

L'Assurance Maladie Obligatoire, un moyen efficace pour une couverture maladie universelle : Cas de la Corée du Sud

Compulsory health insurance, an effective means for universal health coverage: Case of South Korea

Lotfi LEMRAJNI

Professeur chercheur à la FSJES Soussi
Université Mohammed V de Rabat

l.lemrajni@umr5.ac.ma

RESUME :

Le système de santé sud-coréen est jugé par les spécialistes comme étant efficace, et un modèle qui peut inspirer les pays en développement. En effet, le modèle coréen qui se base particulièrement sur un système national d'assurance maladie comme mécanisme de financement des soins de santé, a pu garantir à l'ensemble de la population un accès équitable aux soins, et à contribuer à la protection des coréens des crises sanitaires majeures comme celle causée par la COVID 19. Toutefois, bâtir un tel édifice, a demandé aux autorités coréennes plusieurs années de travail et plusieurs réformes, souvent douloureuses, demandant des concertations entre les différentes parties prenantes, telles les réformes d'intégration et de séparation.

Mots clés : système de santé, modèle coréen, assurance maladie, financement, soins de santé, réforme.

ABSTRACT :

The South Korean health system is judged by specialists to be efficient, and a model that can inspire developing countries. Indeed, the Korean model, which is based in particular on a national health insurance system as a mechanism for financing health care, has been able to guarantee the entire population equitable access to care, and to contribute to the protection of Koreans from major health crises like the one caused by COVID 19. However, building such an edifice required the Korean authorities several years of work and several reforms, often painful, requiring consultation between the various stakeholders, such as the reforms of integration and separation.

Key words: health system, Korean model, health insurance, financing, health care, reform

I. Introduction :

Beaucoup de pays asiatiques, dont la Corée du Sud, ont longtemps sacrifié la partie sociale de leur développement, perçue comme un frein à la croissance et la compétitivité économiques (Bidet, 2002).

Actuellement, il est intéressant de se pencher sur le modèle de développement socioéconomique sud-coréen, qui s'est accompagné de la mise en place d'un système de santé publique solide et qui a fait ses preuves pendant les crises sanitaires durant la dernière décennie (LEE JONG-WHA, 2020). Il convient de rappeler que l'économie coréenne, classée aujourd'hui parmi les dix premières puissances mondiales (FMI, 2022), se situait en 1955 « *au même niveau que le Cameroun sur l'échelle du développement* » (Chaponnière, 1993).

C'est à partir des années soixante que l'économie coréenne entame une croissance étonnante. L'OCDE a souligné « *l'un des développements les plus rapides et les plus durables du monde avec un PIB réel multiplié par 12 et un revenu par habitant par 7 depuis 1963* » (OCDE, 2011). De moins de 600 USD (Mesure : USD , prix courants, PPA courants.) au début des années soixante-dix, le PIB par tête de la Corée du sud est passé à 1 678 USD en 1977, puis à 13 502 USD en 1995 et se situe désormais 41 274 USD en 2020 (OCDE, 2020).

Cependant, Lee (1999) a réalisé l'une des études les plus importantes qui présentent l'historique et les caractéristiques du système de sécurité sociale en Corée. C'est ainsi qu'il a résumé l'évolution du système sud-coréen en trois étapes phases successives :

- Une première phase d'assistance publique d'urgence (1945-1960) ;
- Une deuxième phase de politique sociale minimaliste et partielle (1960-1976) ;
- Et une troisième une phase de politique sociale complémentaire et universelle de type assurantiel (depuis 1976). En effet, « *à la fin des années soixante-dix, l'unique programme de sécurité sociale introduit en Corée était le programme d'assurance maladie, destiné aux seuls employés des entreprises qui comptaient au moins 500 travailleurs* » (Shin, 2000).

A cet effet, on va présenter, dans un premier lieu, l'historique du modèle coréen, et en deuxième lieu, la base du système de maladie, et pour finir nous dresserons les fondements de la réforme mise en place par les coréens.

II. Evolution historique :

Après la seconde guerre mondiale, les forces d'occupation américaines n'étaient pas favorables à la mise en place de dispositifs sociaux systématiques, ils préféraient plutôt la solidarité communautaire, surtout familiale. L'aide sociale est alors strictement limitée à une aide d'urgence en nature à destination de franges de population bien déterminées (les plus de 65 ans, les moins de 13 ans, les mères célibataires d'un enfant de moins de 6 ans, les malades chroniques, les femmes enceintes et les handicapés mentaux) à condition qu'elles ne disposent d'aucun soutien familial et qu'elles résident en établissement. Cette aide sociale était destinée essentiellement à couvrir les soins aux enfants souvent à l'initiative d'organisations religieuses : le nombre d'institutions pour enfants passe de 215 en 1951 à 505 en 1961, représentant à l'époque plus de 80 % de l'ensemble des établissements de soins de jour. Dans les années cinquante, trois plus importantes organisations intervenaient dans ce domaine : la *Christian Children Welfare Association*, les *Swanson Gospel Missions* et *World Vision*, hébergeaient 90 % des enfants accueillis dans ce type d'établissement (Moon I.S., 1990).

À partir des années soixante et jusqu'au début des années soixante-dix, la plupart des centres de « bien-être » (*Welfare*) dépendent de l'aide internationale, qui est supérieure nettement au budget social du gouvernement coréen lui-même (Moon S.Y., 1999). Cependant la loi de 1952 sur la gestion des centres de « bien-être » les place sous l'autorité publique, mettant l'accent, au passage, de la volonté du gouvernement coréen à garder le contrôle de ces centres.

Dans les années soixante, la Corée fait de la lutte contre la pauvreté une priorité nationale, et choisit de résoudre ce fléau essentiellement par la croissance économique, reléguant, par la même occasion, les droits sociaux et la protection sociale au second plan.

De 1975 à 1995, on a ainsi estimé que la croissance exceptionnelle de l'économie coréenne avait réduit le niveau de pauvreté absolue de 21,5 % à 8,5 % (Whang, Lee, 1997). Comme le résumait Lee et Rhee (1998), « *La forte croissance économique jusqu'à la crise a renforcé le sentiment que la croissance économique pouvait éradiquer la pauvreté et régler les problèmes de répartition des revenus. Sur la base de ce sentiment, combiné au recours aux systèmes traditionnels de soutien sur base familiale, on a accordé une priorité seulement limitée au développement de systèmes de protection sociale* ».

En départ, la volonté du gouvernement coréen à mettre en place un système de protection sociale, n'été pas animée, par un objectif de bien-être général de la population et l'égalité de

traitement de tous, mais la volonté de favoriser quelques groupes précis de la société dans un souci, en premier lieu, électoral. Les premières lois sociales contiennent donc des clauses restreignant les obligations gouvernementales et soulignent surtout leur caractère subsidiaire par rapport aux dispositifs traditionnels que sont l'entraide familiale ou l'aide mutuelle. En effet, la plupart des textes législatifs votés dans les années soixante – par exemple le *Living Protection Act* (1961), le *Medical Insurance Act* (1963), la *Social Security Related Law* (1963) – resteront des coquilles vides jusqu'à la fin des années soixante-dix. Le *Medical Insurance Act* par exemple ne deviendra effectif qu'en 1976, soit treize ans après son adoption au plan légal (Moon S.Y., 1999).

Force et de constater que les syndicats coréens n'ont guère milité pour les acquis sociaux, leurs préférences s'est longtemps exprimée en termes de hausses de revenu, plutôt qu'en termes de meilleure protection sociale. Aussi, il est à noter, que la plupart des lois relatives à la protection des salariés datent des années quatre-vingt-dix. Bien que le terme « *social* » ait été introduit pour la première fois dans les objectifs globaux du gouvernement en 1986, ce n'est qu'au milieu des années quatre-vingt-dix, d'après Lee H.K. (1999), que la protection sociale est pour la première fois devenue un enjeu de société central avec la mise en place de différents comités associant des représentants du secteur privé.

Jusqu'au 1996 date d'entrée de la Corée du sud dans l'OCDE, on constatait encore de fortes résistances à la mise en place de dispositifs sociaux généralisés et obligatoires. Goodman et Peng (1996) soulignaient par exemple que, dans la première moitié des années quatre-vingt-dix, « *l'accent mis à nouveau récemment sur l'éthique familiale confucianiste par l'État coréen apparaît comme une stratégie sociale pour faire face à la nucléarisation rapide de la famille due pour une part à la migration des jeunes et des familles des zones rurales vers les centres urbains. Cette tendance témoigne d'une volonté de chercher des solutions au sein du cadre culturel traditionnel propre à la Corée plutôt que d'adapter les caractéristiques du modèle occidental* ». Mais ceci, n'était que temporaire, puisque après la crise économique de 1997, on assiste à une réelle rupture du compromis sociale antérieur et à un alignement sur certains standards sociaux internationaux en matière de droit du travail et de prestations sociales.

Ceci a été souligné par Shin (2000), « *le système de sécurité sociale de la République de Corée s'est élargi dans le sillage de la crise* », Tout d'abord parce qu'en période de crise beaucoup de personnes sont exclues du marché du travail ou elles sont confrontées à une précarité sévère, faisant apparaître, par conséquent, de nouveaux besoins, en aggravant les inégalités et en affaiblissant considérablement le pouvoir des solidarités familiales.

Le système de sécurité sociale actuel se base essentiellement sur deux logiques, un premier groupe de dispositifs de type assurantiel (maladie, retraite, chômage, accidents du travail) et un autre de type assistanciel (minima sociaux, services sociaux). Certains dispositifs (maladie, retraite, services sociaux) relèvent du ministère de la Santé et des Affaires sociales, d'autres (chômage, accidents du travail) relèvent du ministère du Travail. **Dans la suite de notre analyse on s'intéressera plus particulièrement à la branche assurance maladie et son processus de réforme.**

III. Un système d'assurance maladie généralisé :

Les bases d'un dispositif d'assurance maladie reposant sur les principes de l'assurance et des cotisations obligatoires ne sont apparues en Corée qu'à la fin des années soixante-dix avec la reformulation du *Medical Insurance Act* de 1963, qui fonctionnait sur une base volontaire, et du *Medical Assistance Program* qui visait la prise en charge de ceux que l'assurance médicale ne couvrait pas. Mais, cette première étape ne concernait qu'une minorité de personnes : le *Medical Insurance Act* ne visait alors que les salariés des entreprises employant plus de 500 salariés. Il faudra ensuite patienter jusqu'à la fin des années quatre-vingt pour que le système d'assurance médicale soit étendu à la quasi-totalité de la population au travers trois régimes différents. L'un pour les salariés de l'industrie (*Medical Insurance for Industrial Workers*), le deuxième pour les fonctionnaires et enseignants (*Medical Insurance for Government Employees and Private School Teachers*), le troisième pour les professions indépendantes et les agriculteurs et pêcheurs (*Regional Medical Insurance* rebaptisé par la suite *Medical Insurance for Self-Employeds*).

Le dispositif existant couvre désormais plus de 95 % de la population, notamment grâce à une notion d'ayant droit pris dans un sens particulièrement large. Depuis 1984, outre l'assuré, les personnes couvertes par l'assurance maladie sont son conjoint, ses descendants et ascendants directs et ses frères et sœurs dépendants de son revenu, ce qui témoigne de la priorité donnée aux liens familiaux et permet en outre d'exclure ces catégories de l'assistance. Les ayants droit sont ainsi environ deux fois plus nombreux que les assurés eux-mêmes (le ratio est de 2,14) (Bidet, 2003) ce qui pose le problème du financement du système au moyen des seules. En sont en outre exclus, sous réserve qu'ils ne soient pas ayants droit : les chômeurs, les journaliers pendant les deux premiers mois de travail, les salariés munis d'un contrat de travail d'une durée inférieure à deux mois, les saisonniers ou travailleurs temporaires, les salariés à temps partiel.

S'il couvre désormais la majeure partie de la population, le système d'assurance maladie offre des prestations encore limitées, avec un ticket modérateur (Le ticket modérateur est la partie du coût des services de soins de santé que les patients doivent payer) de 20% en cas d'hospitalisation, et des taux qui varient entre 30% et 60% pour les soins ambulatoires selon le type d'établissement visité (National Health Insurance Corporation) voir tableau ci-après :

Tableau n°1 : les taux des tickets modérateurs selon les types des prestations :

	Type	Co-Payment
Inpatient		20% of total treatment cost (Registered cancer patients 5%, Registered rare/incurable diseases patients 10%)
Outpatient	Higher level general hospital Tertiary Hospital	60% of total treatment cost and other expenses
	General Hospital	50% (administrative district: Dong), 45% (administrative district: Eup, Myeon) of total care benefit expenses
	Pharmacy	40% (administrative district: Dong). 35% (administrative district: Eup, Myeon) of total care benefit expenses
	Hospital	30% of total care benefit expenses
	Clinic	30% of total care benefit expenses

Source : NHIS. <https://www.nhis.or.kr/static/html/wbd/g/a/wbdga0405.html>

En raison de cette restriction, ce dispositif peut se révéler très insuffisant dans le cas des maladies longues et/ou nécessitant des soins coûteux.

Malgré de fortes hausses de la demande de soins au cours des années quatre-vingt (de l'ordre de 30 % par an), les dépenses totales de santé publiques obligatoires ou facultatives par pourcentage du PIB, demeurent inférieures à ce qu'elles sont dans les autres pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) (voir tableau ci-dessous):

Tableau n°2 : les dépenses courantes de santé (DCS) dans certains pays de l'OCDE, (en pourcentage du PIB)

Pays	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Royaume-Uni	9,8	9,8	9,9	10,0	10,0	9,9	9,9	9,8	9,9	10,2	12,8
Allemagne	11,1	10,8	10,9	11,0	11,0	11,2	11,2	11,3	11,5	11,7	12,5
Corée	5,9	6,0	6,1	6,2	6,5	6,7	6,9	7,1	7,5	8,2	8,4
Espagne	9,1	9,2	9,2	9,1	9,1	9,1	9,0	9,0	9,0	9,1	

Grèce	9,6	9,2	8,9	8,4	7,9	8,1	8,3	8,1	8,0	7,8	
France	11,2	11,2	11,3	11,4	11,5	11,4	11,5	11,3	11,2	11,1	12,4
Japon	9,2	10,6	10,8	10,8	10,8	10,9	10,8	10,8	10,9	11,0	
Portugal	10,0	9,7	9,7	9,4	9,3	9,3	9,4	9,3	9,4	9,5	10,1

Source : OECD iLibrary ; Statistiques de l'OCDE sur la santé (données 2020 ou données disponible)

L'offre de soins de santé en Corée de sud repose essentiellement sur une concurrence des prestataires du secteur privé qui représentait en 2011, 91 % des établissements, 91 % des lits et 89 % du personnel hospitalier (*Korea Institute for Health and Social Affairs*). Ces établissements privés sont à but non lucratif « par nature », cette forme juridique leur interdit de distribuer les profits , et ce, conformément à la réglementation en vigueur en Corée de sud . Pour contourner cette limitation, les profits réalisés par la plupart de ces fondations sont investis dans le secteur de l'immobilier et se trouvent aujourd'hui à la tête d'un patrimoine très important. Dans le cas des hôpitaux, il existe plusieurs indicateurs de cette stratégie de recherche du profit au détriment de considérations davantage orientées vers l'intérêt général : la concentration des établissements dans les zones urbaines où la clientèle est plus aisée et l'offre croissante de services non remboursés par l'assurance obligatoire échappant de ce fait à une tarification fixée par les pouvoirs publics (Park, 2011). L'orientation du système vers le privé a effectivement entraîné d'importantes disparités dans l'offre de soins entre zones rurales et zones urbaines, où le nombre de médecins par habitant, le nombre de lits et le nombre de pharmaciens étaient, en 2011, respectivement quatre fois, deux fois et cinq fois supérieur. Engagés dans une logique concurrentielle, un grand nombre d'hôpitaux a entrepris des investissements sur-dimensionnés qui ont entraîné de nombreuses faillites depuis la fin des années quatre-vingt, aggravées par la crise économique de 1998.

En fait, ce qui explique la recherche accru du profit , et que ces établissements étaient à l'origine des organisations à but lucratif qu'une réforme de l'assurance maladie de 1988 a conduit à adopter le statut d'organisation à but non lucratif pour pouvoir profiter d'avantages fiscaux, mais sans changement au niveau de la logique mercatique (Park, 2006).

IV. La réforme du système assurance - maladie

Le système d'assurance maladie a subi, en 2000 (Adema W., Tergeist P., Torres R., 2000), une réforme cruciale tant du point de vue de sa gestion que du point de vue de son fonctionnement. Jusqu'à cette date, sa gestion était assurée par trois caisses privées, chacune offrant, selon sa situation financière, des avantages et des taux de cotisation différents à ses membres (de 3 à 4 % du salaire hors bonus dans le cas des salariés des entreprises. Environ 150 sociétés recueillant les cotisations des salariés des entreprises (38 % des assurés), près de 250 sociétés (dont une centaine en zone rurale) collectant les cotisations des professions indépendantes (51 % des assurés) et une caisse unique chargée de gérer les cotisations des fonctionnaires et enseignants (11 % des assurés). Les cotisations des employeurs respectifs – entreprises, gouvernement ou écoles et universités privées – étaient équivalentes à celles des salariés, comme dans le modèle allemand ou autrichien (Dumont, 1995). Jusqu'en 1996 chacun des trois régimes était équilibré et dégagait même chaque année un bénéfice d'environ 10 %, mais Shin (2000) constatait que ce dispositif d'assurance maladie à trois volets « *n'a que peu contribué à l'intégration sociale, les systèmes autonomes de comptabilité conduisant à une répartition du revenu et du risque limitée à chacune des compagnies privées* ». Le système de santé est, en outre, devenu déficitaire en 1997, accusant chaque année un déficit croissant, qui a mobilisé en 1999 une participation de l'État à hauteur d'environ 13 %. La gestion du système de santé est désormais sous la responsabilité d'une seule caisse d'assurance maladie nationale, la *National Health Insurance Corporation*.

Jusqu'en juillet 2000, le système de santé coréen présentait la particularité de ne pas faire de séparation entre les fonctions de médecin et de pharmacien (Chung G. W., 2001).

Les premiers pouvaient prescrire, fabriquer et distribuer les médicaments, les seconds pouvaient délivrer sans ordonnance médicale des médicaments, pour partie fabriqués par eux-mêmes. Avec un tel système, la Corée se distinguait par le record mondial de consommation d'antibiotiques (Dang, Antolin, Oxley, 2001). En 1999, le gouvernement a annoncé que les médecins ne seraient plus désormais autorisés à vendre des médicaments et qu'une ordonnance serait obligatoire pour obtenir la plupart des produits en pharmacie. Une part importante de leurs revenus reposant sur la liberté de prescrire et distribuer les médicaments, donc sur la surconsommation de médicaments vendus par eux-mêmes, les médecins coréens se sont violemment opposés au nouveau dispositif allant jusqu'à mener une grève générale de plusieurs mois, qui sera la cause de plusieurs décès de patients ne parvenant pas à obtenir des soins. Après de multiples négociations, le système prévu par le gouvernement a été profondément remanié.

La séparation des fonctions de médecin et de pharmacien a bien été mise en place, mais avec de nombreux aménagements au projet initial, les médecins conservant le droit de prescrire et distribuer une partie des traitements, en particulier ceux sous forme d'injections.

Quelques mois plus tard, le gouvernement a annoncé que le système d'assurance maladie accuserait, en 2001, un déficit de 4 000 milliards de won (près de 40 % de ses recettes).

Les principales causes de cette dérive témoignent tout à la fois du manque de compétence de l'administration et du manque d'éthique de la part de la profession. En effet, cette dérive serait due d'une part aux hausses successives (cinq fois entre novembre 2000 et mars 2001, soit une hausse globale de 70 % en cinq mois) du tarif des consultations médicales consenties aux médecins pour compenser la baisse de leur revenu, d'autre part à la prescription abusive par de nombreux médecins de médicaments importés plus coûteux et la falsification par certains d'entre eux des feuilles de soins. Pour combler ce déficit, le gouvernement a annoncé l'injection de fonds publics, l'augmentation des cotisations des salariés de 9 % et la hausse du tiers payant sur certains actes médicaux (Kuhnle S., 2002).

En ce qui concerne la gestion des assurances sociales, la Corée se trouve tiraillée entre une administration incapable de susciter la confiance suffisante pour assurer seule la gestion d'un système élaboré et une culture socio-économique qui exclut fondamentalement le paritarisme en maintenant à l'écart les salariés et leurs représentants de toutes les décisions importantes sur le plan socio-économique. Il est très difficile, par conséquent, de mettre en place en Corée un système de type scandinave ou britannique où la gestion est centralisée par l'administration, de même qu'un système de gestion paritaire à l'allemande ou à la française. En matière de paritarisme, un premier pas a pourtant été franchi avec le premier comité tripartite mis en place en février 1998 et qui a été habilité à prendre des décisions « *juridiquement contraignantes* » par une loi spéciale de mai 1999 lui conférant le statut d'agence permanente. Mais force est de constater que ce comité tripartite n'a pas, depuis lors, joué son rôle d'organisme paritaire. Dans le domaine de la protection sociale, le fait que les salariés et leurs représentants soient tenus à l'écart de la bonne utilisation des fonds collectés rend particulièrement difficile la mise en place de dispositifs sociaux larges et l'application des taux de cotisation qui seraient nécessaires pour assurer l'équilibre financier. Davantage que les syndicats soupçonnés de défendre surtout les intérêts des salariés des grandes entreprises, ce sont peut-être les mouvements de citoyens, particulièrement florissants en Corée depuis une douzaine d'années, qui pourraient être le partenaire le plus légitime pour ce paritarisme.

Malgré les développements réalisés après la crise (Kim M. S., 2000), le système de protection sociale coréen demeure extrêmement limité et semble encore bien loin d'un « *mécanisme exhaustif et institutionnalisé, similaire à ceux dont disposent les États occidentaux* » (Gough I., 2000). Tant le montant des prestations que leur assiette limitent encore les avantages sociaux et le nombre de leurs bénéficiaires. Rappelons par exemple que l'organisation mondiale de la santé a classé le système de santé coréen au 58^e rang mondial dans son étude rendue publique en 2006. Comme on l'a souligné, le remboursement des dépenses médicales est encore très imparfait car fondé sur une base sans rapport avec le coût réel en cas d'hospitalisation. Dans un pays où n'existent pas de formules d'assurance maladie complémentaire de type mutualiste ou coopératif, cela représente un risque majeur pour de nombreux ménages. En définitive, seules quelques catégories professionnelles particulières disposent de prestations sociales conséquentes : les fonctionnaires, militaires, enseignants et employés des conglomérats et des banques (ces derniers combinant les prestations issues de systèmes nationaux et celles fournies par l'entreprise). Mais une partie de ces prestations ne relève pas du domaine du droit et certaines sont remises en cause en fonction des difficultés financières que rencontrent les entreprises.

V. Description du régime de protection sociale en Corée de sud :

Le régime coréen couvre contre les risques :

- maladie-maternité, exclusivement les soins de santé (l'assurance ne prévoit pas d'indemnités journalières) ;
- accidents du travail et maladies professionnelles ;
- vieillesse-invalidité-survivants ;
- chômage.

Les assurés ouvrent droit aux assurances maladie-maternité et pension de par leur résidence en Corée du Sud.

Il existe trois institutions qui interviennent au niveau de ce secteur : NHIS, Ministry of health, Korea Worker's compensation.

L'Institution nationale d'assurance maladie (National Health Insurance Service – NHIS - gère le régime de protection sociale est le seul et unique assureur du système national d'assurance maladie. Placé sous la tutelle du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (Ministry

of Health and Welfare) couvre tous les salariés du secteur privé. Depuis le 1er janvier 2011, la NHIS collecte les cotisations pour l'ensemble des risques.

Le Korea Workers' Compensation & Welfare Service - COMWEL, administre l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles (WCI) sous la tutelle du Ministère du Travail (Ministry of Employment and Labor). En avril 2010, le COMWEL a étendu son champ d'activité au service médical en créant ses propres institutions médicales avec neuf hôpitaux, deux centres de soins, et un centre de réhabilitation supplémentaires.

Le système national **d'assurance maladie** (*NHI Program*) est principalement financé par les cotisations à la charge du salarié et de l'employeur ainsi que par les subventions du gouvernement.

L'assurance **accidents du travail-maladies professionnelles** est financée d'une part par les cotisations patronales (les salariés en sont exemptés), et d'autre part par l'Etat (Bidet E., 2012).

Tableau 3 : Taux de cotisations au 1^{er} Janvier 2015

Risques	Salarié	Employeur	Plafond
Maladie-maternité	3,035 %	3,035 %	sur la totalité du salaire

Source : National health insurance

L'assurance maladie-maternité (*le NHI Program*) couvre tous les salariés et les résidents qui ne bénéficient pas de la qualité d'ayants-droit et qui, de ce fait, sont obligatoirement tenus de cotiser au régime (à l'exception des personnes à très faibles revenus qui sont couvertes sous le *Medical Aid Program*).

Peuvent être reconnues comme ayants-droit, les personnes sans revenu à titre personnel et à charge de l'assuré lorsqu'elles entrent dans une des catégories suivantes : conjoints, frères et sœurs, héritiers en ligne directe, et descendants (et leur conjoints) du titulaire du droit ou de son conjoint.

Les soins de santé servis dans le cadre de l'assurance maladie-maternité englobent les examens médicaux, les soins préventifs, la réhabilitation, l'hospitalisation, les médicaments, les traitements, les transports, etc.

Les assurés et leurs ayants-droit bénéficient gratuitement des examens médicaux périodiques et des examens lors d'une grossesse. Les soins peuvent être servis par des centres agréés par le NHI Program ou des centres de soins privés.

Le Fonds d'assurance maladie contribue au financement d'une partie des frais pour les soins de santé, laissant un montant à charge du patient selon le tableau ci-dessous :

Tableau n° 4 : pourcentage de contribution du patient en fonction de la nature de la prestation :

Nature de prestation	Participation du patient (au 1er janvier 2015)
Hospitalisation	20 % du coût total (cancer ou maladie grave : 5-10 %)
Traitement (hôpital tertiaire)	60 % de (coût du traitement + frais de consultation)
Traitement (hôpital général)	50 % de (coût du traitement + frais de consultation)
Traitement (hôpital)	40 % de (coût du traitement + frais de consultation)
Traitement (clinique)	30 % du coût du traitement
Pharmaceutique	30 % du coût total

Source: National health insurance

Le patient doit choisir un médecin référant ou un établissement agréé par le NHI. Un traitement dans un hôpital non affilié nécessite obligatoirement une prescription du praticien (sauf en cas d'accouchement, soins d'urgence, soins dentaires, soins aux personnes atteintes d'hémophilie) (Cho, Joonmo, Kim, Giseung and Kwon, Taehee, 2008).

Les traitements médicaux sont en règle générale fournis à un coût moins élevé dans les Centres publics de santé.

La participation du patient est diminuée lorsque la totalité annuelle des frais de soins excède 2 à 4 millions de wons, selon ses revenus.

Le régime coréen de sécurité sociale ne prévoit pas d'indemnités journalières en cas de maladie ou de maternité. Toutefois, il existe différents types de prestations en espèces, servies sous forme de remboursement ou de compensation :

- ***Compensation pour participation excédentaire***

Le patient est remboursé de l'équivalent de 50 % du montant excédentaire lorsque sa participation aux frais au cours d'une période de 30 jours dépasse 1,2 million de wons.

- ***Remboursement pour soins de santé d'urgence***

Le patient peut se faire rembourser certains soins de santé d'urgence, notamment lorsqu'ils sont fournis par une institution non-rattachée au programme *NHI*, ou en cas d'accouchement ailleurs que dans une institution médicale (Kwak, S.H., 2010).

- ***Compensation pour dépenses liées aux frais médicaux des personnes handicapées***

Il s'agit d'une compensation visant à couvrir 80 % des frais spéciaux liés au handicap (canne, fauteuil roulant, auxiliaires auditifs/visuels, etc.) dans la limite d'un certain plafond.

Par ailleurs et pour conclure, l'existence d'un système centralisé au niveau de la Corée du sud génère des avantages et mais également des inconvénients qu'on peut synthétiser au niveau du tableau suivant :

Tableau n° 5 : Avantages et inconvénients du système centralisé coréen

	Avantages	Inconvénients
1) Objectifs et missions : prise en charge des frais de santé en nature dans une logique de prévoyance basée sur la solidarité de l'ensemble des travailleurs	Risque réparti sur une large population	Le sentiment de rattachement du bénéficiaire à une communauté disparaît
2) Population couverte et mode d'adhésion : population salariée au sens du code de travail et leur famille au sens de la sécurité sociale ; mécanisme obligatoire par le biais de l'entreprise	Système unique de protection avec droits et charges identiques pour les assujettis ; mécanisme d'adhésion théoriquement automatique et simple ; économies d'échelle possible	Système rigide qui ne permet pas la concurrence et le choix entre différentes caisses ; pas d'incitation aux organismes d'assurance maladie à être plus efficace ; ne tient pas compte de la diversité des entreprises et travailleurs ; incite à l'assurance complémentaire
3) Architecture : système centralisé ; institution assurant une mission de service public ; rôle important de la loi	Décisions valable sur tout le territoire	Création d'un organisme central lourd et bureaucratique qui a montré ses limites en Afrique ; nécessite des investissements publics importants pour sa mise en place ; capacités limitées de réaction aux évolutions aux systèmes de santé
4) Statut juridique : Institution de prévoyance sociale bénéficiant d'un statut particulier et d'autonomie financière	Idem IPM	Idem IPM
5) Organes décisionnels : assemblée générale composée de représentants élus sur proposition des organisations syndicales (patronales et salariées) et élitant un Conseil d'Administration (CA)	Evite le poids de personnalités dans les IPM spécifiques	Reflète plus les enjeux nationaux qu'il n'est le reflet des forces au sein des entreprises
6) Rôle et mission du Conseil d'Administration : Exécuter les décisions prises par le Gouvernement ou le Parlement et/ou définir elle-même les risques couverts, les taux de cotisation, les montants remboursés ; administrer le système (gestion, convention avec professionnels de santé, etc.)	Capacités de négociation envers les professionnels si l'Etat lui en donne la possibilité (légitimité administrative et financière et hiérarchique)	Moins grande souplesse de décision ; risque de conflit entre les objectifs de l'Etat et ceux de la caisse ; enjeux de rivalité syndicale ; risque de considérer les aspects techniques comme secondaires par rapport aux aspects politico-syndicaux et administratifs

7) Fonctions du Directeur de CA : Activités classiques de gestion et d'administration	Fidèle interprète du CA	Fonction plus administrative que celle d'un gérant d'un IPM
8) Organisation territoriale : une caisse locale (déconcentrée) par département avec au moins trois services ; recouvrement des cotisations, versement des prestations, contrôle médicale et relations avec les professionnels	Uniformisation des procédures et des services rendus	Perte de temps possible pour les travailleurs ; absence d'autonomie de décision ; application stricte de règles nécessite un personnel important
9) Organisation financière : système centralisé avec fichier des adhérents ; appel mensuel de cotisations aux entreprises ; collecte par les caisses locales reversée au niveau central, versement des cotisations ; ticket modérateur ; tiers payant limité à la part des soins	Uniformisation des modalités au niveau de remboursement des soins et des cotisations : existence d'un fichier national ; base de mutualisation du risque importante ; données centralisées	Les taux retenus sont l'expression de négociations politico-syndicales ; en cas de difficultés, l'Etat devra se substituer à l'organisme ; difficultés de recouvrement auprès des entreprises non volontaires ; moins grand engagement des acteurs ; fraude plus facile (médicaments, substitution d'ayant droits, etc.) ; gestion plus difficile ; pas de responsabilité financière des caisses locales
10) Tutelle : Politique générale de prévoyance et actions de contrôle administratif et financier sous la responsabilité de la tutelle	Contrôle sur les actes et délibérations, contrôle financier sur un seul site	Complexité du contrôle dû à la taille de l'institution ; moyens limités pour contrôler des structures déconcentrées
11) Négociation avec les professionnels de santé : Discussions au niveau national avec les représentants qualifiés	Décisions qui s'appliquent partout ; suivi de dépenses simplifié, négociation unique, plus d'« arrangements » entre gérants d'IPM et professionnels	Négociation nationale complexe ; problème de représentativité des organisations ; ne tient pas compte des spécificités locales ; contrôle médicale difficile ; sanctions difficiles
12) Extension de la couverture aux populations non couvertes : possibilité d'affiliation des fonctionnaires et retraités, des populations qui devraient l'être théoriquement (personnel de maison, etc.)	Facile pour les fonctionnaires et les retraités ; intéressant pour les autres caisses (IPRES) pour contraindre les entreprises à affilier tout le personnel	Est que la formule plus adéquate pour faire affilier les fonctionnaires et agents de l'Etat (avec modalités spécifiques) ? on pourra imaginer l'inverse: une caisse pour fonctionnaire et agents de l'Etat et des IPM et mutuelles pour les autres ; besoins de formules différentes pour le secteur informel

Source ; Yang Jae-Yin, 2011

VI. Conclusion

Le système de santé coréen a pu réaliser un bond de géant en instaurant une couverture universelle pour les citoyens, tout en maintenant ses dépenses à un niveau relativement bas.

Néanmoins, le vieillissement rapide de la population et la demande encore plus forte d'extension de la couverture du système national d'assurance maladie sont les deux défis majeurs auxquels, le système de santé coréen se trouve confronté. Par ailleurs, le grave conflit qui oppose les principaux acteurs du secteur depuis la difficile mise en œuvre de la réforme de séparation complique les perspectives de trouver un consensus en faveur de la réforme.

En dépit de tous ces obstacles le système de santé coréen est considéré comme efficace puisqu'il permet aux citoyens de vivre mieux et plus longtemps, il favorise le développement du capital humain et une croissance durable. Il permet aussi de faire face aux crises sanitaires majeures comme celle de la COVID 19. Le système de santé coréen est un modèle dont les pays en développement devraient s'en inspirer (Lee Jong-Wha ,2020).

Bibliographie :

Adema W., Tergeist P., Torres R., 2000, Korea : Better social policies for a stronger economy, OECD Observer, Paris, novembre

BIDET Éric, « La protection sociale en Corée du sud : évolutions récentes et perspectives », *Revue française des affaires sociales*, p. 169-194. DOI : 10.3917/rfas.021.0169. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2002-1-page-169.htm>.

BIDET Éric, « Corée du sud : vers une société d'assurances sociales », *Revue Tiers Monde*, 2003/3 (n° 175), p. 603-620. DOI : 10.3917/rtm.175.0603. URL : <https://www.cairn.info/revue-tiers-monde-2003-3-page-603.htm>

Bidet E., 2012, “Overcoming Labor Market Problems and Providing Social Services: Government and Civil Society Collaboration in South Korea”, *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, Vol. 41, 6.

Chung G. W., 2001, Elders in the family and the strain of the discourse of filial piety, *Korea Journal*, vol. 41, 4, Séoul.

Cho, Joonmo, Kim, Giseung and Kwon, Taehee, 2008, “Employment Problems with Irregular Workers in Korea: A Critical Approach to Government Policy”, *Pacific Affairs*, Vol. 81, No 3, pp. 407-426.

Dang, Antolin, Oxley, 2001, Fiscal implications of ageing : Projections of agerelated spending, OECD Economic Department Working Paper, 305, Paris.

FMI, World Economic Outlook, 2022

Gough I., 2000, Welfare regimes in East Asia and Europe, Annual World Bank Conference on Development Economics Europe 2000, Paris.

Kim M. S., 2000, Social security and social safety nets in Korea, Lessons Towards a New Social Policy Agenda, asem - World Bank.

Kuhnle S., 2002, Productive Welfare in Korea : Moving towards a European Welfare State Type ?, ecpr Joint Session of Workshops, Italy, Torino, 22- 27 mars 2002.

Kwak, S.H., 2010, “Social enterprise performance analysis for 3 years”, Ministry of Employment and Labour (en coréen).

LEE JONG-WHA, « le système de santé sud-coréen, un exemple pour les pays en développement », Page d'opinion *Project Syndicate*, 4 aout 2020.

Yang Jae-Yin, 2011, “Another Exceptionalism?: Comparative Analysis of the Small Welfare State in Korea”, Paper presented for the 61st Political Studies Association Annual Conference, London, April 2011