagers. Trois grands principes sous-tendent le régime national : l'affiliation obligatoire, le paiement de cotisations en fonction de la capacité financière et le service de prestations selon les besoins (Shin, 1998, p. 41). Afin d'élargir rapidement la couverture tout en conservant les principaux objectifs et principes du RNAM, les autorités ont appliqué, depuis la création du système en 1977, une politique de faibles cotisations et de prestations limitées pour les entreprises de plus de 500 employés. Cette politique, conjuguée à une croissance économique rapide et à une gestion ferme des pouvoirs publics⁴, a facilité le recouvrement des cotisations auprès des salariés et des employeurs.

Après 1977, la couverture universelle de la population a été instaurée sur une courte période de douze années, au prix, toutefois, d'un ticket modérateur élevé et d'exclusions de certaines prestations. La couverture a été progressivement étendue des grandes entreprises aux moyennes, puis aux petites, et des salariés aux travailleurs indépendants. L'intégration de nouvelles catégories a été facilitée par le recours à différentes sociétés d'assurance financièrement indépendantes. Il existait trois grands groupes de régimes : les régimes professionnels d'assurance maladie (145 en 1997, affiliant 35 % de la population) ; un régime unique d'assurance maladie des fonctionnaires et des professeurs de l'enseignement public et privé (couvrant 11 % de la population), ainsi que des régimes régionaux pour les travailleurs indépendants (227 en 1997, assurant 5 % de la population). La couverture universelle a été réalisée en juillet 1989, en intégrant au système la dernière catégorie qui restait jusqu'alors non assurée, les travailleurs indépendants en milieu urbain⁵. Afin d'encourager la participation de ce groupe, les autorités ont promis de subventionner la moitié du paiement de ses prestations.

L'assurance maladie nationale est financée par des cotisations obligatoires. Le taux de cotisation (3.63 %) s'applique au salaire brut des employés, le montant étant réparti à part égale entre l'employeur et l'employé. Les cotisations versées par les travailleurs indépendants sont assises sur leur revenu, leur patrimoine, leur niveau de vie et leur taux de participation aux activités économiques. La part de la cotisation assujettie au revenu est calculée selon le revenu imposable ou, pour les individus qui n'en disposent pas ou dont ce revenu est inférieur à 5 millions de won, selon le revenu, l'âge, le sexe et les biens. Le second élément de la

cotisation varie en fonction du patrimoine et de la possession d'un véhicule automobile par l'assuré. Les ayants droit sont également couverts par le RNAM⁶.

Le RNAM couvre entre autres les services de soins aigus et de consultation externe fournis dans les hôpitaux, la grossesse et l'accouchement, les coûts curatifs des soins chroniques dispensés en milieu hospitalier (à l'exception des coûts au titre de la prise en charge sociale), les services de généralistes et de spécialistes, les examens de la vue, certains soins dentaires, les frais médicaux au titre des soins à domicile et la plupart des médicaments délivrés sur ordonnance⁷. La couverture a été étendue au fil des ans, certains services faisant appel à la technologie de pointe y ayant été intégrés (par exemple la tomodensitométrie assistée par ordinateur), et le nombre des journées de prestations est passé de 180 en 1994 à 365 en 2000⁸ (tableau 1.1). Les principales exclusions concernent le transport des patients, les lunettes et les verres de contact, les soins considérés comme non indispensables à la vie quotidienne (par exemple la chirurgie plastique) et les services très onéreux. Certains de ces services sont par ailleurs supposés être pris en charge, sous réserve de leur prix abordable à l'avenir, par exemple l'IRM (imagerie par résonance magnétique), la TEP (tomographie par émission de positrons) et le diagnostic échographique. Il existe aussi certaines prestations limitées en espèces, telles les allocations de maternité et d'inhumation.

Tableau 1.1. **Élargissement de la couverture du RNAM et du PAM**

Population couverte			Couverture (population et prestations)
RNAM	PAM		
(assurés et ayants droit)			
1977	8.6*	5.7*	Comprend les entreprises de plus de 500 salariés
1980	24.2	5.6	Comprend les entreprises de plus de 300 salariés, les employés de l'État et les enseignants (depuis 1979)
1985	44.1	8.0	Comprend les entreprises de plus de 16 salariés (depuis 1982)
1990	93.9	9.2	Couverture universelle en 1989 : comprend les entreprises de plus de 5 salariés, les travailleurs indépendants en milieu urbain et rural
1995	97.6	3.1	Prestations étendues à 180 jours. Examens de santé et technologie très coûteuse (scanneur) inclus
1999	96.4	3.5	Journées de prestations étendues à l'ensemble de l'année.

PAM : programme d'aide médicale.

RNAM : régime national d'assurance maladie.

Note : Il peut exister des différences entre la population totale et la population couverte totale.

La notion de « journées de prestations » se rapporte à la durée globale des traitements médicaux et médicamenteux.

Source :

* Shin et Lee (1995).

Autres données : Société nationale d'assurance maladie (1999).

Quoique la couverture du RNAM garantisse une vaste protection contre le risque de maladie, elle reste assez superficielle en raison de l'exclusion de certains services très coûteux et du poids important du ticket modérateur. Le barème du ticket modérateur est fixé par le ministère de la Santé et de la Protection sociale. Il s'applique à l'ensemble des services et des établissements médicaux sur tout le territoire, mais varie selon le type de service et d'établissement (tableau 1.2). Le ticket modérateur n'est aucunement plafonné, bien qu'une certaine indemnisation soit accordée s'il occasionne des frais très élevés.

Programme d'aide médicale

Un dispositif public d'aide sociale, le programme d'aide médicale (PAM), a été établi en 1977, parallèlement au RNAM. Ce programme octroie aux personnes admissibles

Tableau 1.2. **Ticket modérateur afférent aux services couverts par le RNAM**

Service et établissement de santé	Ticket modérateur
Hospitalisation	20 % du coût total des traitements
Consultation externe	
Hôpital général	Tarif de consultation par visite + 55 % du coût des traitements
Hôpital	Tarif de consultation par visite + 40 % du coût des traitements
Clinique	30 % du coût des traitements (3 200 wons si le coût total est inférieur à 12 000 wons)

Source : Lee (2001).

disposant de faibles ressources une couverture médicale gratuite, ouvrant droit aux mêmes prestations que l'assurance maladie nationale. Le PAM fait partie du dispositif de garanties de ressources (DGR)⁹, le mécanisme coréen de protection sociale, et est donc distinct du RNAM. Tous les individus dont le revenu se situe en deçà du niveau de vie minimum¹⁰ et certains autres groupes précis¹¹ peuvent prétendre à la couverture du PAM. Les bénéficiaires de l'aide médicale sont divisés en deux classes. La classe 1 comprend les ménages où aucune personne n'est apte au travail, entre autres du fait de l'invalidité, de la vieillesse (au-delà de 65 ans), de la grossesse ou du séjour dans un établissement médicalisé ou de l'assistance publique. La classe 2 regroupe les bénéficiaires de la garantie de ressources qui sont aptes au travail, mais autonomes. Ces derniers représentaient 55 % du total des bénéficiaires du PAM en 1999. Bien qu'il n'existe aucune différence de prestations entre le RNAM et le PAM, seuls les bénéficiaires de la classe 1 sont exonérés du ticket modérateur applicable aux services de santé.

1.2. Prestation des services

Les trois caractéristiques principales de la prestation des services de santé en Corée sont la domination du secteur privé, le choix illimité dont dispose le patient quant au dispensateur et la différenciation fonctionnelle limitée des prestataires.

- La création d'hôpitaux, de cliniques et de pharmacies est laissée à l'initiative d'entrepreneurs privés, sans que soient limitées leur implantation, leurs activités ni leurs prescriptions. L'État joue un rôle très marginal en tant que fournisseur de services curatifs et conserve des responsabilités en matière de prévention et de promotion de la santé.
- Les patients jouissent d'une liberté de choix presque illimitée quant au dispensateur et peuvent en outre opter pour la médecine occidentale ou orientale. Bien qu'un système de médecin référant¹² existe en théorie, il est ignoré en pratique par les usagers. Les médecins de premier recours ne restreignent pas l'accès aux soins, et les individus peuvent choisir de consulter un spécialiste ou un généraliste en clinique.
- On constate davantage de concurrence que de coordination entre les hôpitaux et les cliniques, surtout par suite de l'absence d'une nette différenciation fonctionnelle entre ces deux types d'établissement. Les cliniques ont des lits d'hospitalisation et les hôpitaux disposent de vastes services de consultation externe (section 2.2.2). Jusqu'à la réforme de séparation appliquée en juillet 2000, les médecins aussi bien que les pharmaciens pouvaient prescrire et délivrer des médicaments (chapitre 4). En conséquence, les individus souhaitant obtenir une ordonnance pouvaient non seulement choisir entre différents médecins, mais aussi entre les médecins et les pharmaciens.

Les établissements médicaux sont en général répartis en hôpitaux généraux, en hôpitaux et en cliniques. Les « hôpitaux généraux » sont beaucoup plus grands que les « hôpitaux ». Ils peuvent hospitaliser plus de 100 malades et possèdent un nombre

minimum de services spécialisés¹³. Les hôpitaux doivent disposer au minimum de 30 lits d'hospitalisation. Un grand nombre sont directement issus de cabinets de médecins entrepreneurs, qui fournissaient des services d'hospitalisation et de consultation externe. Les hôpitaux sont souvent administrés directement par des médecins. Ceux qui travaillent en milieu hospitalier sont salariés. Les cliniques sont le plus souvent administrées par des spécialistes privés rémunérés à l'acte, qui exercent à titre libéral¹⁴ (tableau 1.3).

Tableau 1.3. **Nombre et taille des établissements médicaux**

	1980		1985		1990		1995		2000	
	Nombre	Nombre moyen de lits								
Hôpitaux généraux	82	249	183	270	228	292	266	364	277	393
Hôpitaux ¹	240	72	317	57	328	59	398	84	517	100.3
Cliniques ¹	6 344	3.9	8 069	3.0	10 935	3.0	14 343	3.1	18 507	3.3
Centres de santé	214	–	225	–	260	–	238	–	242	–
Pharmacies	12 337	–	16 097	–	19 523	–	19 624	–	18 435	–

1. Non compris les hôpitaux et cliniques de médecine dentaire et orientale.

Source : Société nationale d'assurance maladie (2000) ; ministère de la Santé et de la Protection sociale (1999).

Les services médicaux sont pour la plupart fournis par des dispensateurs privés. Quelque 90 % des spécialistes travaillaient dans le secteur privé en 1997. Les hôpitaux et les cliniques privés possèdent la grande majorité des lits et environ 90 % de l'ensemble des établissements médicaux sont privés. Alors que la loi interdit aux entreprises à but lucratif d'intervenir dans le secteur hospitalier, dans les faits, les hôpitaux ont une vocation commerciale et des pratiques analogues à celles des organismes à but lucratif. La plupart des hôpitaux privés sont exclusivement financés par les revenus tirés des patients et les hôpitaux ne reçoivent pas de subventions publiques ni d'autre forme de soutien financier pour leurs activités. Sous l'effet de la privatisation, le nombre d'hôpitaux publics a diminué au fil du temps (tableau 1.4). Cependant, en 2000, la Société nationale d'assurance maladie a ouvert à Ilsan, près de Séoul, un hôpital général doté de 744 lits.

Tableau 1.4. **Établissements publics et privés, 1999**
Pourcentages

	Hôpitaux généraux	Hôpitaux ¹	Cliniques ¹	Centres de santé	Pharmacies
Publics	20.1	7.1	0	100	0
Privés	58.0	91.9	100	0	100
Sans but lucratif	18.0	61.9			
Société	40.0	30.0			
A but lucratif			100		100
Universitaires	21.9	1.0	0	0	0
Total (nombre)	278	664	18 508	242	18 435

1. Non compris les hôpitaux et cliniques de médecine dentaire et orientale.

Source : Questionnaire OCDE.

Il existe un réseau public d'établissements de soins primaires, qui comprend des centres de santé, des centres de santé annexes et des postes de soins primaires. Les pouvoirs publics ont mis en place des établissements de soins primaires après 1981, dans

le but de combler les lacunes de la prestation privée, dans les zones rurales et les régions de pêche mal desservies. Il existe actuellement un centre de santé pour chaque district administratif et un poste de santé dans les localités de plus de 500 résidents. Les centres de santé fournissent des services de santé publique et des services ambulatoires de base. Les principales activités de ces centres comprennent la promotion de la santé et la prévention, la vaccination, la gestion des maladies transmissibles, les soins maternels et infantiles, ainsi que les autres services curatifs de base. Dans certaines régions rurales, les centres de santé sont également équipés d'appareils perfectionnés et assurent des services de santé normalement fournis par les cliniques et les hôpitaux privés. Les établissements de soins primaires salarient des médecins. La plupart d'entre eux remplissent des obligations dans le cadre du service d'utilité publique et sont nommés dans des districts qui disposent d'un nombre limité de médecins ou en sont dépourvus, notamment les régions rurales¹⁵.

La prise en charge de longue durée est encore en voie de mise en place. Selon la Loi sur le bien-être des personnes âgées, il existe trois types d'établissements de long séjour, selon l'état d'invalidité du bénéficiaire : les établissements généraux, les établissements spécialisés et les hôpitaux spécialisés. En 2000, on recensait sept hôpitaux spécialisés disposant d'un total de 707 lits. Ces établissements accueillent des patients à titre onéreux ou gratuit. La gratuité des soins médicaux est toutefois uniquement réservée à la population âgée extrêmement pauvre. Un certain soutien est par ailleurs fourni à domicile, notamment des services d'aide ménagère, d'appui et de soins médicalisés.

La population coréenne utilise depuis longtemps la médecine orientale, qu'elle apprécie beaucoup. La plupart des patients consultent des praticiens en médecine orientale et occidentale pour la même affection et considèrent ces deux écoles comme complémentaires. La médecine orientale est particulièrement prisée pour la philosophie de sa pratique, qui se concentre sur les soins au patient et sur les besoins de l'individu. En 1999, la proportion entre les praticiens en médecine orientale et occidentale était de 1 pour 6, tandis que le rapport entre les lits d'hôpital de médecine orientale et occidentale était de 1 pour 20¹⁶. Bien qu'il existe en général peu de coordination entre la médecine orientale et la médecine occidentale, elles ont été intégrées dans deux hôpitaux et dans une université. Hormis certains traitements bien définis comme l'acupuncture, l'application de ventouses et la moxibustion¹⁷, la médecine orientale n'est pas remboursée par le RNAM. Le ministère de la Santé et de la Protection sociale a créé un bureau de médecine orientale en 1996, notamment chargé de la standardisation et de la modernisation de la médecine orientale.

S'agissant du contrôle des normes d'exercice, il existe une certaine autorégulation par les professionnels et les prestataires, en particulier dans les hôpitaux¹⁸, mais les directives cliniques restent insuffisantes. Cette situation s'explique en partie par certaines caractéristiques de l'enseignement de la médecine en Corée, qui est propre à chaque faculté et repose sur la transmission du savoir de maître à disciple. Par suite de ce manque de standardisation, il est difficile d'unifier la médecine et les pratiques factuelles.

1.3. Paiement des prestataires

On peut distinguer deux aspects des paiements aux prestataires, la *méthode* de rémunération et le *montant* des remboursements.

Les dispensateurs sont le plus souvent rémunérés à l'acte¹⁹. Dans le cas des prestations du RNAM, les honoraires sont réglementés et les demandes de remboursement des prestataires font l'objet d'un examen. En ce qui a trait aux services non assurés, les honoraires et les activités des dispensateurs sont pour la plupart libres²⁰.

La Société nationale d'assurance maladie recouvre les cotisations auprès de la population et des employeurs, et règle aux dispensateurs les services qu'ils fournissent. La Société est un organisme public non gouvernemental quasi autonome, qui résulte de l'intégration en un organisme payeur unique de multiples régimes professionnels régionaux, qui existaient avant l'application de la réforme d'intégration en juillet 2000²¹. Au titre du régime national d'assurance maladie²², tous les dispensateurs sont automatiquement admis à traiter les patients (et tenus de le faire). La Société règle au dispensateur la portion des frais médicaux qui n'est pas directement assumée par le patient, en fonction du barème des honoraires. Ce barème inclut les tarifs pour tous les services et fournitures médicaux, y compris les médicaments. Les honoraires comprennent non seulement le coût du traitement et les fournitures, mais aussi la rémunération des dispensateurs, en contrepartie du service rendu. Il existe des remboursements supplémentaires pour certains services assurés par les établissements de niveau supérieur : leur proportion représente 20 % pour les hôpitaux, 25 % pour les hôpitaux généraux et 30 % pour les hôpitaux tertiaires.

Le barème des honoraires est directement négocié chaque année entre les dispensateurs et la Société. Cette négociation représente toutefois une évolution récente. Avant 2001, les tarifs étaient fixés unilatéralement par le ministère de Santé et de la Protection sociale, après consultation avec le ministère des Finances et de l'Économie. Le nouveau processus de négociation se déroule au sein d'un comité du RNAM, composé de représentants des pouvoirs publics, des professions de santé et des autres parties prenantes.

La négociation des tarifs médicaux porte sur la « valeur » d'une échelle nationale de « points », qui est établie par le ministère de Santé et de la Protection sociale. Depuis 2001, une échelle nationale fondée sur les ressources a été fixée pour tous les traitements. L'échelle comporte des points qui correspondent aux intrants (temps et autres ressources) nécessaires pour fournir le traitement, mais ne comporte pas d'indemnisation au titre des dépenses d'équipement. Les honoraires sont calculés en multipliant les points relatifs pour chaque traitement, fixés par le ministère, par la valeur du point. Cette dernière est négociée entre la Société et les représentants des associations professionnelles.

Le barème des honoraires comprend une liste positive des médicaments. Cette liste détermine le tarif auquel les médicaments délivrés par les pharmaciens sont remboursés (qui peut différer du prix de gros fixé par le fabricant). De surcroît, les pharmaciens reçoivent des honoraires de délivrance, autrement dit un montant fixe couvrant le service de délivrance du médicament au patient par le pharmacien. L'introduction d'un système d'« établissement de prix de référence », où le médicament au moindre coût sert à fixer le tarif de remboursement parmi un groupe de médicaments substituables est en voie d'examen, mais n'a pas encore été réalisée.

Tous les dispensateurs soumettent chaque mois des demandes de remboursement à la Société nationale d'assurance maladie. L'Agence d'examen de l'assurance maladie, qui est indépendante de la Société, vérifie et évalue les factures pour le compte de cette dernière. A l'issue du processus de criblage, la Société rembourse les dispensateurs des services fournis. Le processus d'examen sanctionne les demandes de remboursement frauduleuses. Il est en outre supposé pénaliser la fourniture d'un traitement inutile²³, bien que jusqu'à présent, l'assurance maladie nationale ait exercé très peu de contrôle direct sur le volume et l'intensité des soins médicaux. Les ordonnances inopportunes ou excessives sont aussi théoriquement sanctionnées. On trouvera de plus amples détails sur le rôle d'achat du RNAM au chapitre 4, consacré à la réforme d'intégration.

Il est difficile de parler du montant de la rémunération des dispensateurs, car l'information sur le revenu de ces derniers est lacunaire. Les médecins travaillant dans des hôpitaux touchent un salaire supérieur au revenu médian de l'ensemble des salariés, mais vraisemblablement inférieur au revenu moyen des médecins exerçant à titre libéral dans des cliniques. Les praticiens de médecine libérale et les hôpitaux tirent leur revenu de différentes sources. En premier lieu, les dispensateurs reçoivent des honoraires du RNAM au titre de la prestation des services assurés. Les dispensateurs se plaignent qu'ils ne sont pas suffisamment indemnisés pour les services assurés, du fait que le montant des honoraires du RNAM²⁴ a été historiquement faible et que jusqu'au milieu des années 90, le taux d'augmentation n'a pas suivi la hausse générale des prix (se reporter au chapitre 3). En second lieu, les dispensateurs touchent des versements directs effectués par les patients. Les honoraires pour les services non assurés sont pour la plupart libres et peuvent varier fortement d'un établissement à l'autre. En règle générale, les hôpitaux et les centres de santé publics fournissent les services non assurés à des prix marchands inférieurs à ceux que pratiquent les établissements privés, ce qui explique pourquoi les hôpitaux publics soignent une proportion plus élevée de patients aux ressources modestes ou bénéficiant de l'aide médicale. En troisième lieu, on signale que certains établissements perçoivent une somme à titre officieux pour certains traitements, bien qu'on ne dispose pas d'estimations sur la fréquence de ces pratiques, ni sur le montant des frais en cause.

1.4. Rôle de l'État et réglementation

Les principales responsabilités de l'État coréen se rapportant au système de santé portent sur la réglementation et la formulation des orientations, l'assurance et, dans une faible mesure, la prestation.

Historiquement, les pouvoirs publics ont adopté une attitude à la fois accommodante et autoritaire en matière de réglementation. Ils ont d'une part évité autant que possible de surveiller les dispensateurs et d'intervenir sur le marché des prestations de santé, et d'autre part conservé un pouvoir de décision quasi unilatérale, notamment dans le domaine des honoraires médicaux et des changements systémiques.

Le ministère de Santé et de la Protection sociale a pour mission essentielle d'établir le cadre juridique du système de santé coréen. Les principaux piliers juridiques sont notamment la Loi sur l'assurance maladie nationale, la Loi spéciale sur la stabilisation financière du régime d'assurance maladie, la Loi sur les services médicaux et la Loi sur les activités pharmaceutiques. On trouvera au chapitre 4 une analyse des deux réformes du système de santé appliquées en juillet 2000, l'une portant intégration des sociétés d'assurance multiples du RNAM au sein d'un organisme payeur unique, et l'autre dissociant les fonctions de prescription et de délivrance, attribuées respectivement aux médecins et aux pharmaciens.

La réglementation de l'assurance maladie publique porte principalement sur le barème des honoraires médicaux et sur la liste des prestations du RNAM. Même si les honoraires sont maintenant négociés, jusqu'à tout récemment, les pouvoirs publics ont maintenu un contrôle unilatéral sur l'établissement des honoraires et les révisions annuelles leur étant apportées. S'agissant des services médicaux et des médicaments assurés, il n'est utilisé aucun critère explicite de hiérarchisation, notamment le rapport coût-efficacité, le besoin, ou la charge de la maladie.

La réglementation de l'offre est minime. Hormis pour les centres de santé, aucun plan ne dirige la répartition géographique des établissements médicaux, qui est donc laissée à l'initiative privée. Le seul critère régissant l'ouverture d'hôpitaux est le nombre minimum

de lits et de services. Au-delà de telles exigences de base, le nombre de lits d'hôpital est entièrement décidé par les établissements eux-mêmes. Ni l'achat, ni la diffusion de la technologie médicale ne sont non plus programmés. La planification des ressources humaines est indirecte. Le ministère de la Santé et de la Protection sociale consulte le ministère de l'Éducation et de la Valorisation des Ressources humaines à propos du *numerus clausus* appliqué à l'entrée en faculté de médecine. Il ne s'agit pourtant pas d'un contrôle strict, car ces facultés sont privées. Leur nombre a plus que doublé, passant de 19 en 1980 à 41 en 2000.

L'État assume une fonction directe d'assurance pour les personnes très pauvres. Le programme d'aide médicale est financé par l'administration centrale et les collectivités locales et fait partie du système coréen d'aide publique. Les prestations de ce programme sont les mêmes que celles du RNAM. L'État joue par ailleurs un rôle indirect d'assurance, via le régime national d'assurance maladie. La décision initiale de créer un RNAM par l'intégration progressive de différents groupes d'actifs au sein de sociétés d'assurance distinctes répondait manifestement à la préférence des pouvoirs publics pour une faible intervention dans le système de santé. Cette situation a en partie évolué après la réforme d'intégration appliquée en juillet 2000, par laquelle l'État a renforcé son rôle, en qualité de garant en dernier ressort du régime national d'assurance maladie comportant un payeur unique.

L'État joue enfin un rôle secondaire de prestataire de services curatifs dans les hôpitaux publics et les établissements de niveau primaire, à qui il octroie un financement en capital. Il est par ailleurs chargé d'établir la législation pertinente²⁵, de définir les priorités et objectifs, de former le personnel et d'assurer un soutien technique pour l'application de programmes en matière de santé des populations. Les collectivités locales déterminent les objectifs locaux et ont pour mission d'exécuter ces programmes dans leurs domaines de compétence²⁶ (tableau 1.5).

Tableau 1.5. Dépenses publiques de santé, 1985-99

	1985		1990		1995		1999	
	Millions de wons	%	Millions de wons	%	Millions de wons	%	Millions de wons	%
Programme d'aide médicale ¹	58 600	29.3	194 800	23.0	423 800	21.7	1 177 946	42.5
Subventions au RNAM ²	..	..	363 902	43.0	755 319	38.6	1 165 621	42.1
Divers (santé publique, etc.)			286 938	33.9	1 157 861	59.2	427 563	15.4
Total ³	200 210		845 640		1 955 560		2 771 130	

Sources :

1. Questionnaire OCDE.
2. Société nationale d'assurance maladie (1999).
3. *Eco-Santé* OCDE 2001.

Notes

1. Bien que les pouvoirs publics ne soient pas directement intervenus dans la création d'établissements médicaux, ils ont accordé aux entrepreneurs des prêts à des conditions de faveur.
2. Selon une typologie des modèles définie par l'OCDE (1992).
3. Ces polices d'assurance maladie sont considérées par l'assureur comme l'un de ses produits d'assurance sur la vie. L'assuré a souvent le droit de retirer une partie des primes accumulées, si la maladie ne survient pas.

4. L'assurance maladie sociale a été introduite en République de Corée sous un régime militaire autoritaire. L'objectif de l'État consistait à instaurer un système de sécurité social, sans faire peser une charge indue sur l'économie.
5. Pour un récit historique plus détaillé de l'institution du NHI, se reporter à Shin et Lee (1995) et Shin et al. (1996).
6. Les retraités ainsi que les travailleurs au chômage ou temporaires sont couverts, à titre de personnes à la charge de leur conjoint, de leurs parents ou de leurs enfants (si ces derniers sont assurés), ou à titre de travailleurs indépendants (à moins qu'ils ne soient admissibles à l'aide publique).
7. Les médicaments non thérapeutiques, par exemple les vaccins et les toniques préventifs, sont exclus de la liste des médicaments assurés.
8. La notion de « journées de prestations » désigne la durée totale des traitements médicaux ou médicamenteux. En conséquence, si à l'issue d'une visite en consultation externe, on prescrit à un patient un certain médicament pendant dix jours, cette période équivaut aux journées de prestations. À l'évidence, les malades chroniques atteignent très rapidement le seuil de 180 jours et très probablement aussi celui de 365 jours. Pour certaines maladies très graves, les journées de prestations peuvent dépasser 365 jours par an.
9. Le dispositif de garantie de ressources (DGR) assure un minimum vital aux citoyens qui ne peuvent subvenir à leurs besoins, du fait notamment d'un handicap physique, de la vieillesse, etc. De surcroît, les pouvoirs publics ont instauré une garantie temporaire de ressources (GTR), pour répondre à la crise de 1997. Le DRG s'adresse aux chômeurs en âge de travailler, tandis que la GTR a une portée plus large (OCDE, 2000a). Les seuils d'admissibilité sont différents pour les bénéficiaires du DRG et de la GTR. En outre, dans le cas du DRG, la notion de revenu du « ménage » est fondée sur la famille étendue.
10. Le niveau de vie minimum repose sur le coût de vie minimum (CVM). Le CMV varie selon la taille du ménage et sert de référence pour l'établissement du seuil de pauvreté et le calcul des prestations d'aide sociale. Pour un ménage composé d'une seule personne, le seuil ouvrant droit à une aide médicale était de 320 000 wons par mois en 2000 (513 dollars PPA).
11. Les individus visés par la Loi sur les secours consécutifs aux catastrophes, les victimes de la justice et les anciens combattants, les indigents méritants, les réfugiés de Corée du Nord, ainsi que les artistes et artisans traditionnels.
12. Théoriquement, sauf en cas d'urgence et d'accouchement, les patients ne pouvaient pas avoir directement accès à des soins hospitaliers sans obtenir une lettre de recommandation d'un médecin référant. Créé en 1989, lors de l'instauration de la couverture universelle, ce système avait pour but d'encourager les visites chez le généraliste avant de recourir à un spécialiste. Quoique strict à l'origine, il a été assoupli en 1998, la lettre de recommandation n'étant plus obligatoire que pour l'accès aux soins dispensés par un hôpital général. En pratique, les individus contournent le système et s'adressent au dispensateur qu'ils préfèrent.
13. Services de médecine interne, chirurgie, pédiatrie, obstétrique, radiologie, anesthésie, pathologie, psychiatrie et médecine dentaire.
14. Parmi les médecins autorisés à exercer, 58,2 % étaient des spécialistes. Le terme « spécialiste » désigne un médecin qui, après avoir obtenu son diplôme de médecine, a suivi une formation, ou a effectué un internat et un résidanat dans un hôpital ou un établissement médical désigné par les pouvoirs publics, et a été reçu au concours de l'Association coréenne des médecins. On recensait 26 spécialités et 37 620 spécialistes en 1997. Ce chiffre a quadruplé par rapport à 1980.
15. Le service militaire est obligatoire en Corée. En 1980, l'État a adopté une loi spéciale qui autorise les médecins à remplacer leur service militaire par un service à titre de médecins de santé publique. Les médecins sont tenus d'exercer dans des régions mal desservies à titre de « médecins de santé publique » pendant trois ans.
16. En 1999, il y avait 107 hôpitaux et 6 590 cliniques de médecine orientale. Il existait aussi 11 collègues privés de médecine orientale.
17. On estime que la médecine orientale représente 5 à 10 % du total des dépenses du RNAM, et 15 à 20 % du total des dépenses de santé. (Source : Association coréenne de médecine orientale). La moxibustion est une technique utilisée en médecine traditionnelle chinoise, qui consiste à placer un bâton ou un cône d'armoise, *artemesia vulgaris*, sur une partie du corps présentant une inflammation ou une affection. Une fois placé sur un point d'acupuncture, le cône brûle. Il est enlevé avant qu'il n'atteigne la peau. Cette opération a pour objet de stimuler et de renforcer le sang et l'énergie vitale du corps, le *qi*. L'application de ventouses est une thérapie dans laquelle une cloche est posée sur la

surface cutanée, dans le but de provoquer une congestion locale, sous l'effet de la pression négative causée par la chaleur que dégage une matière chauffée.

18. L'Association coréenne des hôpitaux administre un programme d'examen des hôpitaux, qui permet d'affecter les résidents aux établissements. Se reporter aussi à l'exposé sur l'amélioration de la qualité des soins au chapitre 5.
19. La seule exception au paiement à l'acte porte sur un projet pilote engagé en 1997, afin de mettre en place des groupes apparentés par diagnostics (DRG), pour certains actes simples exécutés en milieu hospitalier, ainsi qu'il est exposé dans l'encadré 5.2.
20. Cette règle souffre certaines exceptions, pour certains services non assurés bien définis, dont le prix est réglementé par le ministère de Santé et de la Protection sociale.
21. On trouvera de plus amples renseignements sur le mode de fonctionnement du système avant la réforme d'intégration dans l'encadré 4.1 du chapitre 4, et dans la section 1.1 du chapitre 1.
22. Depuis 1979, la Fédération nationale des assureurs médicaux (l'équivalent de l'actuelle Société nationale d'assurance maladie) a été habilitée à « désigner » les établissements médicaux qui participent au système social d'assurance maladie. Tous les dispensateurs en font partie et ne peuvent refuser une telle désignation.
23. Les établissements médicaux qui dépassent le coût moyen national subissent un examen plus approfondi.
24. Lors de l'instauration du barème applicable aux services assurés, les honoraires médicaux ont été fixés à un niveau bien inférieur aux prix habituellement pratiqués (Kwon, 2003b ; Yang, 1996). Selon les entretiens menés par le Secrétariat, certains chercheurs estiment que les honoraires médicaux qui ont été établis à cette époque représentaient un peu plus de la moitié des prix courants. Les dispensateurs ont accepté un niveau aussi bas sans trop protester, car initialement, le RNAM ne couvrait qu'une faible partie de la population.
25. Une attention nouvelle a été accordée à la promotion de la santé, grâce à l'adoption d'une Loi sur la promotion de la santé en 1995.
26. On trouvera un examen des activités relatives à la santé des populations en Corée dans OCDE (2001f).

Chapitre 2

Flux monétaires et réels dans le système de santé coréen

Résumé. *Le présent chapitre fait état des flux des ressources qui transitent par les trois principales composantes du système de santé coréen décrites au chapitre 1*. Il poursuit un double objectif et décrit en premier lieu le système de santé comme un processus d'échange et de production. Les flux monétaires sont échangés contre des services, par exemple un ensemble de dépenses sociales au titre de l'assurance maladie, de dépenses publiques et de versements effectués directement par les assurés est échangé contre des services d'hospitalisation et de consultation externe, des médicaments et, dans une faible mesure, des services en matière de santé des populations (section 2.1). Les paiements au titre des services de santé représentent la rémunération des intrants nécessaires à la production des services (section 2.2.1). Ces intrants, tels que le personnel médical et les lits d'hôpital, sont conjugués dans le cadre d'un processus de production (section 2.2.2). Le système de santé s'efforce d'améliorer les résultats sanitaires (chapitre 3, section 3.1) qui découlent en partie de la qualité et de la quantité des soins de santé.*

En second lieu, le chapitre rassemble des faits sur les variables qui déterminent la performance du système de santé, notamment les dosages d'intrants et d'extrants. Ces éléments d'information permettront d'évaluer la performance du système de santé coréen (chapitre 3), de comprendre les possibilités et les difficultés liées aux récentes réformes (chapitre 4) et de cerner les principales forces et faiblesses du système (chapitre 5).

* Ce chapitre fait fond sur les données d'Éco-Santé OCDE 2001 et sur une série imprimée de quelques-unes des principales séries chronologiques et comparaisons internationales tirées d'Éco-Santé OCDE, *Panorama de la santé* (OCDE, 2001d).

2.1. Dépenses de santé¹

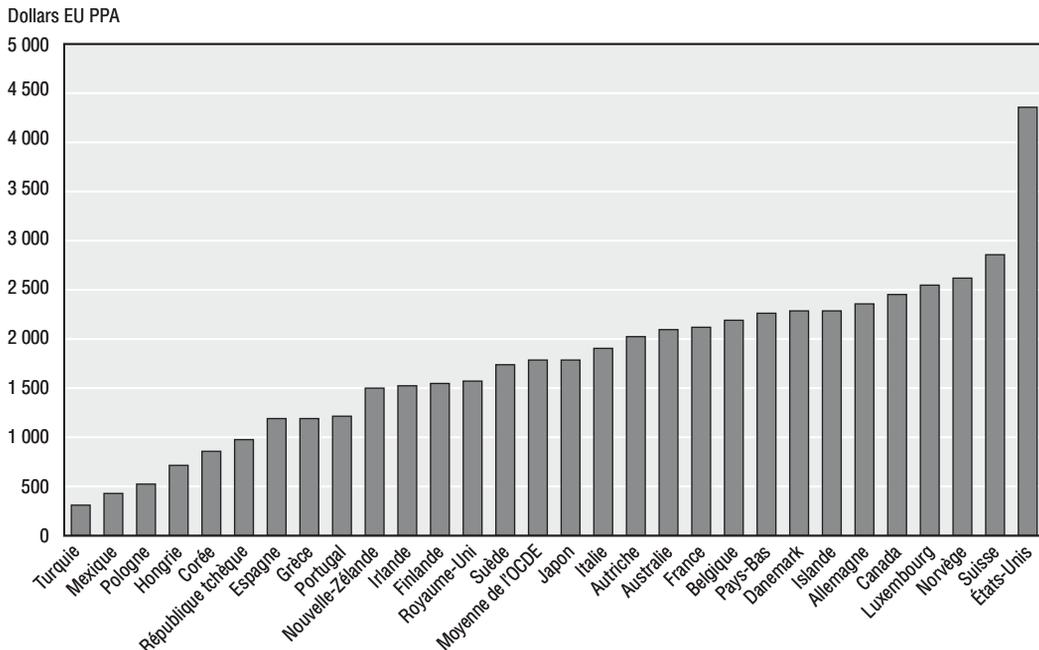
Par rapport à d'autres pays de l'OCDE, la Corée a un niveau relativement faible de dépenses de santé, *mais qui croît rapidement*. Les sources publiques de dépenses de santé représentent moins de la moitié du financement total, tandis que le financement privé provient presque entièrement des versements directement à la charge des assurés. Les dépenses de médicaments sont élevées, mais du fait de la méthode de déclaration utilisée jusqu'en juillet 2000, il n'a pas été possible de déterminer exactement leur proportion du total. Quoique assez faible au regard des normes de l'OCDE, la part des dépenses d'hospitalisation augmente.

2.1.1. Niveau et tendances des dépenses de santé

La Corée consacre 5.1 % de son PIB à la santé, ce qui constitue le niveau le plus bas parmi les pays de l'OCDE, après la Turquie et le Mexique, et se situe bien au-dessous de la moyenne non pondérée de l'OCDE, qui est de 7.9 % (tableau 2.1). Les dépenses de santé par habitant (868 dollars EU aux parités des pouvoirs d'achat – PPA – en 1999) équivalaient approximativement à la moitié de la moyenne dans les pays de l'OCDE, soit 1 774 dollars EU PPA (graphique 2.1).

Graphique 2.1. **Dépenses de santé par habitant, 1999**

En dollars EU PPA



Source : Éco-Santé OCDE 2001.

Tableau 2.1. **Dépenses de santé exprimées en pourcentage du PIB, 1970-98**

	Année ¹			
	1970	1980	1990	1998
Australie	5.7	7	7.9	8.6
Autriche	5.3	7.6	7.1	8
Belgique	4	6.4	7.4	8.6
Canada	7	7.1	9	9.3
République tchèque		3.8	5	7.1
Danemark	8	9.1	8.5	8.3
Finlande	5.6	6.4	7.9	6.9
France	5.7	7.4	8.6	9.4
Allemagne	6.3	8.8	8.7	10.3
Grèce	5.6	6.5	7.5	8.4
Hongrie				6.8
Islande	4.9	6.1	7.9	8.4
Irlande	5.1	8.4	6.7	6.8
Italie	5.1	7	8.1	8.2
Japon	4.6	6.5	6.1	7.4
Corée			4.8	5.1
Luxembourg	3.5	5.9	6.1	6
Mexique			4.4	5.3
Pays-Bas	7.2	8	8.5	8.7
Nouvelle-Zélande	5.2	6	7	8.1
Norvège	4.4	7	7.8	
Pologne			5.3	6.4
Portugal	2.7	5.6	6.2	7.7
Slovaquie				
Espagne	3.6	5.4	6.6	7
Suède	6.9	9.1	8.5	7.9
Suisse	5.4	7.3	8.3	10.4
Turquie	2.4	3.3	3.6	4.8
Royaume-Uni	4.5	5.6	6	6.8
États-Unis	6.9	8.7	11.9	12.9
Moyenne G-7	5.7	7.3	8.3	9.2
Moyenne des 20 pays ²	5.3	6.9	7.6	8.2
Moyenne des 27 pays ³			7.2	7.9

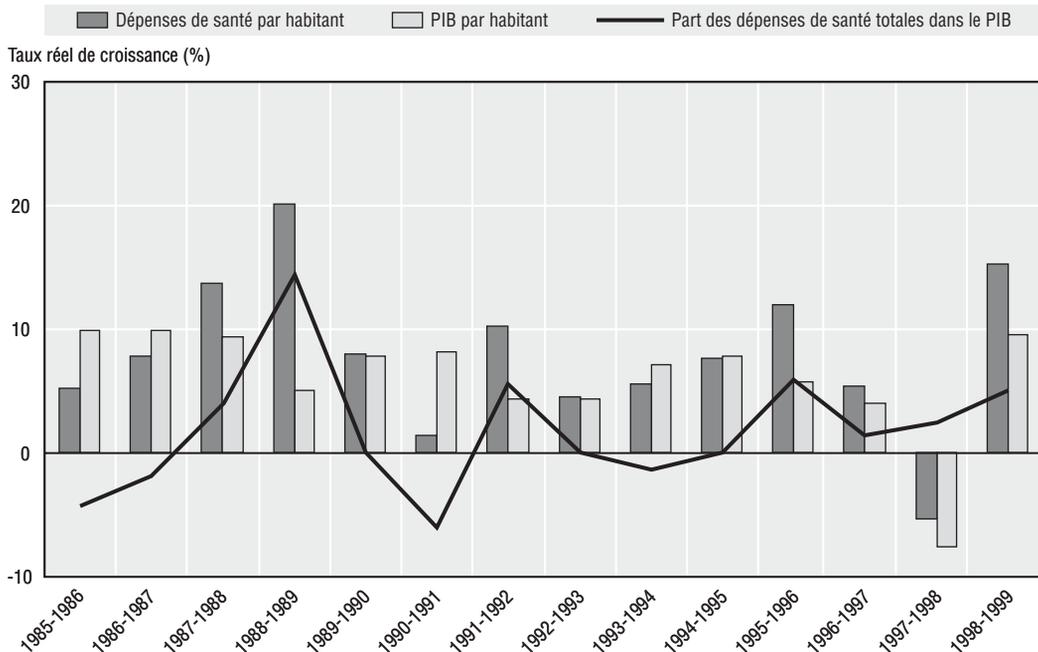
1. A noter que les données de 1970 pour l'Australie et le Danemark se rapportent à 1971 et que les données de 1970 pour les Pays-Bas renvoient à 1972.

2. La moyenne de 20 pays ne comprend que les 20 pays qui possèdent une série de données relativement complète pour les années 1970-98 et qui n'ont pas déclaré d'importantes ruptures de séries. Il semble que les séries sur les dépenses de la Belgique et du Portugal présentent des ruptures.

3. Tous les pays membres sauf la Hongrie, la Norvège et la Slovaquie.

Source : Éco-Santé OCDE 2001.

Pendant presque toute la période 1987-99, la hausse des dépenses de santé a été rapide et supérieure à l'accroissement du PIB (en termes réels par habitant) (graphique 2.2). Étant donné que la Corée a enregistré le taux annuel de croissance moyenne du PIB réel par habitant le plus élevé des pays de l'OCDE au cours de la période 1970-99, cette évolution représente un alourdissement considérable des dépenses de santé. Le rythme de cette dernière a néanmoins varié selon les années. Durant la deuxième moitié des années 80, les dépenses de santé par habitant ont vivement progressé par suite de l'institution progressive d'un régime national d'assurance maladie, ce qui explique leur augmentation en proportion du PIB sur cette période. Une fois que la couverture universelle a été instaurée et que des mesures destinées à stabiliser la croissance des dépenses ont été adoptées, notamment le

Graphique 2.2. **Taux de variation des dépenses de santé totales et PIB par habitant, 1985-99**

Source : Éco-Santé OCDE 2001.

ticket modérateur pour chaque visite et la stricte réglementation des tarifs de remboursement des dispensateurs, la croissance a ralenti. Cette décélération a entraîné une baisse de la part des dépenses totales de santé dans le PIB entre 1989 et 1991, qui a été suivie par une stabilité relative entre 1992 et 1995. Pendant la seconde moitié des années 90, on constate des signes de ralentissement économique dans le système coréen, alors que les dépenses de santé paraissent en voie d'augmentation, ce qui s'explique par l'élargissement des prestations du RNAM (voir la section 1.1), les aspirations croissantes de la population et l'absence de mécanismes efficaces de maîtrise des coûts (section 3.3). L'accroissement de la part de ces dépenses dans le PIB au cours de la période résulte de la conjugaison de ces phénomènes. Dans l'ensemble, même si au cours de la première moitié des années 90, la croissance enregistrée par les dépenses de santé a ralenti, ce qui a réduit leur proportion dans le PIB, l'augmentation de cette dernière pendant la seconde moitié de la décennie (Jeong, 2001)² est surtout imputable au recul de la croissance du PIB.

2.1.2. Dosage public et privé du financement des dépenses de santé

En Corée, la part publique du financement de la santé³ est faible au regard des normes des autres pays de l'OCDE, bien qu'elle soit passée de 36.6 % en 1990 à 46.2 % en 1998. Sur ce plan, la Corée se classe à l'avant-dernier rang, devant les États-Unis et se situe bien en deçà de la moyenne de l'OCDE, soit 75.2 % (tableau 2.2). La forte proportion du financement privé tient au poids des versements directs effectués par les patients, contrairement aux États-Unis, où ce financement émane de nombreux régimes d'assurance privée. Les patients doivent assumer les frais imputables au ticket modérateur, ainsi que l'intégralité du coût des services non couverts par l'assurance maladie nationale.

Tableau 2.2. **Financement public des dépenses de santé totales, 1970-98**

	Part publique des dépenses de santé (%)				Taux moyen de croissance annuelle (%)			
	1970	1980	1990	1998	1970-1980	1980-1990	1990-1998	1970-1998
Australie	62.8	62.8	67.4	70.0	0.0 %	0.7 %	0.5 %	0.4 %
Autriche	63.0	68.8	73.5	71.8	0.9 %	0.7 %	-0.3 %	0.5 %
Belgique				71.2				
Canada	69.9	75.6	74.6	70.1	0.8 %	-0.1 %	-0.8 %	0.0 %
République tchèque	96.6	96.8	96.2	91.9	0.0 %	-0.1 %	-0.6 %	-0.2 %
Danemark	83.7	87.8	82.7	81.9	0.5 %	-0.6 %	-0.1 %	-0.1 %
Finlande	73.8	79.0	80.9	76.3	0.7 %	0.2 %	-0.7 %	0.1 %
France	74.7	78.8	78.2	77.7	0.5 %	-0.1 %	-0.1 %	0.1 %
Allemagne	72.8	78.7	76.2	75.8	0.8 %	-0.3 %	-0.1 %	0.1 %
Grèce	42.6	55.6	62.7	56.3	2.7 %	1.2 %	-1.3 %	1.0 %
Hongrie				76.5				
Islande	81.7	88.2	86.6	83.9	0.8 %	-0.2 %	-0.4 %	0.1 %
Irlande	81.7	81.6	71.7	76.8	0.0 %	-1.3 %	0.9 %	-0.2 %
Italie	86.9	80.5	78.1	67.3	-0.8 %	-0.3 %	-1.8 %	-0.9 %
Japon	69.8	71.3	77.6	78.5	0.2 %	0.9 %	0.1 %	0.4 %
Corée			36.6	46.2			3.0 %	
Luxembourg	88.9	92.8	93.1	92.4	0.4 %	0.0 %	-0.1 %	0.1 %
Mexique			40.8	48.0			2.1 %	
Pays-Bas	61.0	69.2	67.7	68.6	1.6 %	-0.2 %	0.2 %	0.4 %
Nouvelle-Zélande	80.3	88.0	82.4	77.0	0.9 %	-0.7 %	-0.8 %	-0.1 %
Norvège	91.6	85.1	82.8		-0.7 %	-0.3 %		-0.4 %
Pologne			91.7	65.4			-4.1 %	
Portugal	59.0	64.3	65.5	66.9	0.9 %	0.2 %	0.3 %	0.4 %
Slovaquie								
Espagne	65.4	79.9	78.7	76.4	2.0 %	-0.2 %	-0.4 %	0.6 %
Suède	86.0	92.5	89.9	83.8	0.7 %	-0.3 %	-0.9 %	-0.1 %
Turquie	37.3	27.3	61.0	71.9	-3.1 %	8.4 %	2.1 %	2.4 %
Royaume-Uni	87.0	89.4	84.3	83.3	0.3 %	-0.6 %	-0.1 %	-0.2 %
États-Unis	36.3	41.5	39.6	44.8	1.3 %	-0.5 %	1.6 %	0.8 %
Moyenne des 21 pays¹	71.8	75.4	75.8	75.2	0.5 %	0.1 %	-0.1 %	0.2 %

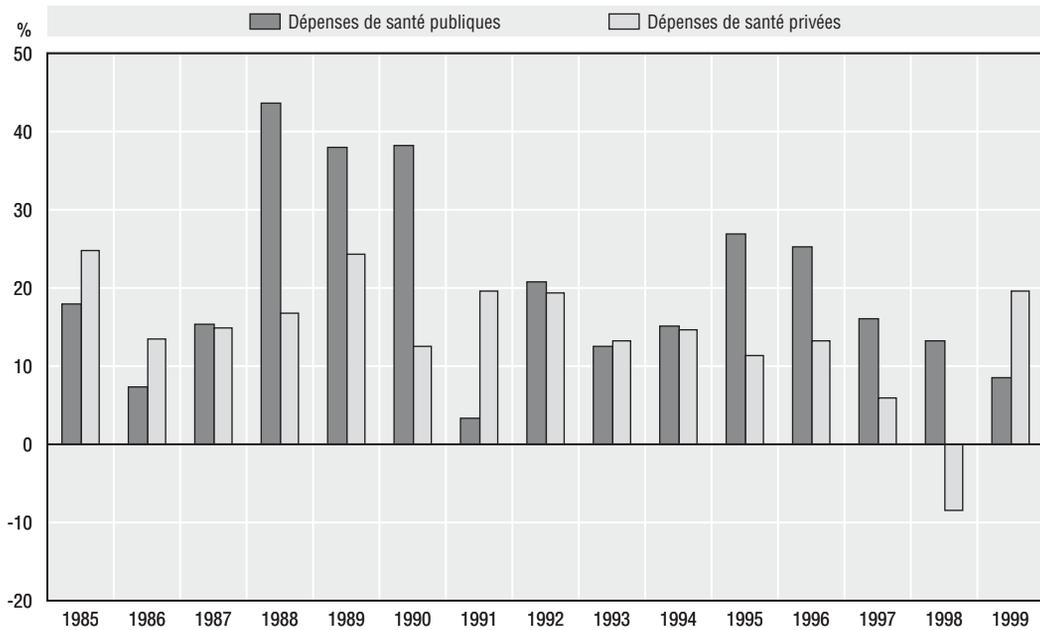
1. La moyenne de l'OCDE se rapporte aux 21 pays qui possèdent une série de données relativement complète.

Source: Éco-Santé OCDE 2001.

La Corée appartient au groupe des pays de l'OCDE où la part des dépenses publiques est faible et en voie d'augmentation⁴. Cette proportion s'accroît depuis 1985, car les dépenses publiques de santé ont généralement progressé plus vite que les dépenses privées (graphique 2.3). Cette hausse s'explique en particulier par l'extension de l'assurance maladie sociale. Sous l'effet de l'élargissement de la couverture de la population au cours des années 80, surtout entre 1987 et 1989, les dépenses de santé publiques se sont rapidement alourdies. Entre 1990 et 1997, l'augmentation de la part du financement public traduit l'étendue progressive des prestations d'assurance maladie sociale, ainsi que l'accroissement de la subvention publique accordée au régime d'assurance maladie des travailleurs indépendants (graphique 2.4). Pendant la crise financière de 1997-98, la part du financement public a augmenté, par suite d'une utilisation accrue des services assurés et de la baisse de l'investissement consenti par les établissements médicaux privés.

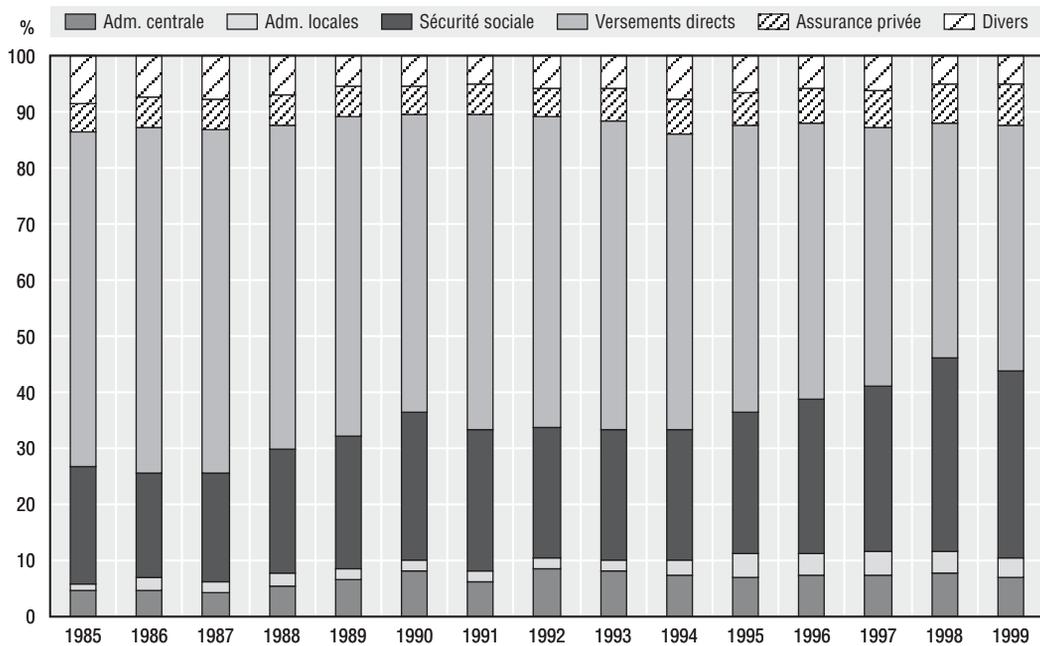
La hausse du financement public explique en partie l'alourdissement rapide des dépenses de santé par habitant (graphique 2.5). C'est effectivement la croissance des dépenses publiques de santé qui a le plus contribué à l'augmentation annuelle des dépenses de santé totales entre 1989 et 1990, et depuis 1995, comme l'indique le graphique 2.6⁵.

Graphique 2.3. Taux de croissance annuel des dépenses de santé publiques et privées, 1985-99

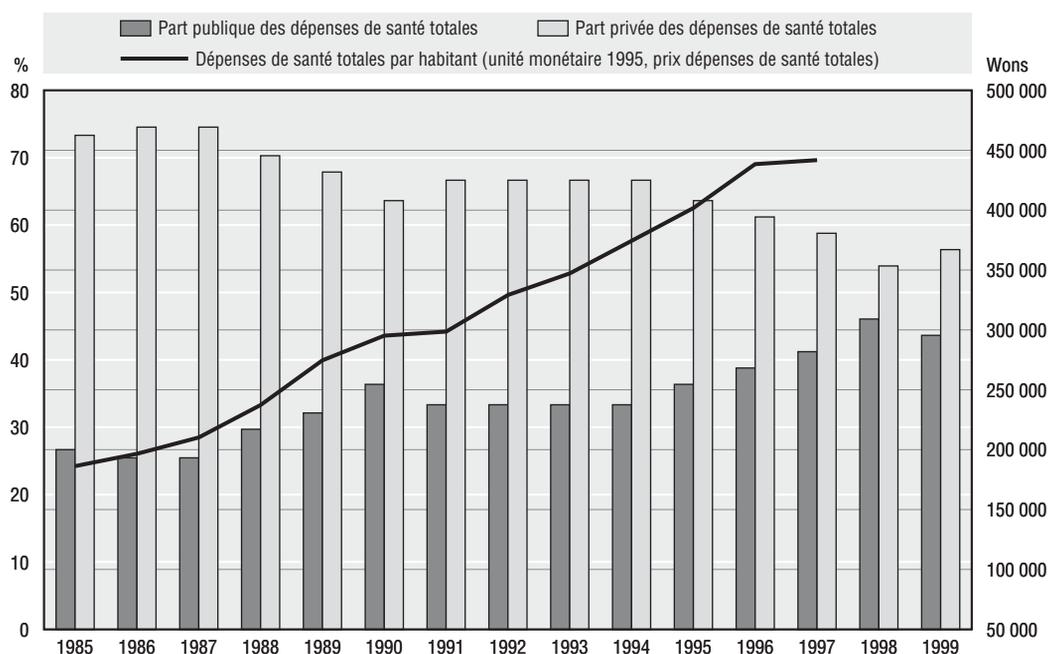


Source : Éco-Santé OCDE 2001.

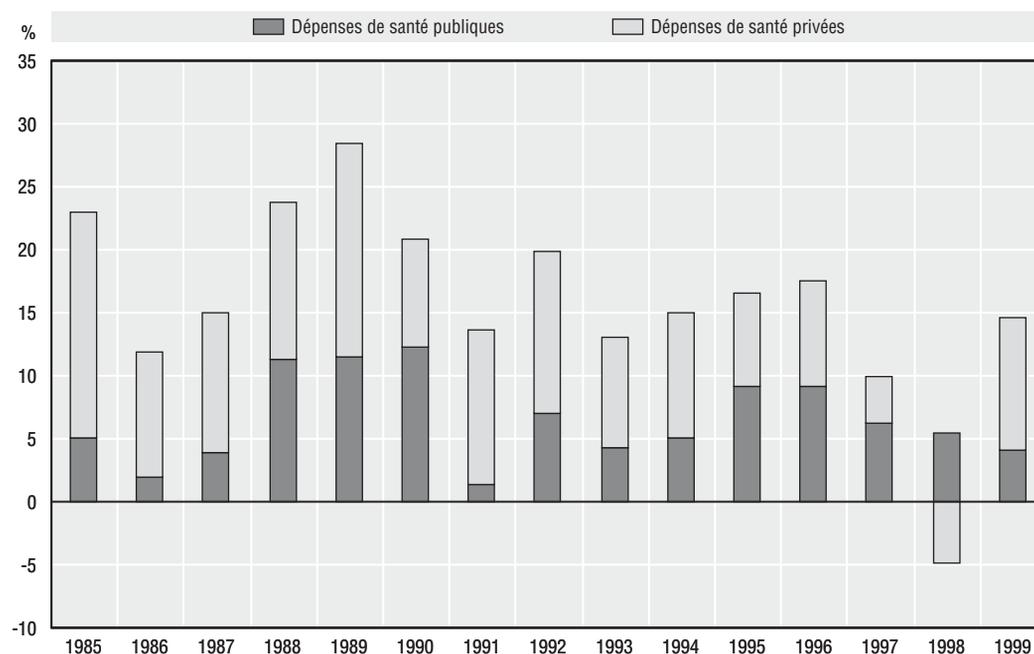
Graphique 2.4. Évolution des dépenses de santé en Corée, par source de financement, 1985-99



Source : Éco-Santé OCDE 2001.

Graphique 2.5. **Financement public et privé de la santé et dépenses de santé par habitant, 1985-99**

Source : Éco-Santé OCDE 2001.

Graphique 2.6. **Contribution des dépenses de santé publiques et privées au taux de croissance annuelle des dépenses de santé totales, 1985-99**

Source : Éco-Santé OCDE 2001.

2.1.3. Dépenses par type de service de santé

En proportion des dépenses de santé totales, la Corée se classe à l'avant-dernier rang pour les hospitalisations et au premier rang pour les médicaments (dont la part représente presque le double de la moyenne de l'OCDE), parmi les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données (tableau 2.3). Au cours des dernières décennies, la proportion des hospitalisations a progressivement augmenté (graphique 2.7). Cette évolution est en partie explicable par un accroissement rapide du nombre de lits d'hôpital et de la durée moyenne de séjour à l'hôpital (Section 2.2.2). La proportion importante des médicaments peut être en partie imputée à deux facteurs. Premièrement, les Coréens semblent avoir une forte propension à consommer des produits pharmaceutiques (Yang *et al.*, 2001)⁶. Deuxièmement, les médecins ont modifié la proportion des intrants thérapeutiques, privilégiant les médicaments au lieu de leurs propres services, pour compenser la durée limitée de la consultation (due au faible ratio médecins/habitants) et la modicité des tarifs du RNAM.

Tableau 2.3. **Dépenses de santé par type de service, exprimées en pourcentage des dépenses de santé totales, fin des années 90**

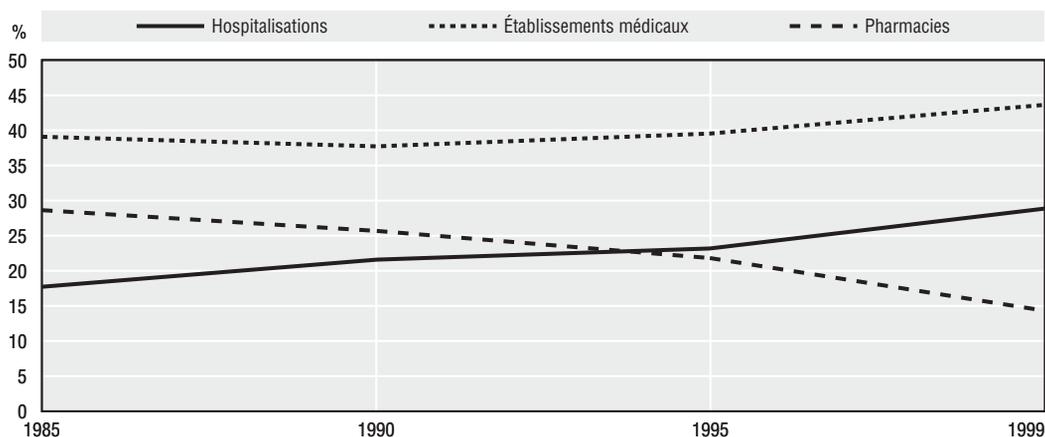
	Hospitalisations	Consultations et médicaments		
		Consultations externes	Médicaments	Total partiel
Grèce	24.8	n.d.	14.7	n.d.
Corée¹	28.9	28.0	30.0	58.0
Turquie	29.3	64.1	n.d.	n.d.
Luxembourg	29.8	49.9	11.7	61.6
Allemagne	34.0	28.9	12.7	41.6
Belgique	34.6	34.0	16.1	50.1
République tchèque	35.1	27.4	27.0	54.4
Norvège	36.1	20.9	9.1	30.0
Portugal	36.2	n.d.	25.8	n.d.
Japon	37.6	32.8	16.8	49.6
États-Unis	40.5	32.7	11.0	43.7
Finlande	40.7	30.6	15.1	45.7
Canada	42.3	26.1	15.4	41.5
Australie	43.3	22.0	11.4	33.4
France	43.8	22.8	22.8	45.6
Italie	44.5	27.7	17.5	45.2
Espagne	44.8	n.d.	20.7	n.d.
Suisse	50.3	40.1	7.6	47.7
Pays-Bas	52.7	20.4	11.0	31.4
Hongrie	53.1	n.d.	26.5	n.d.
Danemark	53.9	25.0	9.0	34.0
Islande	55.7	22.3	15.4	37.7
Nouvelle-Zélande	59.1	n.d.	14.4	n.d.
Moyenne des 23 pays ²	41.4	30.9	16.4	47.5

n.d. non disponible.

1. Pour la Corée, les données sur la part des médicaments sont des estimations de : Commission sur la réforme des soins de santé (1998), Health Care Reform (en coréen) cité par Kwon (à paraître a). Il est difficile de dire si ce chiffre a été calculé en utilisant le même dénominateur des dépenses de santé totales que dans *Éco-Santé* OCDE. La part des médicaments dans les dépenses de santé totales calculée d'après *Éco-Santé* OCDE 2001 était de 14 % en 1999, ce qui est certainement une sous-estimation. Les médicaments prescrits par les docteurs étaient classés en « dépenses de santé de consultations externes » jusqu'à la réforme de séparation de juillet 2000. Les « Dépenses de consultations externes » calculées d'après *Éco-Santé* OCDE 2001 s'élevaient à 44 % du total des dépenses de santé en 1999.
2. L'ensemble des 23 pays du tableau.

Source : *Éco-Santé* OCDE 2001. A noter qu'on utilise les données portant sur les dernières années de la décennie 1990.

Graphique 2.7. **Évolution des dépenses de santé coréennes : hospitalisations, établissements médicaux (consultations externes et médicaments), pharmacies (médicaments), 1985-99**



Source : Éco-Santé OCDE 2001.

Le graphique 2.7 montre l'évolution de la part des dépenses consacrées aux hospitalisations, aux établissements médicaux et aux pharmacies. Les médicaments délivrés par les médecins jusqu'à la réforme de juillet 2000 figurent dans la catégorie des consultations externes. L'augmentation des dépenses engagées par les établissements médicaux dans les années 90, ainsi que la diminution parallèle de la part des pharmaciens indiquent qu'au cours des années qui ont précédé la réforme de séparation, une proportion plus élevée de médicaments était délivrée directement par les médecins, plutôt que les pharmaciens.

2.2. Flux réels

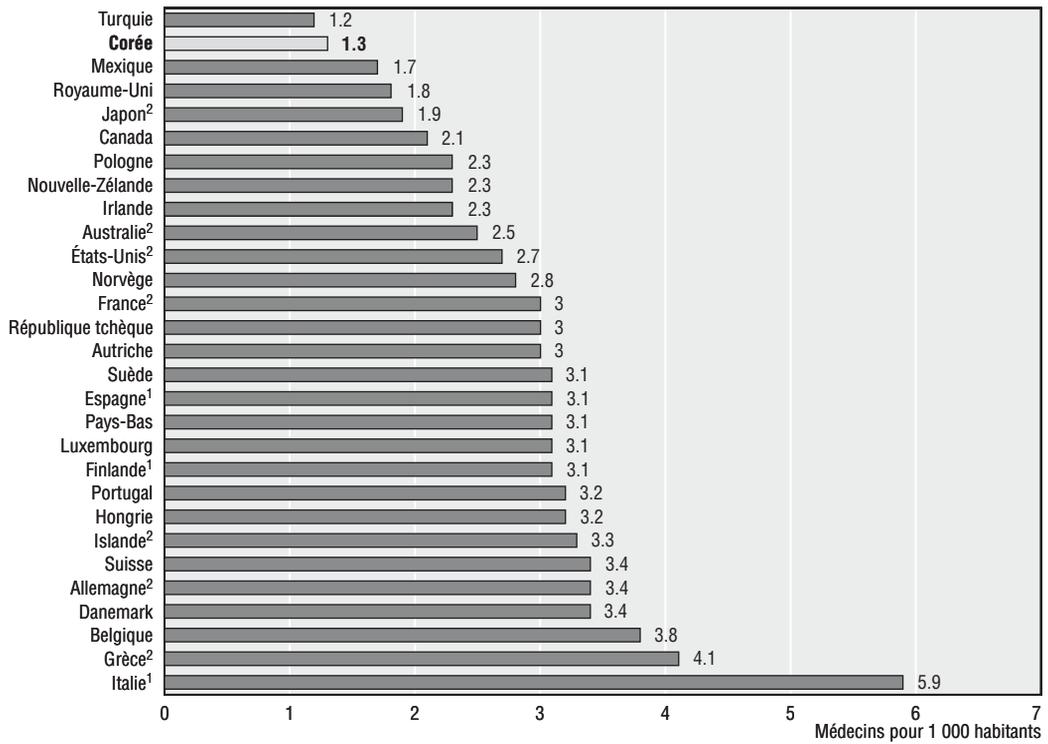
2.2.1. Intrants

Le nombre de *praticiens en médecine occidentale en activité pour 1 000 habitants* est de 1.3 en Corée, ce qui place cette dernière à l'avant-dernier rang parmi les pays de l'OCDE, devant la Turquie (graphique 2.8). En dépit d'un faible niveau de départ, entre 1981 et 1999, la Corée a enregistré une hausse moyenne annuelle de 8.8 % du nombre de médecins pour 1 000 habitants, bien supérieure à la moyenne de l'OCDE, qui se chiffrait à 2.6 % (graphique 2.9). Ce pays ne s'est pas doté d'une politique explicite visant à freiner ou à stimuler la croissance du nombre de médecins et on ne dispose pas d'estimations officielles sur le besoin de médecins, ni sur l'évolution souhaitée de l'offre. Les pouvoirs publics annoncent chaque année le nombre de nouveaux étudiants admis dans les facultés de médecine, mais n'exercent qu'un contrôle indirect en la matière.

La Corée dispose d'un nombre considérable et croissant de *praticiens en médecine orientale*. Alors qu'en 1976, il y avait 12 556 habitants par praticien de médecine orientale, le ratio est tombé à 4 130 en 1999. Ce chiffre correspond à une hausse du nombre de médecins pour 1 000 habitants de 0.08 à 0.2.

Les effectifs d'infirmiers et de dentistes se sont aussi rapidement accrus. On recense 1.4 *infirmier diplômés*⁷ pour 1 000 habitants, ce qui correspond, là encore, à l'avant-dernier rang devant la Turquie, parmi les pays de l'OCDE. Entre 1994 et 1999, le taux annuel de croissance moyenne du nombre d'infirmiers s'élevait à 7.3 %, alors qu'il s'établissait à 2.2 % pour les pays de l'OCDE, entre 1960 et la fin des années 90. Le ratio du nombre d'habitants

Graphique 2.8. Médecins en activité pour 1 000 habitants, 1999

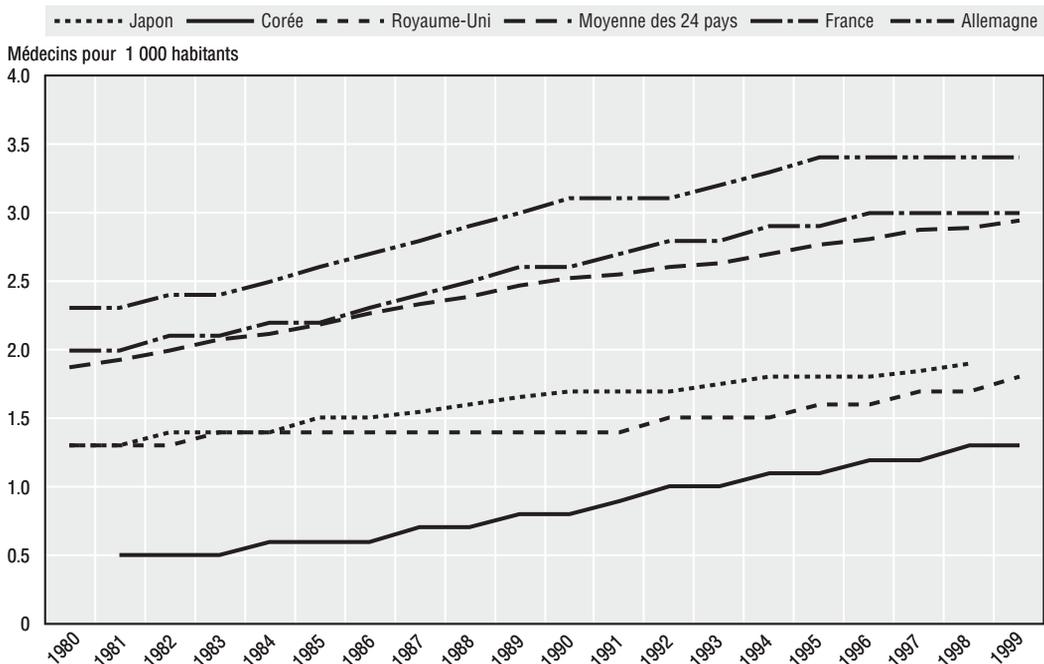


1. Les données sur la Finlande, l'Italie et l'Espagne, portent sur les médecins autorisés à exercer.

2. Les données se rapportent à 1998.

Source : Éco-Santé OCDE 2001.

Graphique 2.9. Tendances du nombre de médecins en activité, 1980-99



Source : Éco-Santé OCDE 2001.

Tableau 2.4. **Tendances du nombre d'infirmiers en activité pour 1 000 habitants, 1960-99**

	1960	1970	1980	1990	Fin des années 90
Australie	6.1	4.3	7.1	8.5	8.1
Autriche	2.5	3.4	5.4	7.2	9
Canada		4.9	6.3	8.1	7.5
République tchèque			6.7	8.1	8.2
Danemark			5.1	6.8	7.3
Finlande	2.6	6	8.3	10.2	14.4
France		3	4.6	5.4	6
Allemagne	1.7	2.4	6.2	8.9	9.6
Grèce		1.8	2.4	3.4	3.6
Hongrie	1.7	2.7	3.7	4.5	5
Islande	2.4	4.9	9.6	13.3	13.8
Italie	1.1	2.1	4.1	4.7	4.6
Japon	2	2.6	4.2	6	7.8
Corée					1.4
Mexique			0.3	0.7	1.2
Nouvelle-Zélande			6.1	9.3	9.6
Norvège			9.3	13.2	14.9
Pologne	2.1	3	4.4	5.5	5.1
Portugal	0.7	1.5	2.3	2.8	3.8
Espagne	0.9	0.8	3.3	4.1	3.6
Suède	3.1	4.3	7	9.2	10.2
Turquie		0.2	0.6	0.8	1.1
Royaume-Uni	3.5	3.9	4.3	5.2	4.5
États-Unis	2.9	3.7	5.6	7.2	8.3
Moyenne			5.1	6.7	7.3

Note : La moyenne de 23 pays comprend tous les pays possédant des données pour 1980, 1990 et la fin des années 90. Elle exclut la Belgique, l'Irlande, la Corée, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Slovaquie et la Suisse.

Source : Éco-Santé OCDE 2001.

par dentiste a été ramené de 13 064 à 2 712 entre 1976 et 1999 (Kwon, à paraître a), ce qui signifie que le nombre de dentistes a quintuplé (tableau 2.4).

La Corée compte un nombre relativement important de pharmaciens, au regard des normes de l'OCDE⁸ (tableau 2.5). Elle paraît surtout posséder le ratio pharmaciens/médecins le plus élevé. Ce fait n'est pas surprenant si l'on considère que, jusqu'à la réforme de juillet 2000 qui a dissocié les fonctions de prescription et de délivrance des médicaments, beaucoup de personnes s'adressaient au pharmacien de leur quartier pour le traitement des maladies bénignes et l'administration des soins primaires. Le nombre de pharmaciens a également augmenté au fil du temps, mais à un rythme quelque peu inférieur à celui des médecins et des infirmiers (on recensait 0.6 pharmacien pour 1 000 habitants en 1976 et 1.0 en 1999). Par suite de la réforme engagée en juillet 2000 (chapitre 4), il se pourrait que le taux de croissance ralentisse encore davantage.

Le nombre de lits dans les établissements d'hospitalisation pour 1 000 habitants était de 5.5 en 1999, soit légèrement supérieur à la moyenne de 6.9 constatée au sein de l'OCDE la même année. Néanmoins, bien que le nombre de lits d'hospitalisation ait été réduit dans la plupart des pays de l'OCDE, il augmente rapidement en Corée depuis 1980⁹. Si la tendance actuelle se poursuit, la Corée dépassera bientôt la moyenne de l'OCDE (graphique 2.10).

Le nombre de lits de soins aigus pour 1 000 habitants était de 4.4 en 1998, soit légèrement au-dessus de la moyenne de 4.0 lits observée au sein de l'OCDE¹⁰ (graphique 2.11). La

Tableau 2.5. **Pharmaciens en activité, fin des années 90**

	Nombre de pharmaciens pour 1 000 habitants	Nombre de pharmaciens par médecin
Australie	0.6	0.24
Autriche	0.5	0.17
Belgique	1.4	0.40
Canada	0.6	0.29
République tchèque	0.4	0.13
Danemark	0.5	0.15
Finlande	1.4	0.48
France	1.1	0.37
Allemagne	0.6	0.18
Grèce	0.8	0.20
Hongrie	0.5	0.16
Islande	1.2	0.36
Irlande	0.8	0.35
Japon	1.0	0.53
Corée¹	1.0	0.77
Luxembourg	0.7	0.23
Pays-Bas	0.2	0.06
Nouvelle-Zélande	0.6	0.29
Norvège	0.4	0.14
Pologne	0.5	0.22
Portugal	0.8	0.25
Espagne	0.7	0.23
Suède	0.6	0.19
Turquie	0.3	0.25
Royaume-Uni	0.6	0.38
États-Unis	0.7	0.27
Moyenne ²	0.7	0.26

1. Ministère de la Santé et de la Protection sociale (2000), Statistiques sur la santé (en coréen).

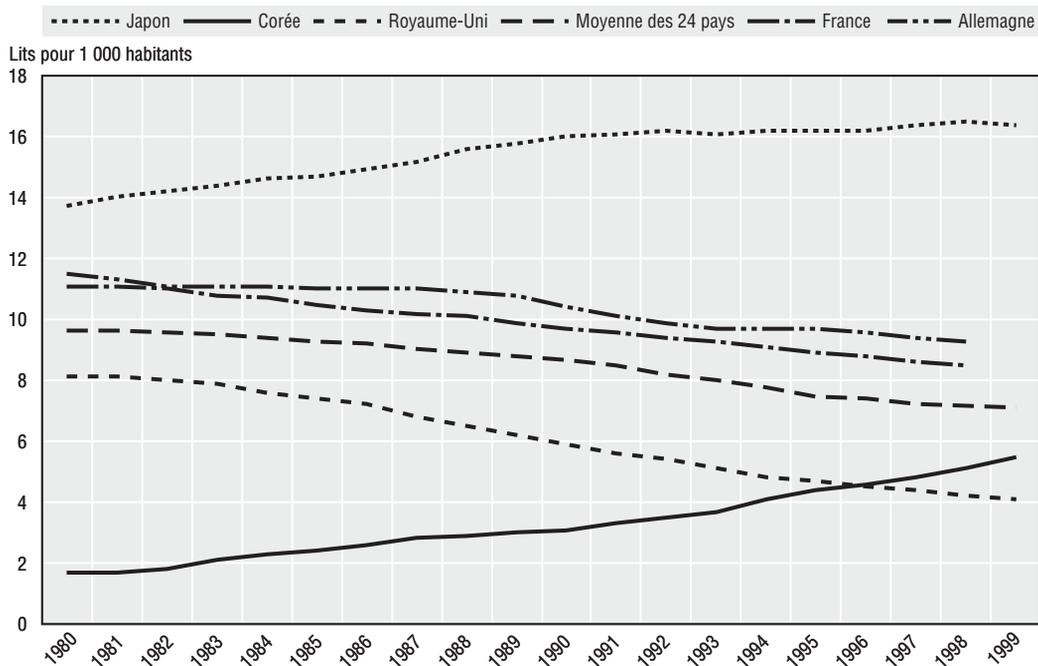
2. La moyenne ne comprend pas la Corée, pour laquelle les données ne proviennent pas d'Éco-Santé OCDE.

Source : Éco-Santé OCDE 2001.

croissance du nombre de ces lits en Corée contraste à nouveau avec la tendance générale constatée parmi les pays de l'OCDE. Bien que le nombre de lits de soins aigus ait été réduit dans d'autres pays disposant d'un système d'assurance sociale, notamment l'Allemagne, la France et, plus récemment, le Japon, il augmente régulièrement en Corée depuis la dernière décennie, dépassant la moyenne de l'OCDE en 1998 (graphique 2.12).

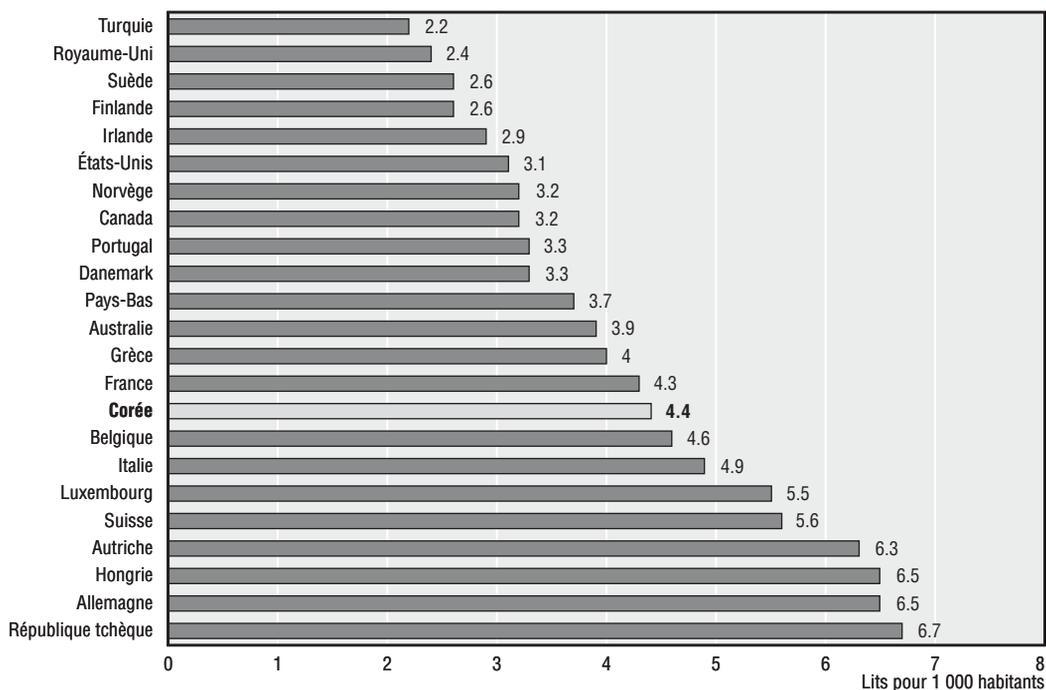
La croissance rapide du nombre de lits peut être en partie attribuable à l'absence de planification des capacités en matière de lits d'hôpital, dans un système privé et à but lucratif de prestations de santé. Entre 1980 et 1999, le nombre de lits dans les hôpitaux et les hôpitaux généraux a plus que quadruplé. Dans les cliniques de praticiens, où les médecins exercent à titre libéral en Corée, ce nombre a plus que doublé (tableau 2.6). S'agissant des lits de soins aigus, l'augmentation rapide pourrait s'expliquer par la non-différenciation entre les lits de soins chroniques et de soins aigus. Il arrive que des lits d'hôpital destinés aux soins aigus soient utilisés pour administrer des soins chroniques ou de longue durée. Alors que la population vieillit, cette pratique pourrait devenir un moyen coûteux de soigner les personnes âgées et soumettre le système à des pressions induites par les coûts, ce qui semble indiquer l'éventuelle nécessité de renforcer les capacités des établissements de long séjour.

Graphique 2.10. Tendances du nombre de lits pour 1 000 habitants, dans les établissements d'hospitalisation

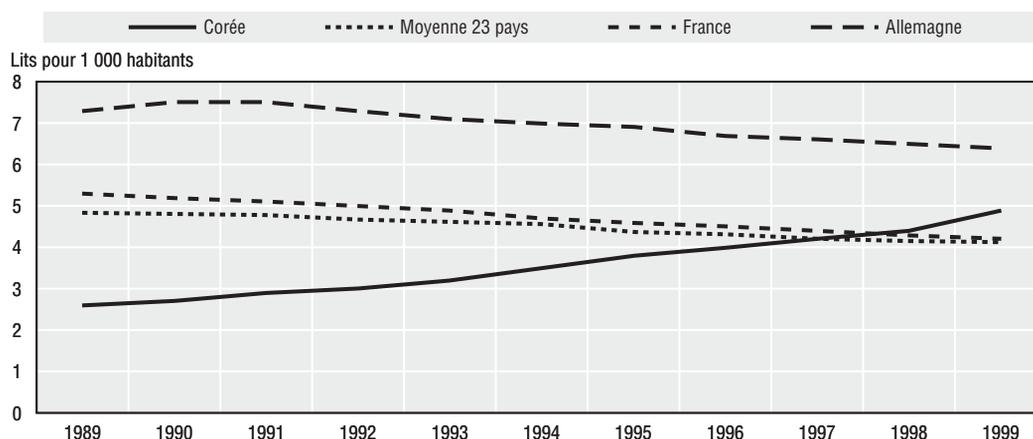


Source : Éco-Santé OCDE 2001.

Graphique 2.11. Lits de soins aigus pour 1 000 habitants, 1998



Source : Éco-Santé OCDE 2001.

Graphique 2.12. **Tendances des lits en hôpitaux de soins aigus pour 1 000 habitants, 1989-99**

Source : Éco-Santé OCDE 2001.

Tableau 2.6. **Évolution du nombre de lits dans les hôpitaux et les cliniques, 1985-99**

	Hôpitaux généraux		Hôpitaux		Cliniques	
	Nombre	Lits	Nombre	Lits	Nombre	Lits
1985	190	49 394	321	24 321	8 138	23 861
1990	230	66 625	360	31 876	11 172	33 011
1995	266	96 865	460	50 188	14 472	44 610
1999	278	108 929	630	72 686 ¹	18 519	60 442

1. Données de 1998.

Source : Société nationale d'assurance maladie (1999).

2.2.2. Processus

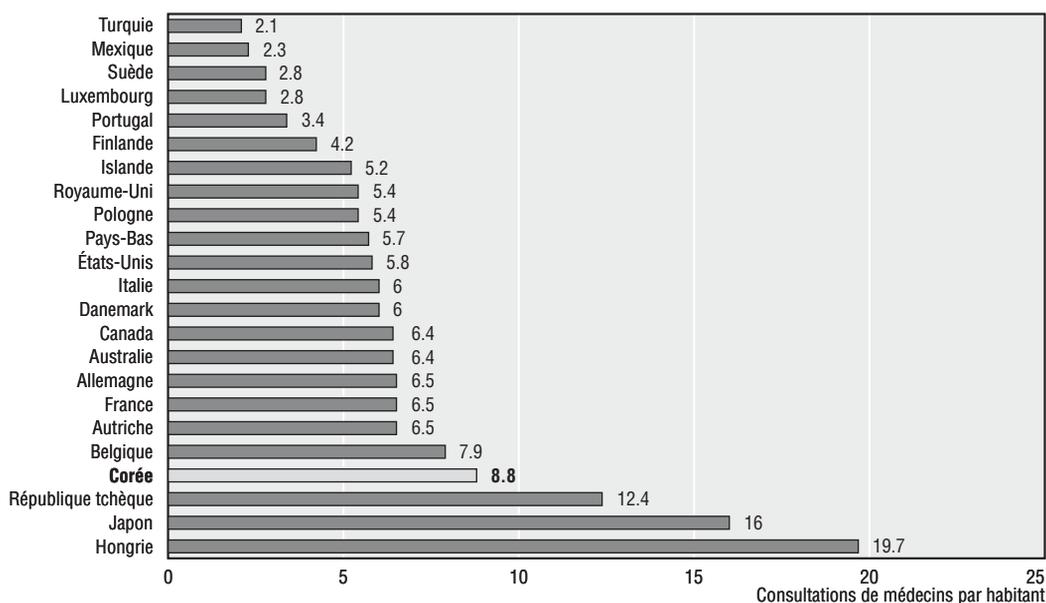
Fonctions

Tout comme au Japon (Jeong et Hurst, 2001), les établissements médicaux ne sont pas nettement différenciés en Corée. Les hôpitaux disposent de larges services de consultation externe¹¹ et un grand nombre de cliniques fournissent des traitements comportant une hospitalisation, notamment en matière de chirurgie et d'obstétrique. Malgré l'existence d'un système de recommandation, les visites dans les services de consultation externe des hôpitaux sont effectuées sans passer par un médecin référant. Au lieu de coordonner leurs activités avec les cliniques, les hôpitaux rivalisent avec elles pour attirer les patients ambulatoires. De ce fait, les établissements et les activités font double emploi. De surcroît, les hôpitaux fournissent des services de consultation externe au contenu technologique beaucoup plus lourd que les cliniques, en vue d'attirer les patients, qui sont libres de consulter là où bon leur semble. Cette situation a aussi été favorisée par la structure des tarifs, en vertu de laquelle, pour le même service, les hôpitaux généraux bénéficient d'un taux de remboursement supérieur de 10 % (de 5 % pour les hôpitaux) à celui des cliniques. Bien que la diffusion de la technologie moderne soit ainsi favorisée, les hôpitaux ont intérêt à élargir leurs services de consultation externe. Même pour les maladies bénignes, on encourage ainsi l'intensité des soins et le recours à la technologie.

Activités et utilisation

Activités des médecins. Même si *Éco-Santé OCDE* ne fournit qu'un nombre limité de données officielles sur le nombre de consultations annuelles de médecins par habitant, on peut obtenir des estimations à partir d'enquêtes coréennes auprès de patients et de statistiques d'utilisation de l'assurance maladie nationale. D'après les enquêtes auprès des patients, les consultations par habitant se chiffraient à 8.8 en 1999. Par rapport à la moyenne des consultations par habitant de 6.9 dans les pays de l'OCDE, il s'agit d'un chiffre relativement élevé (mais toutefois inférieur à celui du Japon ou de la Hongrie, voir graphique 2.13). Cela pourrait indiquer que les Coréens ont une forte propension à consulter un médecin, à la fois pour recevoir des soins ambulatoires et, avant juillet 2000, pour se procurer des médicaments. Le nombre des consultations de médecins par habitant est passé de 5.6 en 1992 à 8.8 en 1999.

Graphique 2.13. **Nombre de consultations de médecins par habitant, fin des années 90**



Source : *Éco-Santé OCDE* 2001.

Le *National Health Insurance Statistical Yearbook* fournit des estimations sur les demandes de remboursement au titre des consultations externes et sur les visites en consultation externe par bénéficiaire du RNAM (tableau 2.7). Les premières indiquent les jours de visite de médecins ou de dentistes par habitant et sont plus élevées, du fait que chaque demande de remboursement peut correspondre à plusieurs visites chez un médecin, au cours de la même période de maladie. Le nombre de visites par habitant représente à la fois une surestimation des consultations de médecins, car il englobe également les dentistes, et une sous-estimation du total des consultations par habitant, car il inclut seulement les données de l'assurance médicale¹². L'augmentation du nombre de jours de visite par habitant a atteint 44.3 % entre 1992 et 1999. La hausse des consultations par habitant dans les pays de l'OCDE était de 11.3 % entre 1990 et 1997.

Tableau 2.7. **Utilisation des services de consultation externe, 1992-99**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Demandes de remboursement par personne	3 477	3 801	3 932	4 383	4 880	5 113	5 233	5 889
Journées de visite par personne	7 386	7 955	8 040	8 740	9 134	9 534	9 688	10 662
Journées de traitement médical par personne, par épisode de maladie	..	4.7	..	4.7	..	..	..	4.8

Note : Les demandes de remboursement par personne se rapportent au nombre de demandes de remboursement par habitant auprès du RNAM. Chacune de ces demandes peut comprendre plusieurs visites chez le médecin. Les journées de visite par personne renvoient au nombre annuel moyen de visites chez un médecin effectuées par chaque assuré. Les journées de traitement médical désignent le nombre moyen de journées de traitement (lorsque le traitement comporte aussi l'utilisation de médicaments) par assuré du RNAM.

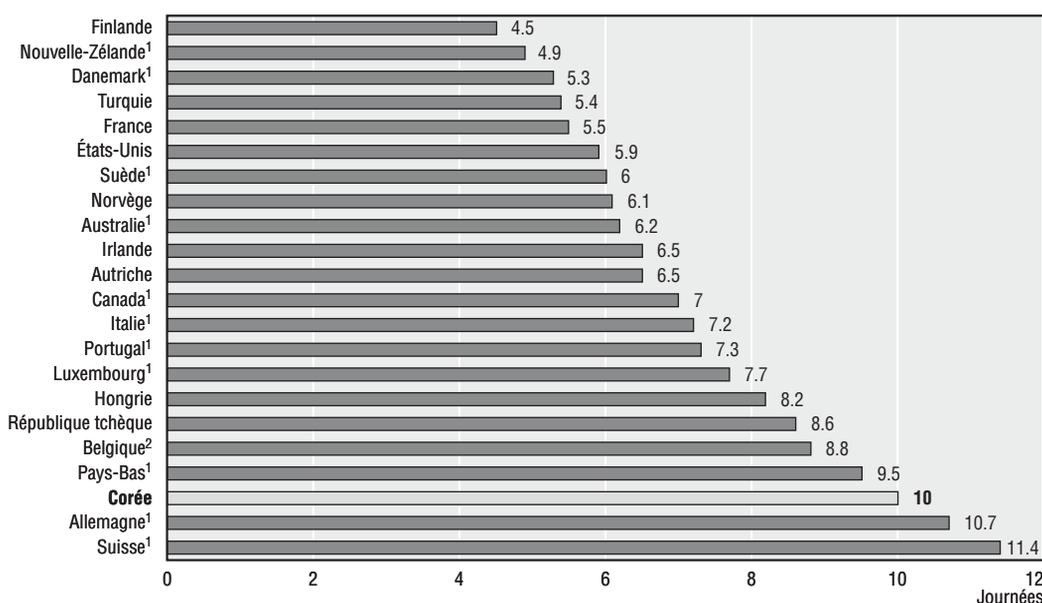
Source : Société nationale d'assurance maladie (1999).

La forte utilisation des services de consultation externe explique en partie la part élevée des dépenses au titre des établissements hospitaliers observée dans la section 2.1.3. Les Coréens sont par ailleurs surtout soignés par des spécialistes (il existe très peu de médecins de premier recours) qui dispensent des soins plus intensifs et plus coûteux qu'il n'est nécessaire sur le plan clinique. Enfin, les hôpitaux, avec leurs grands services de consultation externe, fournissent des services à un coût supérieur à celui des cliniques, du fait de l'intensité technologique et de frais généraux plus élevés.

Hôpitaux. En Corée, le nombre de journées d'hospitalisation¹³ par habitant, qui représentait 1.5 en 1999, est inférieur à la moyenne de l'OCDE pour 1998 (1.9), mais supérieur aux journées d'hospitalisation en soins aigus (1.1 journée)¹⁴. Deux facteurs principaux déterminent le nombre de journées d'hospitalisation : la *durée moyenne de séjour* et les *taux d'admission*.

La *durée moyenne de séjour* (DMS) dans un établissement de soins aigus est élevée (graphique 2.14) et a légèrement progressé, contrairement à une tendance générale à la diminution observée parmi les pays de l'OCDE (graphique 2.15). La DMS était de 10.0 en 1998, arrivant au troisième rang et dépassant largement la moyenne de 7.5 jours parmi les pays de l'OCDE. Cette DMS élevée peut s'expliquer en partie par l'absence de lits de soins chroniques (les lits de soins aigus peuvent donc être occupés aussi par des malades chroniques). L'offre considérable de lits a incité les hôpitaux coréens à garder les patients plus longtemps. Le taux d'utilisation des lits représentait 65.8 % en 1998 et était plus élevés dans les hôpitaux publics (85.5 %) que privés (65.2 %). Cette différence pourrait tenir en partie au fait que les hôpitaux publics paraissent accueillir une plus forte proportion de patients (Jeong et Lee, 1996)¹⁵ malades et pauvres, qui sont susceptibles de faire de longs séjours, et qu'ils programment plus rigoureusement leurs capacités que les établissements privés.

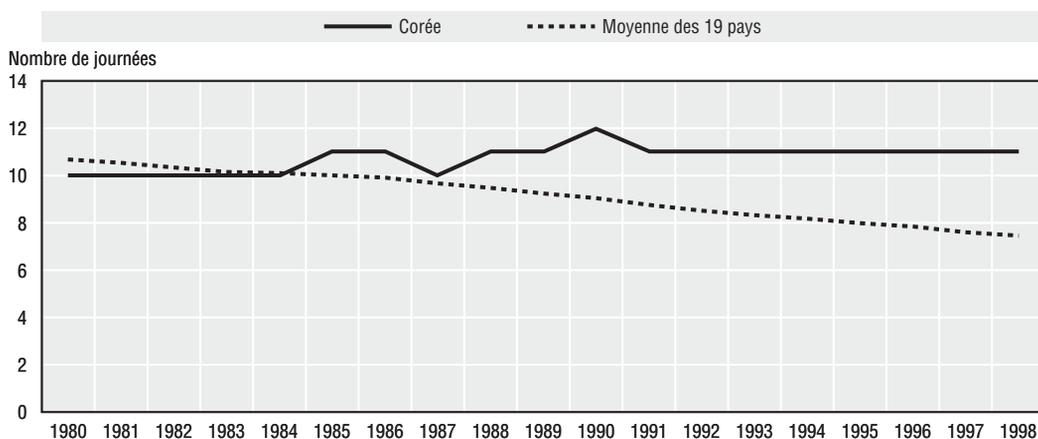
Bien qu'Éco-Santé OCDE ne fournisse pas de données sur les taux d'admission en Corée, les statistiques nationales¹⁶ semblent indiquer que ce taux pour 1 000 habitants se situe approximativement à 92 (1999), ce qui représente un peu plus de la moitié de la moyenne de 169 (1998) pour les pays de l'OCDE et se rapproche du taux d'admission au Japon (101 en 1999). Les admissions ont progressé à un rythme annuel de 5.9 %, entre 1992 et 1999, par comparaison à la moyenne de l'OCDE de 0.8 %, entre 1990 et 1998. En dépit de l'augmentation constatée, la faiblesse des taux d'admission pourrait signifier que le patient moyen hospitalisé est plus malade que si ces taux étaient supérieurs et que les malades séjournent plus longtemps à l'hôpital¹⁷.

Graphique 2.14. **Durée moyenne de séjour en soins aigus, fin des années 90**

1. Données de 1998.

2. Données de 1997.

Source : Éco-Santé OCDE 2001.

Graphique 2.15. **Tendances de la durée moyenne de séjour en soins aigus, 1980-98**

Source : Éco-Santé OCDE 2001.

D'après les données présentées ci-dessus, la Corée risque d'assister à une hausse significative de la proportion des coûts d'hospitalisation. Le nombre de lits de soins aigus est relativement élevé et la DMS est très longue par rapport à la norme des pays de l'OCDE. Ces deux indicateurs progressent au fil des ans et on ne relève aucun signe de renversement de cette tendance, contrairement à l'évolution moyenne observée dans les autres pays de l'OCDE. On constate de surcroît une pénurie d'établissements et de lits de soins chroniques.

Notes

1. La section 2.1 du chapitre 2 s'inspire en partie d'une communication présentée par Hyoung-Sun Jeong, à la réunion tenue à York en 2001 de la International Health Economics Association (Jeong, 2001).
2. Le taux de croissance moyenne du PIB réel par habitant a légèrement fléchi, passant de 8.4 % au cours de la deuxième moitié des années 80, à 6.4 % pendant la première moitié des années 90, mais la croissance moyenne des dépenses de santé réelles par habitant a reculé beaucoup plus vite et a été ramenée de 10.9 % à 5.9 %. En revanche, le taux de croissance moyenne du PIB réel par habitant a rapidement diminué entre la première et la deuxième moitié des années 90 (de 6.4 % à 2.7 %), alors que le taux de croissance moyenne des dépenses de santé réelles par habitant n'a pas beaucoup varié (de 5.9 % à 6.6 %).
3. Selon *Éco-Santé OCDE 2001*, la part publique du financement de la santé inclut les dépenses de santé engagées par les régimes publics. Les régimes publics sont les organismes des administrations centrale, régionales et locales, ainsi que les régimes de sécurité sociale. La formation du capital public au titre de la santé comprend l'investissement dans les établissements de santé financé sur fonds publics, ainsi que les dotations en capital au secteur privé, destinées à la construction et à l'équipement des hôpitaux.
4. Certains pays où le financement public est élevé paraissent évoluer dans la direction opposée.
5. La contribution des dépenses publiques de santé à la croissance annuelle des dépenses de santé totales est calculée en multipliant le taux de croissance annuelle des dépenses publiques de santé par leur part dans les dépenses de santé totales.
6. Kwon (à paraître a) indique des estimations selon lesquelles les dépenses de médicaments représentent 30 % des dépenses de santé totales [citation tirée de Commission sur la réforme des soins de santé (1998), *Réforme de la santé* (en coréen)].
7. Selon la définition de l'OCDE, les infirmiers en activité regroupent l'ensemble des infirmiers diplômés/qualifiés exerçant leur activité dans des hôpitaux publics et privés, des cliniques ou autres établissements de santé (*Éco-Santé OCDE 2001*).
8. Selon la définition de l'OCDE, nombre de pharmaciens libéraux ou salariés. Ne sont pas inclus les pharmaciens salariés à temps plein par les hôpitaux ou les fabricants de produits pharmaceutiques, ni les pharmaciens travaillant à l'étranger (*Éco-Santé OCDE 2001*).
9. Tous les pays ne déclarent pas toutefois les données sur les lits conformément à la définition recommandée par l'OCDE, qui est la suivante : lits occupés par des patients admis en hôpital, et autres établissements, maisons médicalisées, ou établissements classés, d'après leur vocation sanitaire, parmi les établissements de soins ambulatoires, mais qui fournissent des services hospitaliers à titre d'activité secondaire. Dans le cas de la Corée, les données comprennent les lits de cliniques, d'établissements de médecine orientale, de dispensaires et de maternités (*Éco-Santé OCDE 2001*).
10. Selon la définition de l'OCDE, lits occupés par des patients dont l'admission est justifiée par l'un ou plusieurs des motifs cliniques suivants : pratiquer un accouchement (obstétrique), soigner une maladie ou guérir définitivement une blessure, pratiquer une intervention chirurgicale, traiter les symptômes liés à une maladie ou à une blessure (à l'exception des soins palliatifs), limiter la gravité d'une maladie/blessure et/ou la survenue de complications qui pourraient menacer la vie du patient ou le fonctionnement normal de son organisme, poser un diagnostic ou exécuter un acte thérapeutique (*Éco-Santé OCDE 2001*).
11. Selon des données tirées du *National Health Insurance Statistical Yearbook* (NHIC, 1999), le nombre de visites dans les hôpitaux représente un peu plus d'un quart du total des visites en consultation externe.
12. Les données excluent par conséquent les patients qui consultent à leurs frais, un nombre que l'on croit élevé, étant donné l'importance des dépenses privées assumées directement par les patients en Corée, et les patients qui sont remboursés au titre de l'assurance couvrant les accidents du travail et les accidents de la circulation automobile.
13. Selon la définition de l'OCDE, une journée d'hospitalisation est une période pendant laquelle une personne occupe un lit d'hôpital et y passe la nuit. Les services de jour (patients admis pour un acte médical ou en chirurgie le matin et qui ressortent avant la nuit) ne sont normalement pas comptés (*Éco-Santé OCDE 2001*).
14. Comme il n'existe pas de lits de soins chroniques, la plupart des lits de jour sont effectivement destinés aux soins aigus.

15. Les hôpitaux publics semblent seulement inefficaces lorsque leurs bénéfices monétaires sont comparés. Cependant, compte tenu des traitements réels et de la composition différente des patients, les hôpitaux du secteur public n'apparaissent pas plus inefficaces que ceux du secteur privé.
16. Ces données ont été recueillies au titre d'un questionnaire de l'OCDE rempli par des experts et des fonctionnaires coréens.
17. Il se peut que les patients séjournent plus longuement en partie à cause de la pénurie d'établissements de soins chroniques et peut-être aussi du fait que les hôpitaux n'appliquent pas de politique de sortie rapide.

Chapitre 3

Performance du système de santé coréen et déterminants y afférents

Résumé. *La performance des systèmes de santé doit être évaluée en fonction d'objectifs appropriés : améliorations/résultats sanitaires, réactivité aux usagers et contribution financière/dépenses de santé (voir tableau 3.1). Bien qu'on ne dispose pas de données complètes permettant d'évaluer la performance du système de santé coréen et de ses déterminants, le présent chapitre rassemble les éléments d'information qui existent.*

La performance des systèmes de santé doit être évaluée en fonction d'objectifs appropriés. Le tableau 3.1, que l'OCDE a adapté à partir d'un cadre élaboré par l'OMS (Murray et Frenck, 2000), illustre trois grands objectifs : améliorations/résultats sanitaires, réactivité aux usagers et contribution financière/dépenses de santé. Il convient d'évaluer à la fois le niveau et la répartition de la performance dans l'ensemble de la population, au regard de chacun de ces objectifs (colonnes 2 et 3 du tableau 3.1). Bien qu'on ne dispose pas de données complètes permettant d'évaluer la performance du système de santé coréen et de ses déterminants, le présent chapitre rassemble les éléments d'information qui existent.

Tableau 3.1. **Cadre d'évaluation des systèmes de santé**

Objectifs	Niveau moyen	Répartition
A. Améliorations/résultats sanitaires (+)	V ¹	V
B. Réactivité et accès (+)	V ¹	V
C. Contribution financière/dépenses de santé (-)	V	V
	Efficiences ²	Équité

1. La qualité peut se définir comme le niveau de A et B.

2. L'efficiences macroéconomique se rapporte au fait que les dépenses de santé se situent ou non au niveau souhaité, par rapport aux autres biens et services. L'efficiences microéconomique peut se définir comme le rapport d'une somme pondérée de l'amélioration sanitaire et de la réactivité aux dépenses de santé [(aA + bB)/C, où a et b sont respectivement des coefficients de pondération de A (niveau moyen d'amélioration sanitaire) et de B (niveau moyen de réactivité) et où C est le niveau moyen des dépenses de santé].

Source : Hurst et Jee (2001) adapté de Murray et Frenk (2000).

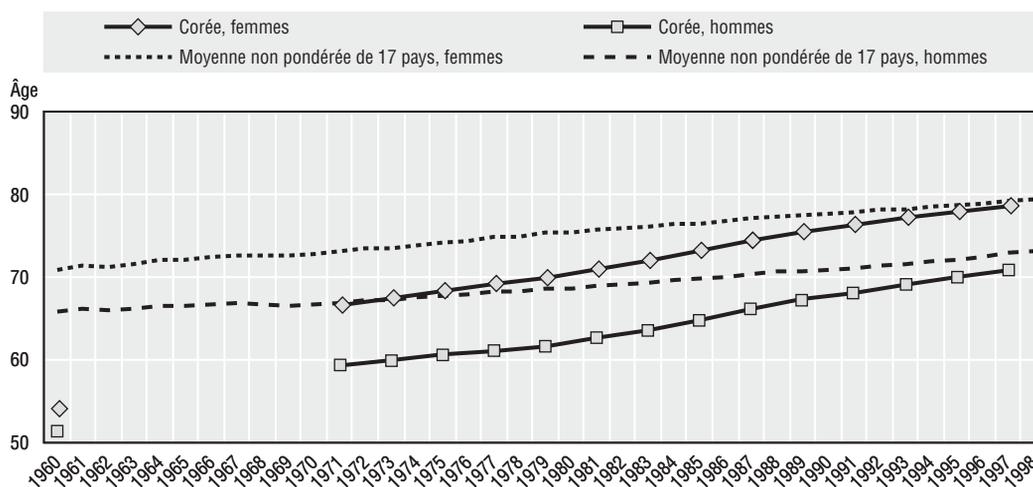
3.1. Résultats sanitaires

Dans le présent rapport, on entend par résultats sanitaires les changements intervenus dans l'état de santé sous l'effet de l'action du système de santé. Il est toutefois difficile de mesurer la relation entre les intrants et les processus du système de santé (décrits au chapitre 2) d'une part, et la santé d'autre part. Cela s'explique par la difficulté de distinguer entre l'effet du système de santé et les déterminants plus larges de l'état de santé, tels que le revenu, les conditions environnementales, la nutrition et l'éducation. La section suivante examine à la fois l'état de santé et les résultats sanitaires.

3.1.1. État de santé et amélioration de la santé

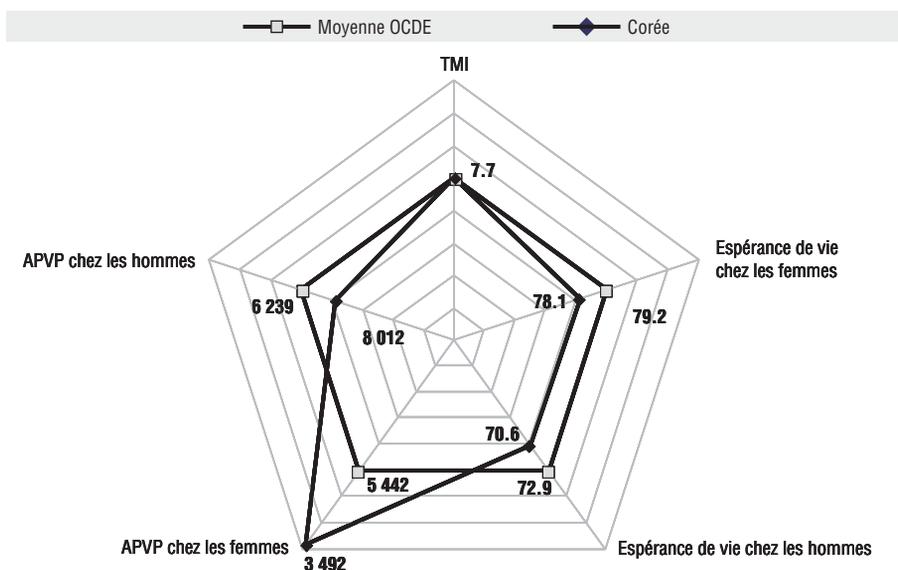
Depuis les années 60, la Corée a traversé une période de développement économique et d'industrialisation rapides, qui s'est accompagnée d'améliorations sans précédent de l'état de santé. Bien que l'espérance de vie, qui était de 78.1 ans pour les femmes et de 70.6 ans pour les hommes en 1997, reste encore parmi les plus faibles dans les pays de l'OCDE, elle rattrape rapidement la moyenne de l'OCDE (graphique 3.1). Le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP avant l'âge de 70 ans pour 100 000) est inférieur à la moyenne de l'OCDE chez les hommes, mais bien supérieur chez les femmes (graphique 3.2). Les taux de mortalité infantile ont été régulièrement abaissés. En 1970, avec 45 décès pour 1 000 naissances

Graphique 3.1. Tendances de l'espérance de vie, 1960-98



Source : Éco-Santé OCDE 2001.

Graphique 3.2. État de santé coréen



Notes : APVP : années potentielles de vie perdues.

TMI : taux de mortalité infantile.

Source : Éco-Santé OCDE 2001.

vivantes, la Corée accusait un net retard par rapport à la moyenne de l'OCDE. En 1970, alors que la mortalité infantile restait élevée au regard des normes de l'OCDE, l'écart entre la Corée et les autres pays membres avait été nettement resserré (tableau 3.2).

Les caractéristiques de la mortalité et de la morbidité ont varié, les maladies transmissibles cédant le pas aux maladies chroniques et ressortissant au mode de vie. Les trois principales causes de décès en Corée sont les maladies cardiovasculaires, le cancer, ainsi que les accidents et blessures (tableau 3.3). Les décès imputables aux maladies cardiovasculaires ont diminué au fil des ans, mais restent encore une cause de décès

Tableau 3.2. **Tendances du taux de mortalité infantile, 1960-99**

	1960	1970	1980	1990	1999
Islande	13	13.2	7.7	5.9	2.4
Suède	16.6	11	6.9	6	3.4
Japon	30.7	13.1	7.5	4.6	3.4
France	27.5	18.2	10	7.3	4.3
Allemagne	33.8	23.6	12.6	7	4.6
Canada	27.3	18.8	10.4	6.8	5.5 ¹
Australie	20.2	17.9	10.7	8.2	5.7
Nouvelle-Zélande	22.6	16.7	13	8.4	6.8 ¹
États-Unis	26	20	12.6	9.2	7.3 ²
Corée		45	17	12	7.7³
Slovaquie	28.6	25.7	20.9	12	8.3
Hongrie	47.6	35.9	23.2	14.8	8.5
Pologne	54.8	36.7	25.5	19.3	8.9
Mexique	74	68	40	24	14.5
Turquie	189.5	145	117.5	57.6	37.5
Moyenne OCDE	37.6	28.3	17.5	10.8	6.7

1. Les données portent sur 1997.

2. Les données portent sur 1998.

3. Les données portent sur 1996.

Source: Éco-Santé OCDE 2001.

Tableau 3.3. **Principales causes de mortalité en Corée, pour certaines années**

En pourcentage

	Appareil circulatoire	Symptômes et affections indéfinies	Tumeur maligne	Causes externes, blessures et accidents	Système digestif
1985	33.64	27.10	12.79	6.60	7.57
1990	32.97	20.37	17.48	9.75	6.77
1995	28.71	18.98	19.42	9.66	6.43
1997	24.98	21.91	20.15	9.44	5.63

Source: Éco-Santé OCDE 2001.

majeure. Le cancer a en revanche progressé. Sur l'ensemble des décès dus à une tumeur maligne, 20 % proviennent d'un cancer du poumon, par comparaison à 10 % en 1985. Les décès consécutifs à des accidents de la circulation routière sont plutôt élevés au regard de la norme de l'OCDE. En 1997, ils représentaient 4.4 % du total des décès, contre une moyenne de 1.9 % pour les pays de l'OCDE. Enfin, les décès liés aux maladies de l'appareil digestif, en particulier les affections hépatiques et la cirrhose, se situaient en 1997 au deuxième rang des pays de l'OCDE, après la Hongrie.

Ces données laissent entendre qu'il serait possible d'améliorer sensiblement l'état de santé en consentant des investissements dans les interventions préventives. Les individus qui fument quotidiennement représentent à peu près un tiers de la population, soit l'une des proportions les plus fortes parmi les pays de l'OCDE, ce qui peut expliquer en partie les taux élevés de cancer du poumon. La consommation d'alcool se situe en deçà de la moyenne de l'OCDE, mais parmi les hommes, environ la moitié des buveurs se livrent à une consommation excessive d'alcool¹, ce qui pourraient expliquer en partie le niveau élevé des maladies de l'appareil digestif, au regard des normes de l'OCDE.

Il est également possible de mesurer l'état de santé de la population coréenne en recourant à des indicateurs subjectifs. Bien que ces derniers présentent des difficultés de

comparabilité transnationale², ils n'en aident pas moins à déterminer comment la population perçoit ses besoins en matière de soins de santé, ce qui influera sur sa décision d'utiliser les services médicaux. Même si au cours des vingt dernières années, l'auto-perception de l'état de santé individuel parmi les personnes âgées s'est améliorée en Corée, elle s'est détériorée parmi la plupart des autres classes d'âge (tableau 3.4). Ce recul est peut-être dû au fait que les individus aspirent davantage à une qualité et à une quantité satisfaisantes des services de santé, à mesure que le revenu et les dépenses de santé par habitant augmentent.

Tableau 3.4. **Pourcentage d'individus déclarant que leur santé est « bonne » ou meilleure, 1986-98**

	Âge	1986	1992	1995	1998
Femmes	15-24	59.1	55.9	54.1	49.3
	25-44	42.8	40.4	39	42.5
	45-64	29.3	26.4	25.1	32.6
	65+	27.1	23	21.4	34.1
	Total	42.5	39.2	37.2	40.8
Hommes	15-24	69.1	64.4	64.1	57.1
	25-44	53.7	57.8	52.3	49.7
	45-64	41.2	43.2	40.9	39.2
	65+	36.6	32.4	30.9	43.5
	Total	54.1	54.1	50.5	48.7

Source : Éco-Santé OCDE 2001.

3.1.2. Résultats sanitaires attribuables aux systèmes de santé

Il est difficile d'affirmer dans quelle mesure les améliorations considérables de l'état de santé de la population coréenne qui ont été obtenues au cours des dernières décennies sont attribuables à la performance du système de santé. Une étude de l'OCDE sur les déterminants des résultats sanitaires parmi les pays membres (Or, 2002) porte à croire que les soins de santé ainsi que des déterminants socioéconomiques plus larges peuvent expliquer les variations de la mortalité prématurée parmi les pays de l'OCDE. Le document indique que le nombre de médecins a un effet notable sur la réduction de la mortalité. On constate par ailleurs une relation positive significative entre les dépenses publiques de santé et l'état de santé. Les facteurs ressortissant à l'hygiène de vie interviennent aussi dans la mortalité prématurée, ce qui donne à penser que des initiatives de santé publique telles que des campagnes de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme seraient fort indiquées. Outre la réduction de la mortalité, les facteurs non médicaux comme l'amélioration du statut professionnel³ et l'accroissement du revenu jouent également un rôle important.

Selon la norme des pays de l'OCDE, la Corée possède un faible nombre de médecins, mais l'augmentation rapide de celui-ci au fil des ans a contribué à réduire la mortalité. L'établissement du RNAM a alourdi les dépenses publiques de santé, ce qui a provoqué une hausse globale des dépenses de santé réelles par habitant. L'assurance maladie nationale a amélioré l'accès aux soins parmi la population coréenne. La généralisation de la vaccination des enfants pourrait aussi avoir contribué à réduire les taux de mortalité infantile. Entre 1988 et 1994, les taux de vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC), et la rougeole, sont passés respectivement de 90.9 % à 99.5 %, et de 85.1 % à 94.3 %. La base Éco-Santé OCDE ne renferme toutefois aucune donnée antérieure permettant d'évaluer l'incidence réelle de la vaccination sur les taux de mortalité infantile.

3.2. Réactivité

La réactivité aux attentes des usagers renvoie à la performance du système de santé, compte tenu de l'expérience faite par les patients du processus de soins (OMS, 2000). Il est possible d'évaluer cette caractéristique des systèmes de santé en examinant le degré de satisfaction des patients. Certains aspects de l'expérience du système de prestation peuvent aussi être mesurés objectivement.

Les Coréens ne paraissent pas enthousiastes à l'égard de leur système de santé. Selon l'enquête de 1999 visant à recueillir des statistiques sociales (Bureau national des statistiques de Corée, 2000, pp. 308-309), les patients semblent modérément insatisfaits des hôpitaux généraux, et seulement assez satisfaits des hôpitaux, cliniques et pharmacies (tableau 3.5). Les habitants des régions rurales paraissent en général plus satisfaits que ceux des régions urbaines.

Tableau 3.5. **Raisons de l'insatisfaction à l'égard des services médicaux, 1999**

En pourcentage

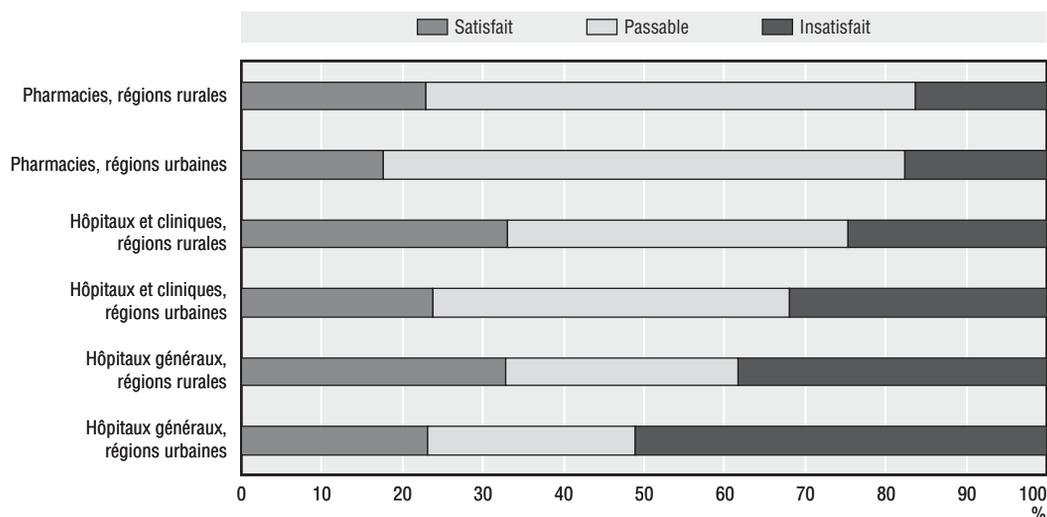
	Ensemble du pays	Régions urbaines	Régions rurales
Honoraires médicaux élevés	45.0	45.9	40.2
Longue période d'attente – traitement	39.9	40.2	38.5
Traitement insatisfaisant	36.4	36.5	35.7
Manque d'amabilité	26.3	26.9	23.2
Durée du traitement trop courte	22.0	22.6	18.7
Équipements médiocres	11.0	9.8	17.4
Longue période d'attente – pharmacie	10.8	11.1	9.3
Pas d'hôpital à proximité	8.1	6.0	19.2
Longue période d'attente – hospitalisation	3.5	3.5	3.5
Divers	1.1	1.1	1.0

Source: Korea National Statistical Office (2000).

L'insatisfaction à l'égard des prestations de santé tient principalement au coût élevé des services médicaux, à la longueur des périodes d'attente pour obtenir un traitement et à la médiocrité des soins. Les patients sont aussi préoccupés par le manque d'amabilité des dispensateurs et la brièveté des consultations avec les médecins. Bien que 65 % de la population considère que le paiement des cotisations d'assurance crée un fardeau lourd ou perceptible (Bureau national des statistiques de Corée, 2000, p. 404), les particuliers et les employeurs seraient éventuellement disposés à contribuer davantage à la santé, s'ils avaient l'impression que de nouvelles prestations découleraient de l'injection de ressources. La population estime actuellement que cet apport servirait surtout à financer les récentes majorations des honoraires. Dans les régions rurales, les usagers se soucient beaucoup plus que dans les régions urbaines de la qualité et de l'accessibilité du matériel, et de la proximité des hôpitaux. Cette attitude reflète directement les inégalités de la répartition géographique des établissements médicaux (section 3.4).

En raison de l'absence d'une série de données étoffées sur la réactivité, il est difficile de comparer des perceptions subjectives à des indicateurs objectifs de l'expérience des patients. La charge du financement constitue incontestablement un grave problème, qui menace l'équité du système de santé coréen (section 3.4). Les indices sur les délais d'attente pour obtenir un traitement sont lacunaires. Ce phénomène semble être limité aux services hospitaliers des grands établissements généraux et tertiaires, qui reçoivent

Graphique 3.3. Niveau de satisfaction à l'égard des services médicaux, 1999



Source : Social Statistics Survey.

généralement la préférence des Coréens (Kwon, à paraître a). Dans les établissements de petite taille ou les cliniques, les services paraissent au contraire plus accessibles et on ne relève pas de listes d'attente pour les soins hospitaliers. Les insuffisances des traitements perçues par la population peuvent être imputées à diverses raisons, dont la brièveté des consultations et l'exclusion de certaines techniques de pointe de la couverture du RNAM. Il se peut que les médecins ne donnent pas suffisamment d'explications aux patients qui souhaitent obtenir un complément d'information, interprétant cette demande comme une remise en cause de leur jugement professionnel. Enfin, il est probable que la brièveté des consultations résulte du paiement à l'acte (qui stimule la productivité des médecins en termes de patients par heure) et de la faiblesse relative des effectifs de médecins en Corée.

Positivement, le système coréen permet un vaste choix de prestataires et d'établissements. A en juger par les taux d'utilisation, les hôpitaux ne semblent pas surchargés. Leur caractère privé les rend particulièrement attentifs aux aspects hôteliers des prestations de santé et à la disponibilité du matériel, car ils rivalisent dans ces domaines, dans le but, entre autres, d'attirer des patients. Ils semblent avoir une propension relativement élevée à diffuser la technologie médicale, en dépit de l'exclusion du remboursement d'un grand nombre de services au coût et à l'intensité technologique élevés (voir section 5.1.5).

Le nombre limité d'indicateurs de la réactivité et des résultats médicaux attribuables aux soins de santé dont on dispose témoigne de la nécessité d'élaborer des indicateurs plus complets de la qualité des soins. Ce constat ne s'applique pas seulement à la Corée. De nouvelles initiatives sont engagées au niveau international, afin de produire et d'évaluer une série commune d'indicateurs de la qualité des soins⁴, tant pour éclairer les politiques nationales que pour permettre les comparaisons internationales. Les variables étudiées vont des indicateurs du recours à une pratique factuelle, aux mesures objectives des résultats et de la qualité de vie liée à la santé. On peut citer à titre d'exemple les taux de survie cinq ans après différents types de cancer, le taux de survie un an après un infarctus et l'incidence des maladies évitables par la vaccination. Les indicateurs de la réactivité du système de santé comportent par exemple les délais d'attente et les résultats des enquêtes d'évaluation de la satisfaction des usagers.

3.3. Efficience

L'efficience recouvre à la fois les aspects techniques et économiques du fonctionnement des systèmes de santé. Il s'agit notamment de consacrer une part adéquate du PIB au système de santé (efficience macroéconomique) et de maximiser les résultats sanitaires et la réactivité pour certaines ressources (efficience microéconomique, y compris l'efficience technique et le rapport coût-efficacité).

3.3.1. Efficience macroéconomique

Il est difficile d'apprécier le « juste » niveau des dépenses de santé, par rapport aux dépenses consacrées à d'autres biens et services. Trois séries de considérations permettent néanmoins d'éclairer les jugements portés sur l'efficience macroéconomique. En premier lieu, on peut voir comment les dépenses de santé se comparent au niveau que l'on peut attendre d'un pays se trouvant au même stade de développement économique. En second lieu, il est possible de déterminer si la croissance des dépenses de santé, en particulier des dépenses publiques, est maintenue sur une trajectoire viable au plan budgétaire. En troisième lieu, on peut examiner dans quelle mesure le système répond aux préférences de la société pour la répartition des ressources entre les biens et services sanitaires et non sanitaires, en considérant à la fois le montant et la tendance des dépenses de santé.

Montant prévu et effectif des dépenses de santé

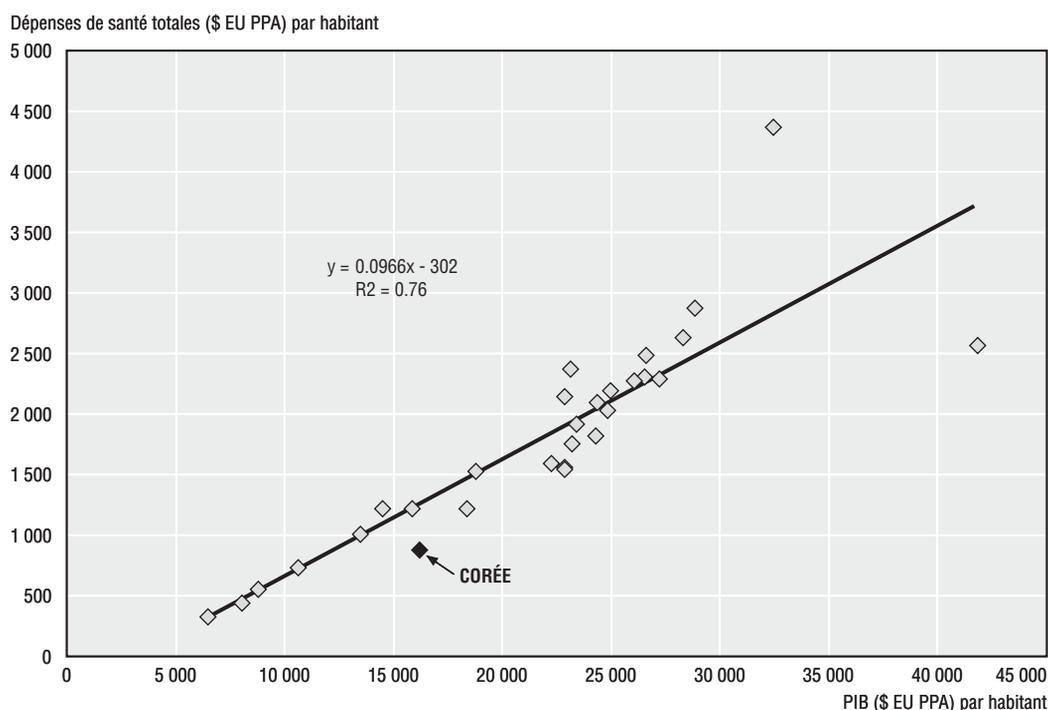
En Corée, les dépenses de santé par habitant sont inférieures au niveau que l'on pourrait attendre d'un pays jouissant de son niveau de vie. Le montant prévu est calculé par une courbe de régression, représentative des observations des dépenses de santé et du revenu par habitant dans les pays de l'OCDE. Le graphique 3.4 fait apparaître l'écart qui existe entre les dépenses de santé par habitant effectives (868 dollars EU PPA) et prévues (1 249 dollars EU PPA).

Plusieurs raisons permettent d'expliquer pourquoi les dépenses de santé effectives de la Corée paraissent inférieures au montant prévu.

Il convient en premier lieu de formuler une réserve d'ordre méthodologique. Bien que l'on constate une différence positive entre les dépenses de santé prévues et effectives pour la Corée si l'on utilise des données sur les pays de l'OCDE, la régression pourrait produire d'autres résultats pour un groupe différent de pays, par exemple si l'on considérait les économies asiatiques ou un plus grand nombre de pays à revenu intermédiaire.

En second lieu, les pouvoirs publics ont historiquement attribué une faible priorité à la santé, par rapport aux autres secteurs de l'économie, et ils ont peu investi dans les établissements et les services médicaux. La création d'un régime social universel d'assurance maladie, qui a conduit à une hausse spectaculaire des dépenses de santé, représente un acquis assez récent. Dans le même temps, certains services au coût et à l'intensité technologique élevés, dont la diffusion et l'utilisation dépendent de la propension des pouvoirs publics à les inclure dans les prestations du régime social d'assurance maladie, sont pour la plupart non assurés. Ce fait aurait pu dissuader les usagers d'acheter des soins de santé, en particulier des services coûteux. Il aurait aussi été susceptible de ralentir d'emblée l'investissement dans les établissements privés de médecine occidentale, quoique seulement pendant une période limitée, puisque les hôpitaux coréens ont une propension assez forte (et illimitée) à diffuser la technologie médicale.

Graphique 3.4. Dépenses de santé et revenus par habitant, 1999



Source : Éco-Santé OCDE 2001.

En troisième lieu, les versements directement effectués par les particuliers sont lourds en Corée, contrairement aux autres pays de l'OCDE. Lorsque leur PIB par habitant était analogue à celui de la Corée à l'heure actuelle, ils consacraient des ressources relativement supérieures à la santé, mais la part des dépenses directement à la charge des patients était aussi nettement inférieure, et ils possédaient des systèmes publics plus complets (tableau 3.6). Bien que cette constatation n'implique pas en soi l'existence d'une relation inverse entre les dépenses de santé par habitant et la proportion des versements directement effectués par les patients dans le financement total de la santé, elle concorde avec les faits montrant qu'une assurance plus généreuse aboutit à une consommation accrue (Arrow, 1963 ; Manning *et al.*, 1987 ; Culter, 2002). Il est probable que la couverture

Tableau 3.6. Dépenses de santé par habitant et part des versements directs des patients, divers pays de l'OCDE

	PIB par habitant (\$ EU PPA)	DST par habitant (\$ EU PPA)	Part des versements directs dans les DST
Corée (1999)	16 059	868	43.8
États-Unis (1984)	16 523	1 617	22.7
France (1989)	16 611	1 420	11.7
Allemagne (1988)	15 865	1 487	11.1
Japon (1989)	16 294	1 012	23.4
Royaume-Uni (1990)	16 105	968	10.6
Canada (1987)	15 869	1 338	14.7

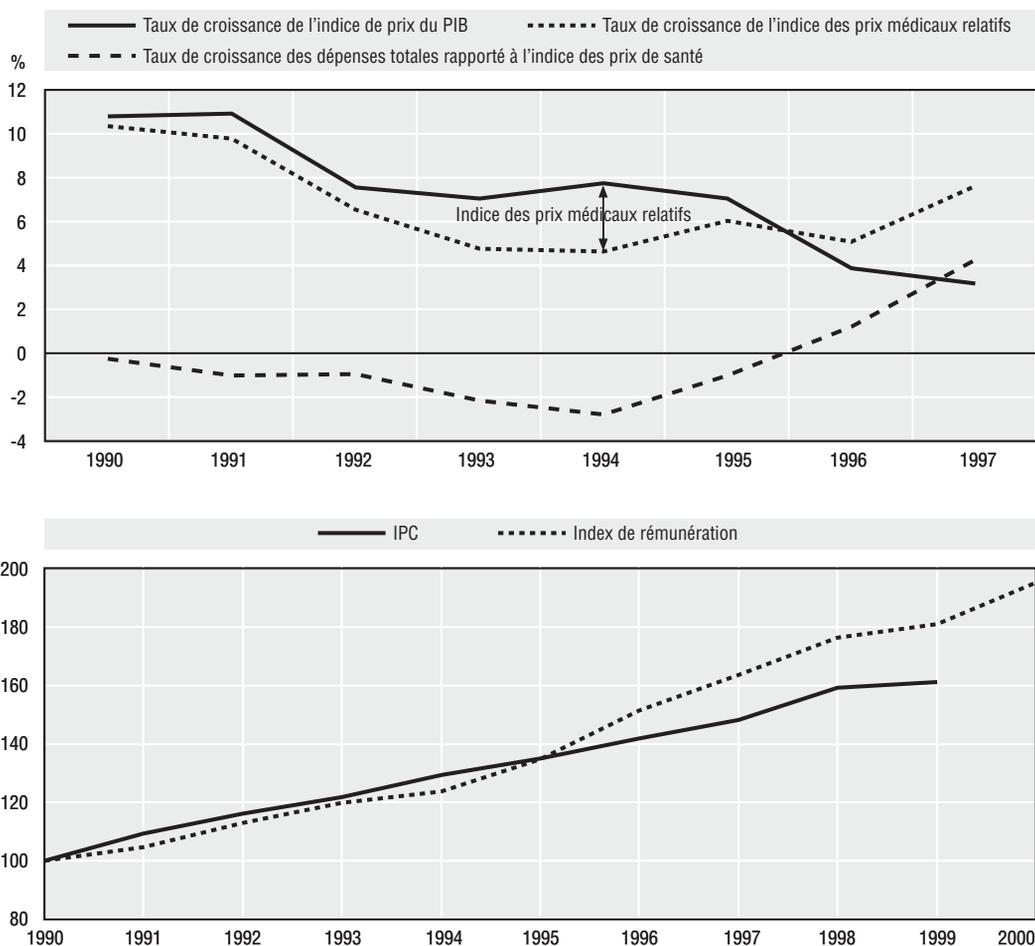
1. DST : Dépenses de santé totales.

Source : Éco-Santé OCDE 2001.

limitée et le ticket modérateur élevé du RNAM coréen freinent la demande de services de santé inutiles, et peut-être aussi utiles.

En quatrième lieu, tout comme au Japon, les pouvoirs publics ont recouru à la réglementation des honoraires pour contenir la croissance des dépenses du RNAM. Cette politique a été plutôt fructueuse sous trois aspects. Tous les prestataires médicaux sont tenus de passer un contrat avec le RNAM et sont assujettis au barème des honoraires fixé par les autorités. Par ailleurs, selon les chercheurs (voir note 24 au chapitre 1), lors de la création du régime, le ministère de la Santé et de la Protection sociale a réussi à appliquer un barème inférieur aux prix du marché. Enfin, jusqu'au milieu des années 90, les pouvoirs publics ont maintenu l'augmentation des honoraires à un niveau inférieur à la hausse générale des prix. Le graphique 3.5 illustre le taux d'augmentation de l'indice des dépenses de santé totales et de l'indice de prix du PIB, ainsi que de l'indice des prix à la consommation et de l'indice du barème des honoraires. La réglementation des tarifs répondait à la volonté de maîtriser la croissance des dépenses en limitant la hausse des prix des prestations de santé. Les honoraires n'ont toutefois pas été fixés ni modifiés dans le but de stimuler l'utilisation de certains services plutôt que d'autres, par exemple en fonction du rapport coût-efficacité ou du besoin⁵.

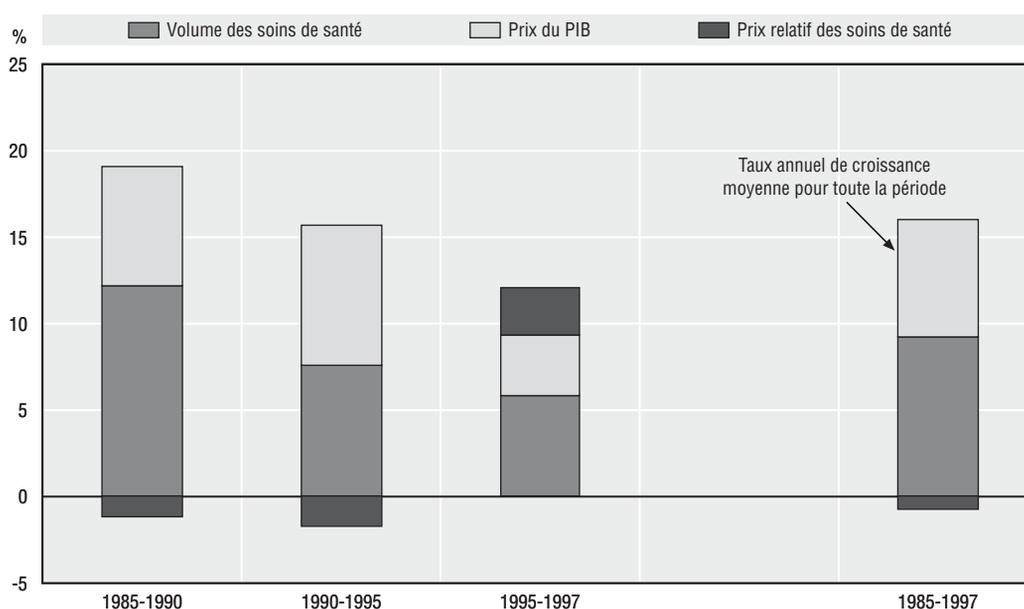
Graphique 3.5. Évolution des indices de prix, 1990-97



Source : Éco-Santé OCDE 2001.

Le graphique 3.6 montre comment ces tensions se reflètent dans la composition de la croissance des dépenses. Le taux très rapide de croissance annuelle des dépenses de santé observé entre 1985 et 1990 illustre l'effet, sur l'utilisation, de la protection au titre d'une assurance. Durant cette période, le volume des services de santé s'est accru à un rythme moyen de 12.2 % par an, ce qui explique environ les deux tiers de la croissance nominale des dépenses de santé. Les pouvoirs publics ont aidé les individus à améliorer leur pouvoir d'achat en abaissant les prix des services médicaux. Effectivement, jusqu'en 1995, et surtout au cours de la période 1990-95, en rythme annuel, la hausse des prix des soins de santé n'a pas suivi la hausse générale des prix. Il se pourrait que la baisse du prix relatif des services médicaux ait favorisé une expansion en volume, car les médecins ont été incités à compenser la faiblesse des prix par un accroissement du volume des prestations.

Graphique 3.6. **Hausse des dépenses de santé totales en volume et en prix, 1985-97**



Note : Les volumes de soins de santé sont obtenus en déflatant les valeurs nominales de l'indice de prix du PIB. Le prix relatif des soins de santé est la différence entre l'indice de prix médicaux et l'indice de prix du PIB.

Source : *Éco-Santé OCDE 2001*.

Le rythme annuel de l'accroissement du volume des soins a ralenti après 1990. Cette décélération tient probablement au fait que la couverture de la population s'est stabilisée et que la charge des versements effectués directement par les patients s'est alourdie, alors que la croissance des honoraires médicaux dépassait la hausse générale des prix, à la fin des années 90. Dans l'ensemble, le taux de croissance réelle des dépenses de santé est resté assez élevé. Ce qui a changé a été l'importance relative du prix et du volume des prestations médicales dans la croissance réelle. Alors qu'entre 1985 et 1990, le volume était à l'origine de la totalité de la croissance réelle des dépenses de santé, entre 1995 et 1997, la hausse des prix relatifs y a contribué pour un tiers.

Croissance des dépenses de santé et stabilité des finances du RNAM

Alors que les dépenses de santé paraissent inférieures au niveau prévu, au cours de la période 1985-97, la Corée a maintenu la croissance annuelle des dépenses de santé à un niveau supérieur à celle du PIB (en termes réels par habitant), exception faite de la première moitié des années 90. Il est donc permis de se demander si la fixation unilatérale des honoraires et les contraintes s'exerçant du côté de la demande sont suffisantes pour conserver l'équilibre des comptes du RNAM. Si la croissance annuelle des dépenses de santé dépasse constamment celle du PIB (en termes réels par habitant), il faudrait alors que les taux de cotisation au RNAM continuent d'augmenter, toutes choses égales d'ailleurs, afin de préserver l'équilibre du régime. Il conviendrait en effet de relever les taux de cotisation pour compenser le ralentissement de la croissance des recettes, par rapport celle des dépenses⁶.

La situation financière de la caisse nationale d'assurance maladie s'est en fait détériorée au fil des ans (tableau 3.7). La croissance rapide des dépenses (18 % par an entre 1991 et 2000) a dépassé l'augmentation des recettes (13 % par an) (tableau 3.8).

Tableau 3.7. **Situation financière des caisses d'assurance maladie, 1994-99**

En milliards de won

		1994	1995	1996	1997	1998	1999
Salariés de l'industrie	Recettes	1 937	2 337	2 704	2 884	3 038	3 123
	<i>dont</i> cotisations	1 566	1 802	2 085	2 299	2 219	2 501
	Dépenses	1 493	1 992	2 555	3 112	3 425	3 699
	<i>dont</i> prestations	1 211	1 493	1 879	2 143	2 477	2 922
	Excédent	445	345	149	-227	-387	-576
	Réserves	129	116	104	91	75	51
Employés de l'État et enseignants	Recettes	628	779	944	938	905	1 217
	<i>dont</i> cotisations	439	474	514	556	633	1 077
	Dépenses	558	719	892	1 081	1 201	1 182
	<i>dont</i> cotisations	417	503	652	734	927	992
	Excédent	70	60	52	-143	-297	36
	Réserves	367	427	454	370	78	113
Travailleurs indépendants	Recettes	2 145	2 498	2 983	3 732	4 287	4 552
	<i>dont</i> cotisations	1 689	1 886	2 232	2 784	3 256	3 712
	Subventions publiques	992	755	872	995	1 076	1 166
	Dépenses	1 920	2 365	3 017	3 602	4 161	4 729
	<i>dont</i> prestations	1 573	2 025	2 545	2 936	3 401	3 954
	Excédent	226	133	-34	129	126	-177
Réserves	..	..	709	839	964	787	

Source : Société nationale d'assurance maladie (1999).

Des cotisations faibles (et leur taux de croissance insuffisant) constituent le premier facteur expliquant la détérioration de la situation financière du RNAM. Entre 1989 et 1994, le taux moyen de croissance annuelle des cotisations réelles au titre de l'assurance maladie, déflatées par l'indice de prix du PIB, équivalait approximativement à celui des dépenses réelles. Mais depuis 1995, ce dernier a été bien supérieur à celui des cotisations (tableau 3.9). Bien qu'elles aient continué de progresser, les cotisations par habitant n'ont pu suivre le rythme de l'accroissement des prestations par habitant, et le rapport entre les deux s'est dégradé d'année en année (graphique 3.7). La faiblesse du recouvrement des cotisations tient à plusieurs causes. Premièrement, le recul de la croissance des cotisations entre 1997

Tableau 3.8. **Taux de croissance annuelle des dépenses et recettes du RNAM, 1991-2001**

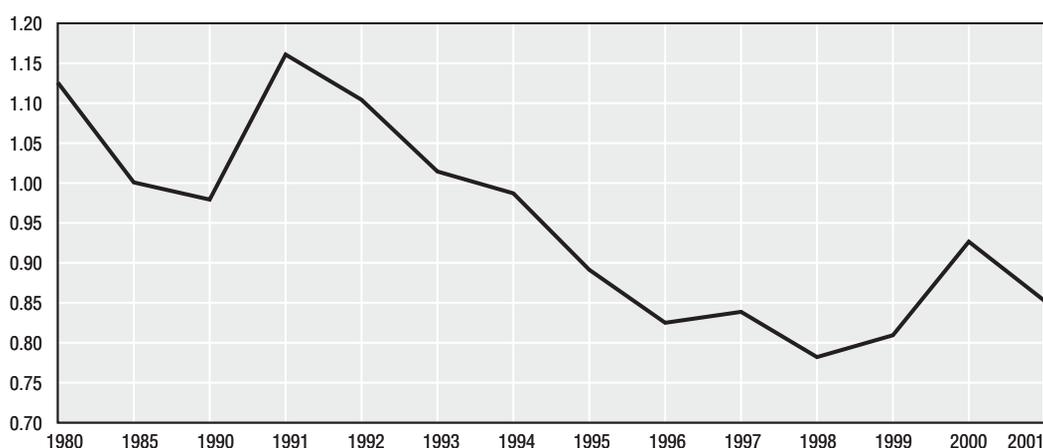
	Croissance annuelle des dépenses du RNAM (%)	Croissance annuelle des recettes du RNAM (%)
1991-1992	19.25	15.47
1992-1993	16.60	11.25
1993-1994	14.62	12.19
1994-1995	27.87	19.18
1995-1996	27.34	18.11
1996-1997	20.59	13.92
1997-1998	12.73	8.94
1998-1999	9.36	8.05
1999-2000	11.07	9.72
2000-2001	32.17	20.82
<i>Taux moyen de croissance annuelle</i>	<i>19.16</i>	<i>13.76</i>

Source : Calculs effectués à partir des données de la Société nationale d'assurance maladie.

Tableau 3.9. **Croissance annuelle des cotisations et prestations au titre de l'assurance maladie**

	Croissance annuelle des cotisations réelles au titre de l'assurance maladie (%)	Croissance annuelle des prestations réelles au titre de l'assurance maladie (%)
Entre 1989 et 1994	18.92	19.74
Entre 1994 et 2000	6.17	12.92

Source : Calculs effectués à partir des données de la Société nationale d'assurance maladie.

Graphique 3.7. **Rapport entre les cotisations au RNAM et les prestations par habitant, 1980-2001**

Source : Données obtenues auprès de la Société nationale d'assurance maladie.

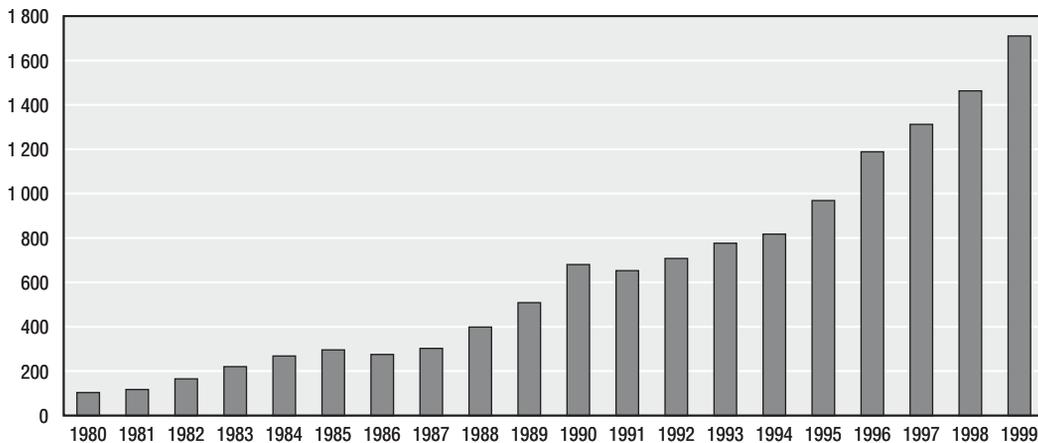
et 1999 est en partie explicable par la stagnation de l'économie durant la crise asiatique. Deuxièmement, la *politique de cotisations faibles*, qui a favorisé l'instauration rapide et fructueuse de la couverture universelle, a été poursuivie, en dépit de l'ajout de nouvelles prestations à la couverture du RNAM depuis 1994. Troisièmement, les difficultés de recouvrement des contributions et la sous-estimation du revenu déclaré, notamment de la

part des travailleurs indépendants, pourraient expliquer en partie pourquoi les assureurs indépendants d'abord, et le RNAM, après juillet 2000, ont résisté à une hausse significative des taux de cotisation, qui aurait risqué d'inciter davantage les travailleurs indépendants à dissimuler leur revenu. De toute évidence, le maintien d'une politique de taux de cotisation faibles dans un contexte de forte croissance des prestations est insoutenable à long terme.

Un second facteur explicatif de la modeste croissance des recettes est la *baisse des subventions de l'État* à la catégorie auto assurée. Lorsque les travailleurs indépendants ont été intégrés au RNAM, la subvention publique devait représenter 50 % des prestations médicales pour cette catégorie, mais le ratio a été ramené à quelque 25 % en 1999. L'ensemble des subventions de l'État au RNAM équivalait à 13 % du total des recettes en 1999.

On peut citer comme troisième cause, peut-être la plus importante, la montée en flèche des dépenses du RNAM, qui ont décuplé en valeur réelle, au cours de la période 1982-99 (graphique 3.8). Cet alourdissement a été en grande partie imputable aux accroissements en volume⁷. Au cours de la dernière décennie, les demandes de remboursement de prestations médicales⁸ ont crû plus vite que la population prise en charge par le RNAM. Sur la période 1992-99, en rythme annuel, le nombre moyen d'assurés a augmenté de 1.1 %, tandis que les demandes de remboursement par habitant ont progressé de 9.1 % (graphique 3.9). Leur coût unitaire a par ailleurs été majoré de 7.4 % par an (tableau 3.10), ce qui peut être considéré comme le résultat de l'augmentation des honoraires médicaux relatifs après 1995 et de l'intensité accrue des soins.

Graphique 3.8. **Évolution des dépenses réelles au titre des prestations du RNAM, 1980-2000 (1980 = 100)**

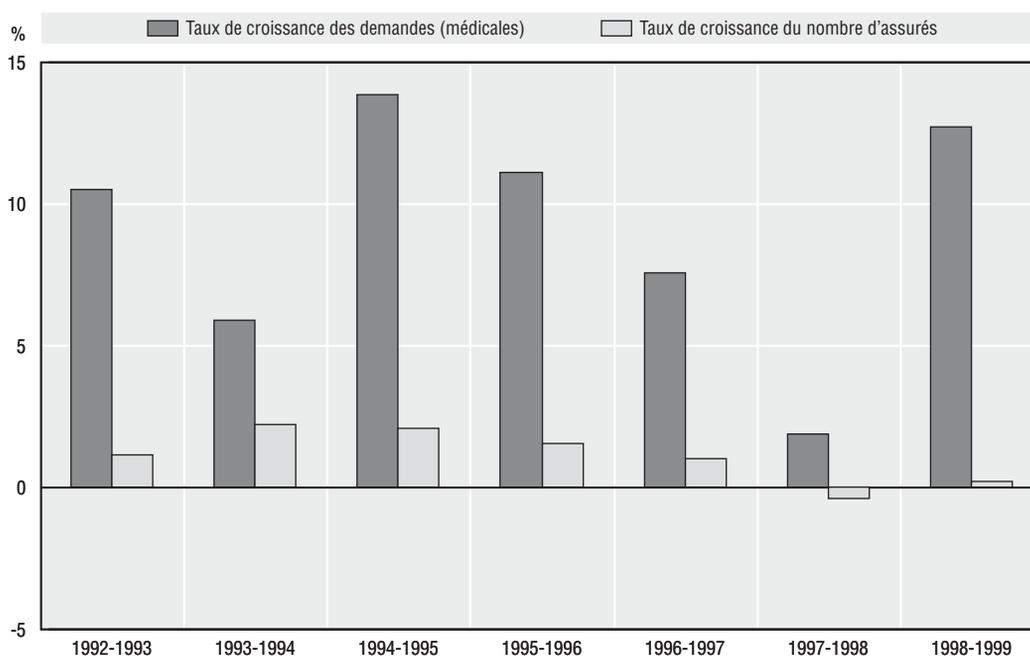


Source : Données obtenues auprès de la Société nationale d'assurance maladie.

Trois principaux facteurs sous-tendent la croissance des dépenses qui a été exposée ci-dessus : l'élargissement des prestations, le vieillissement de la population et la demande induite par l'offre.

- La couverture du RNAM a été élargie au fil des ans, ce qui a provoqué un accroissement du volume des soins assurés, ainsi que du coût individuel des demandes de remboursement, car de nouveaux services faisant appel aux techniques de pointe ont été pris en charge. Par exemple, les journées de prestations par bénéficiaire, qui se chiffraient à 180 en 1994, ont atteint 365 en 2000. Certains services de haute technologie, comme la tomodensitométrie,

Graphique 3.9. **Taux de croissance des demandes de remboursement d'établissements médicaux et du nombre d'assurés auprès du RNAM, 1992-98**



Source : Données obtenues auprès de la Société nationale d'assurance maladie.

Tableau 3.10. **Croissance des demandes de remboursements de frais médicaux, des journées de traitement par personne et du coût par demande**

Année	Total des demandes de remboursement par personne (hospitalisations et consultations externes)	Journées de visite par personne (hospitalisations et consultations externes)	Coût par demande de remboursement (en won) (hospitalisations et consultations externes)
1992	3 546	8 066	25 477
1993	3 872	8 651	26 883
1994	4 005	8 749	28 457
1995	4 460	9 498	30 778
1996	4 882	9 936	34 349
1997	5 198	10 354	36 469
1998	5 319	10 505	40 884
1999	5 984	11 539	41 793

Source : Société nationale d'assurance maladie (1999).

ainsi que les examens périodiques pour les salariées ont été ajoutés. Le ministère de la Santé et de la Protection sociale envisage d'étendre la couverture à d'autres services très onéreux, notamment l'IRM (voir section 1.1 dans le chapitre 1).

- Des facteurs structurels, notamment le vieillissement rapide de la population et l'aspiration croissante des usagers à bénéficier de services meilleurs et plus nombreux, ont exercé des pressions sur les coûts de santé. Ces derniers sont plus élevés pour les classes d'âge avancé que pour les plus jeunes (entre 1995 et 1998, les dépenses par demande de remboursement pour les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient en moyenne 1.61 fois le coût de celles pour la population âgée de moins de 65 ans⁹),

augmentent et concernent une proportion rapidement croissante de la population (se reporter aux projections démographiques de la section 1.1 du chapitre 1).

- Le gonflement du volume résulte en partie des caractéristiques sous-jacentes du mode de paiement. Dans le cadre de la rémunération à l'acte, les professionnels sont remboursés en contrepartie des prestations fournies. Bien qu'il stimule la hausse des extrants tels que le nombre de traitements par jour ou la productivité, ce système peut aussi encourager les médecins à fournir des services excessifs, car leurs revenus sont tributaires du volume et de l'intensité des soins (Robinson, 2001). Il se peut que de telles incitations aient été renforcées par la politique de faibles honoraires appliquée par les autorités coréennes.

Préférences des pouvoirs publics et de la société quant aux dépenses de santé et à leur croissance

La création du RNAM répondait à un important souci de réduire autant que possible les dépenses publiques de santé, ainsi que la charge des cotisations d'assurance sociale pesant sur les employeurs.

Pourtant, le taux de croissance des dépenses de santé risque désormais de susciter des préoccupations. En valeur réelle par habitant, les dépenses de santé progressent à un rythme plus rapide que le PIB. Dans le même temps, on ne dispose pas d'outils efficaces pour maîtriser cette hausse et veiller à ce que le surcroît de dépenses se traduise par des soins de qualité, assortis d'un bon rapport coût-efficacité. Les prochains chapitres examineront en quoi les réformes de santé récentes ont exacerbé les difficultés. La croissance des dépenses du RNAM touche directement les citoyens et les employeurs, à travers le taux des cotisations qu'ils versent, ainsi que l'État, à qui il incombe de préserver la viabilité du RNAM. Si les dépenses de santé progressent plus vite que le PIB en termes réels, les taux de cotisation doivent augmenter plus rapidement que les revenus. Il se peut que les cotisants au RNAM s'opposent à une telle majoration, s'ils ont l'impression que la hausse des dépenses n'aboutit pas à une meilleure rentabilité, et qu'ils ne soient pas prêts à supporter l'augmentation persistante des cotisations au fil des ans. Il convient d'envisager de nouveaux mécanismes destinés à maintenir la croissance des dépenses de santé sur une trajectoire viable sur le plan budgétaire, moyennant des taux réalistes de relèvement des cotisations, et à assurer la qualité des soins (chapitre 5).

3.3.2. Efficience microéconomique

L'efficience microéconomique est atteinte lorsqu'on maximise le rapport entre les résultats sanitaires (y compris la réactivité) et les ressources disponibles à l'intérieur du système de santé. A cause du manque de données sur les résultats, il est cependant extrêmement difficile d'appliquer ce concept. On ne dispose en effet que d'indices très parcellaires pour évaluer l'efficience microéconomique du système.

Alors que le nombre élevé de consultations par habitant et les faibles effectifs de médecins par habitant laissent croire à une forte productivité des praticiens coréens, ces caractéristiques suscitent par ailleurs une triple préoccupation. En premier lieu, la qualité des soins risque de se dégrader. Par exemple, la durée des consultations diminue, alors que le volume des visites augmente, et il se peut que les médecins soient moins attentifs aux besoins des patients. En second lieu, les praticiens disposent d'un temps limité par patient et chaque visite n'est pas considérée comme très lucrative. Jusqu'en juillet 2000, les prestataires pouvaient arrondir leurs revenus en vendant des médicaments. Il était donc dans leur intérêt de remplacer leurs services médicaux par des produits pharmaceutiques

(Kwon, à paraître a). Étant donné la propension déjà forte des Coréens à les consommer (Yang et al., 2001), cette utilisation risquait de devenir moins efficace par rapport aux coûts. En troisième lieu, il se peut qu'au-delà des besoins cliniques, les médecins encouragent l'accroissement des services rémunérés et de l'intensité des soins. On peut citer à titre d'exemple le taux extrêmement élevé de césarienne en Corée (tableau 3.11), en partie causé par le montant élevé des honoraires pour les césariennes, par rapport aux accouchements normaux (Lee, 2001). Le taux de césarienne est passé de 5.6 % en 1985 à 43 % en 1999. Il se pourrait aussi que le traitement des maladies bénignes soit fort coûteux, car les soins sont plus souvent dispensés par les spécialistes que par les généralistes.

Tableau 3.11. **Taux de césarienne, 1998 ou 1999**

En pourcentage

	1998 ou 1999
Australie	21.2
Belgique	15.3
Danemark	5.0
Finlande	15.6
Hongrie	21.4
Italie	31.9
Corée	43.0
Portugal	21.3
Suède	1.9

Source : Société nationale d'assurance maladie pour la Corée. Pour les autres pays, Éco-Santé OCDE 2001.

Comme dans le cas d'autres pays de l'OCDE, on dispose de données très limitées pour évaluer dans quelle mesure les ressources disponibles sont optimisées. La faible importance accordée à la promotion de la santé et à la prévention ne constitue sans doute pas le moyen le plus rentable de réduire la mortalité et la morbidité découlant de facteurs liés au mode de vie, entre autres la consommation d'alcool et de tabac. Par ailleurs, la forte consommation de médicaments entraîne de toute évidence des problèmes de résistance, notamment, semble-t-il, dans le cas des antibiotiques. Il convient d'étudier davantage le rapport coût-efficacité des traitements et des mesures préventives en Corée.

3.4. Équité

Il semble exister des inégalités entre les catégories sociales, dans le système de santé coréen. En cas de maladie, il fournit une protection assez complète mais superficielle. Du fait, entre autres, d'importants obstacles financiers à l'accès aux soins, les pauvres sont vulnérables, en cas de situation personnelle précaire ou de chocs économiques répétés. D'autres obstacles institutionnels et géographiques paraissent dissuader l'accès à des soins de qualité pour certains groupes sociaux. Les données dont on dispose sur l'équité du financement, l'équité d'accès et l'équité en matière de santé sont examinées ci-après.

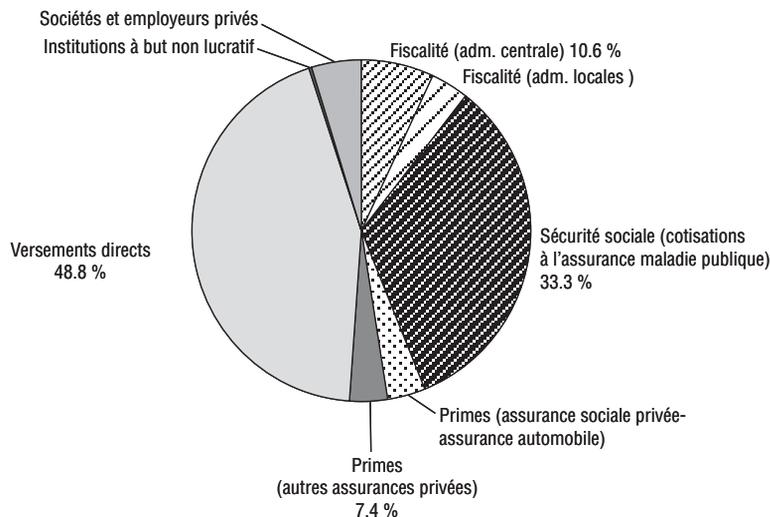
3.4.1. Équité du financement

On entend d'ordinaire par répartition équitable du financement de la santé le fait que chacun paie selon ses moyens (Van Doorsler, 1999 ; Wagstaff et van Doorsler, 1992). Il existe une équité verticale lorsque des individus aux capacités financières différentes sont tenus d'acquiescer des cotisations modulées comme il se doit. Lorsque les versements augmentent plus vite que les revenus parmi l'ensemble des catégories sociales, la distribution de la

charge est progressive. A l'inverse, lorsque la part du revenu représentée par les versements au titre de la santé augmente, alors que le revenu diminue, le système de financement de la santé est régressif. L'équité horizontale est atteinte lorsque des individus possédant la même capacité financière assument la même charge pour financer la santé.

Le système de santé coréen comporte un dosage régressif des sources de financement. Cette situation découle surtout du fait que le système de santé fait largement appel aux versements directs par les patients. Le graphique 3.10 illustre l'incidence relative des

Graphique 3.10. **Sources de financement de la santé, 1999**



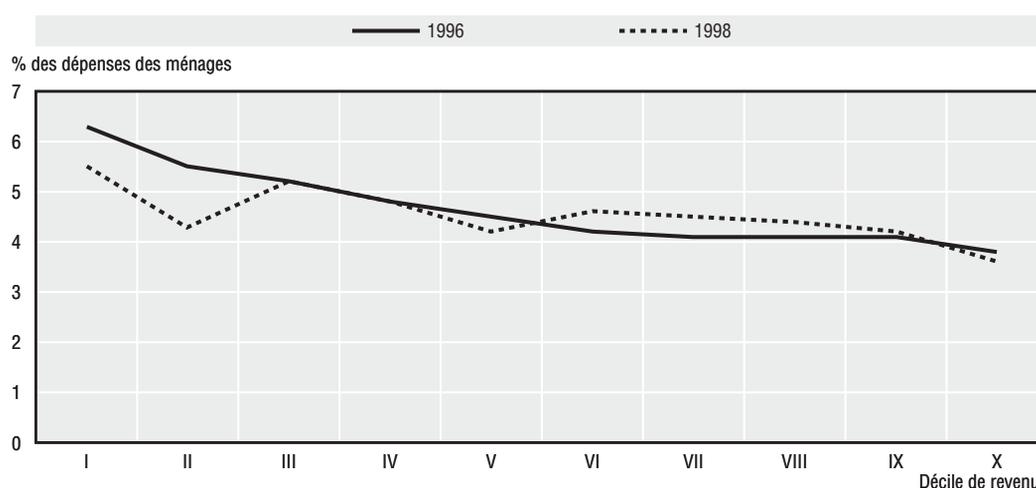
Source : Jeong (2001b).

différents modes de financement de la santé en Corée. Il fait apparaître la forte prédominance des versements privés sur le financement public reposant sur les revenus. Les paiements directement à la charge des patients, qui constituent presque la moitié du financement global, sont extrêmement régressifs en Corée, ce qui tient à trois raisons principales. En premier lieu, ils n'ont aucun lien direct avec la capacité financière de l'utilisateur. En second lieu, seuls les bénéficiaires de l'aide médicale, qui constituent une très faible fraction de la population, sont exonérés du ticket modérateur applicable aux services assurés par le RNAM. En troisième lieu, quoique le montant du ticket modérateur soit réduit de moitié dans le cas des demandes de remboursement très élevées, il n'est assujéti à aucun plafond annuel. Les cotisations d'assurance sociale, qui représentent par leur importance la deuxième source de financement, sont subordonnées au revenu. Elles ne sont toutefois proportionnelles à ce dernier que jusqu'à hauteur d'un plafond. Certaines catégories d'individus bénéficient de taux de cotisation réduits¹⁰, tandis que les personnes admissibles au programme d'aide médicale sont exonérées du versement des cotisations. Les ayants droit paraissent toutefois englober des individus qui, bien qu'ils soient peut-être en mesure de le faire, n'acquittent pas eux-mêmes de cotisations. En Corée, la proportion de la population de moins de 19 ans et de plus de 65 ans représentait 36.8 % en 1999, mais le nombre d'ayants droit aux fins du RNAM équivaut à un tiers en plus, soit 50.3 %¹¹ du total des assurés. Bien que la fiscalité constitue en toute probabilité la source de financement la plus progressive en Corée, elle ne compte que pour 11 % du financement total. Elle se

compose surtout d'impôts directs calculés sur le revenu, recouverts au niveau central et local, tandis que la taxe sur le tabac dont le produit est réservé reste encore secondaire.

Le graphique 3.11 indique la proportion des dépenses de santé dans les dépenses des ménages de salariés urbains, par catégorie de revenu¹². Les versements totaux au titre de la santé augmentent en proportion du revenu, alors que ce dernier diminue. Les données disponibles ne permettent pas de décomposer les données par source de financement, pour vérifier jusqu'à quel point les versements directs par les assurés et les cotisations sont plus régressifs que le financement par l'impôt. De surcroît, on ne dispose pas d'informations sur les ménages de travailleurs indépendants ni de chômeurs. Il faudra effectuer d'autres études pour calculer la progressivité de chacune des sources de financement de la santé et de leur dosage¹³.

Graphique 3.11. **Dépenses de santé dans le total des dépenses des ménages**



Source : Enquête auprès des ménages urbains, Bureau des statistiques, gouvernement coréen, 1999, telle que citée dans Yang et al. (2001).

En dépit des améliorations de l'équité horizontale apportées par la réforme de juillet 2000 qui a intégré les multiples sociétés d'assurance¹⁴, il subsiste des inégalités. La forte proportion de versements directs par les patients dans le financement total de la santé en subordonne la charge à l'utilisation, et non à la capacité financière. Il est par ailleurs difficile de déterminer le revenu des travailleurs indépendants, qui constituent environ la moitié des assurés. Il est probable que les inégalités horizontales persisteront, par suite de l'application de méthodes différentes pour estimer les cotisations à acquitter par les salariés et les travailleurs indépendants, et de la possibilité que ces derniers sous-évaluent le revenu qu'ils déclarent.

3.4.2. Équité d'accès

On entend d'ordinaire par équité d'accès le fait que l'utilisation des services médicaux repose sur le besoin (van Doorsler et al., 2000). Il peut exister des inégalités d'accès parmi diverses catégories sociales, qui dépendent de variables socioéconomiques (revenu, statut professionnel) ou démographiques (âge, sexe, race), ou des régions géographiques. La présente section passe en revue les faits témoignant d'écarts entre les catégories de revenus et les régions.

Disparités entre les catégories de revenus

On constate des disparités dans l'utilisation des services de santé parmi les catégories de revenus. Il est toutefois difficile de vérifier si ces écarts tiennent à des différences de besoin.

Pendant la crise asiatique de 1997-98, l'accès aux soins médicaux s'est détérioré, en particulier pour les titulaires de revenus les plus faibles¹⁵. Les données sur l'évolution des dépenses de santé réelles par niveau de revenu pour les salariés urbains indiquent que la baisse du recours aux services a plus touché les catégories de revenus inférieures que supérieures (tableau 3.12). La diminution de la fréquence d'utilisation semble avoir touché les services assurés ou non. Pourtant, les remboursements aux prestataires ne semblent pas avoir particulièrement changé pendant la crise, ce qui a été interprété comme un signe que les dispensateurs ont accru l'intensité des soins pour compenser le recul de l'utilisation. La crise économique a aussi exercé des effets redistributifs entre les catégories professionnelles. La réduction des dépenses de santé chez les chômeurs a été supérieure de 8.5 % à celle observée parmi les salariés urbains. Ces caractéristiques résultent de l'existence d'obstacles financiers à l'accès, qui fragilisent la population, surtout les plus pauvres, en période de difficultés économiques.

Tableau 3.12. **Variation des dépenses de santé réelles dans le temps, ménages de salariés urbains**

Catégories de revenus	Avant la crise économique			Après la crise économique
	1995	1996	1997	1998
I	97.4	107.5	106.1	83.8
II	112.7	113.2	104.1	92.8
III	107.2	115.7	108.4	98.9
IV	96.5	107	104.2	94.3
V	108.7	113.9	117.5	88.1
VI	103.8	103.9	110.2	96.8
VII	100.1	101	111.8	94.6
VIII	98.5	102.8	105.3	96.9
IX	93.4	103.6	98.6	90.7
X	96.9	105.3	113.2	82
Total des ménages	100.6	106.7	108.1	91.3
	(55 479)	(59 182)	(59 958)	(50 643)

Note : Les chiffres entre parenthèses représentent les dépenses de santé en termes réels, obtenues en déflatant les dépenses de santé nominales par l'indice des prix à la consommation des services médicaux.

Les déciles supérieurs de revenus indiquent des catégories supérieures de revenus.

Source : Enquête auprès des ménages urbains, Bureau des statistiques, gouvernement coréen, 1999, telle que citée dans Yang et al. (2001).

Il paraît exister des problèmes d'accès pour les personnes très pauvres. Le programme d'aide médicale, qui prend en charge les soins de santé pour les plus démunis, est loin de couvrir tous les individus vivant au-dessous du seuil de pauvreté. Bien que selon des enquêtes auprès des ménages, environ 7 % des Coréens vivent dans la pauvreté en 2001, des données administratives indiquent que seuls 3.8 % de la population pouvaient prétendre à une aide. Les individus économiquement faibles qui ne peuvent prétendre à une aide risquent d'être confrontés à un fardeau financier disproportionné en cas de maladie et d'attendre que leur état empire avant de recourir aux services médicaux¹⁶.

Enfin, il semble exister des disparités d'accès aux établissements publics et privés parmi les catégories de revenus. Les hôpitaux et les centres de santé publics paraissent

ériger moins d'obstacles financiers à l'accès, probablement du fait qu'ils pratiquent des prix libres inférieurs pour les services non assurés, et ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires à titre officieux. Les enfants sont vaccinés dans les centres de santé, à un tiers du prix des cliniques privées. Les patients ambulatoires reçoivent des services à un tiers du coût exigé dans les établissements privés et les malades chroniques acquittent des frais qui équivalent au cinquième de ceux des hôpitaux privés (Yang et al., 2001). Il se peut que les individus qui ont les moyens de payer des honoraires plus élevés et des dépassements de tarifs officieux préfèrent s'adresser aux hôpitaux privés. Environ 10 % des patients des hôpitaux publics sont des clients du PAM, contre 1 % dans les hôpitaux privés (Jeong et Lee, 1996). On risque de créer, en fonction de la capacité financière, un système de soins de santé à deux vitesses, les uns fournis par les établissements publics et les autres par les établissements privés. Pour éviter que les disparités d'accès ne se creusent, il faudra maintenir la qualité ainsi que des ressources suffisantes dans les établissements publics.

Disparités géographiques

On ne dispose pas de données suffisantes pour établir une corrélation entre les indicateurs sur l'accès et les ressources (par exemple lits, médecins et traitements par habitant), et ceux sur les résultats (notamment la mortalité ou l'invalidité). Ces données ne sont accessibles que pour 16 provinces et grandes villes, mais pas pour les districts. Il semble toutefois que la répartition des ressources et effectifs médicaux entre les différentes régions géographiques laisse quelque peu à désirer (tableau 3.13). Séoul possède une plus forte concentration de médecins et de lits d'hôpital que les autres régions. Bien qu'elles ne représentent que 41.4 % de la population, les quatre villes principales comprennent 54.6 % des médecins exerçant dans des cliniques. On trouve moins de 8 % des médecins dans les régions rurales, où vit un cinquième de la population (Yang, 1995). Les disparités de la répartition des établissements médicaux pourraient être à l'origine de l'utilisation plus faible des services de santé par les professions indépendantes, dans les régions rurales (Kwon, à paraître a).

Tableau 3.13. Répartition des ressources médicales

	Séoul	Trois grandes villes ¹	Régions rurales	Total pour la Corée
Habitants (milliers) ^a	10 389 (22.4 %)	8 846 (19.0 %)	– (21.5 %) ^a	46 430 (100 %)
Nombre de médecins en clinique ^a	17 103 (35.0 %)	9 592 (19.6 %)	– (7.8 %) ^c	48 894 (100 %)
Nombre de lits d'hôpital ^b	37 819 (21.7 %)	32 713 (18.8 %)	– 173 823	(100 %)
Nombre d'hôpitaux ^a	151 (19.5 %)	141 (18.3 %)	98 (12.7 %)	772 (100 %)
Nombre de centres de santé ^a	25 (10.3 %)	34 (14.0 %)	–	243 (100 %)
Médecins pour 1 000 habitants	1.65	1.08	–	1.05
Lits pour 1 000 habitants	3.64	3.70	–	3.74

1. Comprend des données de Pusan, Taegu et Incheon ; Les pourcentages entre parenthèses se rapportent à des proportions du total.

Source :

- a) Ministère de la Santé et de la Protection sociale (1999). Les données pour les habitants des régions rurales sont de 1995.
- b) Société nationale d'assurance maladie (1999).
- c) Yang (1995).

3.4.3. Équité en matière de santé

On ne dispose que d'indices limités sur la répartition de l'état de santé dans la population. Certains signes permettent de relever des différences entre les catégories de revenus¹⁷ dans les taux de mortalité corrigés de l'âge. Le tableau 3.14 montre que la mortalité dans les deux centiles de revenus supérieurs équivaut environ au tiers de celle observée dans les deux centiles inférieurs. La mortalité paraît aussi varier selon les régions. Les zones rurales affichent des taux de mortalité supérieurs de 44 % à ceux des zones urbaines. Ces observations concordent avec les données internationales, qui indiquent que les catégories sociales les plus défavorisées obtiennent des résultats sanitaires inférieurs à ceux des plus riches et que la pauvreté et la mauvaise santé sont interdépendantes (Wagstaff, 2002 ; CMH, 2001).

Tableau 3.14. **Différences de mortalité par revenu et par région géographique pour les employés de l'État et les enseignants**

		Nombre d'individus	Mortalité corrigée de l'âge ¹
Revenu	Décile I et II	187 799	27.8
	Décile III et IV	194 893	20.3
	Décile V et VI	214 773	16.3
	Décile VII et VIII	220 085	12.5
	Décile IX et X	181 584	10.5
Région	Métropolitaine	463 078	13.6
	Urbaine	393 932	14.9
	Rurale	142 062	21.4
Total		999 074	15.4

1. Standardisée à partir de l'ensemble des assurés de la société d'assurance des employés de l'État et des enseignants. Les déciles supérieurs de revenus indiquent des catégories supérieures de revenus.

Source : Kwon (à paraître a) d'après Cho (1997).

Notes

1. OMS (1999), tel que signalé dans OCDE (2001f).
2. Le niveau d'auto perception de l'état de « bonne santé » est très faible en Corée, par rapport aux autres pays de l'OCDE. Toutefois, l'utilisation aux fins de comparaisons internationales des données sur l'auto perception de l'état de santé général peut se heurter à d'importantes limites. Dans le document de l'OCDE (2000b), on identifie trois obstacles à la comparabilité : i) les variations des instruments d'enquête utilisés dans les différents pays, ii) les difficultés de traduction, et iii) les distorsions dans la notification.
3. Notamment une hausse de la proportion des emplois de cols blancs. Voir Or (2000a).
4. Par exemple, les indicateurs du Commonwealth Fund International Working Group on quality of care (www.cmwf.org/programs/policy.asp#group) et du Groupe de travail nordique sur la qualité.
5. De même, au Japon, les pouvoirs publics se sont servis du barème des honoraires pour promouvoir les soins primaires, par rapport aux soins aigus en milieu hospitalier (Jeong and Hurst, 2001).
6. Du fait que les recettes constituent une fonction linéaire des cotisations, et que les cotisations sont fondées sur les revenus, le taux d'augmentation du recouvrement des cotisations est inférieur à celui des dépenses de santé.
7. A l'instar des résultats de l'analyse des dépenses de santé totales, le taux de croissance moyenne des dépenses nominales par habitant du RNAM, sur la période 1992-99, peut être expliqué par des accroissements en volume (59.7 %), des variations globales de l'indice de prix du PIB (42.36 %), et, dans une faible mesure, par le prix relatif des services médicaux (-2.08 %). Ces résultats sont aussi confirmés par l'analyse effectuée par Lee (2001).

8. L'analyse porte sur les demandes de remboursement qui comprennent également les médicaments délivrés par les médecins. Avant 2000, le coût des médicaments délivrés par les médecins était comptabilisé sous la rubrique « demandes de remboursement au titre de services médicaux ».
9. Lee (2001) montre l'évolution des dépenses par demande de remboursement, pour la population de plus et de moins de 65 ans, pendant la période 1985-98.
10. Certains individus appartenant aux groupes à faible revenu, les handicapés et les personnes âgées, ainsi que les moins de 20 ans vivant dans une famille monoparentale.
11. Calcul sur la base du tableau 1.4 de *National Health Insurance Statistics Yearbook* (1999), pp. 36-37. En fait, les récentes mesures destinées à stabiliser les finances du RNAM comportent le prélèvement de cotisations sur le revenu des ayants droit qui subviennent à leurs propres besoins. Voir le tableau 4.10 et la section 4.3 du chapitre 4.
12. Selon des données tirées de l'enquête auprès des ménages urbains (Bureau of Statistics, 1999), ainsi que le rapportent Yang et al. (2001). L'enquête ne porte pas sur les ménages de travailleurs indépendants, ni de chômeurs. Elle est seulement représentative de 58.2 % de la population coréenne.
13. Wagstaff et al. (1999), van Doorsler et al. (1999), et Wagstaff et van Doorsler (1992) utilisent l'indice de progressivité de Kagwati ou de Suits pour estimer la progressivité ou la régressivité des différents modes de financement de la santé, parmi les pays de l'OCDE.
14. Se reporter au chapitre suivant sur les réformes de juillet 2000 pour une description complète des objectifs, du processus et des effets de la réforme d'intégration.
15. Voir Yang et al. (2001) pour une analyse de l'impact de la crise économique de 1998 sur l'utilisation des services de santé.
16. Les services préventifs sont également assujettis au barème du ticket modérateur applicable à tous les autres services assurés, ou peuvent ne pas être couverts du tout (par exemple les vaccinations).
17. Cho (1997), *Mortality by Socio-economic Class in the Health Insurance for Public School Employees*, thèse de doctorat (en coréen), Université nationale de Corée, tel que rapporté dans Kwon (à paraître a).

Chapitre 4

Les réformes de juillet 2000 : processus et impact sur la performance

Résumé. *En juillet 2000, deux grandes réformes du système de santé coréen ont été mises en œuvre. En premier lieu, la réforme de l'assurance maladie nationale a transformé le système d'organismes payeurs multiples en un système comportant un organisme payeur unique, par l'intégration de sociétés d'assurance autonomes à la Société d'assurance maladie nationale (réforme d'intégration). En second lieu, les fonctions de prescription et de délivrance des médicaments ont été séparées entre les médecins et les pharmaciens (réforme de séparation). Bien que ces deux réformes aient toutes deux été réalisées en juillet 2000, elles ont été préparées indépendamment et selon des calendriers initiaux différents.*

En juillet 2000, deux grandes réformes du système de santé coréen ont été mises en œuvre. En premier lieu, la réforme de l'assurance maladie nationale a transformé le système d'organismes payeurs multiples en un système comportant un organisme payeur unique, par l'intégration de sociétés d'assurance autonomes à la Société d'assurance maladie nationale (réforme d'intégration). En second lieu, les fonctions de prescription et de délivrance des médicaments ont été séparées entre les médecins et les pharmaciens (réforme de séparation). Bien que ces deux réformes aient toutes deux été réalisées en juillet 2000, elles ont été préparées indépendamment et selon des calendriers initiaux différents.

Ces réformes ont constitué une véritable innovation. Historiquement, la société coréenne a privilégié les politiques de « croissance avant tout », de responsabilité individuelle et d'intervention limitée de l'État dans les secteurs sociaux, stratégie qui a exposé la population à la précarité¹. Mais depuis la fin des années 90, une attention nouvelle a été accordée aux besoins de la population en matière de protection sociale. Le nouveau concept de bien-être productif² a introduit la notion d'un système global de protection de droit. Les idées concernant les réformes de la santé destinées à réduire l'inégalité horizontale du financement et à favoriser la spécialisation professionnelle des médecins et pharmaciens ont été adoptées dans le cadre du programme d'action des autorités, à l'issue d'un débat qui a duré plusieurs années. La conception coréenne de la politique sanitaire est en passe d'évoluer radicalement. Les pouvoirs publics assument des responsabilités qui feront d'eux un intervenant capital dans le système de santé, dont ils s'évertuent à rehausser la performance. Comme toutes les autres réformes de ce système, celles de juillet 2000 améliorent ou empirent la situation de telles ou telles parties prenantes, mais le climat dans lequel les réformes ont été appliquées était sans doute trop houleux pour qu'un consensus puisse être dégagé.

Les réformes ont produit des résultats positifs et négatifs. L'équité du financement du RNAM s'est améliorée, tandis que la spécialisation professionnelle des médecins et des pharmaciens a été favorisée. Il reste néanmoins à réaliser l'intégration complète des finances du RNAM et la réforme de séparation doit encore sensibiliser les professionnels de santé à l'efficacité des médicaments substituables en matière de coûts. De plus, en raison de la nature complexe de la réforme de séparation en particulier, il est difficile d'en prévoir les effets. Les réformes ont provoqué des réactions en chaîne qui ont précipité une crise financière au sein du RNAM, lequel accusait déjà un déficit sous-jacent.

4.1. La réforme d'intégration

4.1.1. Objectifs et processus de la réforme d'intégration

Avant la réforme d'intégration, le RNAM était fragmenté entre de multiples sociétés d'assurance parapubliques. Les sociétés d'assurance pour les salariés de l'industrie (SI) ont été les premières créées depuis l'institution du RNAM en 1977. De nouvelles sociétés d'assurance pour les fonctionnaires et les enseignants du secteur privé (FE), et pour les travailleurs indépendants, ont été progressivement ajoutées au système. On dénombrait 373 sociétés

d'assurance en 1997 qui, quoique jouissant d'une autonomie de fonctionnement, étaient sans but lucratif et ne rivalisaient pas pour attirer des adhérents.

Les autorités ont décidé de fusionner toutes les sociétés d'assurance en un organisme payeur unique, pour deux raisons :

1. **Améliorer l'équité du financement de la santé.** Alors que les sociétés ne différaient pas sur le plan de la couverture³ et des modalités de remboursement aux prestataires⁴, elles appliquaient des méthodes divergentes de calcul des cotisations. Selon tel ou tel assureur, il arrivait que des individus disposant d'un revenu identique payent des cotisations variables en contrepartie des mêmes prestations, ce qui donnait lieu à une inégalité horizontale. Cette situation se produisait pour deux raisons. En premier lieu, la méthode de calcul des cotisations n'était pas réglementée par l'État. Les sociétés d'assurance pour les salariés appliquaient le taux de cotisation à une assiette différente : certaines au salaire mensuel, d'autres à la rémunération globale. Pour les travailleurs indépendants, les assureurs se basaient sur le revenu, le patrimoine, les véhicules automobiles et la composition de la famille, mais en utilisant des seuils divers pour chacun de ces critères⁵. En second lieu, les sociétés d'assurance étaient responsables de l'équilibre de leurs comptes. Celles dont les dépenses étaient supérieures à la moyenne fixaient alors des tarifs plus élevés, car le prélèvement des cotisations correspondait au versement des prestations. Certains assureurs couvraient surtout des individus âgés ou à risque élevé, notamment dans les régions pauvres et rurales. A l'évidence, cette corrélation entre le besoin et le taux de cotisation contredisait le principe de solidarité qui avait présidé à la création du RNAM (section 1.1, chapitre 1).
2. **Améliorer l'efficacité du RNAM.** Si la création d'un grand nombre de sociétés d'assurance a aidé les pouvoirs publics à instaurer progressivement la couverture universelle, elle a doté le RNAM d'une structure de financement inefficace sous trois aspects. Bon nombre de sociétés d'assurance n'étaient pas suffisamment grandes pour garantir un regroupement efficace des recettes et, partant, une stabilité budgétaire, car beaucoup de petites sociétés ne pouvaient répartir les risques parmi un nombre d'assurés suffisant. De surcroît, les dépenses d'administration étaient souvent élevées, car le système conjuguant des assureurs multiples ne pouvait tirer parti d'économies d'échelle dans sa gestion⁶. Même si le processus d'examen des demandes de remboursement était déjà centralisé avant la réforme, il y avait largement matière à améliorer l'efficacité administrative, notamment par la rationalisation de la couverture géographique des assureurs et la modernisation des systèmes de gestion de l'information. Enfin, avant la réforme, le RNAM ne pouvait agir en qualité d'acheteur unique et prudent des services de santé.

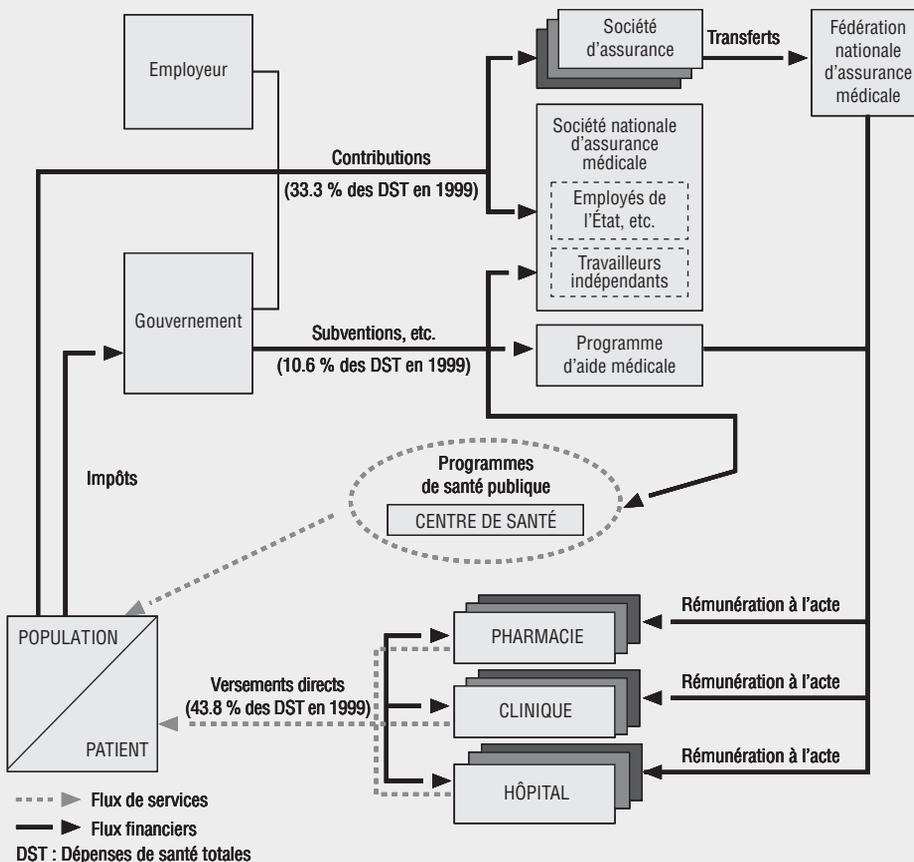
La réforme d'intégration a été loin de faire l'unanimité. Le groupe des « séparatistes » a signalé certains risques de l'intégration, surtout du point de vue de l'efficacité. L'établissement d'un organisme assureur unique créerait une vaste organisation monolithique, dont la gestion serait plus bureaucratique. On redoutait que le recouvrement des cotisations n'y soit pas aussi rigoureux que dans les sociétés autonomes qui s'autofinancent, en partie à cause de la difficulté de surveiller le recouvrement, car le pouvoir décisionnel serait plus éloigné des assurés. Certaines parties prenantes craignaient aussi de sortir perdantes de la réforme : les employeurs et les salariés des grandes entreprises se préoccupaient de devoir subventionner des sociétés d'assurance moins prospères⁷.

L'application de la réforme a été échelonnée. En octobre 1998, la société d'assurance des fonctionnaires et les sociétés d'assurance des travailleurs indépendants ont été

Encadré 4.1. Le RNAM avant la réforme d'intégration

Avant juillet 2000, le Régime national d'assurance maladie comprenait de multiples sociétés d'assurance autonomes. Celles pour les salariés de l'industrie (SI) ont été créées en 1977, sous l'égide de la Fédération nationale d'assurance médicale (FNAM). Un dispositif pour les employés de l'État et les enseignants des écoles privées (EEE) a été mis en place en 1979 et était géré par une société unique. Les sociétés d'assurance pour les travailleurs indépendants (TI) ont été établies à partir de 1981 dans les régions rurales et de 1989 dans les régions urbaines.

Les sociétés d'assurance s'autofinanciaient et servaient des prestations sur leurs réserves et sur les cotisations. Leur capacité financière et leur structure de risque étaient toutefois fort différentes. Les sociétés des grandes entreprises pouvaient compter sur une large assiette des cotisations. Les sociétés situées dans les régions pauvres, en particulier celles qui couvraient la population des travailleurs indépendants, disposaient de moindres ressources pour financer les prestations. Souvent, ces sociétés, à l'assise budgétaire fragile, assuraient en outre une plus forte proportion de personnes malades et à haut risque, et se trouvaient donc confrontées à des dépenses plus élevées. Les pouvoirs publics ont pris deux mesures visant la stabilité financière des sociétés d'assurance. En premier lieu, l'État s'est engagé à payer la moitié des dépenses de prestations pour les affiliés des caisses auto assurées, afin d'inciter les travailleurs indépendants à adhérer au RNAM et à verser leurs cotisations. En second lieu, un système de péréquation financière entre les sociétés a été instauré en 1991. Il regroupait les dépenses de santé des personnes âgées et des assurés coûteux, de manière à partager ces



Encadré 4.1. **Le RNAM avant la réforme d'intégration** (suite)

coûts, au lieu qu'ils ne soient supportés par chaque société individuellement. En dépit de ces deux mesures, au moment de l'application de la réforme d'intégration, un grand nombre de sociétés continuaient à éprouver des difficultés financières.

Les dépenses au titre des prestations du RNAM étaient remboursées directement aux dispensateurs. Les demandes de remboursement étaient examinées par un Comité d'examen des honoraires médicaux, au sein de la FNAM. Une fois la demande approuvée, la FNAM payait les dispensateurs sur les fonds déposés par chaque société d'assurance. Bien que le paiement des prestations soit centralisé, chaque caisse était gérée indépendamment et chargée de prélever des cotisations suffisantes pour couvrir les dépenses de prestations en faveur de ses assurés. En 1998, la société EEE et les 224 caisses de travailleurs indépendants ont été regroupées au sein de la Société nationale d'assurance médicale coréenne (SNAMC). En juillet 2000, les 139 sociétés d'entreprise et la SNAMC ont été intégrées au sein de la Société nationale d'assurance maladie (SNAM).

regroupées au sein de la Société nationale d'assurance médicale coréenne (SNAMC). En juillet 2000, la SNAMC et les sociétés d'assurance des salariés de l'industrie ont été intégrées au sein de la Société nationale d'assurance maladie (ci-après nommée la Société). L'Agence d'examen des soins de santé (AESS) a aussi été fondée, qui a assumé les fonctions de l'ancienne Fédération d'assurance médicale (se reporter à l'encadré 4.1). A ce stade, les finances des sociétés regroupant les salariés (salariés de l'industrie, employés de l'État et enseignants) et de celles qui réunissaient les sociétés assurant les travailleurs indépendants sont restées distinctes. La mise en commun des ressources était initialement prévue pour le 1^{er} janvier 2002, mais l'exécution a été retardée de 18 mois. C'est donc le 1^{er} juillet 2003 qui marquera l'aboutissement de la réforme d'intégration.

4.1.2. *Résultats de la réforme*

Les objectifs initiaux de la réforme d'intégration ont été jusqu'à présent atteints en partie. L'équité du financement a notamment été améliorée. Certains écueils devront toutefois être surmontés pour mener à bien la réforme, dont le potentiel d'efficience n'a pas encore été pleinement réalisé. Les craintes exprimées par les opposants à l'intégration ne paraissent pas avoir été justifiées. Néanmoins, les autorités n'ont pas réglé certains problèmes antérieurs à la réforme du RNAM, c'est-à-dire surtout les difficultés de recouvrement des recettes auprès des travailleurs indépendants et la fragilité budgétaire du système. Si les pouvoirs publics veulent améliorer la performance du système sous l'angle du financement, ces éléments ressortent comme des priorités essentielles.

Amélioration de l'équité du financement

L'équité horizontale quant au versement des cotisations s'est améliorée, tant pour les salariés que pour les travailleurs indépendants. Une méthode uniforme de prélèvement est maintenant appliquée au niveau national. La réforme d'intégration a par ailleurs favorisé la redistribution des revenus, car les cotisations ont augmenté pour les plus riches et le plus souvent diminué pour les pauvres⁸.

- **Salariés.** Les cotisations, dont on a uniformisé l'assiette, qui porte sur la rémunération globale⁹, et fixé le taux à 3.63 %, sont réparties à part égale entre l'employeur et le salarié. Ce

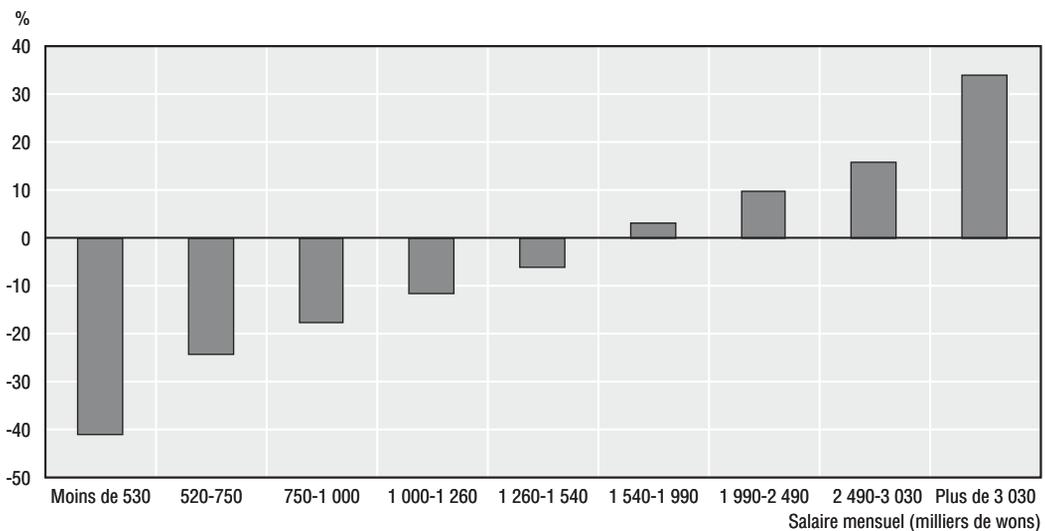
taux a été choisi dans le but de préserver la neutralité budgétaire, autrement dit conserver le même niveau global de prélèvements qu'auparavant. Même si le taux avait pu être fixé de manière à obtenir un effet marginal sur les recettes, cette décision visait à atténuer la résistance des catégories dont les cotisations ont augmenté par suite de la réforme. Parmi les salariés, certains ont subi une majoration de leurs cotisations, tandis que 56.6 % d'entre eux ont bénéficié d'une diminution. Les simulations indiquent que les petits salariés ont vu leurs cotisations diminuer le plus, tandis que les travailleurs mieux payés et les salariés des grandes entreprises ont assisté à une hausse (tableau 4.1 et graphique 4.1). Pour que le relèvement des cotisations soit graduel, les pouvoirs publics ont appliqué un système de remises temporaires, qui sera progressivement éliminé.

Tableau 4.1. **Variation en pourcentage des cotisations, par taille de l'entreprise, à l'issue de la réforme d'intégration**

Taille de l'entreprise	Nombre d'employés	Variation en pourcentage des cotisations
Petites entreprises	Moins de 10	-17.0
Moyennes entreprises	30-100	-11.0
Grandes entreprises	300-500	+ 8.2
Très grandes entreprises	1 000 ou plus	+ 19.4

Source : Chang-Bae (2002), citant des données du ministère de la Santé et de la Protection sociale, Société nationale d'assurance maladie, « The meaning and effects of health insurance integration », février 2000.

Graphique 4.1. **Variation en pourcentage des cotisations pour les salariés, à l'issue de la réforme d'intégration**



Source : Société nationale d'assurance maladie.

- **Travailleurs indépendants.** La méthode d'évaluation du revenu des travailleurs indépendants est maintenant uniformisée à l'échelle nationale. La réforme a également favorisé la redistribution en accroissant les cotisations que doivent acquitter les titulaires d'un revenu et d'un patrimoine importants. D'après les simulations, 92.2 % des individus situés dans la catégorie contributive inférieure ont bénéficié d'une réduction de leurs cotisations après la réforme, contrairement à 97.1 % des assurés des catégories contributives supérieures, qui versent maintenant des cotisations plus importantes (tableau 4.2).

Tableau 4.2. **Variation des cotisations pour les travailleurs indépendants, à l'issue de la réforme d'intégration**

	Niveau des cotisations					Moyenne
	Moins de 10 000 wons	20-25 000 wons	40-45 000 wons	60-70 000 wons	100-110 000 wons	
% de ménages connaissant une hausse de leurs cotisations	7.8	40.6	63.5	72.5	97.1	37.8
% des ménages connaissant une baisse de leurs cotisations	92.2	59.4	36.5	27.5	2.9	62.2

Source : Chang-Bae (2002), citant des données du ministère de la Santé et de la Protection sociale, Société nationale d'assurance maladie, « The meaning and effects of health insurance integration », février 2000.

Améliorations de l'efficience

Même s'il est probable que la réforme d'intégration a entraîné des améliorations de l'efficience grâce à la mise en commun des recettes du RNAM, elle n'a pas encore permis de recueillir pleinement les fruits de l'institution d'un organisme payeur unique jouant un rôle actif.

- *Mise en commun des ressources.* La fusion de sociétés fragmentées en un organisme payeur unique a permis de répartir les risques entre un grand nombre d'assurés, en regroupant ainsi plus efficacement les ressources du RNAM. Avant la réforme, la multiplicité et la petite taille des assureurs étaient bien loin de garantir une accumulation et une gestion efficaces des recettes du RNAM. Par exemple, alors que la seule société d'assurance pour les fonctionnaires et les enseignants couvrait 11 % de la population et gérait 12 % du total des recettes du RNAM en 1997, chacune des 227 sociétés d'assurance pour les travailleurs indépendants affiliait 0.2 % de la population et administrait en moyenne 0.2 % des recettes en moyenne (tableau 4.3).

Tableau 4.3. **Nombre de sociétés et pourcentage de la population couverte, 1980-2000**

	1980	1985	1990	1997	1998	1999	2000	
Salariés de l'industrie (SI)	423	144	154	145	142	140	1 (SNAS)	
% de la population	14 %	30 %	25 %	37 %	34 %	36 %		
Employés de l'État et enseignants (EEE)	1	1	1	1	1 (SNAM)	1 (SNAM)		
% de la population	10 %	10 %	11 %	11 %				
Travailleurs indépendants	–	6	254	227	62 %	60 %		
% de la population		1 %	45 %	50 %				
Total	442	151	409	373	143	141		1

SNAM : Société nationale d'assurance maladie.

SNAS : Société nationale d'assurance santé.

Source : Société nationale d'assurance maladie (1999).

- *Efficience administrative.* Il semble que les économies d'échelle accrues réalisées en matière de gestion aient produit une baisse des dépenses d'administration. La structure organisationnelle du système, y compris sa configuration géographique, a été rationalisée. Certaines données préliminaires indiquent que les dépenses d'administration, qui représentaient 8.8 % du total des dépenses du RNAM en 1999, ont été ramenées à 7.3 % en 2000 et à un niveau estimé à 4.4 % en 2001. En juillet 2002, les 389 sociétés d'assurance avaient été remplacées par 235 agences et six sièges régionaux, et les effectifs avaient été

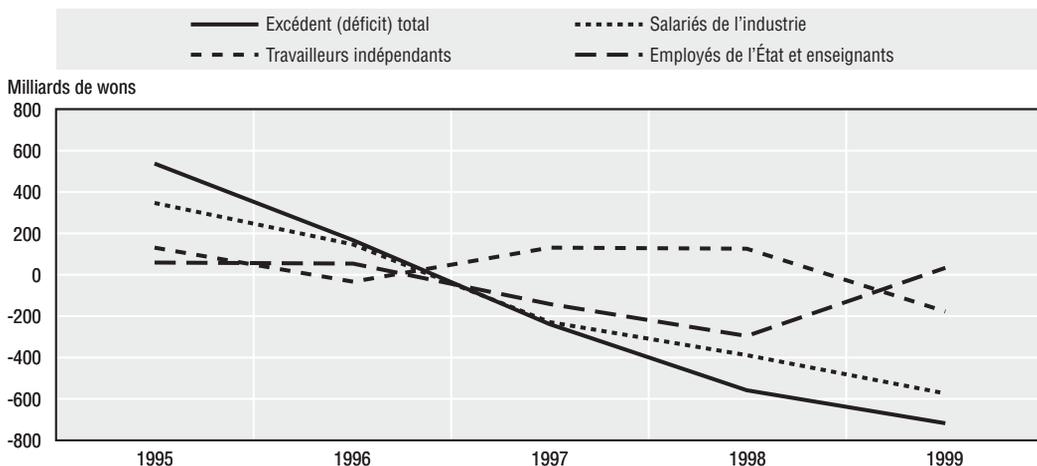
réduits de 4 320 personnes (-28.7 %). Les coûts liés à des suppressions de postes et à une réorganisation aussi massives ont été contenus en réintégrant les employés licenciés au sein de la caisse nationale de retraite. A cet égard, la restructuration organisationnelle du RNAM a été gérée en douceur. Il s'agit d'un succès considérable, si l'on considère que le coût d'établissement d'un vaste appareil bureaucratique risquait de neutraliser les économies d'échelle réalisées en matière d'administration.

- **Achat actif.** La plus grande amélioration à escompter de la réforme d'intégration tient au nouveau rôle joué par le RNAM à titre d'organisme payeur unique. Créée en juillet 2000, l'Agence d'examen de l'assurance maladie¹⁰ a reçu le mandat de vérifier les demandes de remboursement de soins médicaux, et d'évaluer le bien-fondé ainsi que la rentabilité des services de santé fournis aux assurés¹¹. C'est seulement à l'issue de ce contrôle que le RNAM paie les prestataires de soins. Pour l'instant, l'Agence s'efforce seulement de déceler la fraude parmi ces derniers, et de faire échec aux demandes de remboursement frauduleuses ou soumises pour des services différents de ceux qui ont été effectivement fournis au patient. Par ailleurs, la Société n'a pas tiré parti de sa nouvelle position pour négocier une amélioration des conditions de prestation, ni contracter des conditions spéciales avec certains dispensateurs.

La question de la stabilité budgétaire

Avant la réforme, un grand nombre d'assureurs étaient en proie à l'instabilité financière ou en situation d'insolvabilité (voir l'encadré 4.1). L'intégration d'assureurs multiples dont la situation budgétaire différait a permis de régler les problèmes des sociétés accusant les plus graves déséquilibres. La réforme a en effet nivelé les finances de tous les assureurs en fusionnant des sociétés éprouvant des difficultés financières et d'autres, plus stables. Bien entendu, la mise en commun des ressources n'a pas en soi modifié le solde budgétaire global du RNAM, qui s'est détérioré au fil des ans, affichant un déficit depuis 1997 (graphique 4.2). Mais la fusion n'a ni alourdi les dépenses, ni diminué les recettes.

Graphique 4.2. **Excédent et déficit des sociétés d'assurance avant la réforme d'intégration**



Source : Société nationale d'assurance maladie.

- S'agissant des *dépenses*, la réforme paraît avoir légèrement réduit les dépenses d'administration. Elle a de surcroît créé la possibilité d'un achat prudent de services de santé. Auparavant, les sociétés d'assurance n'étaient pas plus efficaces dans ce domaine. Elles se contentaient de jouer le rôle d'intermédiaires financiers, ne participaient ni à l'examen, ni à l'évaluation des services de santé et ne pouvaient passer de contrats sélectifs avec les prestataires de soins.
- S'agissant du *recouvrement des recettes*, la réforme d'intégration semble avoir eu peu d'effet net. Avant son application, d'aucuns craignaient qu'en éloignant le centre décisionnel des cotisants, les assurés et les administrateurs des assurances ne perdent le sentiment de « prise en main » de la caisse se traduisant par le risque moral associé au paiement et au recouvrement des cotisations. Bien qu'on semble avoir relevé, à titre sporadique, des comportements de cavalier seul, au tout début de la réforme¹², elle n'a donné lieu à aucune baisse du recouvrement des recettes (tableau 4.4). Pour la mener à bien, il reste encore à résoudre le grave problème de l'évaluation du revenu des travailleurs indépendants. La sous-estimation des revenus déclarés, qui risque fort de continuer comme auparavant, fait obstacle à l'intégration des finances des sociétés assurant les salariés et les travailleurs indépendants, et au relèvement des taux de cotisation.

Tableau 4.4. **Recouvrement des cotisations, avant et après la réforme d'intégration**

	1998	1999	2000	2001
Total des cotisations (millions de wons)	6 107 232	7 291 110	8 609 784	11 217 478
Taux d'augmentation par rapport à l'année précédente	8.31 %	19.38 %	18.09 %	30.29 %
Cotisations par habitant (won)	136 742	162 925	187 430	243 400
Taux d'augmentation par rapport à l'année précédente	8.74 %	19.15 %	15.04 %	29.86 %

Source : Société nationale d'assurance maladie (1999).

4.2. La réforme de séparation

4.2.1. Objectifs et processus de la réforme de séparation

Jusqu'en juillet 2000, il n'existait pas de distinction entre la fonction de prescription des médecins et celle de délivrance des médicaments des pharmaciens. Cet usage, qui provenait de la tradition de la médecine orientale, a conduit à une absence de séparation des rôles en Chine, au Japon, à Taiwan, et dans d'autres pays est-asiatiques. Les cliniques et les hôpitaux contenaient des dispensaires qui délivraient les médicaments. Les pharmacies vendaient un grand nombre de médicaments de spécialité sans ordonnance. Médecins et pharmaciens rivalisaient donc pour attirer les clients et bénéficier des marges sur la vente des médicaments. Il se peut que la décision des médecins de délivrer des médicaments ait été motivée autant par les perspectives de profit que par les avantages pour le patient.

La réforme de séparation poursuivait trois grands objectifs :

- Réduire la surconsommation de produits pharmaceutiques.** La réforme visait à améliorer la rationalité de la prescription et à réduire la consommation de médicaments. Les préoccupations au sujet de la consommation inefficace de produits pharmaceutiques tenaient aux incitations des médecins à surprescrire¹³, puisque la vente de médicaments représentait pour eux une importante source de revenus (tableau 4.5). Les médecins avaient intérêt à délivrer des médicaments assortis d'une

Tableau 4.5. **Proportion des revenus bruts des cliniques issus de la vente de produits pharmaceutiques**

Médecine interne	Médecine familiale	Dermatologie	Urologie	Pédiatrie	Chirurgie générale
47.0 %	42.4 %	41.6 %	41.4 %	39.5 %	35.6 %

Source : Kwon (a paraître b). Étude reposant sur l'échantillon national couvrant 15.1 % de l'ensemble des cliniques de médecins.

marge bénéficiaire élevée, mais n'étaient pas suffisamment incités à vendre les produits les plus indiqués sur le plan clinique. La réforme visait à supprimer les marges sur les médicaments et, partant, les incitations économiques à favoriser la surconsommation de produits pharmaceutiques. Elle avait également pour but de supprimer les incitations commerciales susceptibles d'influer sur le produit prescrit. Le taux des piqûres et l'utilisation des antibiotiques suscitaient en particulier des inquiétudes. Les consultations des médecins comportaient une piqûre dans 57 % des cas et les antibiotiques représentaient 59 % des médicaments délivrés, soit une proportion trop forte pour qu'elle soit justifiée sur le plan clinique, et qui a provoqué une résistance accrue aux antibiotiques.

- ii) **Renforcer le droit du patient à l'information.** Les médecins donnaient souvent des explications insuffisantes sur les médicaments (type, quantité et durée du traitement). Ce manque de transparence a accru l'asymétrie d'information entre médecins et patients, exposant ces derniers à une consommation induite par les fournisseurs. La réforme visait à mieux sensibiliser les patients et à renforcer leur capacité de vérifier le comportement des médecins en divulguant l'ordonnance aux patients et aux pharmaciens.
- iii) **Accroître l'efficacité de l'industrie pharmaceutique et de la distribution des médicaments.** La demande de médicaments à marge élevée de la part des professionnels a influencé la structure de la production émanant des fabricants nationaux et étrangers. Ces derniers avaient intérêt à proposer des médicaments à un prix inférieur aux tarifs du RNAM et non à en améliorer la qualité. Ils n'ont guère investi dans la recherche et le développement de médicaments de qualité, car le coût élevé de telles activités ne pouvait être recouvert sur le marché coréen. Les fabricants et les grossistes se concentraient sur la négociation de ristournes avec les médecins et pharmaciens, en échange d'accords de vente exclusive et en gros volume. La réforme a aussi visé le système logistique d'entreposage et de distribution des médicaments. L'industrie de gros et de détail étant très fragmentée, les autorités ont jugé bon de la réorganiser de manière plus efficace, pour bénéficier d'économies d'échelle dans la distribution. La réforme devait atteindre ce résultat en contraignant les pharmacies à se rééquiper et à se réorganiser, pour faire face à l'accroissement du nombre d'ordonnances des médecins.

Le principe de la séparation s'applique à l'ensemble des établissements médicaux et des médicaments vendus sur ordonnance, qui dans un premier temps, englobaient aussi les produits administrés par injection. Les produits pharmaceutiques étaient classés en médicaments à *usage général*, pouvant être délivrés par la pharmacie sans ordonnance, mais sans que leur emballage ne soit ouvert, et en médicaments à *usage professionnel* (ou de spécialité), devant être prescrits par un médecin¹⁴. Ces derniers correspondent en général aux produits remboursés par le RNAM. Pour une ordonnance donnée, le pharmacien peut remplacer un médicament de marque par un générique, dès lors que l'efficacité de celui-ci est prouvée par des études de bioéquivalence.

La nécessité de promouvoir la spécialisation professionnelle des médecins et des pharmaciens suscite des débats depuis la promulgation de la Loi sur les activités pharmaceutiques de 1953. Après l'échec d'un programme pilote devant appliquer la séparation dans une ville coréenne d'importance moyenne au début des années 80, le cadre de la réforme a été révisé en 1994. La nouvelle loi stipulait que la réforme serait mise en œuvre progressivement, entre 1997 et 1999. En dépit de l'accord des pouvoirs publics et des professionnels sur les avantages de dissocier la prescription et la délivrance des médicaments, aucun consensus n'a été dégagé sur les modalités d'application de la réforme. Les autorités ont pourtant décidé d'exécuter la réforme en 1999, dès la conclusion d'un accord entre les organisations non gouvernementales et l'association des médecins, par lequel les praticiens s'engageaient à respecter les dispositions de la réforme.

En préparation de la mise en œuvre de la séparation, les pouvoirs publics ont aligné le prix de remboursement des médicaments sur le prix d'achat, éliminant ainsi les marges des médecins sur les ventes de médicaments (novembre 1999). Pour compenser cette perte de revenu, les autorités ont autorisé une majoration immédiate de 12.8 % des honoraires médicaux, toutefois jugée insuffisante par les intéressés. Une première grève, en février 2000, a été suivie par quelque 40 000 médecins qui protestaient contre la politique de suppression des marges. Après un deuxième mouvement de grève en avril 2000, auquel ont adhéré 90 % des médecins exerçant en cabinet (Kwon, à paraître b), les pouvoirs publics ont consenti à une nouvelle revalorisation des honoraires de 6 %. En juin 2000, une troisième grève a immédiatement précédé la séparation des fonctions des médecins et des pharmaciens, qui a été exécutée en juillet 2000, fortuitement au même moment que la réforme d'intégration. Pour atténuer le contrecoup financier de la réforme de séparation subi par les médecins, les pouvoirs publics ont permis que leurs honoraires soient encore relevés de 9.2 %. Cette mesure n'a pas suffi à mettre fin aux grèves. Une dernière manifestation a eu lieu en août 2000. Elle a été suivie par deux autres majorations des honoraires en septembre 2000 (6.5 %) et en janvier 2001 (7.08 %), la dernière pour dédommager les médecins, par suite de l'introduction de l'échelle des valeurs relatives fondée sur les ressources (section 1.3, chapitre 1). Enfin, en partie pour la commodité des patients, le droit d'effectuer des piqûres a été rendu aux médecins en novembre 2001. Cette situation représente un net revirement par rapport à la réforme de juillet 2000, étant donné que la moitié des individus consultant un médecin recevaient une piqûre.

4.2.2. Résultats de la réforme

Les données préliminaires sur l'impact de la séparation font état de résultats à la fois positifs et négatifs. La dissociation entre la prescription et la délivrance facilite la spécialisation professionnelle des médecins et des pharmaciens, couramment pratiquée dans les pays de l'OCDE. La réforme paraît aussi avoir favorisé la réduction des ordonnances injustifiées et créé les conditions d'une consommation plus éclairée. Elle a toutefois désincité les médecins à utiliser les génériques plutôt que les produits de marque plus onéreux, et n'a pas encouragé une prescription et une consommation de médicaments assorties d'un bon rapport coût-efficacité. La réforme a par ailleurs provoqué une forte hausse des dépenses de santé.

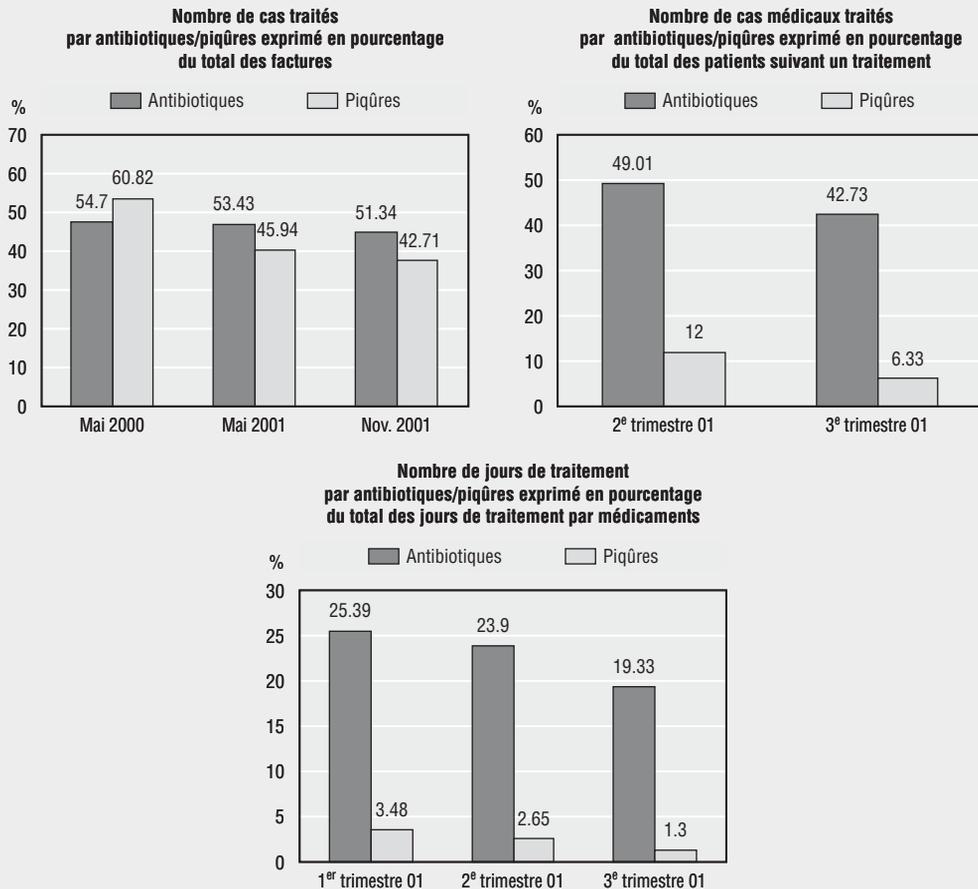
Les caractéristiques de l'utilisation des médicaments paraissent s'améliorer

Certains indices préliminaires confirment que même si la consommation et la prescription de médicaments semblent élevées en termes absolus, le recours aux antibiotiques et aux piqûres diminue (voir l'encadré 4.2). Ce recul paraît être un résultat

Encadré 4.2. Impact de la réforme de séparation sur l'utilisation des antibiotiques et des piqûres

Les Coréens recourent largement aux produits pharmaceutiques, et particulièrement aux antibiotiques et aux piqûres. Parmi les préoccupations du ministère de la Santé et de la Protection sociale, la surconsommation et l'abus de médicaments ont occupé une place importante, et leur réduction constituait l'un des principaux objectifs de la réforme de séparation de juillet 2000.

Selon les données diffusées par le ministère de la Santé et de la Protection sociale, les ordonnances de médicaments semblent diminuer après la réforme, bien que l'utilisation de tels produits reste élevée. Ces résultats sont fondés sur une analyse des demandes de remboursement électroniques effectuées par les cliniques en novembre 2001 et par les pharmacies au cours du troisième trimestre de 2001. Le nombre de *cas médicaux* traités par antibiotiques, exprimé en pourcentage du total des factures, a subi une baisse de 6.1 % entre mai 2000 et novembre 2001. Pour les piqûres, la diminution était de 29.8 % (chiffre de gauche). La proportion des demandes de remboursement soumises par les pharmacies qui comprenaient une ordonnance d'antibiotiques a été réduite de 12.8 % entre le deuxième et le troisième trimestre de 2001. Des chiffres comparables pour les piqûres indiquent une baisse de près de moitié (47.2 %) (chiffre de droite).



Encadré 4.2. **Impact de la réforme de séparation sur l'utilisation des antibiotiques et des piqûres** (suite)

Une analyse de la durée totale des traitements médicamenteux révèle que la proportion des jours totaux de traitement représentée par les antibiotiques a diminué d'environ un quart (23.9 %) entre le premier et le troisième trimestre de 2001, alors que la part des jours de traitement par piqûre a également régressé de 62.6 %.

Dans l'ensemble, l'utilisation de médicaments paraît encore très forte. Le nombre de médicaments prescrits par facture a reculé de 7.7 % entre mai 2000 et novembre 2001. Il demeure toutefois élevé en valeur absolue : 5.42 médicaments prescrits par facture en novembre 2001.

Source : Ministère de la Santé et de la Protection sociale (2002).

positif, puisque les antibiotiques étaient beaucoup trop utilisés avant la réforme et que le régime de la séparation a cessé de s'appliquer aux piqûres en juillet 2001. Afin de désinciter les médecins à faire encore plus de piqûres qu'avant la réforme, les pouvoirs publics ont pris de nouvelles mesures en novembre 2001, qui sanctionnent les praticiens exécutant trop souvent ces actes et les incitent à les réduire¹⁵. Il semble que ces dispositions produisent les effets souhaités. Il faudra toutefois s'efforcer de réduire encore la consommation et la prescription de médicaments.

La sensibilisation des patients en matière d'utilisation des médicaments devrait s'améliorer, en dépit des désagréments initiaux éprouvés par les patients

Quoique la réforme ait tout d'abord occasionné des désagréments aux patients, les avantages à long terme devraient l'emporter sur les irritants initiaux. Les personnes qui avaient l'habitude de recevoir des conseils, un traitement et des comprimés directement chez le médecin doivent maintenant faire deux visites et s'adresser tout d'abord au médecin, puis au pharmacien. De même, les personnes qui avaient l'habitude d'acheter des médicaments en vente libre, y compris des antibiotiques, sont maintenant obligées de voir un médecin. Néanmoins, la réforme renforcera la pertinence et la qualité des prescriptions. Elle assigne les fonctions centrales de diagnostic et de prescription aux médecins. Elle élargit le droit du patient à l'information sur les médicaments prescrits en lui donnant accès aux ordonnances. Elle encourage les médecins à prescrire plus attentivement les médicaments. Elle confère au pharmacien une fonction de contrôle du caractère optimal de la quantité et du type de médicaments prescrits par le médecin. Les ordonnances peuvent être vérifiées à la fois par le médecin et le pharmacien, ce qui garantit l'amélioration des services aux patients. Les avantages cliniques de la séparation devraient l'emporter sur les désagréments éprouvés par les patients.

Modification de la distribution des produits pharmaceutiques

En dépit de recettes accrues, le marché de la vente au détail des médicaments est très fragmenté et n'a été que partiellement redéployé vers des pharmacies plus grandes et plus efficaces. Si la réforme semble avoir massivement accru le chiffre d'affaires moyen des pharmacies¹⁶, elle a aussi créé des pressions en faveur d'une amélioration de la logistique. Les fruits de la réforme semblent toutefois inégalement répartis. De nombreuses pharmacies ont éprouvé des difficultés de gestion consécutives à ces changements, mais

peu d'entre elles paraissent avoir modernisé leurs installations. L'élargissement du marché de la délivrance des médicaments n'a profité qu'à un nombre restreint d'acteurs du marché¹⁷. Beaucoup d'autres petits magasins ont déménagé pour se rapprocher des établissements médicaux¹⁸, mais pourront peut-être se maintenir à flot malgré leur taille et leur fonctionnement inefficients, grâce au taux élevé de prescription des médecins (95 % des patients ambulatoires). D'autres pharmacies paraissent avoir opté pour le marché lucratif de la phytothérapie et des médicaments en vente libre.

Les fabricants étrangers de médicaments semblent se tailler des parts de marché après la réforme

La réforme semble favoriser la prescription de produits de marque par les médecins. La vente de médicaments étrangers a progressé, tandis que régressait la part de marché des sociétés nationales. Cette situation peut s'expliquer par une modification des incitations des médecins, qui, auparavant, étaient récompensés s'ils négociaient des bas prix et utilisaient des génériques. Cette tendance a été maintenue par l'établissement d'un distributeur en gros exclusif pour les médicaments étrangers, ce qui a encore affaibli la position sur le marché des laboratoires pharmaceutiques coréens. Ils s'efforcent donc actuellement de se réorganiser pour accroître leur efficacité. Avant la réforme, il existait environ 450 fabricants locaux, principalement composés de petites entreprises de moins de 100 salariés (Kwon, à paraître b)¹⁹.

Les dépenses de santé ont augmenté à l'issue de la réforme

La réforme a été suivie d'une hausse des dépenses de santé prises en charge par le RNAM, conséquence en partie attendue, qui a toutefois dépassé les anticipations. On attendait entre autres une augmentation des consultations externes et des demandes de remboursement de médicaments, associée à l'abandon de l'automédication à la pharmacie pour une médication officielle dans le cadre du RNAM. Les prévisions ont notamment été plus importantes à cause du coût unitaire plus élevé des médicaments de marque et du brusque relèvement des honoraires médicaux qui a découlé des grèves des médecins. L'impact de ce relèvement sur les dépenses du RNAM a été inférieur à la hausse totale des honoraires de 41 %, car il a en partie compensé l'élimination des marges des médecins sur la vente de médicaments. Le transfert de la fonction de délivrance des médicaments aux pharmaciens a produit un déplacement des coûts inscrits dans les comptes du RNAM, des « établissements médicaux » aux « pharmacies »²⁰, mais qui ne devrait pas entraîner d'augmentation des dépenses du RNAM, si ce n'est la tendance des médecins à prescrire des médicaments de marque.

Les tableaux 4.6 et 4.7 traduisent ces conséquences, bien qu'ils reposent sur des données ne permettant guère d'estimer la contribution de chacun des facteurs à la hausse des dépenses. Quoiqu'il résulte en partie d'augmentations annuelles atypiques en volume (colonne « b »), cet accroissement du volume et donc du coût des consultations a atteint environ 22.6 %, entre 1999 et 2001. La très vive progression des demandes de remboursement au titre des pharmacies (251 % entre 1999 et 2001, comme l'indique la colonne « a ») est imputable à deux effets (qui ne peuvent être distingués, étant donné les données dont on dispose). Premièrement, les demandes de remboursement des établissements médicaux ont été remplacées par celles des pharmacies, puisque les médecins ne peuvent plus délivrer de médicaments ; ce réaménagement des coûts n'occasionne pas de dépenses supplémentaires pour le RNAM. Deuxièmement, les versements directs des patients ont fait place à des frais au

Tableau 4.6. Impact de la réforme de séparation sur les volumes et les prix des prestations du RNAM

	Nombre de demandes de remboursement (pharmacies)	Nombre de demandes de remboursement (consultations externes)	Coût par demande de remboursement (pharmacies) (wons)	Coût par demande de remboursement (consultations externes) (wons)	Ratio pharmacie/prestations médicales (%)
Moyenne 1994-1999	53 302 468	216 491 987	2 454	13 348	2.51
Augmentation annuelle en glissement annuel (%) (1994-1999)	16.26	9.49	15.39	11.01	-
1999	70 436 305	263 311 766	2 850	16 645	2.69
2000	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	10.68
2001	247 178 527	322 729 988	13 791	18 857	35.76

n.d. non disponible.

Note : Avec la réforme, un grand changement s'est produit dans les données incluses dans l'agrégat du RNAM. Avant juillet 2000, la catégorie « pharmacies » ne comprend que les médicaments délivrés par les pharmaciens, tandis que la catégorie « consultations externes » regroupe les traitements médicaux et les médicaments délivrés par les médecins. Après juillet 2000, le poste « pharmacies » inclut tous les médicaments, tandis que le poste « consultations externes » ne comprend que les traitements médicaux.

Source : Données obtenues auprès de la Société nationale d'assurance maladie.

Tableau 4.7. Augmentation en glissement annuel du coût des demandes de remboursement des pharmacies et des établissements médicaux, après la réforme de séparation

	Pharmacies		Établissement médicaux			
	Millions de wons	%	Hospitalisations		Consultations externes	
			Millions de wons	%	Millions de wons	%
1997-1998	18 190	12.6	301 857	12.6	555 080	17.5
1998-1999	38 621	23.8	361 643	13.4	653 419	17.5
1999-2000	647 114	322.0	239 221 ¹	7.8 ¹	851 227 ¹	19.4 ¹
2000-2001	2 561 066	302.0	239 221 ¹	7.3 ¹	851 227 ¹	16.3 ¹
1999-2001	3 208 180	1 598.0	478 443	15.7	1 702 895	38.8

1. S'agissant des hospitalisations et des consultations externes, on ne connaît pas les hausses annuelles pour 1999-2000 et 2000-2001. Les données se rapportent donc à une moyenne calculée sur la base de l'augmentation globale pour 1999-2001.

Source : Données obtenues auprès de la Société nationale d'assurance maladie.

titre de médicaments désormais vendus sur ordonnance et pris en charge par le RNAM, ce qui a provoqué une augmentation des dépenses de ce dernier. Cette double évolution des coûts explique l'augmentation du rapport entre les prestations au titre des pharmacies et des établissements médicaux, qui est passé de 2.7 % en 1999 à 35.8 % en 2001 (colonne « e »). L'observation de la colonne « d » ne révèle que partiellement l'effet du relèvement des honoraires médicaux, car les demandes de remboursement au titre des consultations externes en 1999 comprennent aussi le remboursement des médicaments délivrés par les médecins²¹. Bien que la revalorisation des honoraires ait été en partie neutralisée par la suppression des marges des médecins sur la vente de médicaments, l'impact sur les dépenses globales risque néanmoins d'être sensible, car ce relèvement porte sur des volumes plus importants de consultations externes, hormis les services hospitaliers. Enfin, la forte hausse du coût par demande de remboursement de frais de pharmacie tient à la comptabilisation de demandes plus coûteuses parmi les « pharmacies » que parmi les « établissements médicaux », mais aussi à la prescription par les médecins de médicaments de marque plus onéreux.

La hausse des dépenses aurait pu être beaucoup plus limitée si la réforme avait été bien gérée.

Les grèves des médecins et leur impact sur le revenu des praticiens

Les grèves des médecins ont été vastes et prolongées. Elles tenaient à des causes complexes et multiples. En premier lieu, bien que les praticiens aient consenti au principe de la séparation professionnelle, ils redoutaient le manque à gagner imputable à la renonciation au droit de délivrance des médicaments, qui représentait une source de revenu appréciable, en raison des marges bénéficiaires élevées, du fait, notamment, que les pouvoirs publics avaient strictement réglementé les honoraires, afin de contenir les coûts globaux. En second lieu, les médecins ne divulgueraient qu'à contrecœur leur savoir médical aux pharmaciens et, partant, ne voyaient pas d'un œil favorable la fonction de vérification des ordonnances qu'exerceraient ces derniers. Le corps médical craignait aussi de perdre ses fonctions et son pouvoir professionnels en cédant aux pharmaciens le droit de délivrance des médicaments. En troisième lieu, s'estimant insatisfaits du processus et de leur manque de participation aux importantes décisions touchant leur situation financière et professionnelle, les médecins ont décidé d'exprimer leurs préoccupations avec véhémence.

Médecins et pharmaciens semblent avoir profité de la réforme. La revalorisation des honoraires paraît avoir plus que compensé la perte des marges bénéficiaires sur les ventes de médicaments, en particulier pour certaines spécialités. Un grand nombre de médecins exerçant en hôpital semblent avoir quitté leur poste pour ouvrir leur propre clinique, ce qui peut être considéré comme un signe que le relèvement des honoraires²² a dédommagé le corps médical de façon excessive. De surcroît, l'augmentation du volume des consultations externes, auxquelles s'applique le relèvement des honoraires, a multiplié l'effet sur les revenus des médecins. Il n'est pas interdit de penser que cette revalorisation aurait pu être mieux négociée à l'avance, pour tenir compte des hausses de volume qui compenseraient en partie le manque à gagner des médecins. Il est aussi probable que les pharmaciens ont tiré profit de la réforme, car ils ont obtenu la totalité du marché de la délivrance des médicaments. D'après les sondages menés par l'Association coréenne des pharmaciens, les bénéfices de l'élargissement du marché paraissent concentrés parmi un cinquième des pharmacies.

Dans l'ensemble, le processus de réforme a entraîné des conséquences pour la gouvernance dans le secteur de la santé. Les grèves ont démontré à la fois le pouvoir de négociation des médecins et les insuffisances de l'accord négocié par le truchement des organisations non gouvernementales (ONG). Ces mouvements ont provoqué une rupture de la confiance entre le corps médical et les pouvoirs publics. Il pourrait être opportun de renforcer les mécanismes propres à établir un consensus. Il semble par ailleurs indispensable d'envisager d'autres mesures que la réglementation des honoraires pour maîtriser les coûts (tableau 4.8).

4.3. La crise financière de l'assurance maladie nationale

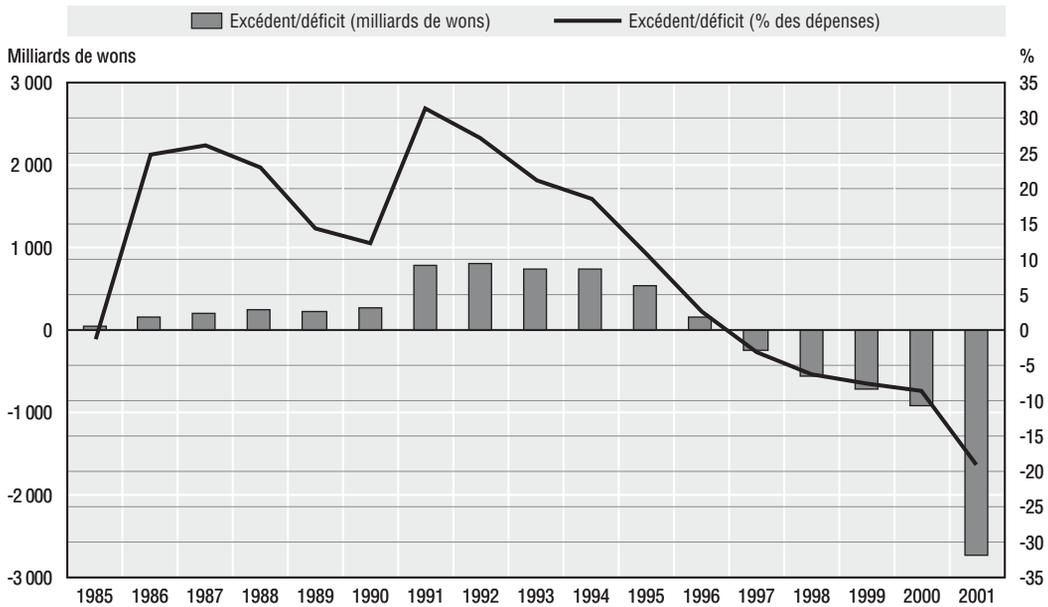
A la fin de l'an 2000, une crise financière a éclaté au sein du Régime national d'assurance maladie. Sa résolution est devenue la plus urgente des priorités nationales fixées pour le système de santé coréen. Bien qu'il remonte au milieu des années 90, le déficit de l'assurance maladie est monté en flèche en 2001. Fin 2001, il avait atteint 2.7 milliards de wons, soit environ un cinquième du total des dépenses du RNAM pour l'année (graphique 4.3). Les pouvoirs publics ont annoncé en mai 2001 un vaste train de mesures

Tableau 4.8. Effet sur les volumes et les prix de la réforme de séparation

	Effet sur les prix		Effet sur les volumes	
		Impact sur les dépenses		Impact sur les dépenses
Services médicaux	+	<i>Augmentation des honoraires médicaux.</i> Les grèves des médecins ont contraint les pouvoirs publics à accepter une hausse globale des honoraires de 41.58 %, sur une période de 15 mois ¹ . Cette hausse était marquée, par rapport à l'augmentation annuelle des honoraires médicaux de 7.3 % sur la période 1990-1998. L'effet net sur les dépenses du RNAM dépend de la mesure dans laquelle la hausse des honoraires compense l'élimination des marges des médecins sur la vente de médicaments. Selon les estimations actuelles (tableau 2.3), la part des recettes des cliniques dans la vente des médicaments allait de 35.6 % pour la chirurgie générale à 47 % pour la médecine interne. L'effet net sur les dépenses du RNAM dépendra de la mesure dans laquelle les bénéfices sur la vente de médicaments seront plus que compensés par le relèvement des honoraires. Légère hausse, bien que le coût par demande de remboursement soit multiplié par des volumes beaucoup plus gros de visites en consultation externe.	+	<i>Augmentation des volumes de visites en consultation externe.</i> Les individus qui se procuraient un médicament à usage professionnel dans une pharmacie doivent maintenant se rendre chez un médecin pour obtenir une ordonnance, ce qui explique la hausse de 22.6 % des visites en consultation externe sur la période 1999-2001 (tableau 2.4). Alors que 79 % des Coréens ont recouru à un établissement médical au moins une fois en 1999, ce chiffre a atteint 87 % en 2000. Le RNAM estime que la hausse de 8 % (4.4 millions de personnes) représente les individus passant de l'automédication à la médication formelle, dans le cadre du RNAM ² .
Médicaments	-	<i>La marge des médecins sur la vente de médicaments a disparu.</i> La baisse de la marge des médecins a probablement été compensée par les relèvements des honoraires. Au début, les médecins recevaient aussi des honoraires de prescription, supprimés par la suite.	+	<i>De l'automédication à la médication formelle.</i> Les demandes de remboursement de médicaments par personne auprès du RNAM devraient augmenter, car les médicaments auparavant en vente libre ne sont ni prescrits, délivrés ni remboursés par le RNAM.
	+	<i>Honoraires de délivrance des pharmaciens.</i> Les honoraires de délivrance des pharmaciens ont été remplacés par la marge des médecins sur la vente de médicaments.		<i>Diminution de l'abus de médicaments.</i> Selon les estimations initiales, la surconsommation et la mauvaise utilisation de médicaments régressent (voir par exemple l'encadré 4.2 sur l'utilisation d'antibiotiques et de piqûres). A mesure que la réforme se consolidera, cette tendance se poursuivra vraisemblablement et la consommation de médicaments par habitant devrait diminuer.
	+	<i>Une combinaison plus coûteuse de médicaments.</i> Les médicaments vendus sur ordonnance, plus coûteux, semblent privilégiés ³ (passage des génériques aux médicaments de marque), car les médecins paraissent les juger plus efficaces. Il en est résulté une hausse des dépenses de médicaments par demande de remboursement.		

1. Il a fallu procéder à deux augmentations, l'une de 12.8 % en novembre 1999 et une autre de 6 % en avril 2000, pour dédommager les médecins de la réduction de leur revenu, due à l'application de la politique de suppression des marges (le prix d'achat équivaut au prix de vente pour les médicaments remboursés). En juillet 2000, par suite de vastes grèves des médecins, un relèvement de 9.2 % des honoraires médicaux a été mis en œuvre, pour indemniser les praticiens des conséquences néfastes sur leur revenu de la réforme de séparation. Enfin, deux autres revalorisations des honoraires médicaux ont été accordées en septembre 2000 (6.5 %) et en janvier 2001 (7.08 %), cette dernière consécutive à l'introduction de l'échelle des valeurs relatives fondée sur les ressources (se reporter à la section 4.3).
2. 61.7 % des patients qui se procuraient un médicament pour des affections bénignes (p. ex. un rhume) auprès du pharmacien se rendent maintenant chez le médecin. Ces données ont été en partie tirées d'un questionnaire de l'OCDE adressé aux experts coréens et aux fonctionnaires du ministère de la santé et de la protection sociale.
3. L'Institut coréen des affaires sanitaires et sociales (ICASS) estime que la part de marché des médicaments de marque est passée de 8.1 % en janvier 2000 à 19.3 % en décembre. L'ICASS a également interrogé 785 cliniques, dont 36 % ont déclaré faire maintenant un usage plus fréquent des médicaments de marque.

Source : Mis au point par l'OCDE sur les effets de la réforme de séparation.

Graphique 4.3. **Évolution des excédents/déficits du RNAM, 1985-2001**

Source : Données obtenues auprès de la Société nationale d'assurance maladie.

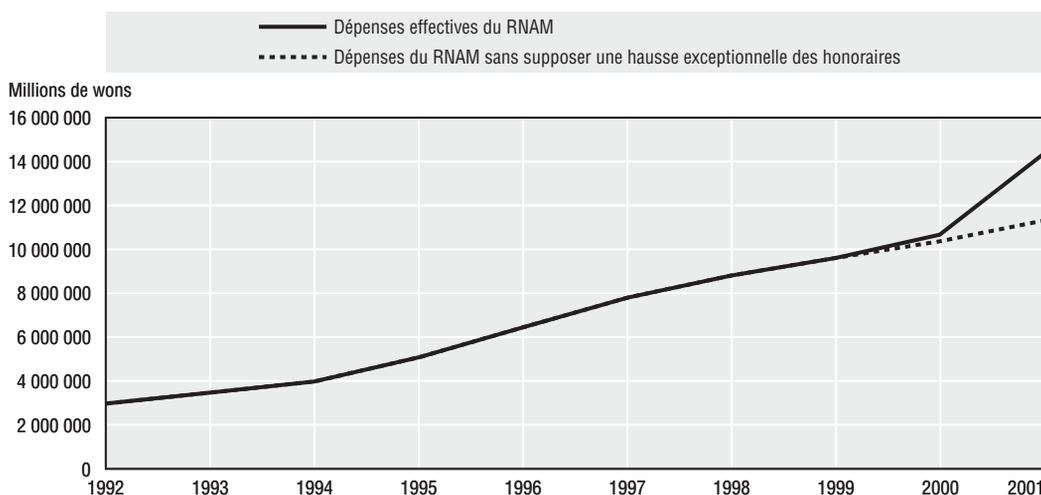
destinées à redresser les comptes du RNAM, dont l'application intégrale semble pourtant difficile, étant donné la perte de confiance du public et le climat de gestion de crise.

4.3.1. La crise financière résulte-t-elle des réformes de juillet 2000 ?

L'opinion publique critique vertement les pouvoirs publics pour la crise financière, qu'elle associe aux réformes de juillet 2000. La séparation des fonctions des médecins et des pharmaciens a certainement précipité la crise, mais d'autres pressions sous-jacentes menaçaient la stabilité budgétaire, préalablement aux réformes de juillet 2000. Comme l'indique le chapitre 3, sous l'effet d'une très vive croissance des dépenses et d'une progression insuffisante des recettes, la situation financière de la caisse nationale d'assurance maladie avait commencé à se détériorer avant les réformes de juillet 2000. Même sans l'application de telles mesures, le RNAM aurait continué à subir des pertes, du fait de déterminants structurels des déséquilibres budgétaires en partie imputables à certaines caractéristiques du système de santé. La crise a accru la nécessité de remédier à quelques-unes de ces insuffisances, notamment la faiblesse des cotisations et les incitations inflationnistes sous-jacentes au système de rémunération.

Il est néanmoins vrai que la réforme de séparation a contribué au déficit global, bien qu'il soit difficile d'estimer exactement jusqu'à quel point. Le graphique 4.4 présente une analyse des dépenses du RNAM. La courbe en trait plein indique les dépenses effectives pour les années 2000 et 2001, tandis que la courbe en pointillé montre comment les dépenses auraient pu évoluer si elles avaient augmenté selon une projection linéaire fondée sur les dépenses des années 90. A supposer qu'en 2000 et 2001, l'accroissement des recettes du RNAM ait aussi suivi la même tendance que dans les années 90, le déficit budgétaire du RNAM aurait pu s'établir à un tiers du niveau de 2001.

S'agissant de la réforme d'intégration, son impact global sur l'excédent ou le déficit du RNAM a été neutre. Elle a réduit la variabilité de la situation budgétaire des sociétés

Graphique 4.4. **Dépenses effectives du RNAM et dépenses sans augmentation exceptionnelle des honoraires**

Source : Données obtenues auprès de la Société nationale d'assurance maladie.

d'assurance, dont la structure des risques et la capacité contributive différaient. Néanmoins, contrairement aux préoccupations nées avant l'intégration, elle n'a pas engendré d'effet sur la capacité de recouvrement des recettes du RNAM. Elle n'a pas non plus alourdi les dépenses ; au contraire, des signes préliminaires laissent croire que les dépenses d'administration ont diminué. Elle a aussi créé les conditions d'un achat plus prudent des services de santé.

Dans l'ensemble, les pouvoirs publics portent une certaine part de responsabilité dans le rythme auquel la situation budgétaire du RNAM s'est dégradée, en particulier après la réforme de séparation. Premièrement, il se peut que la revalorisation des honoraires ait surcompensé le manque à gagner engendré par la perte des marges sur la vente des médicaments (le relèvement des honoraires n'a pas entièrement déterminé la hausse des dépenses de santé subie par le RNAM, car ce dernier ne finance plus les marges bénéficiaires des médecins sur la vente de médicaments). Deuxièmement, l'ampleur de la progression des dépenses a peut-être été sous-estimée, de sorte qu'aucune mesure préalable n'a été prise pour en atténuer les répercussions. Ce facteur a exacerbé la situation budgétaire déjà instable du RNAM. Troisièmement, alors que la réforme d'intégration n'a pas aggravé le solde budgétaire global du RNAM, les pouvoirs publics auraient pu saisir cette occasion pour remédier en partie à quelques symptômes de l'instabilité financière du système. Le taux des cotisations a en particulier été fixé de manière à exercer un effet neutre sur les comptes du RNAM. La décision de relever ce taux, mesure indispensable pour redresser les finances du régime, mais de toute évidence impopulaire, a été retardée jusqu'à ce que la crise financière éclate en 2001.

Mesures des pouvoirs publics face à la crise financière

Le gouvernement a adopté deux séries de mesures pour gérer la crise financière du RNAM. Un plan d'action destiné à réduire les déficits du régime a été publié en mai 2001, et une Loi spéciale visant à stabiliser les finances du régime d'assurance a été promulguée en janvier 2002 et restera en vigueur jusqu'à la fin de 2006.

Le plan d'action formulé par les pouvoirs publics pour résoudre la crise financière, rendu public en mai 2001 et complété par les mesures d'octobre 2001, a pour but de parvenir à la stabilité budgétaire d'ici 2006 (ministère de la Santé et de la Protection sociale, 2001, en coréen). Ce plan comporte une liste de mesures assez longue, notamment une hausse de la subvention de l'État à la catégorie des travailleurs indépendants²³, une majoration du ticket modérateur, un renforcement des mécanismes de détection de la fraude des prestataires de soins, une amélioration de l'évaluation du revenu des travailleurs indépendants, ainsi qu'une hausse annuelle de 9 % des taux de cotisation jusqu'en 2006. De surcroît, l'Assemblée nationale a accepté de relever sensiblement la taxe sur le tabac²⁴, dont le produit est réservé, qui devrait rapporter 660 milliards de wons par an, à compter de 2002, et d'accorder une rallonge budgétaire au titre de la santé en 2001. Le tableau 4.9 illustre les principales mesures prises par les pouvoirs publics pour stabiliser les finances du RNAM et les résultats prévus. Le tableau 4.10 fait état des principaux résultats obtenus jusqu'à présent.

Il se pourrait que les mesures adoptées par les pouvoirs publics suffisent à redresser les finances du RNAM comme prévu. Il semble toutefois qu'elles n'agissent que partiellement sur certains facteurs critiques sous-tendant la croissance des dépenses du système. Du côté des recettes, le plan prévoit à juste titre un relèvement progressif du taux des cotisations au RNAM (mesure indispensable étant donné l'élargissement de la couverture du système), une subvention fiscale accrue et des modifications limitées du ticket modérateur. Du côté des dépenses, pourtant, les mécanismes de maîtrise des dépenses, notamment l'expansion du volume, risquent d'être insuffisantes. Le RNAM a enregistré des taux de croissance élevés depuis sa création, ce qui ne laisse pas d'inquiéter, non pas tant à cause du rythme suivi par la croissance, mais en raison de son caractère incontrôlé. La stricte réglementation des honoraires, qui était le principal levier utilisé par les pouvoirs publics (outre le ticket modérateur), pour maîtriser les coûts au sein du RNAM, a perdu de son efficacité. Compte tenu du ressentiment accumulé au fil des ans par les médecins du fait de leurs honoraires historiquement faibles, il est peu probable que pour limiter les coûts, les pouvoirs publics imposent à nouveau de faibles tarifs. L'établissement de ces derniers relève désormais de la négociation entre les parties prenantes, plutôt que de la décision unilatérale des autorités. Il faudrait au contraire inciter davantage les différents acteurs à utiliser plus efficacement les ressources médicales. Il importe de synchroniser les mécanismes de détermination des recettes (cotisations d'assurance et subventions de l'État) et de freinage des dépenses (tant les volumes que les prix).

La Loi spéciale sur la stabilisation financière du régime d'assurance maladie (HIFSPA) modifie certaines dispositions de la Loi sur l'assurance maladie nationale. Premièrement, l'HIFSPA met en place des mesures visant à rationaliser les compétences en matière de recettes et de dépenses du RNAM. L'établissement du barème des honoraires médicaux et des taux de cotisation, auparavant fragmenté entre différents comités, est confié à un seul organisme, le Comité des délibérations sur la politique de l'assurance maladie (HIPDC). La Loi unifie par ailleurs les procédures autrefois différenciées de calcul des cotisations des salariés et des travailleurs indépendants, en prescrivant que les taux de cotisation pour tous les individus sont fixés par décret présidentiel, via l'HIPDC. Deuxièmement, l'HIFSPA introduit des mesures en vue de prévenir la fraude des fournisseurs (en précisant des règles régissant le dépôt des demandes de remboursement des dispensateurs auprès du RNAM) et des assurés (en privant les individus dont les cotisations sont en souffrance depuis plus de trois mois du droit aux prestations du RNAM²⁵). Enfin, la loi fait obligation à l'État de maintenir

Tableau 4.9. **Mesures correctives adoptées en mai 2001 pour stabiliser les finances du RNAM et résultats préliminaires**

Milliards de wons

	Impact annuel prévu	Impact annuel prévu en 2001	Entrée en vigueur	Résultats provisoires en octobre 2001
<i>Renforcement du contrôle des factures médicales</i> ¹	266.6	177.7	Toute l'année	236.8
<i>Rationalisation du système de paiement</i> ²	886.7	282.5	–	464.1
Intégration des honoraires de consultation et de prescription ^a	312.0	104.0	Juillet	
Modulation des honoraires selon les volumes de patients ^b	164.4	54.8	Juillet	
Païement des piqûres dans les honoraires de consultation ^c	205.0	68.3	Juillet	
Réduction de la période correspondant aux tarifs de nuit ^d	48.6	16.2	Juillet	
Resserrement de l'application des normes régissant les prestations ^e	156.7	39.3	Juillet	
<i>Freinage des dépenses de médicaments</i> ³	423.6	129.1	–	69.1
Baisse du prix de remboursement des médicaments	157.3	52.9	Toute l'année	
Système de prix de référence ^f	166.1	41.5	Août	
Substitution de génériques aux dépenses ^g	6.3	2.1	Juillet	
Évaluation de la pertinence des demandes de remboursement de médicaments ^h	78.4	26.1	Juillet	
Réduction de l'utilisation des équipements de traitement médical	15.5	6.5	Juin	
<i>Modification des tarifs du ticket modérateur dans les cliniques et les pharmacies</i> ⁴	422.9	141.0	Juillet	107.0
<i>Mesures pour stimuler les recettes et maîtriser les coûts de la Société</i>	500.9	358.5	–	417.1
Relèvement des taux de cotisation ⁱ	171.8	171.8	Toute l'année	
Prélèvement de cotisations sur les ayants droit ^j	140.4	70.2		
Expansion du nombre de contributeurs	144.5	72.3	Juillet	
Contrôle du coût de gestion du RNAM	44.2	44.2	Juillet	
TOTAL	2 500.7	1 088.7	Toute l'année	

1. Application plus systématique du contrôle et de l'évaluation des factures médicales.

2. Système de paiement.

a) Immédiatement après 2000, les médecins recevaient des honoraires de consultation et des honoraires de prescription, qui ont été intégrés.

b) On a mis en place une sorte de mécanisme de paiement « mixte ». Le remboursement des examens médicaux varie selon les volumes, c'est-à-dire que les honoraires unitaires diminuent à mesure qu'augmentent les volumes de services fournis par chaque prestataire. Les services fournis aux bénéficiaires de l'aide médicale ne sont pas compris dans le calcul des volumes.

c) Depuis que le droit d'effectuer des piqûres a été rendu aux médecins, l'injection ne donne pas lieu à un remboursement distinct, mais a été intégrée aux honoraires de consultation.

d) Le tarif de nuit est plus élevé que celui de jour. La mesure réduit la période pendant laquelle le tarif de nuit est appliqué.

e) L'AEAM effectue une vérification plus approfondie des demandes avant de procéder aux remboursements, pour éviter la fraude des médecins.

3. Médicaments.

f) Les patients seront priés d'assumer le coût des médicaments dont le prix dépasse le prix de référence normal.

g) Les économies découleront de la substitution de génériques aux médicaments de marque, qui peut être effectuée par les pharmaciens.

h) Les ordonnances des médecins sont évaluées avant le remboursement, pour entraîner des comportements plus attentifs au moment de la prescription.

4. Augmentation de 40 % du ticket modérateur pour le traitement médical des affections bénignes, dans les cliniques et hôpitaux locaux (équivalent à une hausse de 500 à 800 wons). En 2003, le ticket modérateur afférent aux traitements et aux médicaments pour les maladies bénignes devrait être établi à un taux fixe (environ 30 % du coût), au lieu du montant fixe actuel.

i) Les niveaux de cotisation devraient augmenter de 8/9 % du niveau courant de chaque année, jusqu'en 2006.

j) Les ayants droit d'autres assurés, qui représentent 400 000 personnes, reçoivent des prestations médicales sans verser de cotisations, bien qu'ils disposent de moyens économiques suffisants pour cotiser. Les pouvoirs publics entendent prélever des cotisations sur ces personnes. Ils comptent en second lieu étendre le RNAM (salariés de l'industrie) aux entreprises de moins de cinq salariés.

Source : Ministère de la Santé et de la Protection sociale (mai 2001) ; ministère de la Santé et de la Protection sociale (6 novembre 2001).

Tableau 4.10. **Principaux résultats en octobre 2001 des mesures prises en mai 2001**

	Milliards de wons			
	Estimation initiale sans mesure	Mesure de l'objectif en mai	Résultats	
			D'ici octobre	Prévu d'ici la fin de l'année
Recettes (A)	10 428.20	11 180.74	10 156.6	11 504.6
Dépenses (B)	14 626	13 851.5	12 037.2	14 286.2
A - B	-4 197.8	-2 044.1	-1 880.6	-2 781.6
Déficit net	3 278.9	1 125.2	1 003.1	1 862.7

Source : Ministère de la Santé et de la Protection sociale (6 novembre 2001).

un certain niveau de subventions au régime d'assurance maladie, fixé à 40 % des dépenses au titre de l'administration et des prestations engagées en faveur du groupe des travailleurs indépendants. En outre, 10 % des fonds recueillis par l'intermédiaire du Fonds de promotion de la santé seraient versés au RNAM, dans le but de subventionner les coûts afférents aux personnes âgées (de plus de 65 ans).

Notes

- Comme l'indique la section 3.4 (chapitre 3) sur l'équité, qui met en relief l'impact de la crise économique de 1997 sur l'accès à la santé.
- Une monographie *DJ Welfarism: A New Paradigm for Productive Welfare in Korea*, publiée en janvier 2000, fait état de l'aspiration à l'origine de ce nouveau concept de protection sociale. L'OCDE a étudié le marché du travail et le système de protection sociale coréens en 2000 (OCDE, 2000a).
- Les prestations du RNAM ont été uniformisées pour toutes les sociétés d'assurance et fixées par les pouvoirs publics.
- Un organe unique, le Comité d'examen des honoraires médicaux, étudiait toutes les demandes de remboursement soumises par les dispensateurs de soins en Corée, indépendamment de la société dont les adhérents recevaient les prestations. Les dispensateurs étaient remboursés en fonction d'un barème des honoraires établi par le ministère de la Santé et de la Protection sociale, après évaluation du coût de la prestation des services et approbation du ministère des Finances et de l'Économie. Les sociétés d'assurance jouaient le rôle d'organismes payeurs passifs, qui ne se livraient pas activement à l'achat de services.
- Par exemple, à Séoul, en 1998, un ménage pouvait verser à la société Kangseo-Gu des cotisations qui dépassaient de 60 % celles qu'il aurait payées à la société Kangnam-Gu, avec un revenu et un patrimoine identiques.
- Ainsi, par exemple, les dépenses administratives de la société assurant les fonctionnaires et les enseignants du secteur privé représentaient 4.8 % du total des dépenses en 1999, contre 9.5 % dans les nombreuses sociétés pour les travailleurs indépendants (Kwon, 2003a).
- Pour une analyse de la position des principales parties prenantes du système de santé coréens à l'égard de la réforme d'intégration, voir Kwon (2003a).
- Cette amélioration de l'équité horizontale implique bien sûr que certains groupes ont pâti de la réforme, en particulier dans les tranches supérieures de revenus, car ils ont subi une hausse des primes.
- La rémunération globale comprend le salaire brut (salaire majoré des avantages sociaux).
- Selon la Loi sur l'assurance maladie nationale de février 1999, l'Agence a pour mission d'examiner les services fournis aux patients, en vue de déterminer s'ils sont assurés de façon optimale et efficace sur le plan des coûts, conformément aux normes, règlements et directives d'examen prévus par la Loi. Cet examen doit par exemple relever la prestation de services médicaux excessifs ou inutiles (Agence d'examen de l'assurance maladie, 1999, p. 14).
- Cet examen doit notamment porter sur le bien-fondé des prestations médicales précisées par la loi, afin de veiller à leur nécessité, à leur qualité ou à leur bien-fondé, et à leur efficacité sur le plan des coûts (Agence d'examen de l'assurance maladie, 1999, p. 19). L'objectif poursuivi consiste à faire participer les prestataires à l'élaboration d'indicateurs de performance pour certains

domaines, problèmes et traitements, dans le but ultime de favoriser l'amélioration de la qualité de soins, et d'actualiser en conséquence les prestations et les honoraires.

12. On a signalé des difficultés de recouvrement des cotisations. Par exemple, il semble que 440 000 personnes aient continué à bénéficier de prestations de santé, bien qu'elles n'aient pas acquitté de cotisations depuis plus de trois mois (fait relaté par le journal *Joong Angllbo* du 2 août 2001).
13. Les Coréens ont tendance à consommer des quantités de médicaments qui dépassent la moyenne de l'OCDE. Selon Kwon (à paraître b), la part des médicaments dans les dépenses de santé totales atteignait 30 % en Corée. Dans les pays de l'OCDE, elle représente environ 15 % en moyenne (Jacobzone, 2000). Voir la Section 2.1.3 (chapitre 2).
14. A partir de 2000, 61.5 % des médicaments étaient délivrés sur ordonnance et 38.5 % étaient en vente libre (Kwon, à paraître b).
15. L'Agence d'examen de l'assurance maladie a reçu le pouvoir discrétionnaire de réduire de 5 % les remboursements versés aux médecins qui font trop de piqûres. En outre, le tarif de remboursement d'une consultation en soins ambulatoires comportant une piqûre a été fixé à un niveau inférieur à la somme des honoraires de consultation et de délivrance pour la piqûre.
16. Avant la réforme, les pharmaciens avaient vu leur part du marché de la délivrance des médicaments se rétrécir au profit des médecins (de 77.2 % en 1983 à 40.6 % en 1997) (Association coréenne des pharmaciens).
17. Après la réforme, la répartition du marché est asymétrique. Selon l'Association coréenne des pharmaciens, 27.7 % des pharmacies de détail exécutant plus de 100 ordonnances par jour remplissent 61.2 % du total des ordonnances.
18. Selon l'Association coréenne des pharmaciens, 66.1 % des pharmacies ont déménagé et se situent dans un rayon de 100 mètres d'un établissement médical, tandis que 30 % se trouvent dans le même bâtiment qu'un médecin ou dans celui d'à côté.
19. Il s'agit d'une situation atypique, car le secteur pharmaceutique est en général concentré entre de gros fabricants, afin de récolter les avantages des économies d'échelle en R-D.
20. En Corée, ce sont les prestataires, et non les patients, qui sont remboursés par le RNAM des traitements et médicaments fournis aux assurés. Les postes inclus dans les agrégats de dépenses du RNAM (pharmacies, établissements médicaux) ont toutefois changé avec la réforme. Les données du RNAM sur les « pharmacies » ne comprenaient auparavant que les factures soumises par les pharmacies. Les médicaments directement délivrés par les médecins étaient au contraire comptabilisés parmi les demandes de remboursement des « établissements médicaux ».
21. Le remboursement des médicaments délivrés par les médecins était effectué selon le tarif indiqué par le RNAM dans son barème annuel. Bien entendu, ce montant comprenait aussi le bénéfice réalisé sur la vente de médicaments par les médecins, dans la mesure où ils parvenaient à négocier des ristournes sur les achats avec les fabricants de produits pharmaceutiques.
22. D'après des entretiens avec des chercheurs coréens réalisés par l'OCDE.
23. Les pouvoirs publics ont promis de porter les subventions pour les travailleurs indépendants à 50 % du montant des prestations (cette part avait été ramenée à quelque 28 %). Les collectivités locales sont également censées régler les factures médicales impayées, pour les bénéficiaires de l'aide médicale.
24. Depuis mars 2002, 150 wons sont prélevés sur le coût habituel d'un paquet de cigarettes.
25. A moins que les individus n'optent pour le versement d'acomptes et n'en aient déjà acquitté au moins deux.

Chapitre 5

De la performance à l'action future Quelles voies d'avenir ?

Résumé. *Au cours des dernières décennies, le système de santé coréen a accompli des progrès remarquables, mais, ainsi qu'on l'a analysé dans ce rapport, certains inconvénients se sont révélés. Le présent chapitre illustrera les forces et les faiblesses du système, en résumant les questions soulevées dans les chapitres précédents. Les difficultés actuelles tiennent en partie aux lacunes relevées. Mais on peut s'attendre que de nouveaux problèmes naissent des prévisions quant aux principaux déterminants de la demande, notamment l'évolution démographique, ou de l'offre en matière de santé, entre autres le recours à la technologie et l'investissement dans les capacités médicales. Les pouvoirs publics seront appelés à intervenir dans les principaux domaines suscitant des préoccupations.*

5.1. Le secteur de la santé est confronté à de grands défis

5.1.1. Principales forces du système de santé coréen

La Corée a instauré une assurance maladie publique universelle, assortie toutefois d'une couverture partielle, dans des délais très brefs et moyennant un coût modique. Trois facteurs peuvent expliquer ce coût peu considérable : la couverture limitée (due au ticket modérateur élevé et aux exclusions de services), la faiblesse des honoraires imposés aux prestataires pour les services assurés et le maintien de la croissance des honoraires dans la limite de la hausse générale des prix. Comme l'indique le graphique 3.4 (chapitre 3), la Corée se situe au-dessous de la courbe de régression représentative des dépenses de santé et du revenu par habitant dans les pays de l'OCDE.

Les patients jouissent d'une liberté de choix de prestataire dans le système. Ils peuvent opter de surcroît pour la médecine traditionnelle ou orientale, ce qui offre l'avantage de satisfaire les préférences individuelles. Ils reçoivent des traitements médicaux sans longue période d'attente. Les mécanismes du marché contribuent incontestablement à rendre le système de prestation sensible aux exigences des usagers.

Quoique le secteur privé domine l'offre, les établissements publics semblent être de bonne qualité. Les centres de santé sont nombreux (plus de 200), bien répartis (un par district administratif local) et en général de grande qualité. Les patients estiment que la qualité des soins fournis dans les centres de santé n'est pas pire que dans les hôpitaux (Yang et al., 2001, p. 377). Qui plus est, le secteur paraît bien géré et la fonction publique fiable et solide¹. L'investissement public limité dans la fourniture des soins, plutôt que la qualité médiocre de la prestation du secteur public, semble expliquer l'utilisation généralisée des établissements privés.

5.1.2. Principales faiblesses du système de santé coréen

Le système de santé offre aux citoyens une protection assez limitée en cas de précarité économique. Les obstacles financiers à l'accès risquent de devenir insurmontables pour les catégories inférieures de revenus. Le montant élevé du ticket modérateur et des honoraires pour les services non assurés² ainsi que les dépassements d'honoraires officieux couramment pratiqués peuvent considérablement limiter l'accès aux soins. Le Programme d'aide médicale, qui procure un filet de protection aux plus démunis, ne couvre que 3.5 % de la population.

Le système de santé coréen comporte intrinsèquement de fortes incitations à la croissance et risque de suivre un sentier de croissance qui sera insoutenable pour le RNAM. La rémunération à l'acte, le contrôle insuffisant de l'accès aux soins et la liberté illimitée de choix des prestataires engendrent des effets positifs sensibles sur les dépenses de santé par habitant au titre des soins ambulatoires (OCDE, 1995) et encouragent la prestation excessive de services de santé. Par suite de la stricte réglementation des honoraires médicaux (jusqu'à une époque récente) dans le cadre du RNAM, les médecins ont été d'autant plus incités à accroître le volume des soins, à réduire la durée des consultations, à substituer des

médicaments à leur intervention, et à remplacer des services assurés par des services non couverts. Le secteur hospitalier, en grande majorité privé, a une propension à adopter et à utiliser énergiquement la technologie médicale. Dans la plupart des domaines, la prestation de services par les hôpitaux privés n'est pas plus efficiente que celle des quelques hôpitaux publics³. Parallèlement, les autorités ont largement recouru à la réglementation des honoraires pour maîtriser les coûts, tout en laissant le volume s'établir librement.

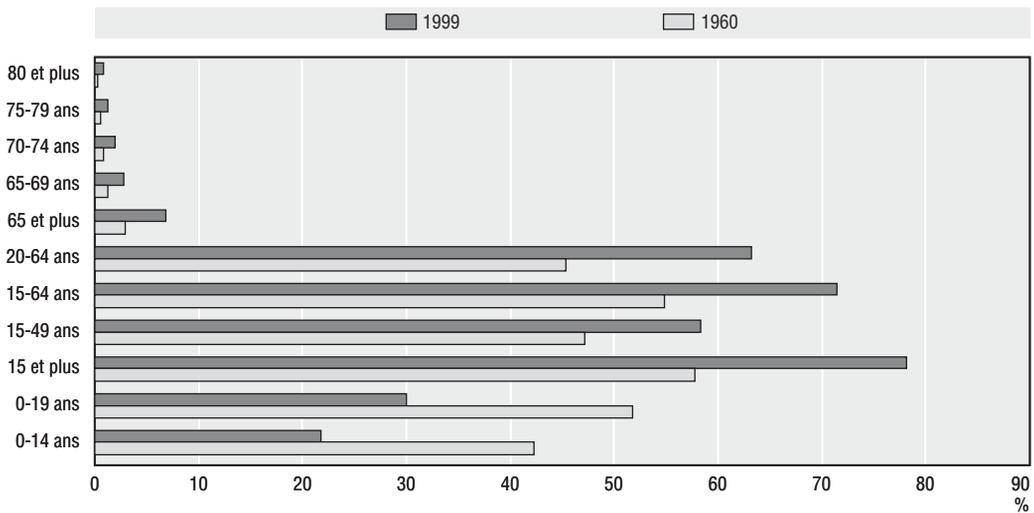
Le contrôle de la qualité des soins cliniques est jusqu'à présent assez limité. Tous les établissements médicaux qui sont se sont inscrits ou ont déclaré leur constitution en vertu de la Loi sur les services médicaux assurent des services dans le cadre d'un contrat stipulant un barème d'honoraires conclu avec la Société nationale d'assurance maladie, mais sans satisfaire à une norme de qualité quelconque. Les hôpitaux doivent obtenir une « accréditation » avant d'entreprendre leurs activités, mais cette dernière ne réglemente que des aspects minimaux de la dotation en personnel et des spécialités. Le ministère de la Santé et de la Protection sociale a tenté de lancer un programme national d'évaluation des services hospitaliers, qui n'est toutefois pas encore pleinement établi. L'examen d'uniformisation des hôpitaux, qui relève des associations hospitalières coréennes, vise seulement à orienter l'affectation des médecins résidents⁴ dans les hôpitaux et ne comporte pas de mesures disciplinaires ni d'examen par les pairs pour améliorer la qualité des soins médicaux. Il n'existe aucun mécanisme institutionnalisé propre à favoriser la réduction des variations de la pratique médicale, telles que des pratiques optimales ou des normes de traitement, et les patients n'ont guère leur mot à dire dans les thérapies employées. L'évaluation de la nouvelle technologie médicale est également faible, notamment dans le cas de la médecine orientale. Enfin, les services curatifs priment largement, tandis la promotion de la santé bénéficie d'investissements limités.

On constate enfin une insuffisance de la gouvernance. Dans le domaine de la santé, les pouvoirs publics ont appliqué une politique traditionnelle de laisser-faire du côté de l'offre, et d'établissement autoritaire des honoraires, qui perd de son efficacité. Les réactions aux réformes de juillet 2000 ont été vigoureuses et inattendues. Les grèves des médecins, les relèvements des honoraires et la crise financière consécutive ont donné lieu à une forte publicité négative. Le public aspire désormais à une meilleure rentabilité, à une transparence accrue, et à une nouvelle obligation de rendre compte pour l'assurance maladie nationale et la pratique médicale.

5.1.3. Le vieillissement rapide de la population

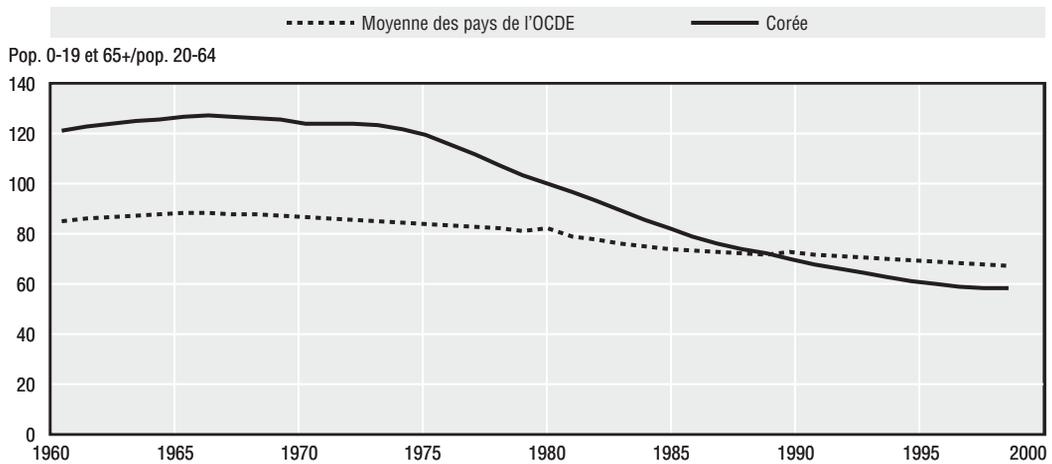
Depuis les années 60, la Corée a traversé une période de développement économique et d'industrialisation rapides, qui est allée de pair avec une transformation spectaculaire de la société coréenne et une prompt transition démographique. Alors que la société coréenne compte parmi les plus jeunes au regard des pays membres de l'OCDE, sa population vieillit rapidement, sous l'effet de la chute des taux de fécondité et de mortalité à un âge avancé. Cette tendance se manifeste dans le graphique 5.1, qui indique la part croissante des classes d'âge avancé entre 1960 et 1999, et dans le graphique 5.2, qui montre la baisse rapide du taux de dépendance⁵ en Corée, au regard de la moyenne de l'OCDE. La proportion de la population âgée de plus de 65 ans est passée de 4.3 % à environ 7 % en 2000, et devrait atteindre 14 % en 2022, d'après les prévisions. Il faudra 22 ans pour que la Corée double la part de la population âgée en 2000, ce qui a pris au Royaume-Uni 41 ans et à la France 115 ans (tableau 5.1).

Graphique 5.1. **Population par classe d'âge en 1960 et en 1999**



Source : Éco-Santé OCDE 2001.

Graphique 5.2. **Évolution des taux de dépendance, 1960-2000**



Source : Éco-Santé OCDE 2001.

Tableau 5.1. **Le vieillissement rapide de la société coréenne**

	Part des personnes âgées 7 %	Part des personnes âgées 14 %	Part des personnes âgées 20 %	Période nécessaire	
				7 %-14 %	14 %-20 %
Corée	2 000	2 022	2 032	22	10
Japon	1 970	1 994	2 006	24	12
France	1 864	1 979	2 020	115	41
Allemagne	1 932	1 972	2 012	40	40
Royaume-Uni	1 929	1 976	2 021	47	45
Italie	1 927	1 988	2 007	61	19
États-Unis	1 942	2 013	2 028	71	15
Suède	1 887	1 972	2 012	85	40

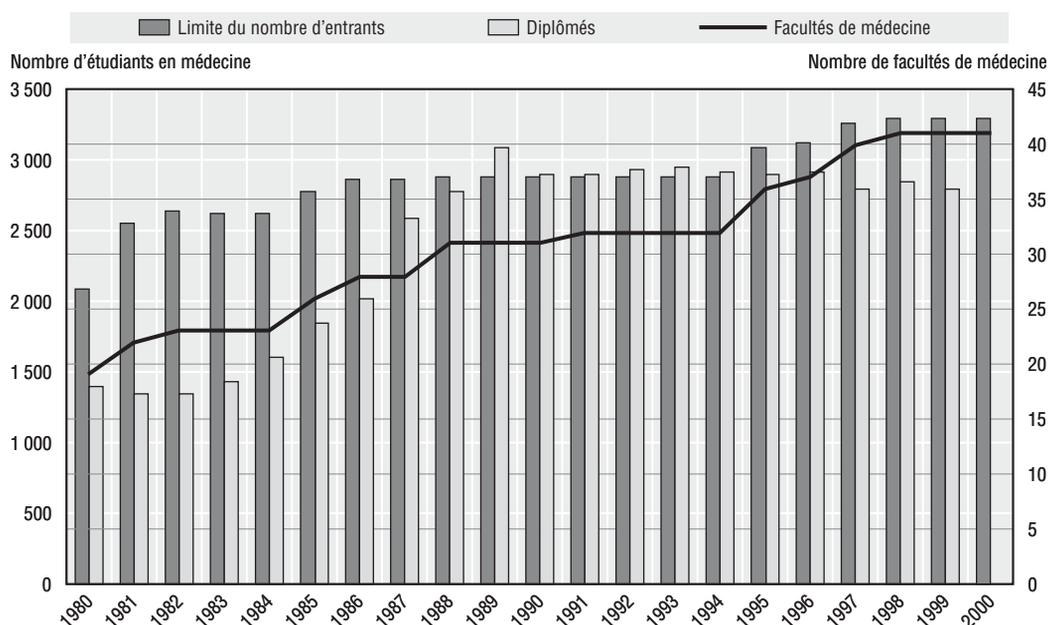
Source : ONU, Répartition par sexe et par âge de la population mondiale, tel que cité dans Lee (2001).

Bien qu'il n'existe aucune relation, à un niveau global, entre la part de la population âgée de plus de 65 ans et la proportion du PIB consacrée aux dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, le vieillissement de la population risque d'exercer de fortes pressions sur le système de santé au fil des ans. Les dépenses de santé par demande de remboursement au RNAM en faveur de personnes âgées de plus de 65 ans étaient 1.6 fois supérieures à celles pour d'autres groupes d'âge. Jacobzone (2001) estime que les dépenses de santé pour les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 2.4 fois les dépenses pour les groupes plus jeunes (ce qui, par rapport aux estimations pour les autres pays de l'OCDE, est un ratio faible qui risque d'augmenter à l'avenir)⁶. Les coûts de santé plus élevés pour les classes d'âge avancé tiennent à une utilisation plus intensive des ressources, à la technologie plus onéreuse et à une consommation plus forte de médicaments. Le vieillissement de la population fait aussi peser des pressions sur le système de prestation, qui sera sans doute appelé à se doter de mécanismes institutionnels et d'établissements médicaux nouveaux, pour assurer des soins de longue durée.

5.1.4. De vigoureux investissements futurs dans les ressources humaines

La Corée possède un nombre faible mais croissant de médecins en activité⁷. Une offre de médecins aussi limitée amène à se demander si la demande excède l'offre, mais on ne dispose d'aucune estimation officielle des besoins de la population en matière de médecins. Parallèlement, sous l'effet du nombre accru d'étudiants en médecine et de la création récente de nouvelles facultés de médecine, on s'attend que le nombre de médecins croisse rapidement. Près de la totalité des étudiants en médecine accéderont à la pratique clinique (graphique 5.3). L'Institut coréen des affaires sanitaires et sociales (ICASS) prévoit une hausse de 46.2 % du nombre de praticiens en médecine occidentale, qui passera de

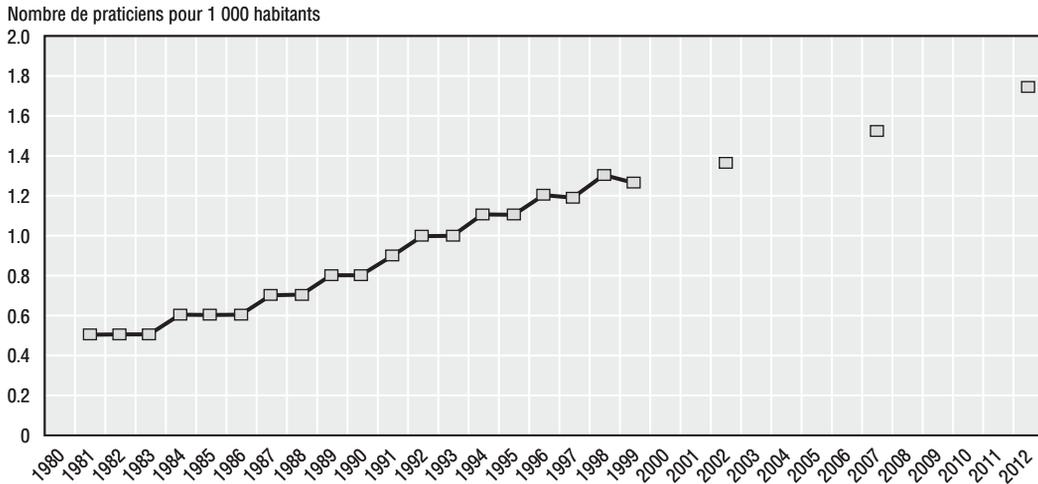
Graphique 5.3. **Nombre croissant de facultés de médecine et d'étudiants en médecine, 1980-2000**



Source : ICASS (1998).

Graphique 5.4. Prévisions du nombre de praticiens coréens en médecine occidentale

Pour 1 000 habitants



Source : ICASS (1998).

1.19 en 1997 à 1.74 en 2012 (51.5 %, y compris les praticiens en médecine orientale) (graphique 5.4)⁸. Cela signifierait une réduction de 38 % du ratio d'habitants par médecin.

Bien que l'accroissement du nombre de médecins puisse être souhaitable dans une optique de satisfaction des besoins et d'amélioration des résultats sanitaires (Or, 2002), il se fera presque certainement sentir dans les dépenses de santé. D'après une analyse des déterminants des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE (Gerdtham et al., 1998)⁹, l'offre totale de médecins a une incidence positive sur les dépenses de santé, dans les pays où les praticiens sont rémunérés à l'acte. Par ailleurs, ce mode de rémunération entraîne des dépenses plus élevées dans le secteur ambulatoire que les autres mécanismes de paiement, notamment la capitation. Étant donné la forte croissance du volume des services enregistrée par le système coréen d'assurance maladie et la vive progression des honoraires, la conjugaison de la rémunération à l'acte et de l'augmentation rapide du nombre de médecins créera presque inéluctablement des pressions induites par les coûts sur les dépenses au titre de l'assurance maladie publique.

5.1.5. Adoption de la technologie médicale

La diffusion de la technologie médicale est l'un des principaux facteurs qui stimulent les dépenses de santé des pays de l'OCDE. Bien que la diffusion de la technologie ait été quelque peu limitée en Corée par le faible remboursement de ces services dans le cadre du régime public, les données montrent que le taux d'adoption de la technologie médicale n'en est pas moins élevé (tableau 5.2). Cette situation résulte de la forte propension des hôpitaux, presque tous privés, à acquérir de la technologie et du matériel de pointe coûteux. Certains de ces services fort onéreux ont récemment été intégrés à la couverture du RNAM, ce qui a entraîné une diffusion rapide de la technologie. Par exemple, entre 1993 et 1999, le nombre de scanners par million d'habitants a presque doublé. On peut s'attendre à une évolution analogue, dès lors que d'autres services de pointe seront pris en charge par le RNAM¹⁰. Il n'existe pas d'évaluation de la technologie en Corée, ni de contrôle exercé par

Tableau 5.2. **Accroissement de l'offre de technologie médicale, 1992-99**

	Par million d'habitants		
	1992	1995	1999
Scanneurs	12.2 ¹	15.5	22.9
Appareils d'IRM	1.4	3.9	4.3
Matériel de radiothérapie	4.5	4.1	4.9
Lithotripteurs	0.9	3.5	3.6
Stations d'hémodialyse	34.2 ¹	43.2	81.8

1. Données de 1993.

Source: *Éco-Santé OCDE 2001*.

l'État sur l'offre globale, ce qui semble avoir abouti à des dédoublements et à des pressions sur le système induites par les coûts.

5.2. Vers des réformes futures : à court et à moyen terme

En dépit des résultats actuels, il serait possible d'améliorer encore la performance du système de santé coréen. Outre l'achèvement des réformes de juillet 2000 et l'application de mesures destinées à stabiliser les finances du RNAM, on peut recommander un certain nombre d'interventions à court et à moyen terme, dans le but de corriger certaines lacunes du système de santé coréen. Les actions décrites ci-dessous portent sur les réformes de juillet 2000, l'équité, la stabilisation des finances du RNAM, le rapport coût-efficacité, la qualité des soins et la gouvernance.

Les interventions doivent être progressives. Les réformes brutales risquent d'être difficiles à exécuter, comme semble l'indiquer l'expérience d'autres pays de l'OCDE (voir, par exemple, Girouard et Imai, 2000). Il convient par ailleurs de conserver les valeurs fondamentales qui sous-tendent le système. La population coréenne considère la santé comme un droit fondamental, mais les services médicaux sont vus comme des biens économiques et non sociaux. Les éléments de base qu'il y a lieu de préserver dans le système de santé semblent précisément combiner les mécanismes de marché et les droits garantis pour l'ensemble de la population.

5.2.1. Achèvement des réformes de juillet 2000

Fusion des caisses de travailleurs indépendants et de salariés

L'intégration financière intégrale a été retardée de 18 mois à compter du 1^{er} janvier 2002¹¹. Une fois la fusion réalisée, il se pourrait que les pouvoirs publics doivent réexaminer le bien-fondé de la subvention actuelle au titre du paiement des prestations dont bénéficient les travailleurs indépendants. Ces derniers comprennent certaines catégories sociales parmi les plus pauvres, notamment les agriculteurs, ainsi que des groupes aisés comme les professions libérales (médecins, avocats, notaires, etc.). Alors que la subvention était à l'origine destinée à encourager la participation des travailleurs indépendants au RNAM, elle pourrait maintenant être mieux utilisée à d'autres fins. Par exemple, il y aurait lieu d'améliorer la protection contre la maladie catastrophique et de plafonner le ticket modérateur (voir ci-dessous).

Évaluation du revenu des travailleurs indépendants

Le partage équitable de la charge financière et la possibilité de relever les taux de cotisation reposent sur la capacité de la Société à évaluer le revenu des travailleurs indépendants et à empêcher la sous-estimation¹². D'autres pays de l'OCDE ont eu aussi

éprouvé la difficulté d'évaluer les ressources de cette catégorie. Il se pourrait que l'intégration, aux fins du recouvrement, de l'impôt sur le revenu et des cotisations d'assurance ne soit pas indiquée, car la détection de la sous-évaluation obéit à des motifs différents dans les deux systèmes. Le percepteur est enclin à déceler la fraude fiscale parmi les catégories supérieures de revenus, tandis que le recouvrement efficace des cotisations d'assurance suppose la capacité d'identifier la sous-évaluation et l'indiscipline des petits cotisants. Il est possible de réduire non pas la seconde, mais la première, en introduisant des cartes électroniques, qui contiendraient des informations sur les traitements et le paiement des cotisations du patient. Ce système permettrait aux médecins et aux pharmaciens de vérifier si les individus ont acquitté leurs cotisations, respectivement avant de les soigner ou de leur délivrer des médicaments.

Application du régime de séparation entre les médecins et les pharmaciens

Quelques mesures ont déjà été prises en vue de rationaliser les fonctions des médecins et des pharmaciens et d'assurer le respect de la loi, notamment les règlements sur l'emplacement des pharmacies¹³. D'autres questions méritent un examen plus approfondi, pour déterminer par exemple si les supermarchés ou les épiceries peuvent vendre des médicaments sans ordonnance, trouver le dosage optimal entre ces produits et les médicaments délivrés sur ordonnance, afin de maximiser la réalisation des objectifs de la réforme tout en réduisant au minimum les inconvénients subis par les patients, et préciser les circonstances dans lesquelles les pharmaciens peuvent ouvrir les emballages et mélanger des comprimés d'origine diverse. Il convient aussi de renforcer le droit des pharmaciens de substituer des génériques à des médicaments de marque prescrits, lorsque la substitution est possible¹⁴. Cette mesure et d'autres suggestions destinées à favoriser une consommation de médicaments plus efficace en matière de coûts seront traitées plus loin dans ce chapitre.

5.2.2. Application par les pouvoirs publics de mesures correctives pour stabiliser les finances du RNAM

La résolution de la crise financière du RNAM reste une priorité à court terme. Les mesures adoptées par les pouvoirs publics pour réduire le déficit du RNAM comportent un certain nombre d'interventions, tant pour accroître les recettes que pour réduire la croissance des dépenses. L'effet net de ces mesures dépendra de l'étendue de leur application, conformément aux prévisions. L'adoption d'un prix de référence pour les médicaments ainsi que le relèvement des taux de cotisation figurent parmi les mesures qui paraissent rencontrer une forte résistance. Dans le même temps, la crise a exposé certaines lacunes sous-jacentes du système, qui doivent être corrigées à moyen terme, pour améliorer la performance du dispositif. On trouvera ci-dessous un exposé des interventions nécessaires à cette fin.

5.2.3. Amélioration de l'équité

Renforcement de l'assurance catastrophe et établissement de plafonds de ressources pour le ticket modérateur

En renforçant la protection contre la maladie catastrophique, on pourrait rendre les soins de santé plus abordables et assurer une meilleure sécurité du revenu aux ménages à faibles ressources et aux malades chroniques. L'assurance maladie est un mécanisme de transfert des risques de grave sinistre imprévu, d'un individu à un assureur, en contrepartie

du paiement d'une certaine prime modique. Il s'agit certainement d'un dispositif très efficace pour protéger les assurés contre des risques improbables et très coûteux. Il l'est moins à titre de mécanisme de protection moyennant de faibles versements réguliers, lorsque l'utilisation du système est sujette au risque moral. Le ticket modérateur et les franchises représentent un bon moyen de dissuader la demande injustifiée, mais constituent un important obstacle financier à l'accès suffisant aux soins, en cas de survenue d'une maladie catastrophique.

Les dépenses directement assumées par les patients sont considérables, en valeur absolue et relative, dans le cas des factures élevées du RNAM pour les soins hospitaliers et ambulatoires (tableau 5.3). Le RNAM possède un mécanisme de protection des assurés contre les risques de maladie catastrophique, qui couvre 50 % du ticket modérateur, lorsque les factures excèdent 1.2 million de wons sur une période d'un mois¹⁵. Ce mécanisme allège pourtant peu la charge supportée par les patients tenus d'acquitter des sommes élevées. Si l'on prend le cas des services hospitaliers, il est probable que même la moitié des frais moyens directement à la charge du patient, sur des factures dépassant 1.2 million de wons, représente un fardeau trop lourd pour les titulaires de faibles revenus ou les malades chroniques qui nécessitent des soins réguliers très onéreux. Un tel montant pourrait facilement représenter un tiers du minimum vital¹⁶.

Tableau 5.3. **Dépenses directes des patients par montant des factures mensuelles, 1999**

Coût par facture (wons)	Nombre de factures (% des factures totales)	Coût moyen par facture	Montant moyen du ticket modérateur par facture	Ticket modérateur (%)
Hospitalisations				
0-250 000	19.64	147 931	29 901	20.21
250 000-500 000	27.21	365 663	73 951	20.22
500 000-1 million	30.06	730 798	146 413	20.03
1-3 millions	18.34	1 521 730	311 803	20.49
Plus de 3 millions	4.75	6 057 122	1 242 966	20.52
TOTAL	4 313 046	912 996	185 816	20.35
Consultations externes				
0-10 000	14.52	7 496	2 963	39.52
10 000-50 000	74.30	20 203	7 093	35.11
50 000-100 000	8.15	68 077	27 449	40.32
100 000-1 million	2.98	163 767	76 191	46.52
Plus de 1 million	0.04	1 572 112	390 135	24.82
TOTAL	290 391 395	27 217	10 378	38.13

Source : Données obtenues auprès de la Société nationale d'assurance maladie.

Un moyen peu coûteux et simple au plan administratif d'améliorer l'équité consisterait à renforcer l'assurance catastrophe, en la finançant par la fiscalité générale. On pourrait notamment accroître la part des traitements très coûteux assumée par le RNAM, ou fixer un plafond qui s'appliquerait lorsque les factures mensuelles ou annuelles d'un assuré dépassent un certain montant. A supposer que le RNAM prenne en charge le montant intégral des frais d'hospitalisation excédant 3 millions de wons et des frais de soins ambulatoires supérieurs à 1 million de wons, le surcoût pour le RNAM aurait été de 301 milliards de wons en 2000. Cette somme ne représente que 3 % du total des dépenses

au titre des prestations pour l'année, et environ un cinquième de la subvention de l'État accordée au RNAM.

L'équité du financement du RNAM peut aussi être améliorée en fixant pour le ticket modérateur des plafonds annuels de ressources. Quoique plus coûteuse et plus complexe sur le plan administratif, cette formule est préférable, compte tenu des obstacles financiers actuels à l'accès aux soins de santé. L'application de ce système pourrait se faire de deux manières. Premièrement, les assurés pour qui le ticket modérateur annuel dépasse un certain plafond de ressources pourraient demander rétrospectivement le remboursement du surcroît de dépenses encourues. Ils devraient soumettre comme justificatif à l'Agence d'examen de l'assurance maladie (AEAM) les factures correspondant aux traitements reçus. Leur revenu serait évalué à partir des données sur leurs cotisations. Deuxièmement, si un système de carte électronique était adopté, l'AEAM pourrait vérifier automatiquement si les assurés ont atteint le plafond et les rembourser à la fin de l'année.

Amélioration de l'accès pour les pauvres

Afin d'améliorer encore l'équité, il serait souhaitable d'étendre la couverture du programme d'aide médicale (PAM) à tous les individus disposant d'un revenu inférieur au seuil de pauvreté¹⁷. Cela nécessiterait une modification des critères d'admissibilité au dispositif de garantie de ressources (DGR), dont fait partie le PAM. Ces critères tiennent compte de la capacité de gain de la famille étendue, et non du revenu effectif du prétendant à l'aide sociale (OCDE, 2000a). Ce concept d'entraide familiale comporte un risque, car il arrive souvent que les membres de la famille d'une personne en situation de précarité se trouvent dans les mêmes conditions qu'elle. Le principe du recours à la capacité de gain de la famille étendue risque effectivement de produire des subventions croisées au sein des groupes défavorisés, plutôt qu'entre les catégories de revenus supérieures et inférieures de la société.

Il se pourrait que d'autres interventions soient nécessaires pour atténuer les obstacles à l'accès, mais aussi pour promouvoir une utilisation efficiente des ressources médicales par les plus pauvres. Le PAM semble souffrir de deux problèmes quelque peu contradictoires, qui s'expliquent vraisemblablement par la domination du secteur privé et l'absence de système restreignant l'accès aux soins. Les bénéficiaires du PAM se heurtent d'une part à des obstacles au traitement dans les hôpitaux et cliniques privés. En raison du tarif élevé des services non assurés et des dépassements d'honoraires officieux, ces établissements sont chers. Il se pourrait que les clients du PAM hésitent à s'y adresser et rencontrent d'autres obstacles à l'accès, notamment la crainte de la stigmatisation associée à l'identification en tant qu'assisté social. D'autre part, comme les bénéficiaires du PAM ne versent pas de cotisations d'assurance et sont le plus souvent exonérés du ticket modérateur (dont le taux moyen pour ce groupe était de 2.7 % en 2001), le système comporte des incitations à s'adresser à plusieurs prestataires. En 2000, les bénéficiaires représentaient 4.1 % du total de la population, mais le coût du programme équivalait environ à 13 % des prestations totales versées conjointement aux bénéficiaires du RNAM et du PAM (tableau 5.4). Bien que le coût aussi élevé du programme puisse s'expliquer par le fait que les assurés économiquement faibles tendent à être plus malades que le patient moyen, on signale également une surutilisation des services par les bénéficiaires du PAM, ou une surabondance des soins fournis par les prestataires.

Les mesures prises en 2001 par les pouvoirs publics pour stabiliser les finances du RNAM ont contribué quelque peu à améliorer l'accès aux cliniques privées pour les bénéficiaires du

Tableau 5.4. **Coût du programme d'aide médicale, 1985-2001**

	Couverture du PAM (%)	Coût du PAM en % du coût total (RNAM + PAM)	Prestations du RNAM par habitant (milliers de wons)	Coût du PAM par habitant (milliers de wons)
1985	8.0	9		
1990	9.2	9		
1995	3.1	9		
1998	2.8	10	152	601
1999	3.5	13	176	720
2000	3.3	13	202	753
2001	3.8	12	285	1 051

PAM : programme d'aide médicale

RNAM : régime national d'assurance maladie.

Source : National Health Insurance Corporation (1999) ; ministère de la Santé et de la Protection sociale.

PAM. Le tarif unitaire remboursé au médecin pour un examen médical en clinique diminue alors que le volume des services fournis augmente, mais les services fournis aux bénéficiaires du PAM ne sont pas compris dans le calcul du volume global. Peut-être faudra-t-il d'autres mesures pour désinciter les bénéficiaires à consulter plusieurs médecins, par exemple l'introduction d'une fonction de contrôle de l'accès aux soins (voir ci-dessous).

Un réseau viable de centres de santé et d'hôpitaux publics

Les centres de santé publique dispensent des soins de qualité raisonnable à un coût modique. Ils proposent des services allant des programmes de santé publique, tels que la promotion de la santé, la prévention et la réadaptation, aux services curatifs et aux programmes spéciaux pour les groupes vulnérables¹⁸. Bien que le ticket modérateur soit officiellement le même que dans les cliniques privées, les centres de santé paraissent offrir d'importants avantages (Yang *et al.*, 2001, p. 377) en matière de prix, qui résultent peut-être du ticket modérateur plus bas que dans les hôpitaux, des tarifs moins élevés pour les services non assurés et de l'absence de dépassements d'honoraires officieux. De tels différentiels de prix peuvent expliquer le déplacement de l'utilisation, des cliniques et hôpitaux privés vers les centres de santé, en période de récession économique, lorsque les ménages subissent une baisse de revenu. D'après les enquêtes, pendant la crise asiatique de 1998, le nombre de patients se rendant dans les centres de santé a augmenté de près de 40 %, par rapport aux années précédentes (*ibid.*).

Les centres de santé jouent un rôle important de protection du revenu, car ils assurent l'accès aux titulaires de ressources modestes et aux personnes qui traversent une situation de précarité. De même, les hôpitaux publics soignent un grand nombre de bénéficiaires de l'aide médicale et ne sont pas moins efficaces que les hôpitaux privés, mais gagnent moins, du fait que les prestataires du PAM engendrent moins de recettes (Jeong et Lee, 1996). Il y a lieu que les administrations locales et centrale soutiennent plus activement cette fonction de protection du revenu que par le passé. Cet appui pourrait comporter l'affectation de ressources accrues aux centres de santé publique, mais aussi un soutien plus général au rôle joué par ces derniers à titre de substituts des établissements privés, en particulier pour l'administration des soins primaires. Il est souhaitable de conserver un certain nombre d'hôpitaux publics, car ils paraissent soigner les plus démunis tout en enregistrant une forte productivité¹⁹. Leur présence pourrait aider à garantir un meilleur accès aux personnes disposant de faibles revenus, en particulier à l'importante fraction de la population qui n'est pas suffisamment pauvre pour être dispensée du ticket modérateur²⁰.

5.2.4. Réalisation de la stabilité budgétaire du RNAM

Des interventions s'imposent pour accroître les recettes conformément aux prévisions de dépenses et maintenir la croissance des dépenses de santé dans des limites raisonnables.

Renforcement de la mobilisation des recettes

Il importe de relever les taux de cotisation. Alors que de nouvelles prestations ont été ajoutées au RNAM et que l'utilisation a progressé au fil des ans, les cotisations n'ont pas augmenté en conséquence. Les dispositions mises au point pour corriger ce déséquilibre dans le cadre des mesures correctives de mai 2001, destinées à améliorer la stabilité financière du RNAM, doivent être appliquées sans tarder²¹. Les estimations de l'ampleur du relèvement des taux de cotisation à plus long terme dépendront des plans de dépenses. Les pouvoirs publics peuvent s'assurer que les particuliers et les employeurs sont plus disposés à acquitter des taux de cotisation plus élevés en recourant à des interventions visant à maîtriser la croissance des dépenses, à renforcer le rapport coût-efficacité et la qualité des soins, et à accroître la responsabilité des prestataires et du RNAM envers les assurés (voir ci-dessous). On envisage également d'utiliser davantage le financement par la fiscalité, non seulement du fait que les subventions de l'État accordées au RNAM ont été progressivement réduites avec le temps, mais aussi dans le but de financer le renforcement de l'assurance catastrophe, ou les plafonds annuels de ressources applicables au ticket modérateur.

Maîtrise des coûts

Il convient de renforcer la maîtrise des dépenses. A cette fin, le recours à la fixation unilatérale des honoraires et au ticket modérateur sera probablement insuffisant. La revalorisation des honoraires doit faire l'objet de négociations : alors que dans les mesures visant à stabiliser les finances du RNAM, les pouvoirs publics envisageaient certains relèvements du ticket modérateur, il est impossible d'y procéder sans menacer l'équité du financement et de l'accès, étant donné que la sensibilisation des patients aux coûts n'a pas suffi à freiner les dépenses. Les caractéristiques institutionnelles de l'offre dans le système de santé coréen – des prestataires privés à vocation commerciale et la rémunération à l'acte – ont encouragé les dispensateurs à accroître les volumes, à fournir des soins plus intensifs et plus spécialisés, et à dédoubler la technologie. Afin de maintenir une croissance des dépenses viable, il se peut que la Corée doive adopter des mesures supplémentaires, en vue de maîtriser les coûts²².

Programmation et ciblage des dépenses. Il conviendrait que les pouvoirs publics adoptent une politique explicite quant à la croissance des dépenses publiques de santé, en fixant des objectifs implicites ou explicites de dépenses globales pour les deux ou trois prochaines années. Les plans de dépenses devraient être rattachés aux prévisions de dépenses, en fonction des estimations de la charge contributive acceptable pour le contribuable et des autres recettes, notamment les subventions de l'État. Il faudra ensuite mettre en œuvre des mécanismes propres à maintenir les dépenses dans les limites du plan. La création récente d'un Comité des délibérations sur la politique de l'assurance maladie, qui préside aux décisions concernant les modifications apportés à la couverture, aux taux de cotisation et aux honoraires médicaux constitue une importante étape dans cette voie²³. Des négociations entre les pouvoirs publics, le corps médical et les syndicats auront lieu dans

cette enceinte. L'existence d'un objectif de dépenses accroîtrait l'ouverture et la transparence d'un tel processus.

Il importe que les pouvoirs publics s'en tiennent fermement à leur position de négociation sur les revalorisations des honoraires médicaux. Bien que les autorités ne doivent pas fixer unilatéralement les prix médicaux, le montant des honoraires demeure une importante variable pour que les dépenses du RNAM restent conformes à l'objectif visé.

Une fois convenue la revalorisation des honoraires, il conviendra aussi de mettre en place des mécanismes visant à dissuader l'augmentation du volume. Le plan de dépenses pourrait fonctionner de manière à ajuster continuellement le montant réglé par demande de remboursement, afin de respecter le plafond annuel. L'échelle des valeurs relatives fondée sur les ressources offre la possibilité de compenser l'expansion du volume de certains traitements, car le ministère de la Santé et de la Protection sociale peut ajuster la valeur des scores inversement au volume des services fournis, par exemple chaque trimestre. Il faudra assurer la transparence du fonctionnement de cet éventuel mécanisme. L'objectif de dépenses globales peut aussi être ventilé par secteur (dépenses au titre des médecins, des hôpitaux et des médicaments) ou par spécialité²⁴.

La programmation des dépenses et les objectifs y afférents ont été adoptés par divers pays de l'OCDE. Leur expérience laisse penser que de tels budgets ont permis de maîtriser les dépenses de santé, en modérant par exemple les dépenses hospitalières en France et en contribuant à ralentir la croissance des dépenses en Allemagne. L'adoption de budgets par spécialité pourrait également stimuler l'autorégulation des spécialistes, notamment l'examen par les pairs et l'élaboration de directives sur les spécialités. Il se peut toutefois que ces budgets ne suffisent pas à « optimiser » la croissance des dépenses, ni à l'assortir du meilleur rapport coût-efficacité (Imai *et al.*, 2000 ; OCDE, 2001e). La définition du niveau optimal amènera à porter des appréciations sur les avantages et les coûts d'opportunité des différents sentiers de croissance pour les dépenses publiques de santé. Il importera d'éclairer ces jugements par des données appropriées. Comme la Corée consacre encore une proportion relativement faible de son PIB à la santé, l'objectif ne devrait pas consister à plafonner les dépenses, mais à assurer la viabilité budgétaire du RNAM, ainsi que certaines améliorations indispensables de l'efficacité et de la qualité des dépenses de santé. Il faudra par ailleurs appliquer d'autres mesures, notamment l'achat actif et la modification des incitations des prestataires, en vue d'exercer un effet durable sur le niveau et la qualité de la croissance des dépenses de santé.

Amélioration des incitations à l'endroit des prestataires. Les incitations des prestataires à faire une utilisation efficiente des ressources, qui sont intrinsèques aux mécanismes de paiement, devraient être renforcées. Le remboursement à l'acte des prestataires, pratiqué en Corée, récompense les actes inutiles et le recours accru aux services de spécialistes plus coûteux, dans le traitement des cas simples. En outre, ce système ne rémunère pas les efforts déployés pour réduire les variations de traitement injustifiées entre les prestataires. Les autres méthodes « pures » de rémunération des médecins, telles que la capitation et les salaires, ne sont pas non plus optimales. La capitation peut récompenser les praticiens pour des aspects de leur performance qui sont dissuadés par le paiement à l'acte, notamment éviter la fourniture excessive de services. En revanche, la capitation donne des résultats médiocres dans certains domaines de la performance des prestataires où les méthodes de rémunération à l'acte produisent de meilleurs résultats, entre autres le traitement des patients à risque dont l'affection empire et la stimulation de la productivité (tableau 5.5). Un

Tableau 5.5. Principaux avantages et inconvénients des systèmes de rémunération

Critères de performance	Rémunération à l'acte	Capitation
<i>Productivité :</i>	+	-
Récompense les prestataires qui travaillent davantage et plus durement.	Rémunère les médecins qui traitent davantage. Favorise l'écoute des patients et de leurs besoins.	La rémunération ne change en fonction des actes, mais est déterminée de façon prospective.
<i>Propension à prendre des risques :</i>	+	-
Récompense les prestataires qui acceptent de traiter les patients les plus malades.	Verse aux médecins des honoraires plus élevés provenant des patients les plus malades qui ont besoin de plus de soins.	Dissuade l'acceptation des risques, puisque même la capitation pondérée par les risques ne rend pas bien compte des différences de gravité des maladies.
<i>Efficience et cadre d'exercice</i>	-	+
Récompense les prestataires qui dispensent des soins adéquats, dans un cadre d'exercice approprié.	Incite à fournir des traitements inutiles et des soins plus onéreux, et à un niveau de spécialité plus élevé.	N'encourage pas la demande induite par l'offre, favorise des soins adéquats.
<i>Médecine factuelle</i>	-	+
Récompense les prestataires qui élaborent des pratiques factuelles optimales et réduisent les variations d'exercice non justifiables sur une base clinique.	N'encourage pas les prestataires à définir des normes d'exercice, ni des directives et protocoles cliniques.	Favorise la prise en compte des tendances épidémiologiques, l'utilisation de normes et de ressources cliniques, et de nouvelles pratiques prudentes.

Source : Adaptation tirée de Robinson (2001).

certain consensus se dégage dans les études théoriques et empiriques sur le fait que le mode de rémunération optimal des prestataires doit se situer quelque part entre les mécanismes purs. La combinaison d'éléments de paiement rétrospectif (rémunération à l'acte) et prospectif (tarifs prédéterminés, capitation fondée sur une population) aiderait à améliorer la performance des prestataires.

Les autorités coréennes ont pris d'importantes mesures tendant vers l'adoption d'une rémunération mixte des médecins et des hôpitaux (encadré 5.1). En premier lieu, l'échelle des valeurs relatives fondée sur les ressources a été introduite en 2001. Ce système permet de mieux réglementer les honoraires, car le paiement dépend des ressources nécessaires pour fournir le traitement. Le ministère de la Santé et de la Protection sociale pourrait administrer activement l'échelle, pour encourager certains traitements efficaces sur le plan des coûts et décourager l'utilisation excessive d'autres thérapeutiques, par exemple en ajustant les scores d'une année sur l'autre. En second lieu, dans le cadre des mesures de stabilité de mai 2001, des dispositions ont été prises pour moduler le remboursement des prestataires individuels en fonction du volume de leurs traitements. Ce mécanisme dissuade la surabondance des soins dispensés par certains prestataires, mais devrait s'accompagner de l'élaboration de protocoles d'exercice, afin de réduire l'administration de soins excessifs par le médecin moyen. En troisième lieu, dans divers établissements médicaux, on a introduit à titre volontaire des groupes apparentés par diagnostics (DRG) pour certains traitements. On a obtenu des résultats positifs quant à la réduction du coût moyen et de la durée de séjour, et à l'absence de détérioration de la qualité des soins (encadré 5.2). Voilà qui laisse entrevoir la possibilité d'étendre les DRG à l'ensemble des établissements médicaux, voire à une liste plus étendue de diagnostics²⁵.

Il conviendra de poursuivre les efforts pour appliquer une méthode de rémunération mixte, dont les résultats devront être suivis. L'introduction d'autres mécanismes de paiement hybrides et prospectifs pourrait aussi être bénéfique, en particulier si elle favorise une gamme appropriée de soins et décourage les traitements inutiles. On trouvera dans l'encadré 5.1 un exemple portant sur la combinaison de la capitation et de la rémunération à l'acte, système qui pourrait être appliqué, par exemple, pour les généralistes soignant les bénéficiaires de

Encadré 5.1. Exemples de systèmes mixtes de rémunération

Les autorités coréennes ont pris certaines mesures tendant vers l'introduction de mécanismes mixtes ou hybrides de rémunération (points 1 à 3). Il convient d'évaluer attentivement le résultat de ces réformes et des mécanismes qui ont par conséquent été renforcés. Il est aussi envisageable d'instaurer un système de rémunération combinant la capitation et le paiement à l'acte, par exemple pour les assurés du PAM (point 4).

1. *Échelle des valeurs relatives fondée sur les ressources.* Cette échelle établie en 2001 (section 1.3 du chapitre 1) est un mécanisme de paiement hybride qui combine la rémunération à l'acte et les ressources nécessaires pour effectuer chaque intervention (le score relatif). Elle a été mise en œuvre en Corée en adoptant le système américain des scores (au lieu de calculer des valeurs propres à la Corée). On ne sait donc pas si l'échelle reflète le coût véritable des services. Il faudra procéder à des évaluations périodiques pour mesurer l'impact de l'échelle des valeurs relatives fondée sur les ressources et modifier en conséquence les valeurs relatives.
2. *Remboursement des prestataires lié au volume.* Ce mécanisme fonctionne en réduisant progressivement le tarif unitaire auquel les traitements additionnels sont remboursés, de sorte que les dispensateurs ont moins intérêt à accroître les volumes. Cette mesure dissuade la fourniture excessive de soins. En l'absence de normes de traitement, elle risque toutefois d'être appliquée de façon arbitraire et ne réduit pas automatiquement les prestations inutiles.
3. *Groupes apparentés par diagnostics (DRG/GHM).* Les DRG partent du principe que pour tel ou tel diagnostic, le remboursement doit reposer sur un tarif. Cette prise en charge ne représente pas une fonction linéaire du volume des traitements, mais des pathologies. Le tarif est fixé de façon prospective, dans le but d'inciter les dispensateurs à faire une utilisation parcimonieuse des ressources, et correspond à une estimation des dépenses engagées pour chaque pathologie. L'encadré 5.2 présente des données sur une évaluation de l'application pilote de DRG en Corée.
4. *Capitation et rémunération à l'acte pour des services très précis.* Si la capitation comporte des effets néfastes bien connus sur la productivité des médecins, elle offre l'avantage de dissuader l'excès de soins. Bien que la mise en place d'un système intégral de capitation ne soit probablement pas viable dans le contexte coréen, il serait possible d'établir des formules mixtes de capitation et de rémunération à l'acte, par exemple pour les assurés du PAM. Il serait souhaitable de maintenir certains paiements à l'acte pour des services très précis*, afin de conserver de vives incitations à satisfaire les besoins des patients.

* Par exemple, les services se situant à la limite entre les soins primaires et spécialisés, les actes nécessitant l'utilisation de fournitures médicales et les autres examens préventifs (Robinson, 2001).

l'aide médicale. Les titulaires de faibles revenus pourraient être incités à s'inscrire auprès de certains médecins, qui, pour ces patients, seraient rémunérés selon une méthode mixte de capitation et de paiement à l'acte, et qui contrôleraient l'accès aux spécialistes. De telles formules²⁶ seraient assorties d'un ticket modérateur nul.

Il est probable que la modification de la rémunération des prestataires se heurtera à des résistances. Il faudra redoubler d'efforts pour instaurer le dialogue et rétablir la confiance, en particulier dans l'actuel climat antagoniste. Tout changement devra en

Encadré 5.2. Résultats de l'application pilote de DRG en Corée

Les pouvoirs publics ont lancé un programme pilote de paiements fondés sur les DRG, pour les hôpitaux, en 1997. Il s'agissait de verser des remboursements aux dispensateurs pour certaines pathologies, indépendamment de la quantité et de l'intensité des soins fournis.

Le programme touchait 54 établissements médicaux la première année, 132 la deuxième et 798 la suivante. La troisième année du programme pilote couvrait neuf pathologies et actes simples (opération du cristallin, tonsillectomie/adenoidectomie, appendicectomie, césarienne, accouchement par voie basse, intervention anale/stomacale, opération de hernie inguinale/fémorale, annexectomie utérine, pneumonie/pleurésie normale). Il s'agit de pathologies pour lesquelles la pratique et les dépenses médicales varient assez peu, où le risque médical de l'opération est minime, et où la proportion des actes non assurés est faible. Globalement, ces cas représentent un quart du total des hospitalisations. Pour favoriser la participation des établissements médicaux, le remboursement fondé sur le DRG a été fixé à un montant supérieur aux tarifs cumulés des actes compris dans le groupe de prestations constituant le DRG. Ce remboursement est fixé *ex ante*, bien qu'une faible proportion du coût soit payée rétrospectivement, en tenant compte des dépenses réelles.

Dans l'ensemble, l'expérience des paiements reposant sur les DRG a été positive. Les dépenses de soins médicaux pour tel ou tel diagnostic ont diminué en moyenne de 8,3 % dans chaque établissement participant au programme pilote. La durée moyenne de séjour a été réduite de 3 %. Les établissements participants ont été généralement satisfaits du programme, parce qu'ils pouvaient être remboursés plus vite et que les frais administratifs inhérents au dépôt et à la soumission des demandes étaient inférieurs.

Il demeure néanmoins indispensable de suivre et d'évaluer de manière plus approfondie les réactions des dispensateurs à l'égard des mécanismes de paiements fondés sur les DRG. En premier lieu, les établissements risquent d'accroître l'intensité des soins avant et après l'hospitalisation, substituant ainsi des paiements à l'acte à une partie des services qui seraient autrement remboursés au tarif DRG. Par exemple, la consommation d'antibiotiques au cours de l'hospitalisation a reculé de 30 %, mais l'utilisation de ces produits a augmenté après la sortie de l'hôpital. De même, le nombre d'analyses pendant l'hospitalisation a diminué, mais il a augmenté avant. Ces comportements risquent de compromettre les économies qui peuvent être réalisées grâce aux paiements fondés sur les DRG et doivent être étroitement surveillés. En second lieu, il se peut que les DRG n'incitent pas suffisamment à améliorer ou à préserver la qualité des soins. Des programmes de gestion de la qualité s'avéreront peut-être nécessaires pour garantir le contrôle et l'amélioration de la qualité. Néanmoins, la qualité des soins, telle que gérée par les taux de complications et de réopérations, ne s'est pas détériorée dans le cadre de l'application pilote de DRG. En troisième lieu, malgré la réaction initialement positive des dispensateurs, les DRG risquent d'être difficiles à mettre en place dans tous les établissements coréens, du fait de la résistance des prestataires. Il importe d'instaurer un consensus et un dialogue avec le corps médical, et peut-être de créer certaines incitations financières et administratives, afin de promouvoir la mise en œuvre des paiements fondés sur les DRG et d'apaiser les craintes des dispensateurs.

Source : Kwon (2003b) ; Lee (2001).

premier lieu être négocié, compte tenu des estimations de son effet sur le prix et le volume des services non assurés²⁷. Si la modification du mode de rémunération des prestataires était tout d'abord mise en œuvre dans le cadre de projets pilotes volontaires, on pourrait encourager la participation des dispensateurs par des incitations, comme de fut le cas avec l'expérimentation des paiements fondés sur les DRG.

Bien que les incitations à l'endroit des prestataires puissent être améliorées par des mécanismes de rémunération mixte, il n'existe aucune combinaison parfaite d'incitations pouvant récompenser et discipliner les prestataires, tout en remédiant à l'asymétrie d'information entre les acheteurs et les dispensateurs. C'est pourquoi les méthodes de paiement fonctionnent mieux si elles sont conjuguées à d'autres *outils de criblage et de surveillance*, utilisés à l'appui d'un achat plus prudent de services médicaux.

5.2.5. Amélioration de l'efficacité des soins en matière de coûts

Achat actif

La Société nationale d'assurance maladie recèle un potentiel inexploité d'amélioration de l'efficacité en matière de coûts et de la qualité. A longue échéance, l'intégration d'organismes d'assurance fragmentés ne portera pleinement ses fruits que si la Société devient un acheteur plus actif et plus efficace de services de santé pour les assurés, au lieu de se borner à régler passivement les demandes de remboursement. L'Agence d'examen de l'assurance maladie doit renforcer ces deux fonctions.

En dépit des améliorations de l'*audit* qui ont suivi la réforme d'intégration, on pourrait encore accélérer le processus d'instruction des demandes en allégeant les formalités et en généralisant la soumission électronique des factures par tous les prestataires. Le traitement électronique des données faciliterait le règlement et le contrôle des factures. L'utilisation de cartes électroniques des patients permettrait à la Société de vérifier si les factures soumises aux fins de remboursement correspondent à des services effectifs, ce qui empêcherait ainsi la fraude.

L'Agence d'examen de l'assurance maladie *évalue* les services pour déterminer s'ils sont assurés avec la meilleure efficacité sur le plan des coûts, en procédant à des examens de l'utilisation. Ces derniers semblent toutefois dépourvus d'une solide assise factuelle. On ne sait comment sont identifiées les cliniques innovantes, choisies comme référence en matière de bonne pratique. La détection des soins inadaptés paraît se limiter aux prestataires de certains services (dont le nombre dépasse la moyenne) telles les piqûres. Il se peut néanmoins que la moyenne ne représente pas les soins les mieux adaptés ni les plus efficaces en matière de coûts. La création de partenariats avec les prestataires, dans le but de recenser, d'examiner et d'expliquer les caractéristiques thérapeutiques contribuerait à établir la base factuelle de protocoles de bonne pratique clinique et à cerner les variations injustifiées entre les traitements.

Rôle des services de santé publique

L'efficacité des prestations de santé dépend non seulement du niveau des ressources dépensées dans le cadre du système et des incitations à l'endroit des prestataires, mais aussi du choix des services. Il se peut que des modulations du dosage des services contribuent à améliorer les résultats sanitaires.

La rentabilité des interventions de santé publique est bien documentée²⁸. Une étude récente de l'OCDE sur les déterminants des variations de la mortalité parmi les pays de

l'OCDE paraît indiquer un lien positif entre la mortalité et certaines variables ressortissant au mode de vie, telles que la consommation d'alcool et de tabac (Or, 2002). La prévention et les services de santé publique sont peu développés en Corée. La promotion de la santé et la prévention ont été historiquement considérées comme relevant de la responsabilité individuelle et non collective, ce qui explique en partie l'investissement limité en faveur de la santé des populations. La Corée n'y consacre approximativement que 4 % du total de ses dépenses de santé. Ces dépenses relèvent de la compétence des administrations centrale et locales. Contrairement aux services curatifs, le budget affecté à la santé des populations est donc plafonné.

Les pouvoirs publics ont entrepris de renforcer la promotion de la santé en consentant ces dernières années des investissements croissants destinés aux activités en faveur de la santé des populations. La survenue de la crise financière du RNAM a néanmoins détourné l'attention et les priorités vers le système d'assurance maladie. La taxe sur le tabac, dont le produit est réservé, a été multipliée par six et demi, mais les recettes ainsi engendrées iront renflouer les comptes du RNAM, jusqu'à ce l'équilibre du système soit rétabli. Il existe manifestement un risque que les services curatifs n'évincent les activités consacrées à la santé des populations, à moins qu'une priorité claire ne soit attribuée à ces dernières.

La mise en place, depuis avril 2002, d'un nouveau plan de promotion de la santé des populations constitue une évolution prometteuse dans ce domaine. Ce plan comporte une série complète de mesures destinées à renforcer le rôle de l'État en matière de gestion des risques de santé, à améliorer la qualité des services et à maintenir la stabilité budgétaire du régime d'assurance maladie. Sont également prévus des moyens précis pour inciter les dispensateurs à fonctionner de manière plus efficiente, qui combinent des instruments de planification et de promotion de la concurrence. Ce vaste plan comprend une série exhaustive de mesures qui vont au-delà de la promotion de la santé et de la prévention des maladies²⁹. La capacité de ce dispositif à atteindre les objectifs fixés sera fonction de son degré de réalisation concrète et de son processus d'application. Son efficacité dépendra au plus haut chef de l'étude de faisabilité portant sur chacune des mesures prévues et de la création de partenariats étendus, qui examineront et appuieront ses modalités d'application.

Importance d'une politique pharmaceutique globale

La réforme de séparation a retiré aux médecins le droit de délivrance des médicaments, mais sans prévoir d'incitations à améliorer l'efficacité en matière de coûts de la consommation et de la prescription de produits pharmaceutiques. Comme les médicaments constituent une composante clé des dépenses de santé, en Corée comme dans tous les pays de l'OCDE, il serait souhaitable d'établir un cadre global propre à influencer sur la structure de la consommation et de la prescription.

Les mesures destinées à améliorer l'efficacité des médicaments sur le plan des coûts devraient comporter un dosage de règlements et d'incitations propres à agir sur la consommation, la prescription et la délivrance des médicaments.

La Corée recourt largement aux mesures de freinage de la demande, notamment le ticket modérateur et la liste des médicaments remboursés par l'État, pour limiter la consommation de produits pharmaceutiques. Bien entendu, la détermination du montant du ticket modérateur et la générosité de la liste pèsent sur les dépenses globales au titre des médicaments, car la demande des consommateurs est élastique par rapport au prix.

Dans le cadre des mesures prises par les pouvoirs publics pour stabiliser les finances du RNAM, il a par ailleurs été proposé de fixer des prix de référence. Le remboursement public équivaut ainsi au prix inférieur d'un médicament substituable, les patients devant assumer la différence entre le prix de référence et celui, plus élevé, d'autres médicaments. Ces mesures, qui sont répandues dans de nombreux pays de l'OCDE (Jacobzone, 2000), aident à freiner la demande immodérée et à la diriger vers des produits pharmaceutiques meilleur marché.

Il y a également lieu d'adopter des mesures agissant sur la prescription. Pour orienter le comportement des médecins, il faut recourir à un dosage de restrictions, de publication de directives et de surveillance. Les restrictions peuvent notamment prendre la forme de codex et de listes de médicaments recommandés. Elles peuvent aussi limiter la prescription excessive en fixant des budgets et des plafonds au volume de médicaments prescrits, outils susceptibles d'être efficaces, mais qui risquent d'éveiller l'hostilité du corps médical. La surveillance fondée sur la vérification et l'évaluation systématiques des comportements en matière de prescription doit être assortie de directives claires, ainsi que de sanctions et de récompenses pour les prestataires. Un partenariat – entre l'AEAM, le RNAM et le corps médical – peut contribuer à sensibiliser les médecins à leur rôle dans la promotion d'une consommation de médicaments efficace sur le plan des coûts. Il convient de soutenir et d'encourager la participation du corps médical à l'autorégulation, à travers la formulation de directives sur la prescription, l'examen par les pairs et la formation continue.

On ne saurait enfin minimiser l'importance du rôle joué par les pharmaciens. Ils peuvent promouvoir la consommation de médicaments meilleur marché, mais tout aussi efficaces, en exerçant leur droit de substituer des génériques à des produits de marque. Ce droit constitue un instrument capital pour contrebalancer la tendance des médecins, après la réforme de séparation, à prescrire davantage de produits de marque. Il y a lieu de soumettre les pharmaciens à une surveillance adéquate et de les récompenser financièrement (par exemple en fixant les honoraires de délivrance à un niveau suffisant).

5.2.6. Rehaussement de la qualité des services de santé

Promotion d'une meilleure réglementation de la pratique médicale

La réglementation de la qualité des soins cliniques gagnerait à recevoir une attention accrue en Corée³⁰. Les pouvoirs publics ont limité leur intervention dans ce domaine, car le corps médical dispose d'une meilleure information pour s'autoréguler. Cette autorégulation semble toutefois faible en Corée (voir ci-dessous). L'exercice de la médecine ne paraît pas soumis à l'examen régulier d'un groupe de pairs. De surcroît, l'autorégulation n'est pas en soi garante de sécurité médicale et risque d'engendrer un contrôle insuffisant de la gamme et du niveau des soins.

Il faut donc une meilleure réglementation clinique. Il semble opportun de favoriser l'autorégulation. Il convient aussi de transformer le programme d'évaluation des services hospitaliers administré par le ministère de la Santé et de la Protection sociale en un mécanisme efficace pour contrôler les services hospitaliers et évaluer la technologie. Une fois ses systèmes d'information modernisés, la Société pourrait systématiquement recueillir et analyser des indicateurs de performance sur les établissements médicaux. Les résultats d'un tel programme d'évaluation permettraient de constituer une base factuelle propice à la définition d'objectifs de performance et pourraient être mis à la disposition du

public. Qui plus est, il serait bon d'élaborer des protocoles de pratique clinique et des programmes d'assurance de la qualité. Il faudra pour cela renforcer la collaboration entre la Société, le corps médical et le ministère de la Santé et de la Protection sociale.

Rattachement de la réglementation clinique aux incitations à l'endroit des prestataires

Pour stimuler l'amélioration de la qualité, on pourrait entre autres rémunérer les prestataires en fonction de leur performance. La méthode actuelle de paiement à l'acte favorise la productivité des médecins et dissuade l'insuffisance des prestations, mais n'incite pas les médecins à éviter de dispenser des soins inutiles, ni ne prévoit d'indemnité pour l'élaboration et l'adoption de directives et de normes relatives à la pratique. En sa qualité d'unique organisme public d'assurance maladie, la Société pourrait tirer parti de son pouvoir d'achat pour réglementer la pratique et promouvoir la qualité des soins. Dans le contrat passé entre le RNAM et les prestataires, il serait envisageable de rattacher les incitations financières à la performance. La Société pourrait par exemple négocier des normes supérieures de qualité des soins avec des groupes de prestataires observant une bonne pratique. En récompense de l'adhésion à des protocoles de qualité, on pourrait autoriser des honoraires plus élevés ou une revalorisation plus forte des tarifs médicaux, d'une année sur l'autre. De surcroît, pour inciter les usagers à choisir des établissements médicaux souscrivant à une bonne pratique, on pourrait abaisser le ticket modérateur appliqué à leurs traitements³¹. L'idée de récompenser ce genre de comportement n'a rien de nouveau. En effet, les établissements innovants sont actuellement exonérés du contrôle des demandes de remboursement pendant deux ans. Une telle récompense pourrait néanmoins être plus alléchante si elle était assortie d'incitations financières. L'application de la méthode de paiement selon la performance dépendra de la capacité à établir des directives et des protocoles, et à surveiller le comportement des prestataires.

Renforcement de l'autorégulation

La faiblesse du rôle de l'autorégulation en Corée résulte de trois caractéristiques institutionnelles du système : une pratique médicale très variable selon le prestataire, la rémunération à l'acte et des établissements *de facto* à but lucratif. La pratique médicale contrastée tient à la diversité des cycles de formation dans les facultés de médecine coréennes. Cette réalité laisse supposer une absence de consensus sur le contenu des soins appropriés. La rémunération à l'acte n'a pas encouragé les médecins à coopérer afin d'adopter une pratique factuelle optimale, car elle ne prévoyait pas d'indemnité pour l'élaboration et l'utilisation de protocoles et de directives. La vocation commerciale de la majorité des établissements pourrait contrarier la prestation de services adéquats, si des incitations financières n'aboutissent pas à une pratique appropriée³².

L'amélioration de la qualité des soins pourrait être encouragée par une autorégulation efficace. Il faut des incitations pour favoriser la définition et l'adoption de pratiques optimales factuelles par le corps médical. Une étude récente de l'OCDE souligne à quel point l'autorégulation peut bénéficier d'un soutien financier (Or, 2002). Il convient d'élaborer des directives cliniques propres à écarter les variations de traitement entre les prestataires et à améliorer la qualité des soins. Elles pourraient aussi ouvrir la voie à l'utilisation d'objectifs de performance.

5.2.7. Amélioration de la gouvernance

Il y a lieu d'améliorer la gouvernance ou le contrôle public du système de santé coréen. Il faut pour cela renforcer l'obligation de rendre compte et la transparence. Les dispensateurs de soins médicaux sont exposés à des demandes de responsabilité accrue envers la population, tandis que la réforme d'intégration met l'accent sur le renforcement de la responsabilité du RNAM à l'égard des assurés, pour ce qui concerne l'achat des services médicaux, ainsi que le recouvrement et la gestion des cotisations. Une meilleure transparence est souhaitable dans tous les domaines clés du système d'assurance : le financement, en particulier celui d'origine publique, la pratique médicale et la prestation des services de santé, et la rémunération des prestataires. Il convient par ailleurs de renforcer les institutions qui favorisent la confiance réciproque et la collaboration entre le corps médical et les autres parties prenantes. La réalisation de ces objectifs passe par une amélioration de la collecte et de l'analyse des données.

Évolution de la gouvernance du système de santé

Par suite des récentes modifications apportés au système de santé, les pouvoirs publics ont été amenés à assumer de nouvelles fonctions pour assurer la stabilité financière du système d'assurance maladie, promouvoir une meilleure pratique médicale et orienter les réformes complexes vers des améliorations de la performance.

L'État est principalement responsable d'assurer la stabilité financière du RNAM et doit aussi participer à son financement. Par suite de la réforme d'intégration, la situation budgétaire du RNAM a revêtu un intérêt national. L'État est devenu le garant en dernier ressort de la viabilité financière du régime. Il lui est impossible de se soustraire à des interventions, dans le double but de maintenir les dépenses publiques sur un sentier financièrement viable et de mobiliser des recettes suffisantes. La Société nationale de l'assurance maladie a un rôle crucial à jouer pour dégager un consensus entre les parties prenantes sur les moyens de définir de nouvelles prestations et une revalorisation des honoraires qui soient compatibles avec la hausse des cotisations et des autres recettes. Les pouvoirs publics ne sauraient faillir à leur mission de financer le RNAM. Grâce à un nouvel apport de ressources tirées de la fiscalité, on devrait pouvoir couvrir le coût de l'instauration d'un solide dispositif d'assurance catastrophe, ou de l'établissement de plafonds annuels de ressources applicables au ticket modérateur. Afin de redresser les comptes du RNAM, il conviendra de préserver les autres engagements au titre de certaines subventions accordées au régime, notamment pour les dépenses d'administration et le paiement des prestations.

Il apparaît indispensable de mieux gérer l'offre de soins de santé. Cela ne veut pas dire qu'il faille nécessairement accroître la prestation publique de services de santé (hormis les interventions de santé publique). Il importe au contraire de soutenir la fonction des prestataires publics, car ces services jouent un rôle important de protection sociale, en particulier dans les régions défavorisées et en période de récession économique. Il se pourrait aussi que l'efficience et les progrès réalisés en matière de qualité découlent d'une rivalité accrue entre les secteurs public et privé, ce qui explique pourquoi il faut conserver un certain nombre d'hôpitaux publics. Il y a également lieu d'appliquer une réglementation efficace et habilitante de l'offre, qui entraînera des progrès sur le plan de la performance. Il est par ailleurs souhaitable de mettre en place une politique explicite de la concurrence, de manière à encourager l'amélioration de la performance parmi les fournisseurs, tout en décourageant les comportements concurrentiels susceptibles de nuire aux individus les

plus pauvres ou les plus malades. On peut favoriser l'amélioration de la pratique médicale en incitant mieux les prestataires à viser des objectifs de qualité et à échanger de l'information. L'évaluation et le rehaussement de la performance supposent une transparence accrue. Il faut, dans le même temps, soutenir l'autorégulation des professionnels.

Les pouvoirs publics doivent assumer un rôle beaucoup plus actif dans la gestion de changements complexes. La réforme de séparation aurait pu être gérée avec plus de souplesse, si elle avait été appliquée progressivement et à l'issue de projets pilotes. La planification du processus de changement comporte des aspects techniques, entre autres la conception de scénarios, l'anticipation des effets et l'élaboration de mesures correctrices pour remédier aux conséquences défavorables. Il importe de surveiller constamment les résultats de la réforme, y compris les effets souhaités ou non³³. La planification suppose aussi de renforcer les institutions et les capacités de nature à soutenir le changement, notamment par la négociation d'une indemnisation adéquate en faveur de ceux qui sont désavantagés par la réforme, la création d'un consensus grâce à la communication de principes et d'objectifs clairs, l'attribution de responsabilités mesurables aux principaux acteurs (y compris les ONG) et la constitution de vastes partenariats (ONG, prestataires, public). Dans les réformes de santé, le volet le plus délicat réside dans une saine application.

Renforcement de la gouvernance au sein du RNAM

Un nouveau cadre de gouvernance du RNAM s'est dégagé de la réforme d'intégration. L'Agence d'examen de l'assurance maladie (AEAM) s'est vu confier un nouveau mandat d'évaluation de la pertinence des soins médicaux. La Société a assumé un rôle plus actif, à travers lequel elle accompagne la prise de décisions sur l'élargissement des prestations, la modulation des honoraires médicaux et les taux de cotisation, au sein d'un comité récemment établi³⁴. La gestion du RNAM est maintenant exposée aux demandes en faveur d'une meilleure transparence et d'une responsabilité accrue envers les assurés.

Ces nouveaux mécanismes destinés à améliorer la performance du RNAM gagneraient à être étoffés. L'AEAM doit se doter d'une capacité de gérer plus activement les décisions d'achat. Au sein du nouveau comité, le RNAM négocie la revalorisation des honoraires avec les représentants des associations professionnelles et la hausse des taux de cotisation avec les syndicats. Pourtant, la Société est encore en voie d'apprendre à exploiter la richesse des séries de données qu'elle recueille désormais³⁵, pour éclairer et négocier des décisions factuelles sur l'établissement des honoraires, des prestations et des taux de cotisation. La création d'une administration intégrée de l'assurance maladie risque d'être un processus long et coûteux. Il se peut que la formation aide l'administration à assumer de nouvelles compétences dans le domaine de la gestion et du fonctionnement.

De la gouvernance autoritaire à une nouvelle stratégie propre à dégager un consensus avec les professionnels

L'expérience de la grève des médecins permet de conclure à la nécessité de mettre en place de meilleurs mécanismes de négociation et de partenariat entre les pouvoirs publics et le corps médical. Ces mécanismes ne portent pas simplement sur la détermination des honoraires, mais plus généralement sur le paradigme de l'application de la politique de santé. Il appert que la réforme de séparation n'est pas la seule cause à l'origine de la grève des médecins. Cette dernière tient aussi à une insatisfaction générale sous-jacente à l'égard de la stratégie adoptée par les pouvoirs publics dans d'autres dossiers de politique

sanitaire. L'assurance maladie nationale a été instaurée sous un régime autoritaire, qui a contraint les prestataires à accepter des honoraires inférieurs aux tarifs courants, afin de réaliser la couverture universelle à un coût abordable. Les pouvoirs publics ont alors continué à prendre des décisions unilatérales, notamment en matière d'honoraires, sans beaucoup consulter les prestataires. La réforme de séparation, qui a retiré aux médecins leurs marges sur la vente des médicaments, a provoqué une rupture de confiance. Au lieu de piloter le dossier en promouvant le dialogue et la négociation avec les prestataires sur un enjeu aussi critique, les autorités s'en sont remises à la société civile, qui a agi comme intermédiaire. Cependant, l'accord négocié entre les organisations non gouvernementales (ONG) et les praticiens s'étant effondré, ce sont les autorités qui ont subi les conséquences de sa faiblesse, alors que les médecins optaient pour la grève à la base.

La gestion de changements complexes telle que la réforme de séparation se déroule au mieux si une stratégie d'application a été convenue avec les prestataires. Cela peut nécessiter de récompenser ces derniers, s'ils consentent à la mise en œuvre des mesures. Les institutions propres à établir le dialogue et la confiance gagnent à être renforcées. Le comité chargé de négocier les honoraires et les taux de cotisation pourrait assumer un rôle clé, afin de dégager un consensus sur d'importantes mesures sanitaires. Il importe d'établir un dialogue direct et permanent avec les représentants élus du corps médical. En soutenant publiquement ces responsables, on leur conférerait une légitimité parmi la base, ce qui devrait favoriser la conclusion de futurs accords.

5.3. Défis à plus long terme

A plus long terme, il faudra faire face aux nouvelles pressions en matière de coûts induites par le changement technologique, la demande croissante de services plus nombreux et de meilleure qualité, et le vieillissement rapide de la population. Il n'est pas sûr que le système de santé soit déjà prêt à relever de tels défis. En premier lieu, il importe au plus haut chef de remédier aux insuffisances du système actuel, en procédant, à court et à moyen terme, aux améliorations réglementaires et comptables énoncées plus haut. En second lieu, il est souhaitable de prévoir les besoins futurs de la population, notamment pour ce qui concerne la fourniture adéquate de soins de longue durée. En troisième lieu, il conviendra de déterminer le mode de financement du système de santé. Selon que les dépenses supplémentaires seront assumées collectivement ou individuellement, les conséquences seront différentes sur le plan de l'équité, des dépenses publiques et des fonctions de réglementation revenant aux pouvoirs publics.

5.3.1. Renforcement des capacités en matière de soins de longue durée

On prévoit un accroissement de la demande de soins de longue durée, imputable au vieillissement rapide de la population, au taux croissant d'activité féminine et à la proportion décroissante de personnes âgées vivant avec leurs enfants. Selon les prévisions, le nombre de personnes âgées recevant des soins de longue durée atteindra 73 % entre 2000 et 2010³⁶. L'effritement du réseau familial informel qui fournissait jadis à cette population un solide appui sanitaire et social pourrait faire apparaître un besoin croissant de dispositifs publics de prise en charge. Bien qu'il ne soit pas prévu de renforcer l'accessibilité des services de longue durée³⁷, on risque de se trouver dans une situation analogue à celle qu'a connue le Japon jusqu'à une époque récente, où les personnes âgées nécessitant des soins médicalisés étaient hospitalisées. Les hôpitaux ne pratiquent pour l'instant aucune distinction entre les lits de soins chroniques et de soins aigus.

L'hospitalisation sociale est à éviter. Elle ferait peser sur le RNAM, déjà fortement sollicité, une charge indue sous la forme de séjours plus longs et de traitements hospitaliers plus onéreux, par rapport à des soins dispensés dans des établissements spécialisés telles des maisons médicalisées, ou à domicile. Mais pour empêcher cela, quel que soit le mode de financement des soins de longue durée, il faut que soient accessibles des services adéquats et abordables.

5.3.2. Financement de la croissance future des dépenses par le recours continu à la responsabilité individuelle

Dans le cadre d'un scénario extrême de financement des soins de santé, un ticket modérateur élevé serait maintenu, tandis que l'assurance maladie nationale couvrirait seulement un panier de services de base³⁸. Il faudrait néanmoins relever les taux de cotisation par rapport à leur niveau courant, pour financer le déficit actuel entre les recettes et les dépenses, l'inévitable accroissement de l'utilisation et de l'intensité des soins, ainsi que l'intégration à la couverture du RNAM de nouveaux services médicalement nécessaires. La hausse serait toutefois moins spectaculaire que celle qu'ont connue d'autres pays de l'OCDE qui recourent à l'assurance maladie sociale (si tant est que soient appliquées les mesures destinées à contrôler les dépenses publiques de santé, notamment celles qui ont été exposées sous la rubrique des interventions à court et à moyen terme).

Dans le cadre d'un scénario de ce genre, il serait fort probable que s'exprime une demande de nouveaux mécanismes de financement de la santé. Quoiqu'une couverture de base suffisante ait déjà été garantie aux titulaires de faibles revenus, par la voie d'interventions propres à consolider l'équité, énoncées plus haut, il se pourrait que la classe moyenne aspire à ce que la prise en charge des nouveaux traitements et technologies soit étendue et améliorée. De surcroît, à mesure que la population vieillira, les personnes âgées, dont le nombre croîtra, utiliseront davantage les services de soins aigus et certaines d'entre elles auront vraisemblablement besoin de soins médicalisés. Dans le cadre des mesures de mai 2001, il est prévu d'étudier la possibilité d'une assurance maladie privée (AMP) et d'un compte d'épargne médicale (CEM). On pourrait envisager ces deux modes de financement pour assurer une couverture adéquate, sans accroître davantage la part publique du financement de la santé. On ne saurait toutefois sous-estimer les risques et les coûts inhérents à la mise en place de ces deux mécanismes.

Un rôle approprié pour l'assurance maladie privée

L'assurance maladie pourrait en principe jouer un rôle complémentaire ou supplémentaire. Le premier s'entend de la couverture du ticket modérateur dans le cadre du RNAM public, ou de prestations supérieures d'hébergement en milieu hospitalier, notamment les chambres particulières ou à deux lits. Le deuxième renvoie à la couverture des services de santé non inclus dans les prestations de base du RNAM. L'assurance maladie privée peut aussi remplir d'autres fonctions dans le système de santé, mais elles ne paraissent pas applicables à la Corée (encadré 5.3).

Un groupe de travail constitué par les pouvoirs publics a récemment souscrit à la mise au point de polices complémentaires et supplémentaires et proposé des subventions fiscales pour stimuler la souscription d'assurances. Il se pourrait bien que l'assurance maladie privée joue un rôle utile. Les « polices-relais » couvrant le ticket modérateur, aussi bien que les subventions fiscales, comportent toutefois un risque d'efficience et des coûts d'opportunité.

Encadré 5.3. **Autres fonctions de l'assurance maladie privée (AMP)**

Outre son rôle complémentaire ou supplémentaire cité dans le texte, l'assurance maladie privée peut remplir d'autres fonctions dans les systèmes de santé. Elles ne semblent toutefois pas applicables au cas coréen.

- *Fonction de dédoublement.* Ce type d'assurance peut offrir une solution de rechange au secteur public en fournissant des services, des prestataires, ou des niveaux de services additionnels, pour les mêmes prestations médicales que celles que couvre le régime public. Dans les pays où l'assurance publique n'autorise pas le choix des dispensateurs, l'AMP peut procurer cette liberté. Elle permet aussi d'accéder plus rapidement aux interventions chirurgicales dans les systèmes comportant des périodes d'attente, ou aux établissements privés, lorsqu'ils ne sont pas accessibles dans le cadre de l'assurance publique. Par exemple, l'assurance maladie privée permet d'accéder aux mêmes services médicaux que ceux pris en charge par l'assurance publique, mais dans des hôpitaux privés, dans les pays possédant un système de santé national tels que le Royaume-Uni, l'Italie ou l'Espagne. L'AMP ne peut remplir une fonction de dédoublement dans le cas de la Corée, où la prestation des soins est presque entièrement privée et où le choix illimité du dispensateur constitue une valeur sous-tendant le système.
- *Fonction de substitution.* L'assurance maladie privée peut offrir une couverture substitutive à certains groupes n'ayant pas droit à l'assurance publique. Tel est le cas dans quelques pays de l'OCDE tels que les États-Unis, où l'assurance publique ne couvre que les pauvres ou les personnes âgées, et les Pays-Bas, où les catégories à revenus supérieurs ne sont pas admissibles à l'assurance publique. En Allemagne, les titulaires de revenus élevés ont la possibilité de renoncer à la couverture publique, mais une fois qu'ils ont choisi de le faire, ils ne peuvent revenir à l'assurance publique lorsqu'ils vieillissent ou que leur santé se détériore. L'AMP de substitution doit être conçue avec soin, afin d'être financièrement viable et de garantir une protection suffisante à la population. Il se peut que les détenteurs d'une assurance privée doivent subventionner le système d'assurance publique, comme dans le cas des Pays-Bas. Sinon, le système de santé national perdrait les cotisations des individus possédant une capacité contributive supérieure, tout en restant contraint d'assurer une protection aux plus pauvres et aux plus malades. Il convient par ailleurs de réglementer soigneusement les sociétés d'assurance et les dispensateurs, pour éviter la création d'un accès préférentiel aux soins pour les titulaires d'une assurance privée et la montée en flèche des primes. Ce type de couverture substitutive ne paraît pas réalisable en Corée, où la protection obligatoire pour tous les citoyens constitue un principe fondateur et une grande réussite du RNAM.

L'assurance couvrant le ticket modérateur réduit l'incitation des individus à utiliser les services de santé avec parcimonie, car elle élimine les signaux émis par les prix et la prise de conscience du coût. Si l'on instaure une couverture intégrale en assurant le ticket modérateur applicable aux services du RNAM par un dispositif complémentaire, il sera plus difficile de modérer les dépenses publiques en Corée. L'expérience de la France montre à quel point ce genre de couverture stimule la croissance des dépenses et supprime les incitations associées à la participation aux coûts et induites par la régulation de la demande (Imai et al., 2000). Cette situation tient au fait que l'utilisation des services de

santé augmente, du fait que la demande est élastique et que les prestataires ont intérêt à fournir des soins excessifs.

Les incitations fiscales destinées à stimuler la souscription de polices d'assurance maladie privées (AMP) impliquent des coûts d'opportunité. Actuellement, l'assurance maladie privée est peu répandue, bien que ce marché comporte de vastes perspectives découlant des insuffisances du RNAM public. Le rôle de l'AMP dans le système pourrait être élargi grâce à des subventions, notamment des allègements fiscaux. Il convient néanmoins d'en apprécier les coûts d'opportunité. Si les catégories aisées sont celles qui contractent en majorité des polices d'assurance privées, l'avantage fiscal qui leur est accordé équivaut alors à une subvention en faveur des groupes qui en ont le moins besoin. Le système deviendrait alors plus régressif, en particulier si l'assurance maladie privée couvre les prestations médicales non essentielles. Les subventions fiscales représentent en outre une perte de recettes publiques qui, autrement, auraient pu servir à financer le RNAM ou des services publics de santé. Il importe de déterminer comment faire une utilisation optimale des ressources publiques en Corée.

Il faudrait enfin que l'assurance maladie privée relève d'un cadre réglementaire approprié. Il importe d'adopter une réglementation pour atténuer la sélection des risques par les assureurs et freiner la croissance des primes. Dans la plupart des pays de l'OCDE où les AMP constituent un élément important du système de santé³⁹, le comportement des assureurs est étroitement réglementé, en vue d'atteindre les objectifs assignés à la politique sanitaire. Il est notamment interdit aux organismes d'assurance d'opérer une sélection des risques (adhésion libre) et ils sont tenus d'appliquer un taux collectif au calcul des primes, ou de fournir une protection tout au long de la vie. Le relèvement des primes est souvent assujéti à l'approbation d'organes de surveillance. Les polices d'assurance privée couvrant les soins de longue durée posent le même genre de problème réglementaire. Il se pourrait que les groupes à faible revenu continuent de rencontrer des difficultés d'accès et que les pouvoirs publics doivent intervenir pour subventionner l'assurance privée en faveur de ces catégories, si cela était jugé opportun pour assurer un accès équitable et adapté⁴⁰.

Comptes d'épargne médicale

Les comptes d'épargne médicale (CEM) facilitent le préfinancement des dépenses de santé, qui n'est pas supporté par le RNAM. Même si l'assurance catastrophe ou le programme d'aide médicale étaient renforcés par rapport au système actuel, la charge du ticket modérateur et des services exclus risquerait d'être lourde. Contrairement à l'assurance maladie privée, les CEM pourraient être une solution efficace pour alléger le poids du ticket modérateur. En premier lieu, du fait qu'ils encouragent la responsabilité individuelle et la prise de conscience du coût en matière d'utilisation des services de santé, les CEM ne favorisent ni le risque moral, ni la sur-utilisation. Ils incitent au contraire à l'utilisation responsable. En second lieu, ils aident à réduire la myopie individuelle. Puisque les usagers risquent de ne pas épargner volontairement des ressources suffisantes pour faire face à des dépenses imprévues en cas de maladie, les CEM éviteraient de faire supporter une charge indue aux générations futures, alors que la population vieillit. En dernier lieu, les CEM sont en adéquation avec le grand respect accordé à l'épargne par les Coréens et les autres valeurs inhérentes au système, notamment les mécanismes du marché et l'importance attribuée au choix individuel.

Les CEM doivent toutefois être soigneusement conçus et risquent de comporter des inconvénients. En premier lieu, ils doivent s'inscrire dans le contexte d'autres mécanismes destinés à assurer une retraite suffisante à la population, notamment les comptes individuels de sécurité sociale (si ce type de réforme est envisagé par les pouvoirs publics). En second lieu, les CEM font appel à un principe de financement fondé sur la capacité et la volonté de payer et les personnes disposant de faibles revenus risquent de ne pas accumuler une épargne suffisante. Il n'y a pas de subvention croisée, ni de redistribution, car l'épargne représente une partie du revenu mensuel des particuliers. Par conséquent, les CEM sont attractifs pour les employés bien rémunérés et occupant un poste stable⁴¹, mais exposent les chômeurs et les intérimaires à la précarité. En troisième lieu, la création et le maintien d'un système de CEM entraîneraient des dépenses. Pour assurer une protection efficace contre le coût d'une maladie imprévue, il faudrait que ce dispositif soit obligatoire, ou que la population soit convaincue de son utilité. L'épargne forcée s'accompagne d'un coût d'opportunité, notamment du fait que le système d'éducation privé est très coûteux en Corée et qu'il faut garantir un rendement élevé de l'épargne pour encourager la souscription volontaire. Les CEM supposent aussi que les autorités soient déterminées à réglementer et à contrôler le système (encadré 5.4)⁴².

5.3.3. Financement collectif d'une croissance des dépenses plus poussée

Dans un second scénario extrême de financement de la santé, le ticket modérateur applicable aux services assurés serait réduit et la gamme des prestations du RNAM serait étendue plus généreusement, pour couvrir les services pour l'instant exclus, ainsi que les nouveaux traitements de pointe. Le système de santé se rapprocherait davantage des régimes d'assurance sociale du Japon, de la France ou de l'Allemagne. Il faudrait pour cela relever sensiblement les taux de cotisation. Ceux du RNAM sont modestes au regard de ceux que prélèvent les dispositifs d'assurance sociale de ces autres pays de l'OCDE⁴³. Le RNAM garantirait une protection suffisante aux groupes les plus pauvres, ainsi qu'une couverture renforcée et améliorée aux catégories les plus aisées. A moins de trouver des moyens fiables de déterminer le revenu des travailleurs indépendants, il serait toutefois difficile d'emprunter cette voie. Elle risque de se heurter à la résistance des employeurs, qui considèrent que des prélèvements sociaux élevés nuisent à la compétitivité. Elle nécessitera sans doute une plus grande intervention de l'État, sous la forme d'une réglementation de l'offre ou de réformes plus énergiques des systèmes de rémunération des prestataires, afin de réduire les pressions induites par les coûts sur les dépenses publiques de santé.

Nécessité d'envisager un éventuel renforcement de la réglementation de l'offre

Divers pays de l'OCDE dotés de dispositifs publics assurant une vaste couverture ont appliqué une réglementation directe de l'offre pour freiner la croissance des dépenses publiques (Mossialos et Le Grand, 1999). La programmation des capacités est un mécanisme destiné à maîtriser les dépenses de santé en exerçant un contrôle sur le nombre de médecins, les lits d'hôpital, la technologie très coûteuse, etc. Bon nombre de pays de l'OCDE régulent les capacités à des degrés divers.

Il est possible de planifier l'offre de médecins en instaurant un *numerus clausus* à l'entrée dans les facultés de médecine. Il convient néanmoins de procéder à des arbitrages. Un nombre plus élevé de médecins peut retentir directement sur les dépenses de santé. La limitation de l'accès aux facultés de médecine pour atténuer les pressions sur les coûts peut s'accompagner d'un coût d'opportunité élevé. Au regard de la norme d'autres pays de

Encadré 5.4. Les comptes d'épargne médicale à Singapour

Singapour compte une population totale d'environ 4 millions d'habitants. L'état de santé y est bon au regard des normes internationales. Le taux de mortalité infantile en 2000 s'établissait à 2.5 (pour 1 000 naissances vivantes), tandis que l'espérance de vie moyenne atteignait 78.0 ans. Singapour possède une population relativement jeune, dont seulement 7.3 % est âgée de plus de 65 ans.

Le système de santé

Singapour possède un système de santé public et privé mixte. Bien que ce dernier mette l'accent sur la responsabilité individuelle en matière de santé, il conjugue le jeu des forces du marché et un degré élevé de contrôle de l'État. Afin de favoriser une utilisation parcimonieuse des services de santé, la responsabilité individuelle est encouragée à travers l'idée qu'il faut épargner pour assumer le coût de ses maladies. Par ailleurs, les pouvoirs publics interviennent directement dans la réglementation du marché, pour « réduire au minimum les coûts médicaux, freiner la demande et empêcher l'offre excessive »¹. Premièrement, il existe de solides contrôles de l'offre sur la technologie médicale, la formation et le nombre des médecins, les lits d'hôpital et les hôpitaux. Deuxièmement, on exerce des contrôles des prix. Les hôpitaux publics sont fortement subventionnés, et l'État régleme leurs prix et leur fonctionnement. Troisièmement, on applique une vigoureuse politique de rationnement et de nombreux services sont exclus de la couverture. Il est probable que le succès du système de santé singapourien, qui fournit des soins de qualité à des prix abordables, tient à une combinaison de tous ces facteurs, y compris le coût relativement faible d'une population qui n'est pas encore vieillissante.

Prestation des services de santé

Les praticiens privés dominent la prestation de soins primaires (80 % des services fournis, contre 20 % dans les polycliniques publiques), alors que le secteur public est le principal fournisseur de soins secondaires et tertiaires, et couvre 80 % de l'ensemble des lits d'hôpital. Il existe une proportion quasi égale de médecins publics et privés.

Établissements de santé			
	1998	1999	2000
Nombre de lits d'hôpital	11 389	11 742	11 798
Secteur public	9 277	9 560	9 556
Secteur privé	2 112	2 182	2 242
Effectifs de santé			
Nombre total de médecins	5 148	5 325	5 577
Secteur public	2 416	2 535	2 586
Secteur privé	2 489	2 606	2 809
Ratio médecins/habitants	1 760	1 740	1 720

Source : www.gov.sg/moh/hfacts/hfacts-gen-hm.html

Financement

Le financement des soins de santé combine la fiscalité générale, l'assurance contre la maladie catastrophique (Medishield), l'épargne obligatoire (Medisave), et les versements directs².

État

En 2000, les dépenses publiques de santé équivalaient à 1.49 % du PIB. Elles représentaient environ 42 % du total des dépenses de santé (1999). Elles comprennent les dépenses de santé publique, les subventions publiques aux services médicaux des hôpitaux publics et

Encadré 5.4. **Les comptes d'épargne médicale à Singapour (suite)**

aux services médicaux pour les pauvres, qui sont exonérés du ticket modérateur. Les subventions pour les pauvres sont financées par Medifund, un fonds de dotation pour la santé, qui assure un filet de sécurité aux personnes âgées. Ce fonds a été créé par l'État en 1993, afin d'aider ceux qui ne sont pas en mesure de payer les soins médicaux de base dispensés par les hôpitaux publics.

Compte d'épargne médicale

Medisave, un dispositif d'épargne obligatoire, a été instauré en 1984. Il a pour but d'aider les individus à financer les dépenses médicales après leur retraite. Il les incite à épargner et évite l'utilisation inutile des services de santé.

Dans le cadre de Medisave, chaque salarié doit verser de 6 à 8 % de son revenu mensuel (selon son âge) sur un compte individuel Medisave, dont il peut retirer des sommes pour payer certaines dépenses de santé (y compris celles de ses ayants droit). Les cotisations sont financées à part égale par l'employeur et l'employé, sont déductibles d'impôt et rapportent des intérêts. Elles comportent des minima, qui sont régulièrement relevés en fonction de l'augmentation des coûts de santé, ainsi que des plafonds mensuels. Les travailleurs indépendants sont tenus de cotiser à Medisave depuis 1992.

Medisave couvre les dépenses d'hospitalisation, y compris les journées de convalescence dans les hôpitaux et les hospices, et certains traitements coûteux en soins ambulatoires. Les retraits de Medisave sont assujettis à des plafonds. Des limites s'appliquent aussi aux dépenses journalières d'hôpital ainsi qu'aux interventions chirurgicales, selon leur complexité. Les sommes inutilisées sont rétrocédées aux individus. Lorsqu'il atteint l'âge de 55 ans, le titulaire d'un compte Medisave peut en retirer le solde, au-delà du minimum fixé. Tout reliquat est versé à ses héritiers après son décès, en franchise d'impôt.

Assurance

MediShield, un dispositif d'assurance catastrophe, a été créé en 1990 (et MediShield Plus en 1994, pour ceux qui souhaitent être admis dans des chambres d'hôpital de catégorie supérieure). MediShield vise à aider les individus à assumer les dépenses médicales découlant de maladies prolongées ou catastrophiques, pour lesquelles le solde de leur compte Medisave serait insuffisant. Les primes sont calculées en fonction du risque individuel. Ces dernières, la franchise et le ticket modérateur (20 % du montant dépassant la franchise) peuvent être financés sur les comptes Medisave.

1. Barr (2001), citant le Livre blanc singapourien « Affordable Health Care. A white paper », MOH (1993).
2. Un ticket modérateur s'applique à l'ensemble des services et des assurés, sauf aux bénéficiaires de l'aide sociale.

l'OCDE, la Corée possède un faible nombre de médecins. Il serait souhaitable d'accroître ce dernier, pour remplir les besoins insatisfaits de la population et contribuer à améliorer les résultats sanitaires. C'est aussi la raison pour laquelle le présent rapport considère les restrictions d'accès aux facultés de médecine comme un mécanisme de contrôle des coûts inférieur à d'autres réformes souhaitables touchant la rémunération des prestataires ou le criblage des demandes de remboursement au RNAM. Il a effectivement été proposé d'appliquer ces deux dernières mesures à court et à moyen terme, afin de renforcer la maîtrise des coûts.

La planification concernant les hôpitaux et les lits d'hôpital pourrait contribuer à prévenir un excédent des capacités et à corriger certains déséquilibres géographiques qui tiennent à la domination de l'offre par le secteur privé à but lucratif. Elle nécessiterait toutefois une forte efficacité administrative, au niveau non seulement national, mais aussi local, où les besoins peuvent être le mieux évalués.

La programmation de la technologie pourrait réduire la propension du secteur privé à diffuser largement les nouvelles techniques et à doubler la technologie médicale. De nombreux services de consultation externe fournis dans les hôpitaux ont un contenu technologique beaucoup plus élevé que dans les cabinets de médecins. Il se pourrait néanmoins que les prestataires résistent à une planification accrue, car ils se livrent une concurrence en partie au niveau de la technologie perfectionnée et coûteuse. En évaluant la technologie, on contribuerait vraisemblablement à en rationaliser le double emploi et l'utilisation.

Une assurance publique couvrant les soins de longue durée

Une assurance publique soins de longue durée (SLD) pourrait aider à financer les services médicalisés aux personnes âgées. Ce dispositif serait bien adapté au caractère catastrophique de ce genre de risque. Une assurance soins de longue durée éviterait au RNAM de supporter le coût de l'hospitalisation sociale. Elle améliorerait de surcroît l'accès des personnes âgées aux soins à domicile, aux hôpitaux spécialisés et aux maisons médicalisées, surtout si la solidarité familiale s'effrite encore davantage. Au Japon, en Allemagne et aux Pays-Bas, l'assurance soins de longue durée est financée par une combinaison d'impôts et de primes obligatoires modulées selon les revenus. Au Japon, l'assurance soins de longue durée assume une fonction de contrôle d'accès au système de santé. Le besoin de services est tout d'abord évalué, puis les gestionnaires des soins aident les personnes âgées à adapter l'utilisation des services à leurs besoins particuliers (Jeong et Hurst, 2001, p. 16 ; OCDE, 2001e). L'assurance SLD impliquerait toutefois un coût, car les primes devraient être versées en sus des cotisations au RNAM. Les trois pays de l'OCDE qui se sont dotés de ce mécanisme disposent d'un revenu par habitant supérieur, qui peut être consacré à la santé. Avant d'instaurer un système de ce genre, il importe de déterminer si les Coréens ont la volonté et la capacité d'acquiescer des cotisations supplémentaires.

Notes

1. Selon des entretiens menés par le Secrétariat avec des experts coréens.
2. Comme on l'a déjà vu dans la section 1.3 (chapitre 1), les honoraires pour les services assurés sont faibles, par rapport aux honoraires libres pour les services non assurés.
3. Jeong et Lee (1996) montrent que les hôpitaux publics ne paraissent non efficaces que si l'on compare leurs bénéfices monétaires. Lorsqu'on leur applique une analyse par enveloppement des données utilisant des extrants et des intrants réels multiples, de nombreux hôpitaux publics semblent plus efficaces que les établissements privés. Les hôpitaux publics fournissent des services de santé comportant un nombre élevé de patients par médecin. Par ailleurs, le taux d'occupation des hôpitaux privés paraît être inférieur à celui des établissements publics.
4. Les médecins résidents se composent de jeunes étudiants, ou de récents diplômés en médecine, et constituent une source de main-d'œuvre à bon marché pour les hôpitaux.
5. Le taux de dépendance est le rapport entre la population âgée de 0 à 19 ans et de 65 ans ou plus, et la population âgée de 20 à 64 ans.
6. Selon Jacobzone (2001), la classe d'âge de plus de 65 ans est à l'origine de 40 à 50 % des dépenses de santé et occasionne des coûts de santé par habitant trois à cinq fois plus élevés que ceux des groupes de moins de 65 ans.

7. Comme on l'a vu au chapitre 2, entre 1981 et 1999, l'accroissement du nombre de médecins a été plus rapide que la moyenne de l'OCDE, bien que si l'on considère les tendances du nombre de médecins en activité (graphique 2.9), l'écart entre la moyenne de l'OCDE et la Corée ne semble pas diminuer.
8. Les prévisions reposent sur les hypothèses suivantes : i) le nombre d'entrants dans les facultés de médecine est supposé constant, à 3 300 par an ; ii) le taux de réussite à l'examen ouvrant droit à l'exercice de la médecine est également supposé constant, à 90.6 % ; iii) la perte de médecins est calculée à partir des taux de mortalité par âge donnés par la table de mortalité et du taux d'émigration par le passé de 0.658 % ; iv) le taux d'activité pour les médecins repose sur l'expérience du passé (ICASS, 1998).
9. L'étude a utilisé des séries chronologiques groupées et des données croisées pour 22 pays de l'OCDE sur une période de 20 ans, et a éprouvé un large éventail d'hypothèses accordant une importance particulière à la relation contractuelle entre l'organisme payeur, les producteurs et les patients.
10. Les nouveaux services pris en charge comprennent par exemple les scanners, la transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques et la transplantation de moelle osseuse. On pourrait ajouter à la couverture l'IRM, la TEP et le diagnostic échographique.
11. Le retard s'est produit pour diverses raisons, qui traduisent des préoccupations et des divergences d'opinion entre les partis politiques, les syndicats et les autres parties prenantes. Les deux caisses ont des syndicats différents. Les responsables du régime professionnel estiment que la mise en commun dégarnerait les ressources de leur caisse, car elles seraient redistribuées en faveur des travailleurs indépendants, soupçonnés de sous-évaluer le revenu qu'ils déclarent.
12. Selon les journaux, l'État est en mesure d'évaluer le revenu de moins de la moitié de la catégorie des travailleurs indépendants (Editorial : « Insurance Merger Needs Reviewing », 29 octobre 2001, *Joong Ang Ilbo*).
13. Ils ont été appliqués pour empêcher la collusion et les transactions de cette nature entre les pharmacies et les établissements médicaux.
14. La substitution serait possible lorsqu'il existe un générique équivalent. Actuellement, les pharmaciens peuvent remplacer un médicament prescrit par un générique, si ce dernier est bio équivalent, s'ils donnent des explications adéquates aux patients, et si le médecin prescripteur est informé de la substitution. Le succès de la réforme dépendra en partie de la capacité à surveiller l'exercice pratique du droit de substitution. L'établissement des honoraires de délivrance à un niveau approprié ferait en sorte que la substitution aboutisse à l'utilisation de médicaments efficaces en matière de coûts.
15. En 2001, ce mécanisme s'appliquait seulement à 127 000 cas, moyennant un coût de 35.1 milliards de wons.
16. Pour les demandes de remboursement de soins hospitaliers excédant 1 million de wons, la moitié des dépenses moyennes directement assumées par les patients représentait 94 890 wons en 2000, alors que le minimum vital était de 320 000 wons.
17. Ce constat s'inscrit dans le droit fil des conclusions qui se dégagent de l'étude de l'OCDE sur les politiques du marché du travail et de la protection sociale en Corée (OCDE, 2000a). Le programme d'aide médicale (PAM) fait partie du système de garantie de ressources (Section 1.1, chapitre 1).
18. Notamment les visites à domicile et les bilans de santé pour les personnes âgées.
19. De nombreux hôpitaux publics ont été privatisés au cours des années 90. On risque ce faisant d'éliminer l'importante fonction de filet de sécurité qu'ils semblent remplir dans le système.
20. Seuls les bénéficiaires de la classe 1 du PAM sont exonérés du ticket modérateur.
21. Il est prévu que les taux de cotisation augmenteront de 9 % chaque année jusqu'en 2006, mais il n'est pas encore certain que ces mesures soient mises en œuvre.
22. L'expérience d'un autre pays qui a fait appel à la responsabilité individuelle pour freiner les coûts, Singapour, montre comment les pouvoirs publics ont dû intervenir lourdement sur le marché pour modérer les coûts des services de santé. Après avoir tout d'abord recouru uniquement à la responsabilité individuelle par l'intermédiaire d'un ticket modérateur élevé et de comptes d'épargne médicale, les autorités ont opté pour une vaste régulation de l'offre, une politique de rationnement énergétique et l'imposition aux hôpitaux d'une stricte réglementation des honoraires en 1993. La maîtrise des coûts hospitaliers est également favorisée par le contrôle direct des prix

- des intrants dans les hôpitaux, qui sont en majorité publics (Barr, 2001 ; Pauly, 2001 ; Hsiao, 2001 ; Ham, 2001).
23. L'intégration des comités anciennement chargés des décisions à propos de ces variables sera le prélude à un débat et à une négociation plus éclairés.
 24. Les budgets globaux établis pour les hôpitaux sont des paiements prospectifs par lesquels le budget des hôpitaux individuels est fixé à l'avance. Les budgets de spécialité fonctionnent comme un plafond global, par un ajustement des honoraires à la baisse, à mesure que les volumes augmentent.
 25. Il serait souhaitable d'utiliser les ressources plus efficacement sur le plan des coûts, compte tenu des pressions qui se feront sentir dans le secteur hospitalier, par suite de l'augmentation du nombre de lits et de la durée moyenne de séjour (voir la section 2.2, chapitre 2).
 26. C'est le cas de l'Irlande, où les médecins reçoivent une rémunération fondée sur la capitation, pour les détenteurs d'une carte d'assurance maladie donnant l'accès gratuit aux services de santé primaires.
 27. Selon Kwon (2003b), l'existence d'une rémunération à l'acte réglementée pour les services assurés a occasionné une expansion du volume des services non assurés.
 28. Voir Banque mondiale (1993) ; et OCDE (2001f), p. 11.
 29. Le plan comporte une série complexe de mesures visant à atteindre de vastes objectifs. S'agissant de la gestion des maladies et de la promotion de la santé, on vise notamment à : établir des systèmes de gestion publique pour le cancer, l'hypertension et le diabète ; développer les hôpitaux de soins tertiaires spécialisés dans le traitement de certaines maladies chroniques ; renforcer la gestion des facteurs de risque pour la santé, notamment les maladies transmissibles et les aliments dangereux ; accroître le rôle des centres de santé publique et les mesures de santé publique dans les régions rurales et à l'intention des titulaires de faibles revenus ; augmenter le nombre de médecins et d'infirmiers de santé publique ; mettre en place des programmes de soins à domicile liés aux hôpitaux, etc. Les mesures destinées à améliorer l'efficacité de la prestation se proposent entre autres de : promouvoir les innovations en matière de technologie de la santé ; renforcer la concurrence entre les prestataires ; aider les hôpitaux à créer des systèmes d'information sur la santé ; établir des plans nationaux de programmation des capacités des hôpitaux ; maîtriser l'offre de médecins en fonction de la demande ; améliorer l'échelle des valeurs relatives fondée sur les ressources. Enfin, on prévoit certaines mesures pour améliorer la qualité des soins, y compris l'introduction d'un programme d'évaluation de la qualité pour les établissements de santé, dont les résultats seraient accessibles au public.
 30. La pratique dans des conditions appropriées semble avoir été sacrifiée aux incitations commerciales animant les médecins. Les prestataires paraissent rivaliser sur le plan de l'intensité et du contenu technologique des soins. Des chercheurs ont laissé entendre que le taux élevé de césarienne (section 3.3.2, chapitre 3) provient du fait que les prestataires souhaitent obtenir des honoraires plus élevés que dans le cas d'un accouchement normal (Lee, 2001 ; Yang, 1996). Pour compenser la faiblesse des honoraires, les dispensateurs paraissent aussi avoir remplacé leur intervention par des médicaments (Kwon, à paraître, a).
 31. Dans ce cas, il faudrait relever les honoraires médicaux, pour tenir compte de la perte de revenu du médecin résultant de la baisse des frais à la charge du patient, ce qui impliquerait une nouvelle hausse des dépenses du RNAM.
 32. Se reporter, par exemple, à l'examen du taux de césarienne élevé, à la section 3.3.2, chapitre 3.
 33. Il est pour l'instant extrêmement difficile de quantifier l'effet relatif du relèvement des honoraires médicaux, de l'augmentation du volume des consultations externes, et des coûts accrus de remboursement des médicaments. Moyennant une meilleure accessibilité des données sur toutes ces variables importantes, il serait possible de concevoir des interventions efficaces pour corriger les effets non souhaités de la réforme. En rendant cette information publique, on contribuerait à satisfaire les nouvelles demandes de la population, qui souhaite que l'État soit tenu de rendre compte de la santé.
 34. Le comité comprend des représentants des syndicats, des pouvoirs publics, du corps médical et de la société civile. Avant la réforme, les décisions à propos des taux de cotisation étaient prises indépendamment par chaque société. La liste des prestations couvertes par le RNAM était fixée et diffusée chaque année par le ministère de la Santé et de la Protection sociale (MSPS). Les décisions sur la modulation des honoraires étaient presque unilatéralement prises par le MSPS, après consultation avec le ministère des Finances et de l'Économie.

35. Les systèmes d'information ont été modernisés, ce qui permet la collecte d'une série complète de données nationales.
36. Source : questionnaire de l'OCDE, citant des données de l'ICASS (1998), *Survey on the Life Situation for the Elderly and their Needs for Welfare*.
37. Y compris, par exemple, l'extension de la prise en charge à domicile, la création d'établissements et d'hôpitaux spécialisés dans les soins aux personnes âgées atteintes de démence, et l'accroissement du nombre d'établissements de soins aux personnes gravement handicapées.
38. Il n'existe actuellement aucun critère explicite d'inclusion ni d'exclusion de services, traitements et médicaments, au titre de la couverture du RNAM. Il conviendrait de définir un panier fondamental de services médicalement nécessaires, en retenant des critères comme l'efficacité reconnue sur le plan des coûts, la charge de la maladie, la perspective de réduire celle-ci par un traitement, l'estimation des besoins de la population, etc. Une telle approche pourrait être appliquée à tous les traitements, y compris la médecine orientale et les médicaments.
39. L'Irlande, l'Autriche, la Suisse et les Pays-Bas.
40. C'est le cas de la France. Les groupes les plus pauvres ne pouvaient accéder à l'assurance complémentaire, qui couvre les prestations non prises en charge par le régime public. Pour garantir une assurance universelle complète, les pouvoirs publics ont récemment instauré la « couverture médicale universelle », qui accorde aux personnes admissibles disposant de faibles revenus une couverture complémentaire gratuite.
41. Il se peut que les salariés préfèrent les CEM à des relèvements plus élevés des primes. C'est pourquoi les entreprises américaines vantent les CEM aux employeurs comme une solution de rechange moins coûteuse à l'AMP souscrite dans le cadre d'un contrat d'entreprise. Les CEM sont souvent proposés en conjonction avec une assurance contre la maladie catastrophique assortie d'une franchise élevée.
42. Les autorités de Singapour fixent des règles d'envergure concernant par exemple le rythme auquel les sommes épargnées peuvent être dépensées et le type de services pour lesquels elles peuvent être retirées.
43. Actuellement 3.4 %, par rapport à une moyenne approximative de 14 % pour l'Allemagne, de 18.5-20 % pour la France, et de 8.46 % pour le Japon (1997).

Conclusion

Le système de santé coréen affiche déjà des réalisations remarquables. Un régime universel d'assurance sociale a notamment été instauré, qui fournit à toute la population une protection de base contre le risque de maladie. La création de ce dispositif constitue une réussite à trois égards : la brièveté de sa mise en place, la faiblesse de son coût et son approche graduelle. Les pouvoirs publics coréens ont par ailleurs tenté d'améliorer la performance du système par l'application de deux réformes hardies et significatives en juillet 2000. L'une, la réforme d'intégration, a atténué certaines inégalités horizontales du financement du RNAM. L'autre, la réforme de séparation, a favorisé la spécialisation professionnelle des médecins et des pharmaciens, et a promis d'améliorer l'usage des médicaments.

Bien que les réformes d'intégration et de séparation de juillet 2000 aient poursuivi des objectifs adaptés aux circonstances, leur application a fortement laissé à désirer. Les indices préliminaires sur leur impact font état de résultats positifs : l'équité du financement a par exemple été renforcée et la surprescription de médicaments esquisse un recul. Le processus, notamment la réforme de séparation, a pourtant montré combien il peut être difficile d'obtenir une amélioration de la performance du système de santé. La dissociation des fonctions de prescription et de séparation a menacé les intérêts économiques des médecins. Elle a conduit à des grèves qui ont contraint les pouvoirs publics à relever les honoraires médicaux (en surcompensant la perte de revenu subie par les prestataires à la suite de la réforme, ce qui peut être avancé en dépit du manque de données sur ce point). Cette mesure a provoqué à son tour une dégradation des rapports entre le corps médical et les autres parties prenantes. Le déficit du RNAM, qui se situait à un niveau plus modeste avant la réforme, a atteint des proportions de crise.

L'expérience de la réforme de séparation démontre l'importance de mettre en œuvre les changements systémiques progressivement, après les avoir planifiés et négociés avec les parties intéressées, notamment celles qui risquent de sortir perdantes de la réforme. L'expérience tirée d'autres pays de l'OCDE confirme aussi qu'il est difficile d'opérer de vastes transformations brutales.

Quoique différentes mesures aient été appliquées ou proposées pour enrayer la vive hausse du déficit financier qui a suivi la réforme, d'autres interventions progressives s'imposent également, à court et à moyen terme, dans le but d'améliorer la performance du système de santé à divers égards.

Premièrement, l'équité d'accès à la santé reste insuffisante. La réforme d'intégration a amélioré l'équité horizontale du financement, mais il subsiste d'importants obstacles à l'équité d'accès à la santé, sous la forme des lourdes dépenses afférentes au ticket modérateur que doivent engager les Coréens titulaires de faibles revenus. Cette situation pourrait être en partie corrigée par l'amélioration de la couverture en cas de catastrophe dans le cadre du RNAM, l'introduction de plafonds annuels de ressources pour le ticket

modérateur, le renforcement du programme d'aide médicale et le soutien accordé à la fonction de filet de sécurité qu'assument les centres de santé et les hôpitaux publics.

Deuxièmement, l'équilibre des comptes du RNAM doit être préservé. Il faudra, à brève échéance, relever les taux de cotisation, car la couverture a été élargie et l'utilisation a augmenté au fil du temps, sans que les cotisations soient parallèlement accrues.

Troisièmement, il faut à moyen terme maintenir un contrôle des dépenses publiques, ainsi que la viabilité des dépenses du RNAM par rapport à la croissance du PIB réel. Il ne suffit plus de recourir à la fixation unilatérale des honoraires et à la réglementation de la demande, ce qui laisse entrevoir la nécessité d'appliquer diverses mesures connexes. Il est souhaitable que les pouvoirs publics adoptent une politique plus explicite de taux de croissance des dépenses publiques de santé, assortie d'objectifs implicites ou explicites de dépenses, définis deux ou trois ans à l'avance. Bien qu'il convienne d'instaurer un processus de négociation plus ouvert entre les associations de prestataires et le RNAM dans le cadre d'un tel plan, il importe de conserver une position de négociation solide sur le montant des honoraires. La revalorisation de ces tarifs doit en particulier être viable, compte tenu des prévisions de recettes et de la croissance anticipée du volume.

Quatrièmement, la croissance du taux d'utilisation des services de santé ne deviendra pas plus adaptée, à moins que les prestataires ne soient mieux incités à utiliser les ressources de manière efficiente. Certaines mesures en ce sens ont été prises, par exemple l'application pilote de paiements selon des groupes apparentés par diagnostics (ou Diagnostic Related Groups DRG) et l'introduction de l'échelle des valeurs relatives fondée sur les ressources. Il faudrait envisager de négocier d'autres dispositions permettant d'abandonner la rémunération à l'acte pure au profit de systèmes mixtes ou hybrides de paiement, juxtaposant la rémunération liée au volume (rémunération à l'acte) aux paiements fixes par habitant (capitation), ou reposant sur des paiements prospectifs. D'autres pays de l'OCDE ont amplement fait l'expérience de l'application de ces systèmes de rémunération.

Cinquièmement, il convient d'améliorer l'efficacité sur le plan des coûts. En sa qualité d'organisme payeur unique, le RNAM a la possibilité de promouvoir l'achat plus prudent de services de santé. Il faut aussi renforcer l'évaluation des demandes de remboursement de frais médicaux, afin de réduire la variation injustifiée des prestations de santé. Pour compléter la réforme de séparation et améliorer le rapport coût-efficacité de la consommation de produits pharmaceutiques, il est par ailleurs souhaitable de formuler une politique globale des médicaments, fondée notamment sur l'utilisation d'équivalents génériques, lorsqu'ils existent, et la surveillance des caractéristiques de prescription. L'importance accrue accordée à la prévention et à la promotion de la santé peut renforcer l'efficacité sur le plan des coûts et réduire les taux de morbidité et de mortalité afférents à certaines maladies imputables au mode de vie et à la consommation de tabac ou d'alcool.

Sixièmement, il y a lieu de renforcer la réglementation et l'autorégulation de la qualité des soins cliniques. Dans le cadre des incitations découlant de la rémunération à l'acte, le volume et les soins inadaptés ont été trop privilégiés, au détriment de la qualité. Alors que le montant élevé du ticket modérateur incite les usagers à la prudence en matière de dépenses de santé, il risque aussi de mettre ces derniers à la merci d'avis professionnels, lorsque des interventions onéreuses et complexes sont nécessaires. L'Agence d'examen de l'assurance maladie (AEAM) a engagé des travaux dans ce domaine. Il est possible de s'en inspirer, par exemple pour faire participer les prestataires à l'élaboration et à la mise en

œuvre de protocoles de bonne pratique, en échange de certaines rétributions. Il est également opportun d'accorder la priorité aux interventions en faveur du contrôle de la qualité, en recourant à l'examen par les pairs et à l'AEAM. Récemment encore, cette importante question était laissée à l'initiative des prestataires privés. La qualité des soins devrait pourtant préoccuper davantage le ministère de la Santé et de la Protection sociale. Il lui faudrait disposer de meilleurs données pour contrôler la qualité des soins, y compris les aspects non médicaux de la réactivité aux demandes des patients, ainsi que l'impact des soins de santé sur les résultats sanitaires et la qualité de vie.

Septièmement, la gouvernance mérite d'être améliorée. Même si le système recourt largement à la prestation et au financement privés, le fonctionnement du marché doit s'inscrire dans un cadre réglementaire et respecter l'obligation de rendre compte. L'amélioration de la gouvernance renvoie à la transparence et à la responsabilité. Voilà pourquoi il importe d'accroître l'information disponible. Il convient par ailleurs d'améliorer la gouvernance du RNAM pour renforcer les mécanismes de négociation et de constitution de partenariats, tant avec la société civile qu'avec les dispensateurs, et d'accroître la responsabilité du RNAM et des prestataires envers les assurés.

Huitièmement, pour favoriser une meilleure gouvernance, il faut aussi renforcer les capacités permettant de recueillir des données et d'analyser les conséquences des modifications apportées au système. Une partie des difficultés rencontrées dans l'application de la réforme de séparation auraient été évitées grâce à de meilleures prévisions de ses effets sur le comportement des patients et le revenu des dispensateurs. Les données sur les dépenses de médicaments, dont une partie était dissimulée dans les dépenses attribuées aux établissements médicaux, ont par exemple été insuffisamment déclarées. Par ailleurs, aucun débat transparent sur le revenu des prestataires n'a été tenu, ce qui aurait étayé la négociation d'une juste rémunération des dispensateurs. On aurait ainsi évité la rupture de la confiance entre le corps médical et la société civile, et peut-être atténué l'impression, parmi cette dernière, que les relèvements des honoraires ont uniquement servi à accroître le revenu des médecins.

A long terme, la Corée subira des pressions croissantes imputables aux dépenses de santé. Elle devra faire face au vieillissement rapide de sa population au cours des vingt prochaines années et au-delà. Elle semble effectivement confrontée à une transition démographique aussi rapide que celle qu'a connue le Japon. Les personnes âgées utilisent beaucoup plus les services aigus que les plus jeunes et un grand nombre d'entre elles nécessitent de surcroît des soins de longue durée. Il se peut aussi que la poursuite, voire l'accélération, du changement technologique apporte les bienfaits de nouveaux traitements, mais occasionne aussi de nouvelles pressions tendant vers la croissance des dépenses. Dans le même temps, il se pourrait fort bien qu'apparaissent de nouvelles demandes en faveur d'une couverture maladie accrue, qui tiendraient, d'une part, aux risques croissants susmentionnés et, d'autre part, au fait que la Corée représente un cas particulier, en raison du degré de participation aux coûts qu'elle exige dans le cadre du RNAM.

Le principal enjeu consistera à trouver, pour le système, un mode de financement de la croissance qui permette de conserver la maîtrise des dépenses publiques et de veiller à ce que les nouvelles ressources permettent d'acheter des services réels et apportant une utilité supplémentaire. Bien que des dosages de financement très divers soient envisageables, on peut identifier deux scénarios extrêmes. Dans l'un, la Corée pourrait

conserver le financement privé qui lui est propre, sous la forme de versements élevés directement effectués par les patients. Dans l'autre, elle pourrait concevoir un système national d'assurance maladie plus complet, ainsi qu'il en existe dans certains autres pays de l'OCDE. Dans les deux cas, les pressions futures induites par les coûts exacerberont le principal problème identifié dans le présent rapport. Quel que soit le mode retenu pour financer la croissance des dépenses anticipée, les médecins coréens doivent devenir plus responsables dans leur pratique, tant sur le plan financier que professionnel.

Ces différents scénarios entraîneraient des conséquences différentes sur l'équité, la maîtrise des dépenses publiques et le cadre réglementaire.

Le recours aux versements directement effectués par les patients offre l'avantage de réduire quelque peu la nécessité que l'État intervienne directement pour freiner la croissance des dépenses de santé. Si les taux du ticket modérateur restent élevés, ceux des cotisations peuvent aussi demeurer plus faibles que dans les autres pays de l'OCDE (même si, comme on l'a déjà souligné, certains relèvements sont inévitables). Il se peut que les pouvoirs publics soient amenés à envisager de nouveaux mécanismes de financement, à mesure que la classe moyenne exprimera des aspirations à une meilleure couverture. Il faudra alors mettre en place un cadre réglementaire approprié. Par exemple, les comptes d'épargne médicale (CEM) pourraient permettre de se préparer aux coûts additionnels dus à une société vieillissante, tout en favorisant le maintien de l'autonomie et une utilisation parcimonieuse. La conception de ces dispositifs devra néanmoins tenir compte de l'ensemble du système social et aller notamment de pair avec des réformes bien étudiées, visant à garantir une pension de retraite suffisante.

L'assurance maladie privée (AMP) pourrait jouer un rôle important dans le financement des services non compris dans la couverture de base du RNAM, y compris les soins de longue durée. La prise en charge du ticket modérateur (« assurance-relais ») rend toutefois les individus moins sensibles aux coûts et au contrôle public des dépenses. Qui plus est, ni les CEM ni l'AMP n'amélioreraient l'équité sans une lourde réglementation. Si elles servent à encourager la souscription d'une assurance-relais, les subventions fiscales en faveur de l'AMP risquent d'impliquer des coûts d'opportunité en matière d'équité verticale du financement, de recettes fiscales sacrifiées (pouvant servir à subventionner le RNAM), et de contrôle des dépenses.

L'avantage d'une généreuse assurance maladie sociale, comportant un faible ticket modérateur, un petit nombre de prestations exclues et une couverture des soins de longue durée (soit directe, soit par l'intermédiaire d'une assurance SLD) réside dans le fait qu'elle répondrait aux besoins d'équité des titulaires de faibles revenus et aux demandes de la classe moyenne en faveur d'un élargissement de l'assurance maladie. L'expérience d'autres pays de l'OCDE porte néanmoins à croire que les pouvoirs publics devraient intervenir plus vigoureusement dans la réglementation de l'offre et de la rémunération des dispensateurs, afin de maîtriser le taux de croissance des dépenses de santé. Les cotisations au RNAM devraient par ailleurs être sensiblement relevées.

C'est au peuple et aux pouvoirs publics coréens qu'il revient de choisir un scénario. Quelles que soient les méthodes retenues pour financer la croissance future des dépenses, il faudra renforcer le cadre réglementaire et financier, ainsi que l'obligation de rendre compte.

Liste des recommandations d'action

1. Lever les obstacles financiers à l'accès en fixant des plafonds annuels de ressources applicables au montant cumulé du ticket modérateur.
2. Relever à brève échéance le taux de cotisation, afin de rétablir l'équilibre financier du RNAM.
3. Définir pour le RNAM des objectifs de dépenses liés aux prévisions de recettes, dans un horizon de deux à trois ans, et établir sur cette base une position de négociation claire en matière d'honoraires.
4. Renforcer par ailleurs la capacité des pouvoirs publics à contrôler les dépenses publiques de santé par l'application d'un programme (négocié) de réformes graduelles de la rémunération des prestataires, en cessant de recourir exclusivement au paiement à l'acte pour adopter des systèmes mixtes et hybrides de paiement.
5. Promouvoir l'efficacité sur le plan des coûts, grâce à un achat plus actif et plus prudent des services et des produits par le RNAM.
6. Faire une plus large place aux initiatives de promotion de la santé et de prévention.
7. Officialiser les règles de remboursement des médicaments à partir de prix de référence ainsi que l'utilisation d'équivalents génériques, lorsqu'ils existent.
8. Appliquer des mesures destinées à améliorer les caractéristiques de la prescription par des directives y afférentes, ainsi que la vérification et l'évaluation systématiques des comportements relatifs aux ordonnances.
9. Pour maintenir une concurrence professionnelle entre les établissements, en majorité privés, conserver le réseau public des centres de santé et certains hôpitaux publics.
10. Promouvoir la qualité des soins en renforçant et en encourageant par des incitations l'autorégulation, ainsi que les initiatives externes d'évaluation et d'amélioration de la performance.
11. Améliorer la gouvernance du système, notamment en amplifiant davantage les négociations régulières et transparentes entre les représentants de la société civile, les organismes d'assurance maladie et les prestataires, et en renforçant l'obligation de rendre compte, faite au RNAM et aux prestataires.
12. Améliorer la collecte de données, entre autres sur la qualité, et sur les dépenses de médicaments et de services médicaux, ainsi que les statistiques sur le revenu brut et net des prestataires.
13. Renforcer la capacité d'analyser les conséquences des modifications apportées au système pour les cotisants, les patients et les prestataires.
14. A plus long terme, si la couverture RNAM reste limitée à une série de prestations de base assorties d'un ticket modérateur élevé, on peut recommander l'assurance maladie privée (AMP) pour les services exclus du panier minimum, mais pas pour le ticket modérateur. L'"assurance-relais" ne devrait pas être autorisée. Il se pourrait néanmoins que les comptes d'épargne médicale jouent un rôle utile, car ils permettraient aux Coréens de se préparer à l'augmentation des coûts due à l'inéluctable vieillissement de la population.
15. Si le RNAM est sensiblement élargi, de manière à couvrir un plus grand nombre de services tout en réduisant le ticket modérateur, il sera d'autant plus opportun d'adopter des mesures propres à renforcer le contrôle des coûts.
16. Une approche de mise en œuvre graduelle des réformes sera préférable à des réformes de choc.

Bibliographie

Documents en anglais

- Adema, W., Tergeist, P. et Torres, R. (2000),
« Korea: Better Social Policies for a Stronger Economy », *L'Observateur de l'OCDE*, 9 novembre.
- Agence d'examen de l'assurance maladie (1999),
« Outline of Health Care Review and Evaluation in Korea », Rapport interne, septembre 2001.
- Arrow, K.J. (1963),
« Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *The American Economic Review*, vol. LIII, n° 5, pp. 941-973.
- Banque mondiale (1993),
Rapport sur le développement dans le monde : Investir dans la santé, Banque mondiale, Washington.
- Barr, M. (2001),
« Medical Savings Accounts in Singapore. A Critical Inquiry », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 26, n° 4, pp. 709-726.
- Bureau du président, République de Corée (2000),
DJ Welfarism. A New Paradigm for Productive Welfare in Korea, Tae Sul Dang, Séoul.
- Chang-Bae (2002),
Expanding Social Security Net: the integration of national health insurance scheme in Korea, National Health Insurance Corporation, Séoul.
- Cho, H.J. (2000),
« Traditional Medicine, Professional Monopoly and Structural Interests: a Korean case », *Social Science and Medicine*, vol. 50(1), pp. 123-135.
- CMH (2001),
Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique, Commission macroéconomie et santé, OMS, Genève.
- Cutler, D. (2002),
« Health Care and the Public Sector », NBER Working Paper n° w8802.
- van Doorslaer, E. et al. (1999),
« The Redistributive Effect of Health Care Finance in Twelve OECD Countries », *Journal of Health Economics*, n° 18, pp. 291-313.
- van Doorslaer, E. et al. (2000),
« Equity in the Delivery of Health Care in Europe and the US », *Journal of Health Economics*, n° 19, pp. 553-583.
- Gerdtham, U., Jonsson, B., MacFarlane, M. et Oxley, H. (1998),
« The Determinants of Health Expenditures in the OECD Countries: a pooled, data analysis », *Development in Health Economics and Public Policy*, Vol. 6, Kluwer Academic, Boston, Dordrecht et Londres.
- Girouard, N. et Imai, Y. (2000),
« The Health Care System in Poland », Economics Department Working Papers, n° 257, Paris.
- Ham, C. (2001),
« Values and Health Policy: The Case of Singapore », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 26, n° 4, pp. 739-745.

- Hsiao, W.C. (2001),
« Behind the Ideology and Theory: What is the Empirical Evidence for Medical Savings Accounts? », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 26, n° 4, pp. 733-737.
- Hurst, J. et Jee-Hughes, M. (2001),
« Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems », *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, n° 47, OCDE, Paris.
- Hwang, N. (1996),
Overview of the Reproductive Health Indicators in Korea, Korea Institute for Health and Social Affairs, Séoul.
- Imai, Y. (2002),
« Health Care Reform in Japan », *Economics Department Working Paper*, n° 321, OCDE, Paris.
- Imai, Y., Jacobzone, S. et Lenain, P. (2000),
« The Changing Health System in France », *Economics Department Working Papers* n° 269, OCDE, Paris.
- Jacobzone, S. (2000),
« Pharmaceutical Policies in OECD Countries: reconciling social and industrial goals », *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, n° 40, OCDE, Paris.
- Jacobzone, S. (2001),
« Healthy Ageing and the Challenges of New Technologies. Can OECD social and health care systems provide for the future? », *Actes de l'atelier tenu à Tokyo « Vieillir en bonne santé et biotechnologie »*, novembre 2000.
- Jeong, H.S. (2001),
« An Analysis of Health Expenditure in the Korean National Health Accounts – Related with the role of the Korean NHA for health policy », *Communication présentée lors de la conférence 2001 des International Health Economics Associations*, York, Royaume-Uni.
- Jeong, H.S. et Hurst, J. (2001),
« An Assessment of the Performance of the Japanese Health Care System », *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, n° 56, OCDE, Paris.
- Jung, Ki-Taig (1998),
« Influence of the Introduction of a Per-Visit Co-payment on Health Care Use and Expenditures: The Korean Experience », *Journal-of-Reinsurance*, vol. 65, n° 1, pp. 33-56.
- Kim, M. (1997),
« The Performance-Monitoring System of the Korean Government, with Special Reference to Health Care », in J. Mayne et E., Zapico-Goni (dir. pub.), *Monitoring Performance in the Public Sector. Future Direction From International Experience*, Transaction Publishers, New Brunswick et Londres.
- Krause, L.B. et Park, F.K. (1993),
Social Issues in Korea: Korean and American Perspectives, Korea Development Institute, Séoul.
- Kwon, S. (2001),
« Economic Crisis and Social Policy Reform in Korea », *International Journal of Social Welfare*, vol. 10, n° 2.
- Kwon, S. (2002),
« Achieving Health Insurance for All: Lessons from the Republic of Korea », *ESS (Extension of Social Security) Paper* n° 1, ILO, Geneva.
- Kwon, S. (à paraître a),
Quality of Life Associate with Health and Health Care in Korea, Social Indicators Research.
- Kwon, S. (à paraître b),
« Pharmaceutical Reform and Physician Strikes in Korea: Separation of Drug Prescribing and Dispensing », *Social Science and Medicine*, forthcoming.
- Kwon, S. (2003a),
« Health Care Financing Reform and the New Single Payer System in Korea: Social Solidarity or Efficiency? », *International Social Security Review*, vol. 56, n° 1.
- Kwon, S. (2003b),
« Payment System Reform for Health Care Providers in Korea », *Health Policy and Planning*, vol. 18, n° 1, pp. 84-92.

- Kwon. S. et Suzuki, W. (2000), *Approach toward a Unified Health Insurance System: what can Japan learn from the Korean experience?*, The Institute of Social and Economic Research, Osaka University, Japan, February 2000.
- Lee, H. (2001),
« Containing Health Care Expenditures in Korea: Issues and Strategies », Unpublished report, Korean Development Institute, Séoul.
- Manning, W. et al. (1987),
« Health Insurance and the Demand for Medical Care: evidence from randomised experiment », *The American Economic Review*, vol. 77, n° 3.
- Ministère de la Santé et de la Protection sociale (1998),
Welfare Reform in Korea toward the 21st Century. To Enhance the Quality of Life in the Globalisation Era, Comité de rédaction du Livre blanc sur la réforme de la protection sociale, République de Corée.
- Ministère de la Santé et de la Protection sociale (2000a),
Health and Welfare Services, République de Corée.
- Ministère de la Santé et de la Protection sociale (2000b),
Major Programs for Health and Welfare. 1998-1999, République de Corée.
- Ministère de la Santé et de la Protection sociale (mai 2001),
« Countermeasures for financial stability in health insurance and the consolidation of the Separation Reform », République de Corée.
- Ministère de la Santé et de la Protection sociale (6 novembre 2001),
« Interim results to show the effects if the May 2001 measures ; Report in the process of the May 2001 financial stability measures », République de Corée.
- Ministère de la Santé et de la Protection sociale (2002),
« The Results of the Separation Reform and of Measures for the Financial Stabilisation », 16 janvier.
- Mossialos, E. et Le Grand, J. (1999),
Health Care and Cost Containment in the European Union, Ashgate, Aldershot, Royaume-Uni.
- Murray, C. et Frenk, J. (2000),
« Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, vol. 78, n° 6.
- Nam, S.J. (2001),
« Implementation of the Separation System of Pharmacy from Medicine in Korea and its Influence », Prepared for FIP Singapore by the Chairman of international affairs committee of Koreans Pharmaceutical Association, 9 février 2001.
- OCDE (1992),
La réforme des systèmes de santé. Analyse comparée de sept pays de l'OCDE, Paris.
- OCDE (1995),
Nouvelles orientations dans la politique de santé, Paris.
- OCDE (2000a),
Approfondir les réformes en Corée. Politiques du marché du travail et protection sociale, Paris.
- OCDE (2000b),
« Development of Health Status Indicators: self-rated general health in OECD countries. Annex 1 », Paris.
- OCDE (2001a),
Examens territoriaux de l'OCDE. Corée, Paris.
- OCDE (2001b),
Études économiques de l'OCDE. Corée, Paris.
- OCDE (2001c),
Éco-Santé OCDE, Paris.
- OCDE (2001d),
Panorama de la santé, Paris.
- OCDE (2001e),
Études économiques de l'OCDE. Japon, Paris.

- OCDE (2001f),
« Rapport final du projet d'investissement dans la santé des populations », Paris.
- Om, Y.J. (1997),
« Health Insurance in the Republic of Korea », *World Health*, pp. 6-7.
- OMS (1999),
Global status report on alcohol, Genève.
- OMS (2000),
Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant. Genève.
- Or, Z. (2000a),
« Déterminants de la performance des pays industrialisés en matière de santé : une analyse temporelle transversale », *Revue économique de l'OCDE*, n° 30, OCDE, Paris.
- Or, Z. (2000b),
« Étude de l'influence médicale sur la mortalité dans les pays de l'OCDE », *Labour Market and Social Policy Occasional Paper n° 46*, OCDE, Paris.
- Or, Z. (2002),
« Améliorer la performance des systèmes de santé : de la politique à l'action (examen des expériences dans quatre pays de l'OCDE) », *Labour Market and Social Policy Occasional Paper n° 57*, OCDE, Paris.
- Park, C.K. (1997),
Social Security and Economic Development in Korea. Collected Papers, Monographie de recherche 97-01, Korea Institute for Health and Social Affairs, Séoul.
- Park, C. et Kim, M. (1998),
Current Poverty Issues and Counter Policies in Korea, Korean Institute for Health and Social Affairs et Programme des Nations Unies pour le développement, Séoul.
- Pauly, M.V. (2001),
« Medical Savings Accounts in Singapore: What Can We Know? », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 26, n° 4, pp. 727-731.
- Peabody, J.W., Lee, S.W., Bickel, S.R. (1995),
« Health for all in the Republic of Korea: one country's experience with implementing universal health care », *Health Policy*, vol. 31, n° 1, pp. 29-42.
- Ramesh, M. et Holliday, I. (2001),
« The Health Care Miracle in East and Southeast Asia: Activist State Provision in Hong-Kong, Malaysia and Singapore », *Journal of Social Policy*, vol. 30, n° 4, pp. 637-651.
- Robinson, J.C. (2001),
« Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives », *The Milbank Quarterly*, vol. 79, n° 2.
- Shin, Y. (1998),
« Health Care Systems in Transition II. Korea, Part I. An overview of health care systems in Korea », *Journal of Public Health Medicine*, vol. 20, n° 1, p. 41.
- Shin, Y. et Lee, L. (1995),
« The Health Insurance System in Korea and its Implications », *World Hospital*, vol. 31, n° 3, pp. 3-9.
- Shin, Y. et al. (1996),
« Évolution of Health Care Policy and Programme in Korea », Rapport technique, 47^e session du Comité régional du Pacifique occidental de l'Organisation mondiale de la santé, Séoul, Corée, 13 septembre.
- Son, A.H. (1999),
« Modernisation of Medical Care in Korea », *Social Science Medicine*, vol. 49, n° 4, pp. 543-550.
- Yang, B. (1995),
« Issues in Health Care Delivery: The Case of Korea », in D.W. Dunlop et J.M. Martins (dir. pub.), *An International Assessment of Health Care Financing. Lessons for Developing Countries*, Banque mondiale, Washington.
- Yang, B. (1996),
« The Role of Health Insurance in the Growth of the Private Health Sector in Korea », *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 11, n° 3, pp. 231-251.

- Yang, B., Prescott, N. et Bae, E.Y. (2001),
« The Impact of the Economic Crisis on Health-care Consumption in Korea », *Health Policy and Planning*, vol. 16, n° 4, pp. 372-384.
- Yeon, H. (1996),
Future Reform Strategies of the Health Insurance Programme in Korea, Institute for Health and Social Affairs, Séoul, Corée.
- Wagstaff, A. (2002),
« Poverty and Health », Commission macroéconomie et santé, Working Paper Series, Étude n° WG1:5.
- Wagstaff, A. et van Doorslaer, E. (1992),
« Equity in the Finance of Health Care: some international comparisons », *Journal of Health Economics*, n° 11, pp. 361-387.
- Wagstaff, A. et al. (1999),
« Equity in the Finance of Health Care: some further international comparisons », *Journal of Health Economics*, vol. 18, pp. 263-290.
- Documents en coréen**
- Bureau national des statistiques de Corée (2000),
Social Indicators in Korea, Korea National Statistical Office, Séoul, décembre 2000.
- Commission on Health Care Reform (1998), *Health Care Reform*.
- Institut coréen des affaires sanitaires et sociales – ICASS (1998),
Forecast for the Supply and Demand of Medical Personnel and Policy Orientation, Séoul.
- Institut coréen des affaires sanitaires et sociales – ICASS (2000a),
The Cooperative Use Plan of Health Care Resources for the Activation of Primary Health Care, Séoul.
- Institut coréen des affaires sanitaires et sociales – ICASS (2000b),
Supplementary Role between Public and Private Health Insurance, Séoul.
- Jeong, H.S. et Lee, K. (1996),
« Efficiency in Public Hospitals and their Social Role », *Korean Journal of Health Policy and Administration*, vol. 6, n° 2, pp. 1-13.
- Ministère de la Santé et de la Protection sociale (1999),
Yearbook of Health and Welfare Statistics 1999, ministère de la Santé et de la Protection sociale, Séoul.
- Ministère de la Santé et de la Protection sociale (2000),
Health Care Statistics, Republic of Korea.
- Ministère de la Santé et de la Protection sociale (2001),
Special Bill for Normalising the Health Insurance Budget, ministère de la Santé et de la Protection sociale, Séoul.
- Shin, Y.N. (2000),
Study on Financial Stabilisation of National Health Insurance, Korean Institute for Health and Social Affairs, Séoul.
- SNAM (2000),
National Health Insurance Statistical Yearbook 1999, Société nationale d'assurance maladie, Séoul.
- Société nationale d'assurance maladie – SNAM (1999),
National Health Insurance Statistical Yearbook 1999, Séoul.
- Société nationale d'assurance maladie – SNAM (2000),
National Health Insurance Statistical Yearbook 2000, Séoul.

LES ÉDITIONS DE L'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
IMPRIMÉ EN FRANCE
(81 2003 01 2P) ISBN 92-64-29946-7 – n° 52834 2003