

LE SYSTEME D'ASSURANCE MALADIE AU VIETNAM

Copyright : Eléments préparés par le Service Economique de Hanoi. Droits de reproduction réservés. Adresser les demandes à giang.dothiuong@dgtresor.gov.fr.

Clause de non-responsabilité : Le Service Économique s'efforce de diffuser des informations exactes et à jour, et corrigera, dans la mesure du possible, les erreurs qui lui seront signalées. Toutefois, il ne peut en aucun cas être tenu responsable de l'utilisation et de l'interprétation de l'information contenue dans cette publication.

Pays à revenu intermédiaire, le Vietnam continue sa trajectoire dynamique de développement avec une croissance prévue entre 6 et 7 % pour les années à venir. Avec l'augmentation du niveau de vie d'une part et de l'espérance de vie d'autre part, une hausse des dépenses de santé est à prévoir, ce qui aura un impact sur les attentes vis-à-vis du système d'assurance maladie.

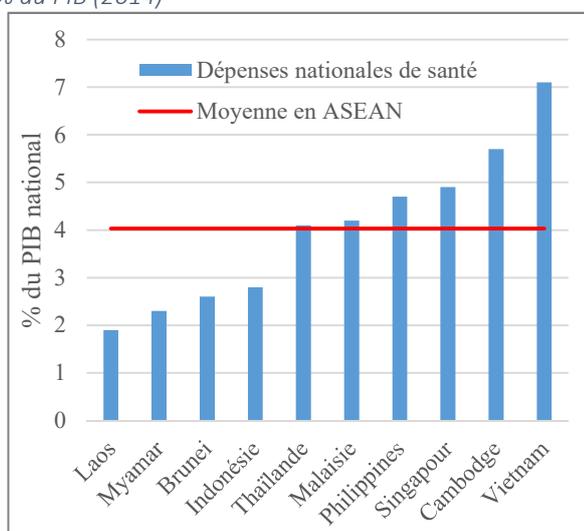
Cette note a pour objectif de décrire le système en place et d'en identifier les principaux enjeux.

1. L'assurance maladie aujourd'hui au Vietnam présente un taux de couverture important et finance un quart des dépenses de santé du pays.

a- 142\$/an dépensés par habitant pour la santé au Vietnam en 2014 : des dépenses à la hausse.

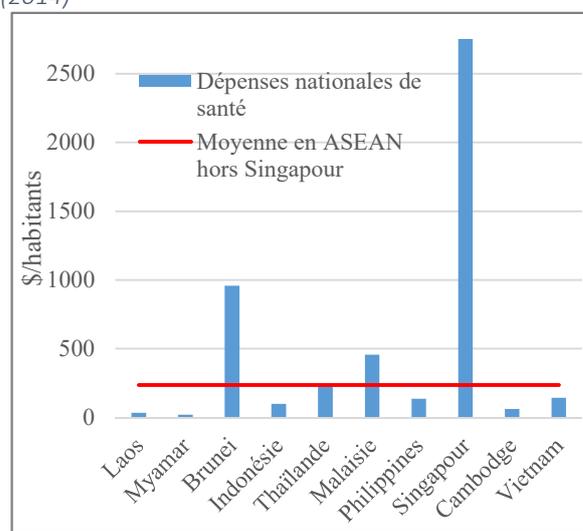
D'après la Banque Mondiale, les dépenses de santé au Vietnam ont représenté 7 % du Produit Intérieur Brut (PIB) du pays en 2014, part la plus importante de l'ASEAN où la moyenne est de 4 %. A titre de comparaison, la moyenne mondiale s'élève à 10 % (11,5 % en France). Rapportées à la population, les dépenses annuelles de santé s'élèvent à 142 \$/habitants au Vietnam, soit un peu moins que la moyenne de la région (490 \$/habitants), bien en-dessous de Singapour (2750 \$/habitants) et même de la moyenne mondiale (1060 \$/habitants).

Figure 1 – Montant des dépenses annuelles de santé en % du PIB (2014)



Source : Banque Mondiale

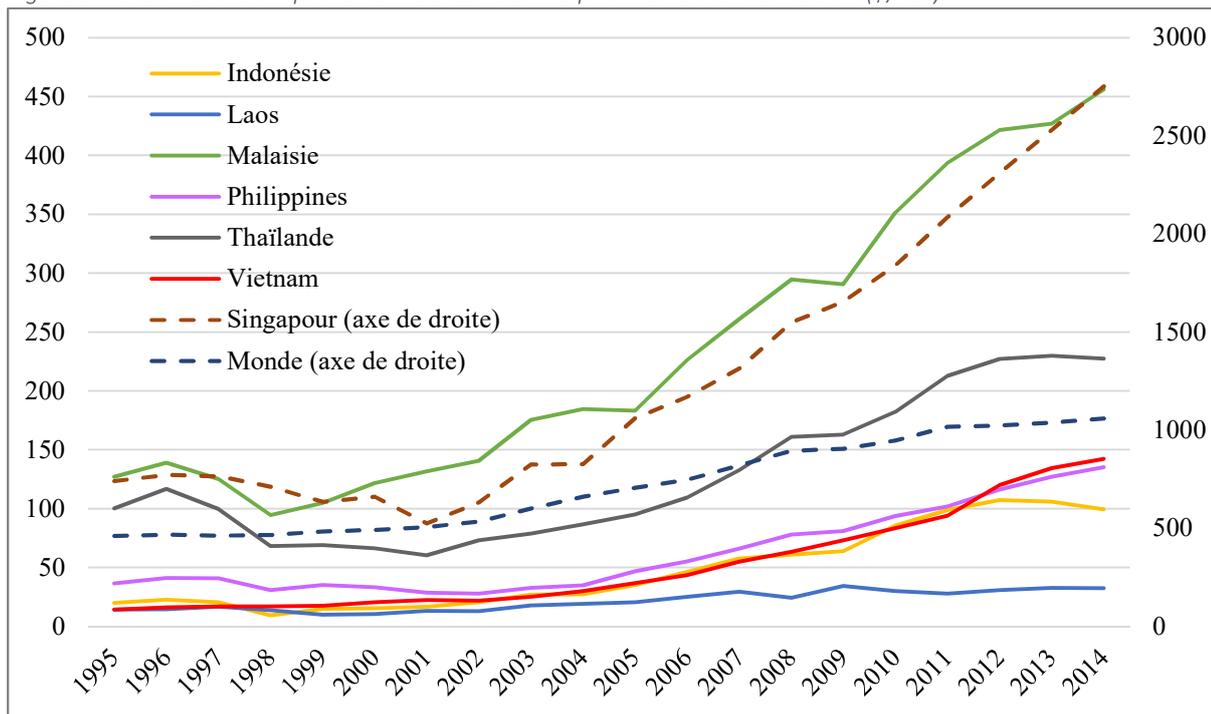
Figure 2 – Dépenses annuelles de santé par habitant (2014)



Source : Banque Mondiale

Les dépenses de santé sont passées de 30 \$ par an et par habitant à 142 \$ en 10 ans, dynamique semblable à celles observées en Indonésie et dans les Philippines par exemple.

Figure 3 – Evolution des dépenses annuelles de santé par habitant dans l'ASEAN (\$/hbt)



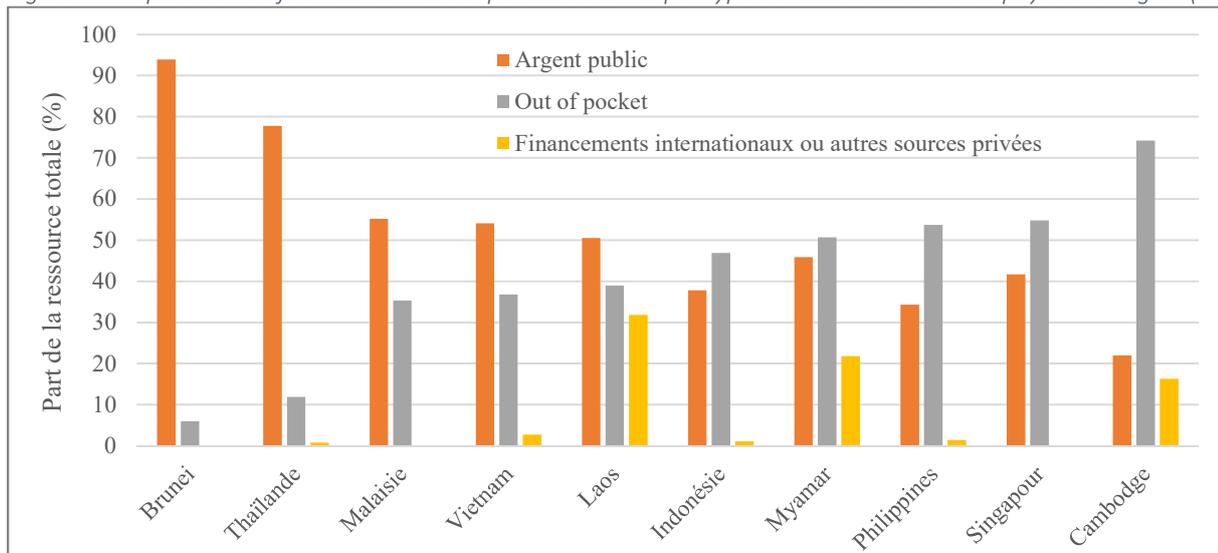
Source : Banque Mondiale

b- L'argent public prend en charge plus de la moitié des dépenses de santé, dont 25 % via l'assurance maladie.

Au Vietnam, la part des dépenses de santé directement prises en charge par les usagers (dépenses dites « *out of pocket* ») s'élève à environ 40 %¹, même ordre de grandeur que la Malaisie ou le Laos dans la région. Cette part est inférieure à la moyenne observée dans la tranche inférieure des pays à revenu intermédiaire (56 %) mais plus élevée que la moyenne mondiale (18 %).

¹ 37 % en 2014 selon la Banque Mondiale, 44% pour la même année selon les statistiques vietnamiennes et 39 % en 2015 selon l'Organisation Mondiale de la Santé.

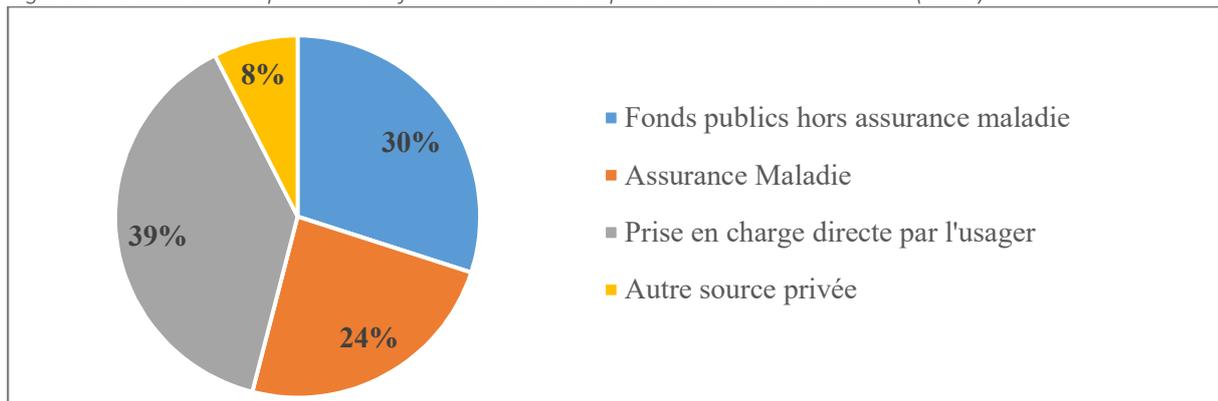
Figure 4 – Répartition du financement des dépenses de santé par type de ressources dans les pays de la région (2014)



Source : Banque Mondiale

Le système d’assurance maladie permet la prise en charge de 25 % des dépenses (cf. figure ci-dessous). La majorité de la part restante est prise en charge par d’autres fonds publics, les fonds privés n’intervenant que dans une proportion mineure (10 % des dépenses, via des assurances privées par exemple).

Figure 5 – Détail de la répartition du financement des dépenses de santé au Vietnam (2014)



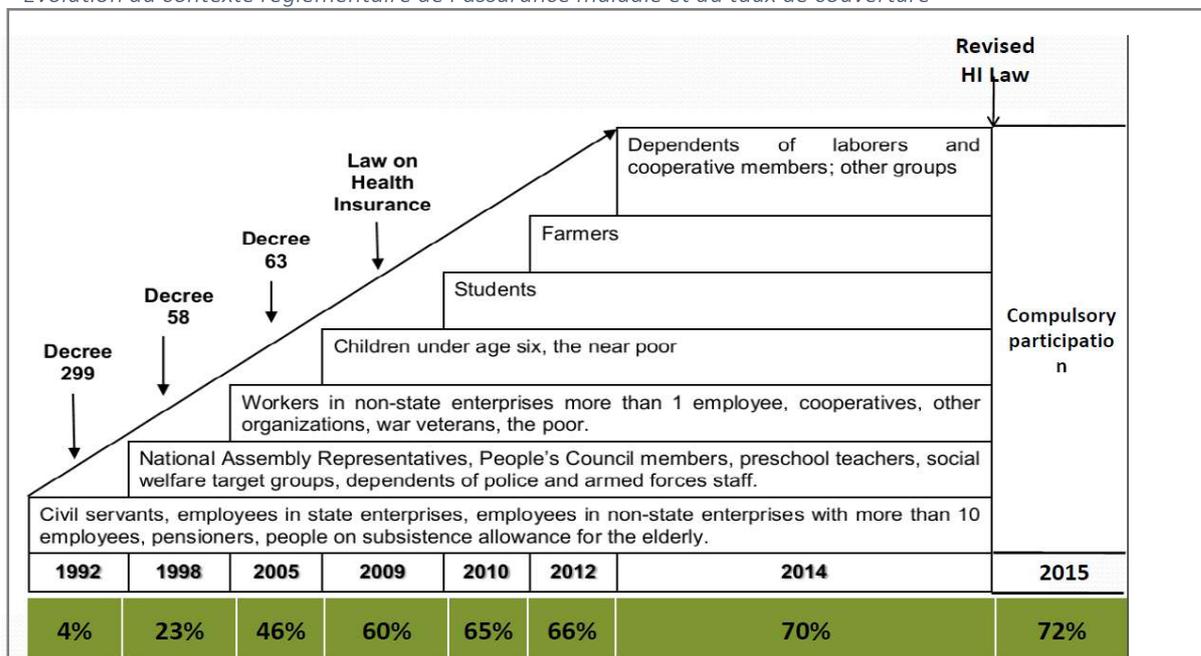
Source : Organisation Mondiale de la Santé, « Système Pharmaceutique », 2017.

Aujourd’hui, la couverture du système d’assurance maladie est large. Mis en place en 1992 avec les premières cotisations obligatoires, le nombre de catégories de populations concernées s’est progressivement élargi et plus de 80 % de la population est ainsi couverte aujourd’hui (75,9 millions de personnes couvertes en 2016²). La figure ci-dessous

² Selon l’Agence Vietnam Social Security, données communiquées en novembre 2017.

détaille l'évolution réglementaire et l'élargissement progressif de la tranche de population concernée par l'assurance maladie.

Figure 6 – Evolution du contexte réglementaire de l'assurance maladie et du taux de couverture



Source : Ministère de la Santé, Social Health Insurance Schemes in Vietnam, 2016

Le reste de la population, qui comprend entre autres les travailleurs informels (ou les ayant-droits), a accès à une adhésion facultative, avec subvention éventuelle de l'Etat. Le taux de couverture de l'assurance maladie est un indicateur suivi par le gouvernement vietnamien, particulièrement attentif à l'augmentation de la couverture.

2. Modalités de fonctionnement et équilibre recettes-dépenses de l'assurance-maladie

a) Une entité, la Vietnam Social Security, est responsable de la gestion du fonds de l'assurance maladie.

Gouvernance

Le fonds de l'assurance maladie est géré par Vietnam Social Security (VSS), agence de l'Etat créée en 1995 qui gère également le fonds Sécurité Sociale (incluant les fonds retraite, congés maternité et arrêts de travail) et le fonds Assurance Chômage en plus de l'assurance maladie. Ce fonds ne dispose pas à ce jour de tutelle spécifique : les Ministères techniques (santé, travail) sont en charge de l'élaboration des politiques publiques alors que VSS gère les fonds, assure la collecte des cotisations ainsi que les versements des traitements et remboursements³.

Le Ministère des Finances et les autres ministères ont toutefois un contrôle sur VSS via le conseil d'administration dont l'agence d'Etat est dotée. Le CA est chargé de conseiller le Premier Ministre dans sa supervision du Directeur Général de VSS. Ce CA est présidé par le Ministre des Finances et vice présidé par un

³ Le décret 01/2016/ND-CP de janvier 2016 détaille les fonctions, missions, pouvoir et organisation de VSS.

vice-ministre des Finances. Les autres membres du CA sont des vice-ministres des ministères du Travail et des Affaires Sociales, de la Santé, de l'Intérieur, de la Défense et de la Sécurité Publique ainsi que les vice-présidents de l'association des travailleurs, des agriculteurs, de la Chambre de Commerce et de l'Industrie et de l'Alliance coopérative.

Par ailleurs, en août 2016, le Conseil National de Politiques d'Assurance Maladie (*National Advisory Council on Health Insurance Policy*) a été créé : constitué de représentants du Ministère de la Santé, de VSS et de professionnels et utilisateurs du système de santé, ce conseil a vocation à conseiller le Ministre de la Santé sur les enjeux liés à l'assurance maladie.

Financement et modalités de fonctionnement

Le fonds de l'assurance maladie est abondé par le budget national et par les cotisations des employeurs et assurés, plus éventuellement par le budget provincial.

La cotisation à l'assurance maladie est aujourd'hui obligatoire pour tous et son règlement se fait sous deux formes en fonction du statut de l'adhérent :

- i) *Prélèvement mensuel à la source* pour les salariés du secteur privé, travailleurs du secteur public et retraités notamment ;
- ii) *Règlement annuel en guichet (ou via le système scolaire pour les élèves scolarisés)* pour les personnes dépendantes d'individus relevant du régime obligatoire, les étudiants, les écoliers, les travailleurs informels.

L'adhésion est gratuite pour les enfants jusqu'à 6 ans ; pour le reste de la population, la cotisation s'élève à 4,5 % de la rémunération soit :

- 4,5 % du salaire de l'employé, pris en charge par l'employeur à hauteur de 3 % et par l'employé à hauteur de 1,5 % ;
- 4,5 % du salaire minimal pris en charge par l'assuré, hormis dans les cas suivants :
 - o prise en charge intégralement par l'Etat ou le fonds d'assurance maladie pour les individus dits « pauvre »,
 - o subvention à 70 % pour les individus dits « presque pauvres »,
 - o subvention à 30 % pour les étudiants.

En termes de personnes, en 2011, 17 % ont leur couverture assurée par les cotisations employeur/employé, 52% par le budget de l'Etat ou le fonds d'assurance maladie, 11,2% partiellement par le budget de l'Etat et contribution individuelle, 4,4% seulement sur contribution individuelle⁴. Les adhérents dont la cotisation était prise en charge par la collectivité représentaient alors plus de la moitié des personnes assurées : il paraît raisonnable de penser que la répartition a évolué depuis vers une augmentation de la part des adhérents soumis à prélèvement à la source.

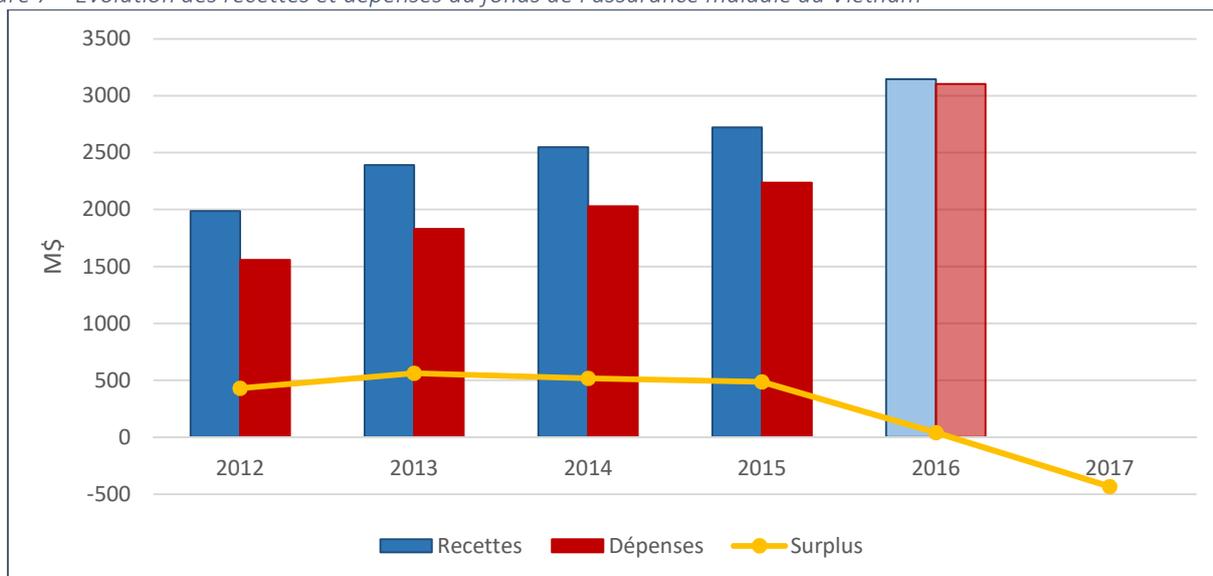
L'assurance maladie donne droit à une prise en charge de 80 à 100 % des soins effectués selon le parcours de soin dans les établissements **accrédités** et **situés** dans le district dont dépend l'assuré (sauf pour cas d'urgence, les soins reçus dans d'autres établissements ne sont en général pas pris en charge ou avec une prise en charge moindre).

⁴ Ministère de la Santé, *Social Health Insurance Schemes in Vietnam – Achievements and challenges*, Juin 2016.

b) Equilibre recettes-dépenses : un fonds globalement excédentaire

Selon les statistiques officielles, le fonds de l'assurance maladie a été en excédent jusqu'en 2015 où le surplus s'est élevé à 485 M\$. La courbe se serait inversée depuis : les chiffres définitifs ne sont pas encore disponibles pour 2016 mais VSS annonce une réduction du surplus annuel à 40 M\$ et la presse mentionne par ailleurs un déficit estimé à 330 M\$ pour l'année 2017. Les années excédentaires ont permis d'accumuler des réserves qui équilibrent le budget annuel déficitaire. Selon VSS, si la tendance déficitaire se poursuivait, les réserves seraient épuisées à horizon 2020. L'assurance maladie n'est ainsi pas déficitaire aujourd'hui mais pourrait le devenir à moyen terme.

Figure 7 – Evolution des recettes et dépenses du fonds de l'assurance maladie au Vietnam*



Source : General Statistics Office of Vietnam, 2017

*Les données de 2016 et 2017 sont des estimations provenant de VSS (2016) et de la presse (2017).

La collecte des cotisations est un enjeu : certaines entreprises ne s'acquittent pas des cotisations dont elles sont redevables. VSS travaille à la mise en place d'un dispositif et de mesures incitatives visant à augmenter le taux de règlement des cotisations.

c) Le fonctionnement décentralisé limite la mutualisation possible de l'assurance maladie et risque d'accroître les inégalités géographiques.

Des ressources et un niveau de prise en charge spécifiques à chaque province

La Vietnam Social Security est décentralisée au niveau des provinces : il existe ainsi non pas un seul fonds d'assurance maladie mais **63 fonds**. Ces derniers ont trois sources d'abondement :

- le budget public, dont l'enveloppe dépend de caractéristiques de la province (sa population notamment). Aujourd'hui, les provinces peuvent décider de l'affectation de cette enveloppe. Elles la répartissent en général entre ses établissements (en fonction du nombre de lits par exemple). Toutefois, cette enveloppe peut également contribuer à abonder le fonds de l'assurance maladie, afin notamment de financer les cotisations des personnes défavorisées ;

- l'ensemble des cotisations acquittées par les employeurs, employés et assurés de la province, dont la province reçoit au maximum 90 %. Ainsi, plus une province a d'activité sur son territoire, plus son fonds d'assurance maladie sera important ;
- le budget provincial, si la province le souhaite.

Si une province n'utilise pas l'intégralité du fonds qui lui a été alloué, la réglementation actuelle prévoit que 80 % du surplus soit versé aux réserves du fonds national d'assurance maladie et que 20 % reviennent à la province pour le financement de son secteur de santé.

Par ailleurs, les montants de prise en charge de l'assurance maladie sont décidés au niveau provincial, dans la limite de garde-fous fixés au niveau national par le Ministère de la Santé. De grandes disparités de coûts pris en charge peuvent ainsi être observés en fonction des provinces (jusqu'à 35 % d'écart⁵).

Les assurés étant rattachés à un district de référence pour bénéficier de la prise en charge par l'assurance maladie, les inégalités de ressources des fonds et inégalités de prises en charge des soins ont un impact important sur l'équité du système national d'assurance maladie.

Une offre de soin inégale par province qui accentue les inégalités de couverture de l'assurance maladie

Au-delà du fonds d'assurance maladie en lui-même, le mode de fonctionnement d'allocation des financements pour les infrastructures de santé publique contribue à la création d'une offre de soins publique fortement inégale entre les provinces. En effet, le montant du budget public alloué aux provinces pour le secteur de la santé dépend de la population de la province mais également des infrastructures existantes (plus le nombre de lit d'hôpitaux est important, plus le budget sera important) ainsi que des dépenses de l'année précédente en infrastructures⁶. Ainsi, plus une province est dotée en infrastructures de santé, plus le budget national qui lui sera alloué pour le secteur de la santé sera important. A contrario, une province faiblement pourvue en infrastructures de santé aura moins de soutien financier de l'Etat pour développer ce secteur. Du fait d'une offre de soins très inégale entre les provinces, les assurés des provinces les moins bien loties n'ont pas les infrastructures de santé suffisantes pour bénéficier au mieux de la couverture de l'assurance maladie, ce qui accentue davantage les inégalités géographiques au sein de la population – de fait leur fonds d'assurance maladie se retrouve souvent excédentaire et reversé au fonds national, ce qui induit un effet redistributif paradoxal des provinces les moins bien équipées vers les provinces les mieux équipées⁶.

Tableau 1 – Dépenses moyennes par habitant de l'assurance maladie en fonction des provinces

Provinces	Dépenses moyennes en 2014
Hanoï et HCMV	>1475000 VND
Danang, Thua Tien, Can Tho, Quang Ninh, Hai Phong, Vinh Phuc	650 000 VND à 1100000 VND
55 autres provinces	200 000 VND à 600 000 VND

Source : MOH, 2016²

d) Couverture publique versus couverture privée : une redistribution vers les classes les moins aisées ?

Les classes moyennes et aisées, cotisantes ou non⁷, font aujourd'hui souvent le choix de recourir à des assurances privées et des structures privées au-delà du périmètre de l'assurance maladie pour des questions

⁵ MOH, *Vietnam Health Financing Strategy 2016-2015*, Avril 2016.

⁶ MOH, *Vietnam Health Financing Strategy 2016-2015*, Avril 2016.

⁷ Même si l'adhésion est désormais obligatoire, elle n'est, dans les faits, pas systématique pour les populations non soumises à prélèvement à la source.

de confort et/ou de qualité perçue de l'offre de soins - et ce y compris dans des villes comme Hanoï ou HCMV, bien équipées en infrastructures publiques. Ce fonctionnement induit un phénomène de redistribution des classes (a priori moyennes et aisées) n'utilisant pas les bénéfices de leur cotisation vers la population ayant recours au service de l'assurance maladie. Aussi, au-delà des questions directement liées à la gestion du fonds pilotée par VSS, se dessine l'enjeu pour le Vietnam d'être en mesure de fournir à tous un accès à **une offre de soin satisfaisante couverte par la sécurité sociale**, afin de permettre à la population de bénéficier d'un service public de santé.

Le Vietnam possède un système d'assurance maladie qui fonctionne et qui couvre une large majorité de la population. Toutefois, sa structuration aujourd'hui très décentralisée crée de fortes inégalités entre provinces et limite la mutualisation et les bénéfices en termes de partage de risque que devrait apporter le fonds de l'assurance maladie, voire accentue même les inégalités. Par ailleurs, ce fonds permet une couverture des soins fournis par les infrastructures existantes et en ce sens, ne peut être efficace si l'offre de soins couverts par l'assurance maladie est insuffisante.