

Rapport sur la santé dans le monde



LE FINANCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Le chemin vers une couverture universelle



Organisation
mondiale de la Santé

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS :

Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle.

1.Santé mondiale - orientations. 2.Délivrance soins - économie. 3.Financement, Santé. 4.Accessibilité service santé. 5.Coût maladie. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 256402 0

(Classification NLM: W 74)

ISBN 978 92 4 068481 2 (version électronique)

ISSN 1020-332X

© Organisation mondiale de la Santé 2010

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillés sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

■ Ce rapport sur la santé dans le monde a été rédigé sous la direction exclusive de Carissa Etienne, directrice générale adjointe, systèmes et services de santé et d'Anarfi Asamoah-Baah, directeur général adjoint. Les principaux rédacteurs du rapport sont David B. Evans, Riku Elovainio et Gary Humphreys ; avec la contribution de Daniel Chisholm, Joseph Kutzin, Sarah Russell, Priyanka Saksena et Ke Xu.

Les contributions sous forme d'encadrés ou d'analyses ont été fournies par : Ole Doetinchem, Adelio Fernandes Antunes, Justine Hsu, Chandika K Indikadahena, Jeremy Lauer, Nathalie van de Maele, Belgacem Sabri, Hossein Salehi, Xenia Scheil-Adlung (ILO) et Karin Stenberg.

Les suggestions et les commentaires ont été reçus par les directeurs régionaux, les directeurs généraux adjoints ainsi que de leurs collaborateurs.

Les analyses, les données et les études des vues d'ensemble, des différents avant-projets ou des sections spécifiques ont été fournies par (outre les personnes susmentionnées) : Dele Abegunde, Michael Adelhardt, Hector Arreola, Guitelle Baghdadi-Sabeti, Dina Balabanova, Dorjsuren Bayarsaikhan, Peter Berman, Melanie Bertram, Michael Borowitz, Reinhard Busse, Alexandra Cameron, Guy Carrin, Andrew Cassels, Eleonora Cavagnero, Witaya Chadbunchachai, John Connell, David de Ferranti, Don de Savigny, Varatharajan Durairaj, Bob Emrey, Tamás Evetovits, Josep Figueras, Emma Fitzpatrick, Julio Frenk, Daniela Fuhr, Ramiro Guerrero, Patricia Hernandez Pena, Hans V Hogerzeil, Kathleen Holloway, Melitta Jakab, Elke Jakubowski, Christopher James, Mira Johri, Matthew Jowett, Jose Kirigia, Felicia Knaul, Richard Laing, Nora Markova, Awad Mataria, Inke Mathauer, Don Matheson, Anne Mills, Eduardo Missoni, Laurent Musango, Helena Nygren-Krug, Ariel Pablos-Mendez, Anne-Marie Perucic, Claudia Pescetto, Jean Perrot, Alexander Preker, Magdalena Rathe, Dag Rekke, Ritu Sadana, Rocio Saenz, Thomas Shakespeare, Ian Smith, Peter C. Smith, Alaka Singh, Ruben Suarez Berenguela, Tessa Tan-Torres Edejer, Richard Scheffler, Viroj Tangcharoensathien, Fabrizio Tediosi, Sarah Thomson, Ewout van Ginneken, Cornelis van Mosseveld et Julia Watson.

La rédaction du rapport a été documentée par de nombreuses personnes issues de différentes institutions, qui ont fourni des documents essentiels. Ces documents peuvent être consultés sur http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en

Michael Reid a effectué le travail éditorial du rapport, Gaël Kernen a produit les figures et Evelyn Omukubi a offert un précieux soutien de secrétariat et d'administration. La conception et la mise en page ont été réalisées par Sophie Guetanah Aguetant et Cristina Ortiz. Les illustrations sont d'Edel Tripp (<http://edeltripp.daportfolio.com>).

Nous exprimons notre profonde reconnaissance pour son soutien financier à la Fondation Rockefeller, à l'Agence pour le développement international (USAID) et au ministère de la Santé de l'Allemagne.

Imprimé en Suisse sur du papier recyclé à 100% certifié FSC.

Sommaire

vi **Message de la directrice générale**

ix **Document de synthèse**

- ix Pourquoi une couverture universelle ?
- x Où en sommes-nous ?
- xi Comment allons-nous résoudre ces problèmes ?
- xii Obtenir des ressources suffisantes pour la santé
- xv Éliminer les risques financiers et les barrières à l'accès aux services de santé
- xviii Promouvoir l'efficacité et éliminer le gaspillage
- xx Inégalités dans la couverture
- xx Un programme d'action
- xxi Faciliter et soutenir le changement
- xxii Les étapes pratiques pour les partenaires externes
- xxiii Un message d'espoir



1 Où en sommes-nous ?

- 5 Paiements directs
- 6 Fonds mis en commun
- 7 Assistance extérieure
- 8 Sur la voie d'une couverture universelle
- 9 Maintenir les réalisations existantes
- 10 Couverture universelle : les deux axes
- 13 Faire les bons choix
- 15 Aller de l'avant



2

Plus d'argent pour la santé

- 23 Augmenter les ressources pour la santé
- 24 Mais que coûte une couverture universelle ?
- 26 Assurer une juste répartition de l'ensemble des dépenses publiques pour la santé
- 28 Diversifier les sources des revenus nationaux
- 30 Explorer les sources de financement national de la santé
- 34 L'aide financière extérieure
- 36 Les effets de la récession économique sur l'aide au développement
- 38 Conclusions



3

La force du nombre

- 45 Les problèmes liés aux paiements directs
- 48 Les exemptions des paiements directs sont-elles efficaces ?
- 50 Abandonner les paiements directs
- 52 La force du nombre
- 54 Où et comment couvrir davantage de personnes ?
- 55 Se concentrer sur les pauvres
- 57 Autres barrières à l'accès
- 58 Conclusions



4

Plus de santé pour son argent

- 67 Utilisation judicieuse des ressources
- 68 Les dix principales causes de l'inefficience
- 68 Éliminer les dépenses de médicaments inutiles
- 70 Améliorer le contrôle qualité des médicaments
- 71 Utiliser les médicaments de façon appropriée
- 72 Obtenir le maximum des technologies et des services
- 73 Motiver les professionnels de la santé
- 74 Améliorer l'efficience de l'hôpital : taille et durée du séjour
- 75 Obtenir immédiatement de bons soins
- 76 Éliminer le gaspillage et la corruption
- 77 Évaluer d'un œil critique les services requis
- 79 Les avantages potentiels liés à l'amélioration de l'efficience
- 80 Incitations, financement de la santé et efficience
- 83 Payer à la performance
- 84 Les achats stratégiques
- 85 La fragmentation
- 87 Corriger les inégalités
- 88 Conclusions



5

Un programme d'action

- 97 Tirer les leçons de l'expérience
- 101 Soutenir le changement
- 114 Conclusions

Message de la directrice générale

J'ai demandé ce rapport sur la santé mondiale en réponse à un besoin, exprimé à la fois par les pays riches et les pays pauvres, en conseils pratiques sur les moyens de financer les services de santé. L'objectif était de transformer les preuves, recueillies à partir des études de différentes situations, en un menu d'options permettant d'obtenir des ressources suffisantes et d'éliminer les barrières financières à l'accès aux soins, surtout pour les plus démunis. Comme le sous-titre l'indique, l'accent est largement mis sur le passage à une couverture universelle, un objectif qui est actuellement au cœur des débats sur la prestation des services de santé.

Le besoin en conseils dans ce domaine est devenu très pressant dans une période caractérisée par une récession économique et une hausse des coûts des soins de santé, alors que les populations vieillissent, que les maladies chroniques augmentent et que de nouveaux traitements plus chers deviennent disponibles. Comme ce rapport le note à juste titre, la demande publique croissante pour un accès à des soins de qualité et abordables augmente davantage la pression politique afin de faire des choix de politique avisés.

En cette période de restrictions budgétaires, mon conseil aux pays est le suivant : avant de rechercher les postes de réduction des dépenses en matière de soins médicaux, cherchez d'abord les occasions d'améliorer l'efficacité. Partout dans le monde, tous les systèmes de santé pourraient faire meilleur usage des ressources, que ce soit par de meilleures pratiques d'approvisionnement, une utilisation plus généralisée des médicaments génériques, une optimisation des incitations pour les prestataires ou une rationalisation des procédures de financement et d'administration.

Le présent rapport estime que 20 à 40% de l'ensemble des dépenses de santé a été gaspillé à cause de l'inefficacité, et il indique 10 domaines spécifiques dans lesquels de meilleures pratiques et politiques pourraient augmenter l'impact des dépenses, parfois de façon spectaculaire. Investir ces ressources de façon plus judicieuse peut aider des pays à se rapprocher d'une couverture universelle sans pour autant augmenter les dépenses.

Concernant le passage à la couverture universelle, le rapport identifie le recours continu aux paiements directs comme étant le plus grand obstacle au progrès. Un grand nombre de témoignages prouvent que la collecte de fonds par prépaiement obligatoire est la base la plus efficace et la plus équitable pour augmenter la proportion de la population couverte. En effet, ces





mécanismes signifient que le nanti subventionne le démuni et que le bien-portant subventionne le mal-portant. L'expérience montre que cette approche est la meilleure lorsque le prépaiement provient d'un grand nombre, avec la mise en commun ultérieure des fonds afin de couvrir les coûts des soins de santé de tout un chacun.

Quiconque a besoin de soins médicaux curatifs ou préventifs ne doit pas risquer la ruine financière.

À l'évidence, les pays ont besoin de fonds stables et suffisants en matière de la santé, mais la richesse nationale n'est pas une condition préalable pour se rapprocher de la couverture universelle. Les pays caractérisés par des niveaux de dépenses de santé semblables obtiennent des résultats sanitaires nettement différents selon leurs investissements. Les décisions des responsables politiques expliquent en grande partie ces différences.

D'autre part, chaque situation aura sa propre combinaison d'options de politiques. Le rapport met en garde, toute stratégie efficace de financement de la santé se doit d'être nationale. Les systèmes de santé sont des systèmes adaptatifs complexes, et leurs différents composants peuvent interagir de façon inattendue. En couvrant les défaillances et les contretemps ainsi que les succès, le rapport aide les pays à anticiper les surprises importunes et à les éviter. Les compromis sont inévitables et les décisions devront établir un bon équilibre entre la proportion de la population couverte, la gamme des services inclus et les coûts à garantir.

Toutefois, malgré cela et malgré d'autres avertissements, le message global reste optimiste. Tous les pays, à toutes les étapes de leur développement, peuvent prendre des mesures immédiates pour progresser plus rapidement vers la couverture universelle et pour maintenir leurs objectifs. Les pays qui adoptent de bonnes politiques peuvent largement améliorer leur couverture de services et de protection contre le risque financier à tout niveau donné de dépenses. Je souhaite sincèrement que les expériences et les conseils pratiques présentés dans ce rapport guideront les responsables politiques dans la bonne direction. Se battre pour la couverture universelle est un objectif admirable et réalisable – dans tous les pays du monde.



Dr Margaret Chan
Directrice générale
Organisation mondiale de la Santé



Document de synthèse

Pourquoi une couverture universelle ?

Promouvoir et protéger la santé est essentiel au bien-être humain et au développement économique et social durable. Cela a été reconnu il y a plus de 30 ans par les signataires de la Déclaration d'Alma Ata, qui ont indiqué que la Santé pour tous contribuerait à une meilleure qualité de vie ainsi qu'à la paix et à la sécurité à l'échelle mondiale.

Comme on pouvait s'y attendre, dans la plupart des pays, les personnes évaluent également la santé comme l'une de leurs principales priorités, juste après les problèmes économiques, comme le chômage, les bas salaires et le coût élevé de la vie (1, 2). Comme les gouvernements essaient de répondre aux attentes des populations, la santé devient donc souvent une question politique.

Il existe de nombreuses façons de promouvoir et de soutenir la santé. Certaines d'entre elles se trouvent hors des limites du secteur de la santé. Les «circonstances dans lesquelles on grandit, on vit, on travaille et on vieillit» influencent fortement la façon dont on vit et on meurt (3). L'éducation, le logement, l'alimentation et l'emploi ont tous un impact sur la santé. La réduction des inégalités à ces égards diminuera les inégalités en matière de santé.

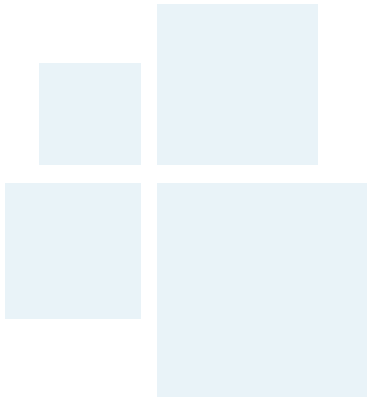
Toutefois, un accès opportun aux services de santé^a – une combinaison de promotion, de prévention, de traitement et de rééducation – est aussi essentiel. Cela peut uniquement être atteint (sauf pour une petite minorité de la population) avec un système de financement de la santé optimal. Il détermine si les personnes peuvent se permettre d'utiliser des services de santé lorsqu'ils en ont besoin. Il détermine si les services existent.

En le reconnaissant, les États membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) se sont engagés en 2005 à développer leurs systèmes de financement de la santé afin que tout un chacun puisse accéder aux services, sans subir de difficultés financières lors de leur paiement (4). Cet objectif a été défini comme la couverture universelle, parfois appelée la «couverture universelle de santé».

En progressant vers cet objectif, les gouvernements font face à trois questions fondamentales :

1. Comment un tel système de santé est-il financé ?
2. Comment peuvent-ils protéger les gens des conséquences financières liées à la maladie et aux paiements des services de santé ?
3. Comment peuvent-ils encourager une utilisation optimale des ressources ?

Ils doivent aussi veiller à ce que la couverture soit équitable et définir des moyens fiables pour surveiller et évaluer les progrès.



Dans ce rapport, l'OMS expose les grandes lignes sur la façon dont les pays peuvent modifier leurs systèmes de financement pour avancer plus rapidement vers une couverture universelle et maintenir ensuite ces réalisations. Le rapport fait la synthèse des nouvelles recherches et des leçons tirées de l'expérience dans un ensemble de mesures possibles que les pays peuvent considérer à toutes étapes du développement, puis adapter à leurs propres besoins. Il indique les moyens permettant à la communauté internationale de soutenir les efforts dans les pays à faible revenu afin d'atteindre l'objectif de la couverture universelle.

Alors que le monde est aux prises avec le ralentissement économique, la globalisation des maladies et des économies, mais aussi une augmentation des demandes en soins chroniques en partie liés au vieillissement des populations, le besoin d'une couverture universelle de santé et d'une stratégie pour la financer n'a jamais été plus grand.

Où en sommes-nous ?

La résolution 58.33 de l'Assemblée mondiale de la santé de 2005 déclare que tout individu doit pouvoir accéder aux services de santé sans être confronté à des difficultés financières. Sur ces deux points, nous sommes encore loin de la couverture universelle dans le monde entier.

Du côté de la couverture en services de santé, la proportion des accouchements assistés par un personnel soignant qualifié peut, par exemple, être inférieure à 10% dans certains pays, alors qu'elle atteint près de 100% dans les pays où les taux de mortalité maternelle sont les plus faibles. Des variations semblables existent au sein même des pays. Les femmes riches obtiennent généralement des niveaux de couverture semblables, où qu'elles vivent, mais les plus démunies en sont privées. Les femmes faisant partie des 20% de nantis sont jusqu'à 20 fois plus sûres que leur accouchement sera assisté par un personnel de la santé qualifié que les femmes pauvres.

Réduire cet écart de couverture entre riches et pauvres dans 49 pays à faible revenu permettrait de sauver la vie de plus de 700 000 femmes d'ici 2015 (5). De même, les enfants riches vivent plus longtemps que les enfants pauvres. Réduire l'écart de couverture d'une gamme de services pour les enfants de moins de 5 ans, en particulier l'immunisation de routine, sauverait plus de 16 millions de vies.

Mais le revenu n'est pas le seul facteur qui influence la couverture des services. Dans beaucoup de cas, les immigrés, les minorités ethniques et les autochtones utilisent moins les services que les autres groupes de population, bien que leurs besoins puissent être plus importants.

Le revers de la médaille, c'est que lorsque les personnes utilisent des services, elles sont souvent confrontées à des coûts élevés, parfois catastrophiques.

Dans certain pays, jusqu'à 11% de la population est confrontée à ce type de problème financier grave chaque année, et jusqu'à 5% est acculée à la pauvreté. Globalement, environ 150 millions de personnes font face à une catastrophe financière chaque année, alors que 100 millions de personnes passent sous le seuil de pauvreté.

L'autre pénalité financière imposée aux mal-portants (et souvent aux personnes qui s'occupent d'eux) est la perte de revenu. Dans la plupart des

pays, les proches peuvent fournir une certaine forme de soutien financier, même maigre, aux membres de la famille pendant les périodes de maladie. Les indemnités financières plus formelles permettant de protéger les personnes trop malades pour travailler sont moins communes. Seule 1 personne sur 5 dans le monde bénéficie d'une protection de sécurité sociale à grande échelle, incluant également la garantie du salaire perdu en cas de maladie, et plus de la moitié de la population mondiale manque de toute forme de protection sociale organisée, d'après l'Organisation internationale du travail (OIT). Seules 5 à 10% des personnes sont couvertes en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, alors que dans les pays à revenu moyen, les proportions de couverture varient de 20 à 60%.

Le financement de la santé joue un rôle majeur dans l'ensemble des efforts pour garantir la protection sociale. Dans ce cadre, l'OMS est une agence co-chef de file avec l'OIT dans l'initiative des Nations Unies visant à aider les pays à développer un Socle de Protection Sociale complet, comprenant le type de protection contre le risque financier décrit dans le présent rapport et des aspects plus généraux de substitution de revenu et de soutien social en cas de maladie (6).

Comment allons-nous résoudre ces problèmes ?

Trois problèmes fondamentaux, étroitement liés, empêchent les pays de se rapprocher d'une couverture universelle. Le premier problème est la disponibilité des ressources. Aucun pays, quelle que soit sa richesse, n'a pu garantir à l'ensemble de sa population un accès immédiat à toutes les technologies et interventions pouvant améliorer la santé ou prolonger la vie. À l'autre extrémité de l'échelle, dans les pays les plus pauvres, peu de services sont disponibles pour tous.

La deuxième barrière à la couverture universelle est la dépendance excessive aux paiements directs au moment où les personnes ont besoin de soins. Ils comprennent les paiements des médicaments en vente libre ainsi que les honoraires des consultations et des interventions. Même si les personnes possèdent une assurance maladie, elles peuvent devoir payer davantage sous forme de forfait, de quote-part, de ticket modérateur ou de franchise.

L'obligation de payer directement pour des services au moment du besoin même – que ce paiement soit officiel ou officieux (sous la table) – empêche des millions de personnes de recevoir les soins médicaux qui leur sont nécessaires. Pour ceux qui ont besoin d'un traitement, cela peut entraîner de graves difficultés financières, voire l'appauvrissement.

Le troisième obstacle à une progression plus rapide vers la couverture universelle est l'utilisation inefficace et inéquitable de ressources. Dans une évaluation prudente, 20 à 40% des ressources de santé sont gaspillées. La réduction de ce gaspillage améliorerait considérablement la capacité des systèmes de santé à fournir des services de qualité et à améliorer la santé. Ainsi, grâce à une optimisation de l'efficacité, le ministère de Santé peut plus facilement établir le bien-fondé d'une cause en vue d'obtenir des fonds supplémentaires du ministère des Finances.

De plus, le passage à une couverture universelle est relativement simple – du moins sur le papier. Les pays doivent collecter des fonds suffisants, réduire le recours aux paiements directs pour financer les services et améliorer l'efficacité et l'équité. Ces aspects seront abordés dans la prochaine section.

Depuis une dizaine d'années, de nombreux pays à revenus faible et moyen ont montré que le fait de se rapprocher de la couverture universelle n'est pas le privilège des pays à revenu élevé. Ainsi, le Brésil, le Chili, la Chine, le Mexique, le Rwanda et la Thaïlande ont récemment fait des progrès importants afin de répondre aux trois problèmes décrits ci-dessus. Le Gabon a mis en place des moyens innovants de collecte des fonds de santé, notamment une taxe sur l'utilisation des téléphones portables, le Cambodge a créé un fonds d'équité en matière de santé, qui couvre les coûts de santé des démunis et le Liban a amélioré l'efficacité et la qualité de son réseau de soins de santé primaires.

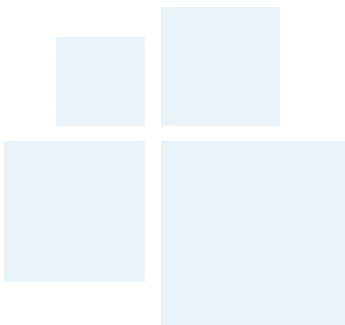
Cependant, il est clair que chaque pays peut faire davantage dans au moins l'un des trois domaines clés. Même les pays à revenu élevé réalisent maintenant qu'ils doivent réévaluer en permanence leur progression par rapport à l'augmentation des coûts et des attentes. L'Allemagne a par exemple reconnu que le vieillissement de sa population se traduit par une baisse du nombre de salariés dans la proportion de la population totale, rendant encore plus difficile le financement de son système social d'assurance maladie à partir des sources traditionnelles des cotisations d'assurance basées sur les salaires. Par conséquent, le gouvernement a injecté dans le système des fonds supplémentaires provenant des recettes fiscales générales.

Obtenir des ressources suffisantes pour la santé

Bien que le soutien financier national en matière de couverture universelle soit essentiel pour assurer sa durabilité, il est irréaliste d'espérer que la plupart des pays à faible revenu obtiennent à court terme la couverture universelle sans aucune aide. La communauté internationale devra supporter financièrement les efforts nationaux des pays les plus démunis pour développer rapidement l'accès aux services.

Pour cela, il est important de connaître le coût probable. Des estimations récentes de l'argent nécessaire pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en matière de santé et assurer l'accès aux interventions essentielles, y compris pour les maladies non transmissibles dans 49 pays à faible revenu, suggèrent qu'en moyenne (non pondérée), ces pays devront dépenser un peu plus 60 dollars par personne d'ici 2015, ce qui est une somme nettement supérieure aux 32 dollars qu'ils dépensent actuellement. Cette évaluation pour 2015 tient compte du coût du développement du système de santé afin qu'ils puissent offrir la combinaison d'interventions spécifiée.

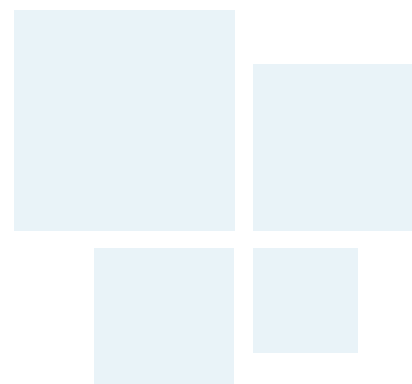
Par conséquent, la première étape vers la couverture universelle consiste à veiller à ce que les pays les plus pauvres disposent de ces fonds et que le financement augmente progressivement dans les années futures pour permettre les améliorations nécessaires.



Cependant, même les pays qui dépensent actuellement plus que le minimum estimé nécessaire ne peuvent pas relâcher leur attention. Atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement en matière de santé et assurer l'accès aux interventions essentielles en se concentrant sur les maladies non transmissibles – les interventions incluses dans les estimations de coûts rapportées ici – ne sont qu'un début. Au fur et à mesure que le système s'améliorera, les demandes en services supplémentaires ainsi qu'une meilleure qualité et/ou des niveaux plus élevés de protection contre le risque financier suivront inévitablement. Les pays à revenu élevé recherchent en permanence des fonds afin de répondre aux demandes et aux attentes croissantes de leurs populations, mais aussi de payer les technologies et les options en rapide expansion afin d'améliorer la santé.

Tous les pays ont la possibilité de collecter davantage d'argent pour la santé au niveau national, à condition que les gouvernements et les personnes s'engagent dans cette voie. Il existe trois façons d'y parvenir, plus une quatrième option permettant d'augmenter l'aide au développement et de l'optimiser pour la santé.

1. **Augmenter l'efficacité de la collecte des impôts.** Même dans certains pays à revenu élevé, l'évasion fiscale et le recouvrement inefficace des impôts et des primes d'assurance peuvent représenter des problèmes sérieux. Les difficultés pratiques liées à la collecte des impôts et des cotisations d'assurance maladie sont nombreuses, en particulier dans les pays caractérisés par un vaste secteur informel. Améliorer l'efficacité de la collecte des impôts augmentera les fonds pouvant être utilisés pour fournir des services ou les acheter pour la population. L'Indonésie a entièrement repensé sa fiscalité, avec d'importants avantages pour les dépenses publiques totales, en particulier les dépenses de santé.
2. **Reconsidérer les priorités des budgets nationaux.** Les gouvernements donnent parfois une faible priorité à la santé au moment de décider de leurs budgets. Par exemple, peu de pays africains ont atteint la cible convenue par leurs chefs d'État en 2001 lors de la Déclaration d'Abuja, de dépenser 15% de leur budget national dans le secteur de la santé. Et 19 des pays de la région, qui avaient signé cette déclaration, allouent moins d'argent aujourd'hui (par rapport à 2001). Cependant, la République-Unie de Tanzanie alloue 18,4% de son budget à la santé et le Libéria 16,6% (ces chiffres comprennent les contributions des partenaires externes, gérées par le gouvernement et difficiles à isoler). Considérés comme un seul groupe, les 49 pays à faible revenu pourraient collecter quelques 15 milliards de dollars supplémentaires par an pour la santé à partir de sources nationales, en augmentant la part des dépenses totales de santé à 15%.
3. **Financement innovant.** Jusqu'à présent, l'attention s'est principalement portée pour aider les pays riches à collecter davantage de fonds de santé pour les pays les plus démunis. Le groupe de travail de haut niveau sur le Financement international innovant des systèmes de santé a ajouté à sa liste de mesures pour obtenir 10 milliards de dollars supplémentaires par an en matière de santé mondiale l'augmentation des taxes sur les billets d'avion, les opérations de change et le tabac. Les pays à revenus faible, moyen et élevé devraient tous envisager certains de ces mécanismes



pour collecter des fonds à l'échelle nationale. Une taxe sur les opérations de change pourrait lever des sommes considérables dans certains pays. L'Inde, par exemple, possède un important marché de change, avec un volume total des transactions quotidiennes égal à 34 milliards de dollars. Une taxe de 0,005% sur ce volume pourrait rapporter à l'Inde environ 370 millions de dollars par an si elle choisit de l'appliquer. Les autres options incluent les "obligations diaspora" (vendues aux expatriés) et les taxes de solidarité sur une gamme de produits et de services, comme les appels sur téléphones portables. Chaque taxe a un certain effet de distorsion sur l'économie et ceux avec des intérêts particuliers s'y opposeront. Les gouvernements devront mettre en place les taxes qui sont le mieux adaptées à leur économie et qui permettront d'espérer un soutien politique. Par contre, les taxes sur les produits nocifs pour la santé ont le double avantage d'améliorer la santé de la population par une réduction de la consommation, tout en permettant de collecter davantage de fonds. Une augmentation de 50% des taxes indirectes sur le tabac générerait 1,42 milliard de dollars en fonds supplémentaires dans 22 pays à faible revenu, pour lesquels les données sont disponibles. Si toute cette somme était allouée à la santé, les dépenses de santé du gouvernement pourraient augmenter de plus de 25% dans plusieurs pays, voire de 50%. Augmenter les taxes sur l'alcool jusqu'à 40% du prix au détail pourrait même avoir un plus grand impact. Les estimations pour les 12 pays à faible revenu et pour lesquels des données sont disponibles montrent que les niveaux de consommation chuterait de plus de 10%, alors que les recettes des taxes tripleraient pour atteindre 38% des dépenses de santé totales dans ces pays. La possibilité d'augmenter les taxes sur le tabac et l'alcool existe dans de nombreux pays. Même si une seule partie du montant des recettes était affectée à la santé, l'accès aux services serait largement amélioré. Certains pays envisagent aussi des taxes sur d'autres produits nocifs, comme les boissons sucrées et les aliments à haute teneur en sel ou en acides gras transformés (7, 8).

4. **Aide au développement en matière de santé.** Tous les pays, riches ou pauvres, pourraient faire des efforts supplémentaires pour augmenter le financement de la santé ou pour diversifier les sources de leurs fonds, et seuls 8 des 49 pays à faible revenu décrits ci-dessus ont une chance de générer depuis leurs sources nationales seulement les fonds nécessaires à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement d'ici 2015. La solidarité mondiale est indispensable. Le montant insuffisant des fonds auquel font face ces pays à faible revenu met en lumière le besoin pour les pays à revenu élevé d'honorer leurs engagements dans l'aide officielle au développement (AOD), mais aussi de les seconder par de plus grands efforts afin d'améliorer l'efficacité de l'aide. Les fonds innovants permettent d'augmenter l'AOD traditionnelle, mais si les pays tenaient immédiatement leurs promesses internationales actuelles, les fonds externes pour la santé des pays à faible revenu feraient plus que doubler du jour au lendemain, et le manque estimé des fonds pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement serait presque éliminé.

Éliminer les risques financiers et les barrières à l'accès aux services de santé

S'il est important de disposer de fonds suffisants, il sera néanmoins impossible de se rapprocher de la couverture universelle si les personnes subissent des difficultés financières ou sont dissuadées d'utiliser les services de santé du fait qu'elles doivent immédiatement payer. Lorsque cela arrive, les malades supportent entièrement le risque financier associé au paiement des soins. Ils doivent décider s'ils peuvent se permettre de recevoir des soins et souvent, cela se traduit par un choix entre payer pour des services de santé ou payer pour d'autres choses indispensables, comme la nourriture ou l'éducation des enfants.

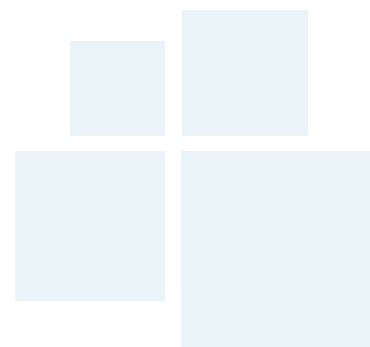
Lorsque des frais sont facturés, chacun paie le même prix quelle que soit sa situation économique. Il n'existe aucune expression officielle de solidarité entre les mal-portants et les biens-portants, ou entre les démunis et les nantis. De tels systèmes ne permettent pas d'étaler les coûts sur le cycle de la vie : payer des cotisations lorsqu'on est jeune et en bonne santé et en profiter ultérieurement en cas de maladie. Par conséquent, le risque de catastrophe financière et d'appauvrissement est élevé, et atteindre une couverture universelle relève de l'impossible.

Presque tous les pays imposent une forme de paiement direct, parfois appelée «participation aux coûts», même si plus le pays est démuné, plus la proportion des dépenses totales qui est financée de cette façon est élevée. Les exemples les plus extrêmes se retrouvent dans 33 pays, la plupart à faible revenu, dans lesquels les dépenses directes des ménages représentent plus de 50% des dépenses totales de santé en 2007.

Le seul moyen de réduire le recours aux paiements directs est que les gouvernements encouragent la mutualisation du risque et une approche de prépaiement, autrement dit, la voie empruntée par la plupart des pays qui se sont le plus rapprochés de la couverture universelle. Lorsqu'une population peut accéder à des mécanismes de prépaiement et de mise en commun des ressources, l'objectif de la couverture universelle de santé devient plus réaliste. Ces mécanismes reposent sur les paiements effectués avant de tomber malade, ils sont regroupés d'une certaine façon et utilisés pour financer les services de santé de toutes les personnes couvertes : traitements et rééducation pour les mal-portants et les personnes handicapées, et prévention et promotion pour tous.

Ce n'est que lorsque le recours aux paiements directs chute à 15–20% des dépenses totales de santé que l'incidence de la catastrophe financière et de l'appauvrissement atteint des niveaux négligeables. C'est un objectif difficile que les pays plus riches peuvent aspirer à atteindre, néanmoins les autres pays peuvent choisir des objectifs à plus court terme et plus modestes. Par exemple, les pays des régions OMS de l'Asie du Sud-est et du Pacifique occidental se sont récemment donnés pour cible 30 à 40%.

Les fonds peuvent provenir de sources diverses : impôt sur le revenu et les salaires, taxes générales sur la valeur ajoutée ou taxes sur le tabac et l'alcool et/ou les primes d'assurance. La source importe moins que les politiques développées pour gérer les systèmes de prépaiement. Ces contributions doivent-elles être obligatoires ? Qui doit payer, combien et quand ? Qu'est-ce qui arrivera aux personnes qui ne peuvent pas se permettre de



contribuer financièrement ? Des décisions doivent aussi être prises sur la mise en commun des fonds. Est-ce que les fonds doivent faire partie des revenus consolidés du gouvernement ou être répartis sur un ou plusieurs fonds d'assurance maladie, qu'ils soient sociaux, privés, communautaires ou des micro-fonds ?

L'expérience des pays révèle trois grandes leçons à tirer de l'élaboration de telles politiques.

Tout d'abord, dans chaque pays, une partie de la population est trop démunie pour apporter sa contribution par l'impôt sur le revenu ou les primes d'assurance. Celle-ci devra être subventionnée par des fonds mis en commun, généralement des recettes fiscales. Une telle aide peut être apportée sous forme d'accès direct aux services financés par le gouvernement ou par la subvention des primes d'assurance. Les pays dont l'ensemble de la population a habituellement accès à une série de services ont des niveaux relativement élevés de fonds mis en commun – de l'ordre de 5 à 6% du produit intérieur brut (PIB).

Deuxièmement, les contributions doivent être obligatoires, sinon les personnes riches et en bonne santé décideront de ne pas contribuer au système et le financement sera insuffisant pour couvrir les besoins des démunis et des mal-portants. Si les régimes d'assurance facultative peuvent apporter des fonds en l'absence de systèmes généralisés de prépaiement et de mise en commun des ressources, mais aussi contribuer à familiariser les personnes aux avantages de l'assurance, ils ont une capacité limitée à couvrir les services des personnes qui sont trop pauvres pour payer les primes. Il est important d'avoir des plans à plus long terme afin d'étaler les prépaiements et d'intégrer l'assurance communautaire et la micro-assurance dans un système de mise en commun des ressources plus vaste.

Troisièmement, les caisses qui protègent les besoins médicaux d'un petit nombre de personnes ne sont pas viables à long terme. Plusieurs occurrences de maladies chères les anéantiront. Les caisses multiples, disposant chacune de leurs systèmes d'administration et d'information, sont également inefficaces et rendent l'équité difficile à réaliser. Généralement, l'une des caisses fournira des avantages importants aux personnes relativement bien nanties qui ne voudront pas subventionner les coûts des personnes plus démunies et en moins bonne santé.

La subvention croisée est possible si plusieurs fonds existent, mais elle exige une volonté politique ainsi que des capacités techniques et administratives. Aux Pays-Bas et en Suisse, par exemple, les fonds sont transférés des régimes d'assurance auxquels souscrivent des personnes avec peu de besoins médicaux (et qui engagent moins de frais) vers des régimes d'assurance qui acceptent des personnes à haut risque et qui ont donc davantage besoin de services de santé.

Même lorsque le financement est en grande partie prépayé et mis en commun, il faudra des compromis entre les proportions de la population à couvrir, la gamme de services disponibles et la proportion des coûts totaux à payer (Figure 1). L'encadré intitulé «Fonds actuellement mis en commun» représente la situation hypothétique actuelle d'un pays où environ la moitié de la population est couverte pour environ la moitié des services disponibles, mais où moins de la moitié des coûts de ces services est couverte par les fonds mis en commun. Pour se rapprocher d'une couverture universelle, le

pays devrait étendre la couverture à davantage de personnes, offrir plus de services et/ou payer une plus grande partie des coûts.

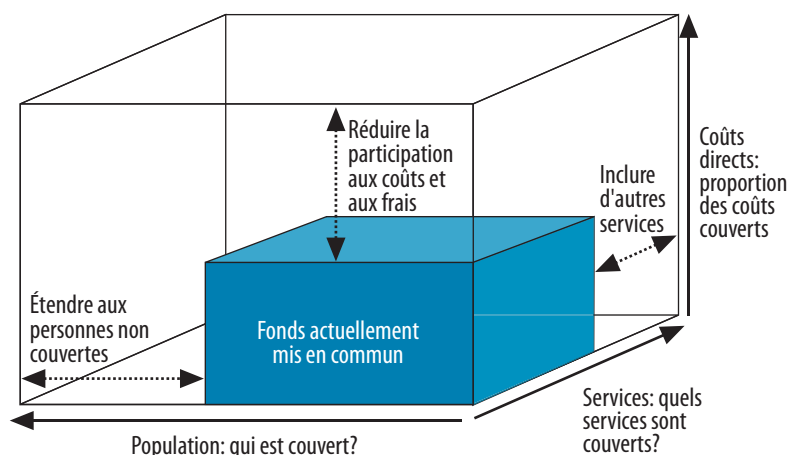
Dans les pays possédant depuis longtemps des mécanismes de protection sociale de la santé, comme l'Europe ou le Japon, les caisses actuelles des fonds mis en commun répondent à la plupart des besoins. Mais dans aucun des pays à revenu élevé, qui ont soi-disant mis en place la couverture universelle, la population n'est couverte à 100% pour 100% des services offerts et pour 100% des coûts – et sans aucune liste d'attente. Chaque pays remplit la boîte à sa façon, en faisant des compromis sur la proportion des services et des coûts financés par les caisses communes.

Néanmoins, dans tous ces pays, l'ensemble de la population est en droit d'utiliser une série de services (prévention, promotion, traitement et rééducation). Presque tout le monde est protégé contre les risques financiers graves par le biais des mécanismes de financement basés sur le prépaiement et la mise en commun des ressources. Les mêmes principes sont valables, même si les détails diffèrent, adaptés par les attentes de la population et le personnel soignant, l'environnement politique et la disponibilité des fonds.

Les pays emprunteront différentes voies pour arriver à la couverture universelle, selon leur point de départ et la manière dont ils commenceront. De plus, ils feront des choix différents en fonction des trois axes exposés dans la Figure 1. Par exemple, dans les situations où tous, sauf l'élite, sont exclus de l'accès aux services de santé, parvenir rapidement à un système qui puisse couvrir tout le monde, riches ou pauvres, peut être une priorité, même si la liste des services et la proportion des coûts couverts par les fonds communs sont relativement petites. En attendant, dans un système plus large, avec seulement quelques niches d'exclusion, le pays peut au départ opter pour une approche ciblée en identifiant les personnes qui sont exclues et en prenant des mesures permettant de veiller à ce qu'elles soient couvertes. Dans de tels cas, elles peuvent couvrir davantage de services aux pauvres et/ou couvrir une proportion plus élevée des coûts.

Enfin, la couverture universelle nécessite un engagement de couverture de 100% de la population, et les plans à cette fin doivent être développés dès le début, même si l'objectif ne sera pas immédiatement atteint.

Figure 1. Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle



Source : adapté de (9, 10).

Autres barrières à l'accès aux services de santé

Supprimer les barrières financières implicites dans les systèmes de paiement direct aidera les personnes plus démunies de se faire soigner, mais sans aucune garantie qu'elles le fassent. Des études récentes sur les raisons pour lesquelles

les personnes n'achèvent pas leur traitement de maladies chroniques montrent que les frais de transport et les pertes de revenu peuvent être encore plus prohibitifs que les frais imposés pour bénéficier du service. De plus, si les services ne sont pas disponibles à proximité du domicile, les personnes peuvent ne pas les utiliser, même s'ils sont gratuits.

Un grand nombre de pays est en train d'examiner les moyens de surmonter ces problèmes. Les transferts conditionnels d'argent (*conditional cash transfers* – CCT) par lesquels les personnes perçoivent de l'argent s'ils prennent certaines mesures pour améliorer leur santé (généralement liées à la prévention) ont augmenté l'utilisation des services dans certain cas. Les autres options incluent les justificatifs et les remboursements pour couvrir les frais de transport, ainsi que les régimes de microcrédit qui permettent aux membres des ménages démunis (souvent des femmes) de gagner de l'argent qui pourra être utilisé de diverses façons, y compris pour chercher ou obtenir des services de santé.

Promouvoir l'efficacité et éliminer le gaspillage

Il est impératif de collecter suffisamment d'argent pour la santé, mais l'argent seul n'assurera pas une couverture universelle ; de même, la suppression des barrières financières par le prépaiement et la mise en commun ne garantit pas l'accès . L'exigence finale est de garantir que les ressources sont utilisées de manière efficace.

Les possibilités d'obtenir davantage avec les mêmes ressources existent dans tous les pays. Les médicaments chers sont souvent utilisés lorsque des options plus abordables, et aussi efficaces, sont disponibles. Dans de nombreuses situations, il existe une utilisation abusive des antibiotiques et des injections, des problèmes de stockage et des gaspillages, et aussi de grandes variations dans les prix que les agences d'approvisionnement négocient avec les fournisseurs. En réduisant les dépenses inutiles liées aux médicaments et en les utilisant mieux, en améliorant le contrôle de la qualité, les pays pourraient économiser jusqu'à 5% de leurs dépenses de santé.

Les médicaments représentent trois des causes les plus communes de l'inefficacité, décrites dans le présent rapport. Des solutions pour les six autres peuvent être regroupées sous les intitulés suivants :

- Obtenir le maximum des technologies et des services
- Motiver les professionnels de santé
- Améliorer l'efficacité de l'hôpital : taille de l'hôpital et durée du séjour
- Obtenir immédiatement de bons soins en réduisant les erreurs médicales
- Éliminer le gaspillage et la corruption
- Évaluer d'un œil critique les services requis

Une estimation prudente montre qu'environ 20 à 40% des ressources dépensées en matière de santé sont gaspillées et pourraient être réacheminées vers une couverture universelle.

Tous les pays, quel que soit leur niveau de revenu, peuvent prendre des mesures pour réduire l'inefficacité, nécessitant une évaluation initiale de la

nature et des causes des inefficiences locales, inspirée de l'analyse du présent rapport. L'inefficience peut parfois être due à des dépenses insuffisantes, plutôt qu'excessives, en matière de santé. Par exemple, les bas salaires ont pour conséquence que le personnel soignant arrondit ses revenus en acceptant simultanément un deuxième travail, ce qui réduit les performances de leur premier emploi. Il convient ensuite d'estimer les coûts et les impacts possibles des solutions proposées.

Les incitations pour une efficacité supérieure peuvent être intégrées dans la façon dont les prestataires de services sont payés. Le paiement à l'acte encourage une sur-utilisation de services par les personnes qui peuvent se permettre de payer ou dont les coûts sont pris en charge par des mécanismes de partage des risques (taxes et assurance, par exemple), et une sous-utilisation des services par les personnes qui ne peuvent pas payer.

De nombreuses alternatives ont été tentées. Toutes présentent des avantages et des inconvénients. Si le paiement à l'acte est la norme, les gouvernements et les compagnies d'assurance doivent définir des contrôles pour réduire la prestation excessive de services. La mise en œuvre de ces contrôles peut être chère, nécessitant des ressources humaines et des infrastructures supplémentaires pour évaluer et surveiller l'utilisation (et l'abus possible) des services.

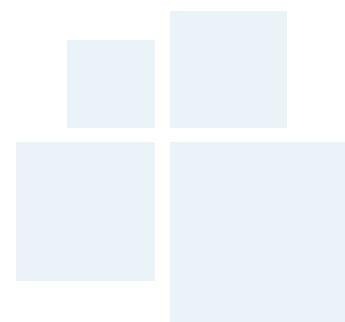
Dans d'autres situations, les paiements à l'acte ont été remplacés par la capitation au niveau des soins de santé primaires, ou par une certaine forme de paiement par cas, comme les systèmes de *groupes homogènes de diagnostic* (*Diagnostic-related groups* – DRG) au niveau de l'hôpital. La capitation implique le paiement d'une somme fixe par personne enregistrée auprès d'un fournisseur ou d'un établissement pour une période de temps donnée, quels que soient les services fournis. Le paiement à l'épisode désigne une somme fixe par épisode, quelle que soit l'intensité ou la durée du traitement à l'hôpital.

Cela permet de réduire les incitations à la prestation excessive de services. Cependant, il a été avancé que les DRG (par exemple, le paiement d'un tarif standard pour une intervention, quelle que soit la durée de séjour des patients à l'hôpital) peuvent amener les hôpitaux à autoriser une sortie anticipée des patients afin de pouvoir en réadmettre d'autres rapidement, percevant ainsi deux paiements au lieu d'un.

Le paiement des prestataires de services est un processus complexe et en évolution constante, et certains pays ont développé un système de paiement mixte, plus efficace selon eux qu'un mode de paiement unique.

Il est possible de trouver des approches plus efficaces en matière d'achat de services, souvent appelées les «achats stratégiques». Le système traditionnel dans lequel les prestataires sont remboursés pour leurs services (et les gouvernements des pays allouent des budgets aux différents niveaux d'administration, largement basés sur le financement qu'ils ont reçu l'année précédente) est appelé l'«achat passif». Des achats plus actifs peuvent améliorer la qualité et l'efficacité en posant des questions explicites au sujet des besoins sanitaires de la population : quels interventions et services répondent le mieux aux besoins et aux attentes compte tenu des ressources disponibles ? Quelle est la combinaison appropriée de promotion, prévention, traitement et rééducation ? Comment et à qui faut-il acheter et fournir ces interventions et ces services ?

L'achat stratégique consiste à faire plus qu'un simple choix entre achat passif et achat actif. Les pays décideront à quel niveau ils peuvent intervenir au vu de leur capacité à collecter, contrôler et interpréter les informations nécessaires, et ils encourageront et appliqueront des normes de qualité et



d'efficacité. Les achats passifs créent l'inefficacité. Plus les pays se rapprocheront de l'achat actif, plus le système pourra être efficace.

Inégalités dans la couverture

Il appartient aux gouvernements de veiller à ce que tous les prestataires, publics et privés, opèrent correctement et se chargent des besoins des patients de manière coût-efficace et efficace. Ils doivent aussi veiller à ce qu'une série de services destinés à la population et axés sur la prévention et la promotion soient disponibles, des services comme les programmes de communication en masse, conçus pour réduire la consommation de tabac ou pour inciter les mères à faire vacciner leurs enfants.

Ils doivent également garantir que toutes les populations peuvent obtenir les services dont elles ont besoin et que toutes soient protégées contre le risque financier associé à leur utilisation. Cela peut être en conflit avec le mouvement en faveur de l'efficacité car le moyen optimal d'utiliser les ressources n'est pas toujours le plus équitable. Par exemple, il est généralement plus efficace d'implanter les services dans les régions peuplées, mais pour atteindre les pauvres en milieu rural, il convient aussi d'implanter des services très proches de leurs habitations.

Les gouvernements doivent également garder à l'esprit que les services publics gratuits peuvent être utilisés par les nantis, qui les utilisent plus que les démunis, bien que leurs besoins soient inférieurs. Dans certains pays, seules les personnes les plus riches ont accès à un niveau adéquat de services, alors que dans d'autres, seuls les plus démunis sont exclus. Certains groupes de personnes passent entre les mailles de la plupart des systèmes et les modèles d'exclusion des services varient. Une attention particulière doit être portée aux difficultés que les femmes, les immigrants et les groupes ethniques peuvent rencontrer dans l'accès aux services, ainsi qu'aux problèmes spéciaux auxquels les populations autochtones peuvent faire face.

Un programme d'action

Aucun pays ne commence à zéro lorsqu'il s'agit de financer les services de santé. Chacun possède déjà une certaine forme de système qu'il doit développer en fonction de ses valeurs, de ses contraintes et de ses possibilités. Ce processus peut et doit être approfondi par l'expérience nationale et internationale.

Tous les pays peuvent faire plus pour collecter des fonds de santé, pour diversifier leurs sources de financement ou réduire le recours aux paiements directs en promouvant le prépaiement et la mise en commun des ressources, et pour utiliser les fonds de manière plus efficace et équitable, à condition qu'ils aient pour cela une certaine volonté politique.

La santé peut être pionnière dans l'optimisation de l'efficacité et de l'équité. Les décideurs du domaine de la santé peuvent faire beaucoup pour réduire les pertes, en particulier en matière d'approvisionnement. Ils peuvent également prendre des mesures, y compris réglementer et légiférer, pour améliorer les prestations de services et l'efficacité globale du système – mesures que les autres secteurs pourraient ensuite suivre.

Faire son choix simplement à partir d'un menu d'options ou importer ce qui a pu fonctionner dans d'autres situations ne sera pas suffisant. La stratégie du financement de la santé doit être nationale, progressant en direction d'une couverture universelle depuis l'existant. Il est donc impératif que les pays développent leurs propres capacités à analyser et à comprendre les forces et les faiblesses du système existant afin de pouvoir adapter les politiques de financement de la santé en conséquence, puis les appliquer, les surveiller et les modifier au fil du temps.

Faciliter et soutenir le changement

Les leçons décrites ci-dessus sont axées sur les défis techniques de la réforme du financement de la santé. Mais l'aspect technique n'est que l'un des composants du développement et de l'application des politiques. Ainsi, d'autres actions associées qui facilitent la réflexion et le changement sont nécessaires.

Ces actions sont reprises dans le processus de décision du financement de la santé représenté dans la Figure 2. Cette figure est destinée à guider plutôt qu'à imposer un plan, et il convient de noter que si les processus que nous envisageons sont représentés comme discontinu du point de vue conceptuel, ils se chevauchent et évoluent en permanence.

Les sept actions décrites ici ne s'appliquent pas seulement aux pays à revenus bas et moyen. Les pays à revenu élevé, qui ont atteint des niveaux supérieurs de couverture et de protection contre le risque financier, doivent prendre part à une autoévaluation continue afin de s'assurer que le système de financement atteint ses objectifs face aux pratiques et technologies de diagnostic et de traitement, aux demandes croissantes et aux contraintes fiscales en évolution constante.

Concevoir et mettre en place une stratégie de financement de la santé implique un processus d'adaptation continue plutôt qu'une progression linéaire vers une certaine perfection hypothétique. Il doit commencer par une déclaration claire des principes et des idéaux qui motivent le système de financement – une compréhension de ce qu'une couverture de la santé universelle signifie dans le pays en question. Cela permet de préparer le terrain pour l'analyse de la situation (action 2). L'action 3 identifie l'enveloppe financière et la façon dont elle pourrait évoluer dans le temps. Il faut savoir combien de personnes paient de leur poche et la somme qui est dépensée dans le secteur non gouvernemental. L'action 4 considère les contraintes potentielles du développement et de l'application des plans pour se rapprocher de la couverture universelle, alors que les actions 5 et 6 couvrent l'élaboration et la mise en place de stratégies détaillées.

Le cycle, tel que nous l'envisageons, est achevé (action 7) lorsqu'un pays examine sa progression vers les objectifs qu'il avait définis (action 1), permettant une réévaluation de ses stratégies et de la conception de nouveaux plans afin de corriger tous les problèmes. C'est un processus qui repose sur un apprentissage continu, sur les réalités pratiques du système alimentant une réévaluation et un réajustement constants.

Les systèmes de financement de la santé doivent s'adapter, non seulement car il est toujours possible d'apporter des améliorations, mais aussi parce que les pays qui les utilisent évoluent aussi : le profil des maladies évoluent, les ressources montent et baissent, les institutions se développent ou périclitent.

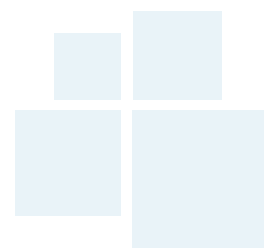
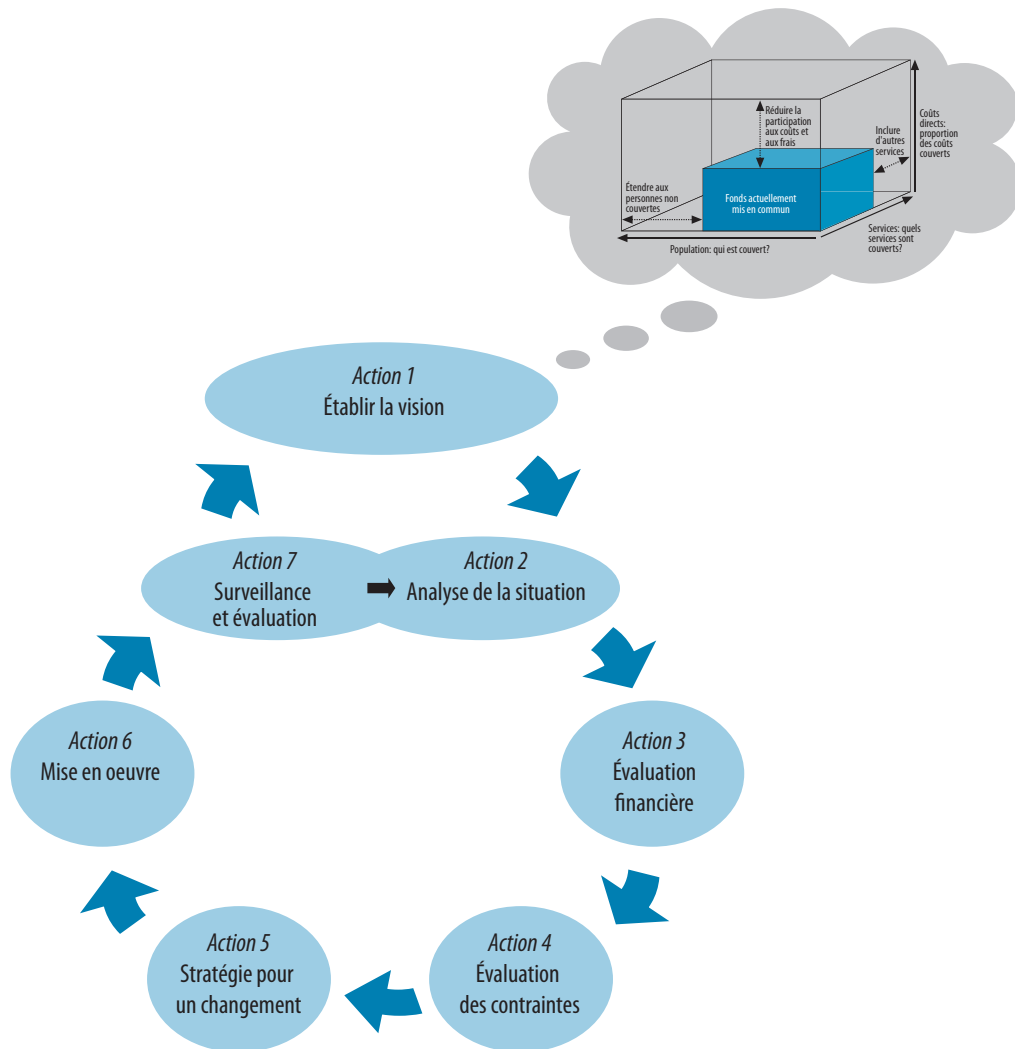


Figure 2. Le processus décisionnel du financement de la santé



Les étapes pratiques pour les partenaires externes

Comme nous l'avons noté ci-dessus, de nombreux pays parmi les plus pauvres seront incapables de financer un système de couverture universelle pendant de nombreuses années – même un système doté d'un ensemble modeste de services de santé – à partir de leurs ressources nationales. Pour leur permettre d'évoluer plus rapidement, les partenaires externes devront augmenter leurs contributions afin de répondre à leurs engagements internationaux. Cet acte seul comblerait presque tous les vides de financement identifiés ci-dessus pour 49 pays à faible revenu, et permettrait de sauver plus de 3 millions de vies supplémentaires d'ici 2015.

L'AOD traditionnelle peut être complétée par des sources innovantes de financement. Comme les groupes de travail de la Taskforce sur les Financements Innovants des Systèmes de Santé l'ont suggéré, certains des moyens innovants de collecte des fonds susmentionnés pourraient aussi être appliqués au niveau international. Certains le sont déjà, comme le montre la campagne MassiveGood de la Fondation du Millénaire. De nombreux mécanismes de financement innovants ne nécessitent aucun consensus international. Si chaque pays à revenu élevé n'appliquait que l'une des options décrites, cela pourrait sérieusement relever les niveaux des fonds supplémentaires afin de soutenir un mouvement plus rapide vers une couverture universelle dans la plupart des pays qui en ont besoin.

Les partenaires externes pourraient également aider à renforcer les systèmes de financement dans les pays bénéficiaires. Les donateurs utilisent actuellement plusieurs canaux de financement qui ajoutent considérablement aux coûts des transactions au niveau national et international. Une harmonisation des systèmes mettrait fin aux nombreux mécanismes d'audit, de surveillance et d'évaluation, qui rivalisent avec les systèmes nationaux des comptables, des commissaires aux comptes et des actuaires. Cela permettrait également de libérer le personnel du ministère de la Santé et du gouvernement, qui pourrait ainsi consacrer davantage de temps au développement de la couverture de santé.

La communauté internationale a fait des progrès en adoptant la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et le Programme d'action d'Accra. Le Partenariat international pour la santé et des initiatives connexes cherchent à appliquer les principes présentés dans la déclaration et le programme. Cependant, beaucoup reste à faire. Le Viet Nam rapporte qu'en 2009, on comptait plus de 400 missions de donateurs pour revoir des projets de santé ou le secteur de la santé. Le Rwanda doit remettre un rapport annuel sur 890 indicateurs de santé à plusieurs donateurs, et 595 d'entre eux concernent le VIH et la malaria, alors que de nouvelles initiatives mondiales avec des secrétariats sont créées.

Un message d'espoir

Le premier message clé de ce rapport sur la santé mondiale est qu'il n'existe aucune solution miracle pour atteindre l'accès à la couverture universelle. Néanmoins, une vaste série d'expériences dans le monde suggère que les pays peuvent progresser plus rapidement que dans le passé ou prendre des mesures afin de protéger les avancées faites. Il est possible de lever des fonds supplémentaires et de diversifier les sources de ces fonds. Il est possible de s'éloigner des paiements directs pour adopter les prépaiements et la mise en commun des ressources (ou de veiller à ce que les efforts pour contenir la croissance des dépenses n'augmentent pas le recours aux paiements directs) et pour devenir plus efficient et équitable dans l'utilisation de ressources.

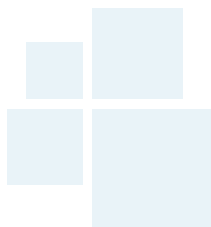
Les principes sont bien établis. Les leçons ont été tirées de l'expérience des pays qui ont appliqué ces principes. Maintenant, il est temps de mettre ces leçons en pratique et de s'en inspirer car chaque pays est en mesure de faire quelque chose pour accélérer ou pour soutenir les progrès vers une couverture universelle. ■

Références

1. *A global look at public perceptions of health problems, priorities, and donors: the Kaiser/Pew global health survey*. The Henry J Kaiser Family Foundation, 2007 (<http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf>, accessed 23 June 2010).
2. Eurobaromètre standard 72: l'opinion publique dans l'Union Européenne, 2010 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb72/eb72_vol1_fr.pdf, accessed 23 June 2010).
3. *Closing the gap in a generation – health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf, accessed 23 June 2010).
4. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: *Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf, accessed 23 June 2010).
5. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, Working Group 1. WHO background paper: constraints to scaling up and costs. International Health Partnership, 2009 (<http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%202013/Taskforce/Johansbourg/Working%20Group%201%20Report%20%20Final.pdf>, accessed 23 June 2010).
6. *World social security report 2010/11: providing coverage in the time of crisis and beyond*. Geneva, International Labour Organization, 2010.
7. Leonhardt D. The battle over taxing soda. *The New York Times*, 18 May 2010, B:1.
8. Holt E. Romania mulls over fast food tax. *Lancet*, 2010,375:1070- doi:10.1016/S0140-6736(10)60462-X PMID:20352658
9. *The world health report 2008: primary health care – now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
10. Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging, new health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007.

Notes

- a Dans le présent rapport, le terme «services de santé» inclut la promotion, la prévention, le traitement et la rééducation. Il comprend les services destinés à l'individu (par exemple, l'immunisation infantile ou le traitement de la tuberculose) et les services destinés aux populations (par exemple, les campagnes médiatiques anti-tabac).





Chapitre 1 | Où en sommes-nous ?



Messages clés

- L'amélioration de la santé est essentielle au bien-être humain et au développement économique et social durable. Accéder au «niveau de santé le plus élevé possible», comme énoncé dans la Constitution de l'OMS, nécessite un élan nouveau ou soutenu vers une couverture universelle dans de nombreux pays, ainsi que des actions puissantes visant à protéger les avantages obtenus dans les autres.
- Pour réaliser la couverture universelle de santé, les pays ont besoin de systèmes de financement qui permettent aux personnes d'utiliser tous les types de services de santé - promotion, prévention, traitement et rééducation - sans encourir de difficultés financières.
- Aujourd'hui, des millions de personnes sont privées de services de santé car elles doivent payer au moment où elles en bénéficient. Et nombre des personnes qui utilisent des services souffrent de difficultés financières, voire d'appauvrissement, du fait de ces débours.
- En évitant les paiements directs lors des soins de santé et en les remplaçant par le prépaiement, on marque une étape importante visant à éviter les difficultés financières associées au paiement des services de santé. En mettant les fonds en commun, on augmente l'accès aux services nécessaires et on répartit les risques financiers de la maladie sur la population.
- Les fonds mis en commun ne seront jamais à même de couvrir 100% de la population pour 100% des dépenses et 100% des services indispensables. Les pays devront encore faire des choix difficiles sur la façon d'utiliser au mieux ces fonds.
- Globalement, nous sommes loin d'avoir réalisé une couverture universelle de santé. Mais les pays de tous les niveaux de revenu ont récemment fait de grands progrès vers cet objectif en collectant davantage de fonds pour la santé, en les regroupant pour répartir plus efficacement les risques financiers et en devenant plus efficaces.

1



Où en sommes-nous ?

L'accident s'est passé le 7 octobre 2006. Narin Pintalakarn est tombé de sa motocyclette dans un virage. Il a foncé dans un arbre et sa tête non protégée a subi toute la force de l'impact. Des automobilistes qui passaient l'ont trouvé après un certain temps et l'ont emmené à un hôpital proche. Les médecins ont diagnostiqué une grave lésion cérébrale et l'ont envoyé au centre de traumatologie, à 65 km de là, où le diagnostic a été confirmé. Un scanner a montré un hématome sous-dural avec hernie cingulaire et transtentorielle. Le crâne de Pintalakarn était fracturé à plusieurs endroits. Son cerveau était déformé et avait bougé, et il saignait encore. Les médecins ont décidé de l'opérer. Il a été emmené en chaise roulante au service d'urgence où un chirurgien a retiré une partie de son crâne pour relâcher la pression. Un caillot de sang a aussi été retiré. Cinq heures plus tard, le patient a été branché à un respirateur et emmené à l'unité de soins intensifs où il est resté 21 jours. Trente-neuf jours après avoir été admis à l'hôpital, il était suffisamment remis pour pouvoir sortir.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette histoire n'est pas ce qu'elle raconte du pouvoir de la médecine moderne pour réparer un corps délabré. Ce qui est remarquable c'est que l'épisode n'a pas eu lieu dans un pays appartenant à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), où les dépenses de santé annuelles sont en moyenne de 4 000 dollars par personne, mais en Thaïlande, un pays qui dépense 136 dollars par personne, soit 3,7% de son produit intérieur brut (PIB) (1). Le patient n'appartenait pas à l'élite souveraine, le type de personnes qui, comme ce rapport le montrera, a tendance à recevoir de bons traitements où qu'ils habitent. Pintalakarn était un simple ouvrier, ne gagnant que 5 dollars par jour.

«La législation thaïlandaise demande que toute personne blessée soit soignée selon la procédure standard, quel que soit sa situation», rapporte le Dr Witaya Chadbunchachai, le chirurgien qui a effectué la craniotomie de Pintalakarn à l'hôpital régional Khon Kaen dans la province du Nord-est du pays. D'après le Dr Chadbunchachai, le personnel médical ne s'intéresse pas à qui va payer le traitement, aussi cher soit-il, car en Thaïlande, les dépenses de soins de santé sont couvertes pour tout le monde.

Au moment où de nombreux pays, y compris les grandes puissances économiques telles que la Chine et les États-Unis, repensent la façon dont ils répondent aux besoins sanitaires de leurs populations, la couverture universelle de santé - ce que c'est, combien elle coûte et comment la financer - domine les débats sur la prestation des services de santé. Dans ce rapport sur la santé mondiale, nous examinons la question sous l'angle du financement et suggérons des moyens grâce auxquels tous les pays, riches et pauvres, peuvent améliorer l'accès à des services de santé de bonne qualité, sans que les personnes ne subissent de difficultés financières dues au paiement des soins (Encadré 1.1).

Encadré 1.1. Ce que réalise un système de financement de la santé: une explication technique

Le financement de la santé est plus qu'une simple question de collecte de fonds pour la santé. Il s'agit également de savoir qui reçoit la facture, quand elle sera réglée et comment l'argent recueilli est dépensé.

La collecte des fonds est ce que l'on associe au financement de la santé: la façon dont l'argent est collecté pour payer des dépenses du système de santé. L'argent provient généralement des particuliers, des organisations ou des entreprises, et quelquefois de contributeurs à l'étranger (appelés «sources externes»). Les ressources peuvent être recueillies au moyen d'un impôt général ou spécifique, de cotisations obligatoires ou volontaires d'assurance maladie, de paiements directs des usagers et de dons.

Mise en commun des fonds Il s'agit du cumul et de la gestion des ressources financières permettant de garantir que le risque financier lié à l'obligation de payer pour des soins médicaux repose sur tous les membres de la communauté et pas seulement sur les personnes malades. Le but principal de la mise en commun est de répartir le risque financier associé à la nécessité d'utiliser les services de santé. Si les fonds sont mis en commun, ils doivent être *prépayés*, avant que la maladie ne survienne – par des impôts et/ou une assurance, par exemple. La plupart des systèmes qui financent la santé comprennent un élément de mise en commun financé par prépaiement, combiné à des paiements directs des personnes aux prestataires de services de santé, parfois appelé *participation aux coûts ou recouvrement des coûts*.

Achat (des prestations) est l'acte de payer pour des services de santé. Il existe trois façons principales de le faire. La première concerne le gouvernement qui doit fournir directement des budgets à ses prestataires de service de santé (intégration de l'achat et de la fourniture) en utilisant les recettes publiques générales et, parfois, les cotisations d'assurance. La deuxième concerne un organisme d'achat distinct du point de vue institutionnel (par exemple, un fonds d'assurance maladie ou une autorité gouvernementale) qui achète des services au nom d'une population (séparation entre acheteur-prestataire). La troisième concerne les personnes qui doivent directement payer pour les services auprès d'un prestataire. De nombreux pays combinent les trois.

Dans ces domaines généraux, les prestataires de services de santé peuvent être payés de différentes façons, qui seront abordées plus en détail au Chapitre 4. Acheter implique aussi décider quels services doivent être financés, notamment par un panachage de prévention, de promotion, de traitement et de rééducation. Cela sera évoqué plus en détail au Chapitre 2.

Les intitulés peuvent être trompeurs. Chaque pays fait des choix différents sur la façon de collecter des revenus, de les mettre en commun et d'acheter des services. Le fait que plusieurs pays décident de générer une partie des revenus pour la santé à partir de cotisations d'assurance maladie obligatoires ne signifie pas que tous regroupent les fonds de la même façon. Certains pays ont un système unique de mise en commun des ressources – par exemple, une caisse d'assurance maladie nationale – alors que d'autres ont plusieurs mécanismes, quelquefois gérés par des compagnies d'assurance privées concurrentes. Même lorsque les pays ont des systèmes de gestion en commun semblables, leurs choix sur la façon de fournir ou d'acheter des services varient considérablement. Deux systèmes basés en grande partie sur l'assurance maladie peuvent opérer différemment dans la façon dont ils mettent les fonds en commun et les utilisent pour assurer que les personnes puissent accéder aux services. Cela s'applique aussi à deux systèmes décrits comme étant à base fiscale. C'est pourquoi la catégorisation traditionnelle des systèmes de financement en relevant soit de la fiscalité soit de l'assurance maladie obligatoire – ou Beveridge vs. Bismarck – n'est plus d'actualité pour la prise de décisions.

Il est beaucoup plus important de considérer les choix à faire à chaque étape du parcours, depuis la collecte des fonds jusqu'à leur dépense, en passant par leur mise en commun. Ce sont ces choix qui déterminent si un système de financement sera efficace, efficient et équitable, des choix qui seront décrits dans les chapitres suivants.

Les personnes avant tout. Dans tout ce travail technique, il est important de penser d'abord aux personnes. D'une part, elles fournissent les fonds nécessaires pour payer les services. D'autre part, la seule raison de collecter ces fonds est d'améliorer leur santé et leur bien-être. Le financement de la santé est un moyen pour arriver à une fin, pas une fin en soit.

Les trois domaines fondamentaux du financement de la santé sont :

1. Collecter suffisamment d'argent pour la santé ;
2. Supprimer les barrières financières à l'accès et réduire les risques financiers liés à la maladie ;
3. Faire un meilleur usage des ressources disponibles (cf. Encadré 1.1 pour plus de détails).

Les soins de santé coûtent cher. D'une façon ou d'une autre, il faut payer les médecins et les infirmières, les médicaments et les hôpitaux. Aujourd'hui, la dépense annuelle mondiale en matière de santé est d'environ

5,3 billions de dollars (1). Avec le poids des maladies transmissibles, qui reste obstinément élevé dans certaines parties du monde, et la prédominance de maladies non transmissibles - maladies cardiaques, cancers et pathologies chroniques telles que l'obésité - augmentant partout, les dépenses de santé ne peuvent que continuer à croître. Cette tendance ne peut que s'exacerber par l'arrivée de médicaments et de procédures plus sophistiqués qui sont développés pour les traiter.

Il semblerait pourtant logique que les pays riches soient capables de fournir des services de santé plus accessibles. En effet, les pays les plus proches de réaliser une couverture universelle ont généralement plus d'argent à dépenser en matière de santé. Par exemple, les pays de l'OCDE ne représentent que 18% de la population mondiale, mais représentent 86% des dépenses de santé du monde. Peu de pays de l'OCDE dépensent moins de 2 900 dollars par personne et par an.

Mais les pays à faible revenu n'ont pas nécessairement une couverture inférieure. La Thaïlande en est un exemple frappant : elle a énormément amélioré la couverture des services et la protection contre les risques financiers liés à la maladie en dépit de dépenses de santé bien inférieures à celles des pays à revenu plus élevé. Elle y est parvenue en changeant sa façon de collecter des fonds de santé et en s'éloignant des paiements directs (Encadré 1.2). Il s'agit sans doute de l'élément le plus fondamental pour développer des systèmes de financement d'une couverture universelle. De nombreux pays s'appuient encore trop lourdement sur les paiements directs des individus aux prestataires de services de santé pour financer leur système de santé.

Encadré 1.2. Qu'est-ce que les paiements directs ?

Dans le domaine de la santé, les frais ou honoraires sont communément demandés pour les consultations par des professionnels de la santé, des interventions ou examens médicaux, des médicaments et autres fournitures, mais aussi pour des analyses de laboratoire.

Selon le pays, ils sont prélevés par le gouvernement, des organisations non gouvernementales, des institutions de santé religieuses et privées.

Les frais sont parfois officiels, parfois des paiements officieux ou «sous la table». D'autres fois encore, les deux coexistent.

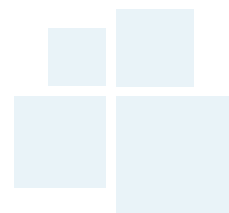
Même lorsque ces frais sont couverts par une assurance, les patients doivent généralement participer aux frais, sous forme de tickets modérateurs, de quotes-parts, de forfait et/ou de franchises (paiements que la personne assurée doit régler directement au moment où elle utilise des services car ces dépenses ne sont pas couvertes par le plan de l'assurance).

La franchise correspond au montant des dépenses dont il faut s'acquitter avant qu'un assureur ne couvre tout autre frais. Le ticket modérateur ou quote-part reflète la proportion des dépenses ultérieures qui doivent être réglées par la personne couverte, alors que les forfaits sont des montants fixes que le bénéficiaire doit payer pour chaque service.

On utilise le terme *paiements directs* (ou *paiement par l'utilisateur*) pour englober tous ces éléments. Toutefois, le terme *dépenses directes des ménages* étant souvent utilisé pour exprimer les mêmes idées, nous utilisons alternativement les deux termes.

Paiements directs

Les paiements directs ont de sérieuses répercussions sur la santé. Faire payer les personnes au niveau de la prestation les décourage d'utiliser des services (en particulier pour la promotion et la prévention de la santé) et les encourage à reporter des examens médicaux. Cela signifie qu'elles ne reçoivent pas de traitement précoce malgré un potentiel de guérison bien plus élevé. Il a été estimé qu'une majorité des 1,3 milliard de pauvres dans le monde n'a aucun accès aux services de santé, simplement parce qu'ils ne peuvent pas se permettre de payer au moment où ils en ont besoin (2). Ils risquent de tomber dans la précarité ou de devenir encore plus pauvres car ils sont trop malades pour pouvoir travailler.



Encadré 1.3. Financement d'une couverture universelle

Les systèmes de financement doivent être conçus spécifiquement pour:

- fournir un accès aux services de santé nécessaires d'une qualité suffisante pour être efficaces pour tous (y compris la prévention, la promotion, le traitement et la rééducation) ;
- veiller à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières (14).

En 2005, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté à l'unanimité une résolution qui exhortait les pays à développer leurs systèmes de financement de la santé afin d'atteindre ces deux objectifs, alors définis comme la réalisation d'une couverture universelle (15). Plus les pays dépendent des paiements directs pour financer leurs systèmes de santé plus il leur est difficile d'atteindre ces deux objectifs.

Les paiements directs minent aussi les finances des ménages. Beaucoup de personnes doivent le payer au niveau de la prestation pour se faire soigner et elles finissent par rencontrer de graves difficultés financières (3–6). Des estimations du nombre de personnes victimes d'une catastrophe financière (définie comme le fait de devoir payer directement plus de 40% du revenu du ménage pour des soins médicaux une fois les premières nécessités satisfaites) sont disponibles pour 89 pays, ce qui représente près de 90% de la population mondiale

(7). Dans certains pays, chaque année jusqu'à 11% de la population est victime de ce type de difficultés financières et jusqu'à 5% est acculée à la pauvreté car les personnes doivent payer pour des soins au moment où elles les reçoivent. De récentes études montrent que ces dépenses directes des ménages pour des soins médicaux ont poussé 100 000 ménages au Kenya et au Sénégal en dessous du seuil de pauvreté en un an. Environ 290 000 personnes ont subi le même sort en Afrique du Sud (8).

Les catastrophes financières surviennent dans des pays de tous niveaux de revenu, mais elles sont les plus marquées dans les pays qui s'appuient le plus sur les paiements directs pour financer la santé (9). Globalement, environ 150 millions de personnes par an font face à des coûts de soins de santé catastrophiques à cause des paiements directs, et 100 millions de personnes passent sous le seuil de pauvreté (7).

Les dépenses catastrophiques de santé ne sont pas nécessairement causées par des procédures médicales coûteuses ou par un événement unique cher. Pour beaucoup de ménages, des paiements relativement peu élevés peuvent également entraîner une catastrophe financière (10). Une occurrence régulière de factures médicales peut entraîner dans la pauvreté des personnes atteintes, par exemple, de maladies chroniques ou d'un handicap (11–13).

Non seulement les dépenses directes des ménages dissuadent les personnes d'utiliser les services de santé et provoquent un stress financier, mais ils entraînent également l'inefficacité et l'injustice dans la façon d'utiliser les ressources. Ils encouragent une utilisation excessive par les personnes qui ont les moyens et une sous-utilisation par celles qui ne peuvent pas se le permettre (Encadré 1.3).

Fonds mis en commun

Le progrès vers une couverture universelle dépend de l'acquisition de fonds adéquats à partir d'un regroupement d'individus suffisamment grand, complétés le cas échéant par le soutien de donateurs et de recettes publiques générales, et de dépenser ensuite ces fonds pour les services dont la population a besoin. Plus il y a de personnes qui partagent le risque financier de cette façon, plus le risque financier auquel tout individu est exposé sera

faible. En général, plus le groupe est grand, plus il est apte à supporter les risques financiers. Par ce même raisonnement, les groupes de quelques participants seulement subissent ce que les actuaires appellent «des fluctuations extrêmes d'utilisation et de demandes d'indemnisation» (16).

Pour qu'une caisse existe, l'argent doit y être investi et donc un système de prépaiement est nécessaire. Prépayer signifie simplement que les personnes paient lorsqu'elles sont en bonne santé et elles puisent ensuite dans les fonds mis en commun lorsqu'elles tombent malades. Il y a différentes façons d'organiser le prépaiement pour les personnes qui sont à même de payer (cf. Chapitre 3), mais il n'en demeure pas moins que dans tout pays, il y aura toujours des personnes qui ne pourront pas contribuer financièrement. Les pays qui sont sur le point de réaliser une couverture universelle de santé utilisent leurs recettes fiscales pour couvrir les besoins de santé des personnes, garantissant ainsi à tous l'accès aux services lorsqu'ils en ont besoin.

Les pays sont à différents stades de la couverture universelle et à différentes étapes de développement des systèmes de financement. Le Rwanda, par exemple, a un système fiscal qui est encore en cours de développement, et trois organismes solides d'assurance maladie (Encadré 1.4). Il est en mesure de décider de créer de plus grandes caisses en fusionnant ultérieurement les différents fonds.

Encadré 1.4. Partager le risque de maladie: assurance maladie mutuelle au Rwanda

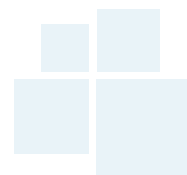
Le gouvernement rwandais rapporte que 91% de la population du pays cotisent à l'un de trois principaux régimes d'assurance maladie (17). Le premier, la *Rwandaise assurance maladie*, est un régime social d'assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires, mais il est aussi ouvert aux employés du secteur privé sur une base volontaire. Le deuxième, le régime d'*Assurance médicale militaire*, couvre les besoins de tout le personnel militaire. Le troisième, et le plus important pour la couverture de la population, est le groupe *Assurances maladies communautaires* – un régime d'assurance mutuelle dont les membres vivent en majorité dans les campagnes et travaillent dans le secteur privé. Ces régimes d'assurance mutuelle se sont développés rapidement au cours des 10 dernières années, et ils couvrent désormais plus de 80% de la population. Environ 50% du financement des régimes d'assurance mutuelle proviennent de cotisations des membres, l'autre moitié étant subventionnée par le gouvernement au moyen d'un panachage de recettes fiscales et de soutiens de donateurs (18).

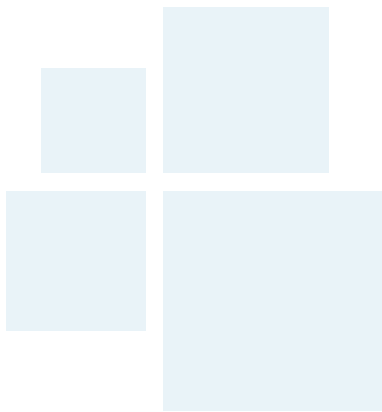
Les régimes d'assurance ne couvrent pas toutes les dépenses de santé: les ménages doivent encore payer une partie de leurs coûts et la gamme des services disponibles n'est pas aussi large que dans des pays plus riches. Néanmoins, ils ont eu un impact incontestable. Les dépenses de santé par personne ont augmenté de 11 dollars en 1999 à 37 dollars en 2007. La proportion croissante de la population couverte par une forme quelconque d'assurance maladie se traduit par une augmentation des services de santé, et, ce qui est plus important encore, par les améliorations des résultats de la santé mesurés, comme la baisse de la mortalité infantile (19).

À cette étape précoce du développement, des obstacles existent encore. Il s'agit de rendre les contributions plus abordables pour les plus pauvres, d'augmenter la gamme des services offerts et la proportion des dépenses totales couvertes et d'améliorer la gestion financière. Le Rwanda s'efforce aussi d'harmoniser les différents mécanismes de financement, en développant en partie une structure juridique nationale qui régit l'assurance maladie sociale (20).

Assistance extérieure

Dans les pays à faible revenu, où les structures de prépaiement peuvent être sous-développées ou inefficaces et où les besoins de santé sont majeurs, de nombreux obstacles existent pour lever les fonds suffisants par le prépaiement et la mise en commun des ressources. Il est donc essentiel que des donateurs internationaux leur prêtent main forte. Investir dans le développement du prépaiement et de la mise en commun des ressources, plutôt que de simplement financer des projets ou des programmes par des canaux séparés, est l'une des meilleures façons par lesquelles les donateurs peuvent aider des pays à s'éloigner du paiement par l'utilisateur et à améliorer l'accès aux soins médicaux et la protection contre le risque financier (21, 22).





Au cours des cinq dernières années, de nombreuses agences bilatérales ont commencé à aider certains pays dans le développement de leur système de financement de la santé, en vue de réaliser une couverture universelle. Ces agences ont aussi commencé à voir comment leur aide financière externe peut étayer ce processus, plutôt que l'entraver. Cette approche est reflétée par l'adoption de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et le programme d'Action d'Accra qui lui a fait suite. L'Association internationale de la Santé et des initiatives apparentées cherchent à mettre ces principes en pratique dans le secteur de la santé, avec pour objectif de mobiliser des pays donateurs et d'autres partenaires pour le développement d'une stratégie de santé nationale unique et autodéterminée (23, 24).

Sur la voie d'une couverture universelle

Un grand nombre de pays réforment la façon dont ils financent les soins médicaux en vue d'une couverture universelle, parmi eux, deux des économies mondiales les plus importantes : la Chine et les États-Unis.

En avril 2009, le gouvernement chinois a annoncé des plans visant à fournir des services de santé «sûrs, efficaces, pratiques et accessibles» à l'ensemble des habitants tant urbains que ruraux d'ici 2020 (25). Si cette réforme est entièrement appliquée, elle mettra fin aux mécanismes de santé axés sur les forces du marché, qui avaient été introduits en 1978. Auparavant, le gouvernement avait offert des services de soins de santé de base gratuits pour toute la population, mais la nouvelle approche axée sur les forces du marché a entraîné une augmentation majeure des paiements directs - d'un peu plus de 20% de l'ensemble des dépenses de santé en 1980 à 60% en 2000 - laissant de nombreuses personnes face à des dépenses médicales catastrophiques. Cette nouvelle approche signifiait aussi que les hôpitaux devaient survivre grâce aux paiements des patients, ce qui poussait les médecins à prescrire les médicaments et les traitements en fonction de leur capacité à générer un revenu, plutôt que de leur efficacité clinique.

Le gouvernement a pris des mesures pour résoudre ces problèmes. Les Nouveaux Régimes médicaux coopératifs, instaurés en 2003 pour répondre aux besoins des populations rurales, et le régime d'assurance médicale de base des habitants urbains, qui a fait l'objet d'un essai pilote dans 79 villes en 2007, sont au cœur des dernières réformes. Le gouvernement vise à réduire la dépendance vis-à-vis des paiements directs et à augmenter la proportion de la population couverte par une assurance officielle de 15% en 2003 à 90% en 2011, mais aussi à développer progressivement l'accès aux services et la protection contre le risque financier (26).

De récentes réformes du financement de la santé aux États-Unis étendront d'ici 2019 la couverture de l'assurance à 32 millions de personnes qui n'étaient pas assurées auparavant (27). De nombreuses stratégies seront utilisées pour réaliser cet objectif. Les assureurs privés ne pourront plus, par exemple, rejeter des demandeurs sur la base de leur état de la santé et les cotisations des particuliers et des familles moins fortunées seront subventionnées (28).

De nombreux pays à revenus faible et moyen ont aussi réalisé des progrès significatifs en développant leur système de financement en vue

d'une couverture universelle. Ceux-ci font partie d'exemples bien connus, comme le Chili, la Colombie, Cuba, le Rwanda, le Sri Lanka et la Thaïlande, mais aussi le Brésil, le Costa Rica, le Ghana, le Kirghizistan, la Mongolie et la République de Moldova (6, 20, 29–38). Au même moment, le Gabon, la République démocratique populaire lao, le Mali, les Philippines, la Tunisie et le Viet Nam (39–44) ont développé plusieurs formes de prépaiement et de mise en commun des ressources pour augmenter la protection contre le risque financier, en particulier pour les démunis.

À l'autre extrémité de l'échelle des revenus, 27 pays de l'OCDE couvrent tous leurs citoyens avec un jeu d'interventions des fonds mis en commun, alors que deux autres pays – le Mexique, avec son régime d'assurance maladie volontaire *Seguro Popular* et la Turquie, avec son Programme de transformation de la santé – avancent dans cette direction (45–47).

Chacun de ces pays progresse vers une couverture universelle de différentes façons et à des rythmes différents. Parfois, leurs systèmes ont évolué sur de longues périodes, faisant souvent face à une opposition, et d'autres fois, le passage a été plus court et plus rapide (21, 48).

La République de Corée, par exemple, a commencé à emprunter ce chemin au début des années 1960. L'investissement précoce s'est concentré sur la construction d'infrastructures, mais le programme s'est considérablement développé en 1977 avec un vigoureux soutien politique de haut niveau (49). L'expansion continue des régimes de soins de santé à charge de l'employeur a suivi, à commencer par les entreprises employant plus de 500 personnes, jusqu'aux entreprises qui n'emploient que 16 personnes, et plus récemment à celles avec un seul employé à plein temps. Les fonctionnaires et les professeurs ont été inclus dans ce régime en 1981 et ils ont joué un rôle essentiel dans la prise de conscience du reste de la population. Cela a ensuite contribué à mettre la couverture universelle au cœur de l'agenda politique en 1988, lorsque l'engagement dans les programmes de la sécurité sociale était une question clé de la campagne présidentielle. En 1989, la couverture s'est étendue au reste de la population - les plus démunis, les indépendants et les habitants ruraux (50). Depuis lors, le système a cherché à développer sa gamme de services offerts et la proportion des coûts payés par le système d'assurance.

Maintenir les réalisations existantes

Progresser plus rapidement vers une couverture universelle est un défi, mais conserver des avantages déjà acquis peut également s'avérer difficile. Plusieurs pays ont adapté leur système de financement lorsque les circonstances ont changé. Par exemple, après son indépendance en 1957, le Ghana a commencé à fournir des soins médicaux gratuits à sa population au niveau de la prestation au moyen d'installations publiques. Il a abandonné ce système au début des années 1980 suite à de sévères restrictions budgétaires, avant d'introduire plus récemment une forme d'assurance sociale (Encadré 1.5).

Le Chili a également traversé différentes phases. Après avoir eu recours à un service de santé national financé par l'État pendant 30 ans, il a opté en 2000 pour une approche mixte d'assurance maladie publique/privée, garantissant un accès universel à des traitements de qualité pour

un ensemble de maladies explicitement définies. Le nombre de maladies s'est progressivement étendu et les plus démunis en ont été les principaux bénéficiaires (29).

Tous les pays font face à des demandes croissantes pour de meilleurs services, à de nouvelles menaces de maladies et à une liste de plus en plus longue de technologies et de médicaments souvent chers, permettant de maintenir ou d'améliorer la santé. Les coûts s'accroissent systématiquement plus vite que le revenu national, pressant les gouvernements à les limiter.

Couverture universelle : les deux axes

De nombreux pays, à différentes phases de leur développement économique, ont prouvé qu'il est possible de faire des progrès importants vers une couverture universelle. Néanmoins, la route est encore longue pour le monde dans son ensemble. Afin de savoir où nous en sommes aujourd'hui, nous devons nous concentrer sur les deux éléments clés de la couverture de santé universelle mentionnés précédemment : l'accès financier aux services de santé essentiels et l'extension de la protection contre le risque financier fournie aux personnes qui les utilisent (Encadré 1.3).

Comme nous l'avons déjà expliqué, on estime globalement à 150 millions le nombre de personnes qui subissent une catastrophe financière chaque

année et à 100 millions celles qui sont acculées à la pauvreté à cause de paiements directs pour des services médicaux. Cela indique un manque général de protection contre le risque financier - un manque qui touche davantage les pays à faible revenu, toutefois sans s'y limiter. Dans six pays de l'OCDE, plus de 1% de la population, soit presque 4 millions de personnes, subissent des dépenses catastrophiques, alors que l'incidence dépasse 5 personnes sur 1 000 dans 5 autres pays (7).

En outre, la dette médicale est la principale cause de faillite personnelle aux États-Unis. En 2008, des chercheurs de Harvard ont conclu que les maladies ou les factures médicales avaient contribué à 62% des faillites de l'année précédente (52). Nombre des personnes concernées possédaient une certaine forme d'assurance maladie, mais les avantages offerts étaient insuffisants pour les protéger contre des frais élevés. Ce développement n'est pas lié à la récente récession

Encadré 1.5. Ghana: différentes phases des réformes du financement de la santé

Après son indépendance en 1957, le Ghana a fourni des soins médicaux à sa population par un réseau d'établissements de premiers soins. Le système a été financé par une imposition générale et a reçu un certain niveau de soutien de donateurs externes. Aucun honoraire n'était demandé pour les services fournis. Dans les années 1980, avec une conjoncture économique de plus en plus difficile, le pays a libéralisé son secteur de la santé dans le cadre de réformes structurelles plus générales. La libéralisation a entraîné l'explosion du nombre de prestataires de soins privés qui, combinée à l'introduction d'honoraires pour couvrir une partie des dépenses des établissements publics, a abouti à une chute de l'utilisation des services de santé, en particulier parmi les pauvres. Ceux qui recevaient un traitement réglaient souvent les frais directement, au risque d'être ruinés (51).

Plus récemment, les dépenses directes des ménages ont commencé à diminuer proportionnellement aux dépenses de santé totales dans l'effort du pays de renverser ces développements. Le processus a commencé avec les exemptions du paiement par l'utilisateur pour des maladies telles que la lèpre et la tuberculose, et pour les vaccinations et les soins prénataux. Le Ghana a aussi supprimé les honoraires pour les personnes au revenu extrêmement bas. Un régime national d'assurance maladie a été introduit en 2004 et en juin 2009, 67,5% de la population y adhérait (35). Pendant la période de 2005 à 2008, les visites de malades en consultation externe ont augmenté de 50% au niveau national, soit environ de 12 à 18 millions, alors que les admissions de patients à l'hôpital ont augmenté de 6,3%, soit de 0,8 million à 0,85 million environ.

Actuellement, chacun des régimes d'assurance maladie mutuels des districts qui composent le régime national constitue en fait un groupe de risques distinct. La fragmentation est donc un problème qui perdure, tout comme la durabilité, mais le Ghana s'est engagé à reprendre le chemin vers la couverture universelle au cours de ces dernières décennies.

économique, les factures médicales étaient déjà la cause de 50% des faillites aux États-Unis en 2001.

Cependant, à l'échelle mondiale, les faillites pour raisons médicales ne sont pas un souci majeur, soit parce que l'accès financier aux soins est adéquat, soit parce que le crédit officiel est hors de portée pour la plupart de la population (53, 54). Cependant, si les paiements directs restent élevés et si l'accès au crédit augmente, il est possible que cela devienne un problème.

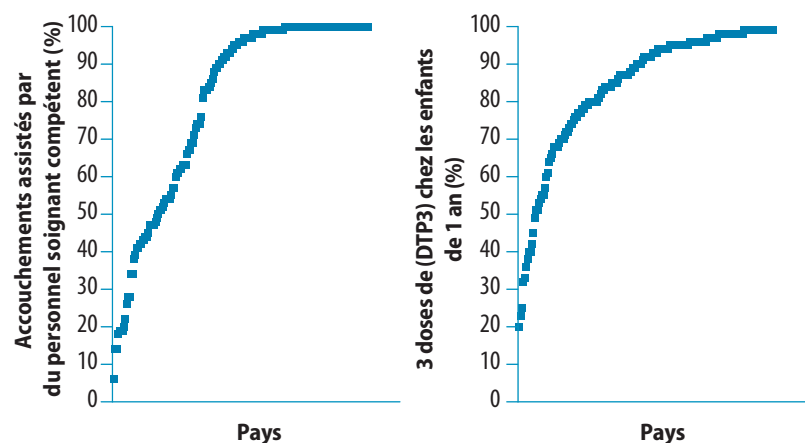
La diminution de l'incidence des difficultés financières associées aux paiements directs est un indicateur majeur de la progression vers une couverture universelle. Cependant, les études de certains pays indiquent parfois peu de catastrophes financières ou d'appauvrissements de cette nature parmi les plus pauvres car ils ne peuvent tout simplement pas se permettre d'utiliser les services de santé (55, 56). Par conséquent, la mesure dans laquelle les personnes sont capables d'utiliser les services de santé représente aussi un indicateur important du bon état du système de financement.

Les données sur l'accès financier aux services de santé sont rares, mais on dispose d'informations sur la couverture pour certaines interventions majeures. Celles-ci fournissent des indices sur la mesure dans laquelle les barrières financières empêchent les gens d'utiliser des services. Par exemple, vacciner des enfants de moins d'un an avec le triple vaccin diphtérie tétanos coqueluche (DTP3) permet de sauver de nombreuses vies, et le personnel soignant compétent qui assiste aux accouchements est essentiel pour sauver les vies des nouveau-nés et des mères. Les informations sur la proportion d'enfants complètement immunisés par le DTP3 et la proportion d'accouchements assistés par un personnel soignant compétent sont largement rapportées.

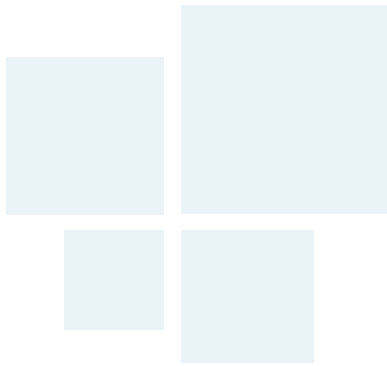
La Figure 1.1 montre la couverture déclarée pour ces deux interventions ; chaque point de coordonnée représente un pays, de bas en haut sur l'axe horizontal. De nombreux pays réalisent quasiment 100% de couverture pour les deux interventions. Néanmoins, il existe un écart considérable entre les pays. À un extrême, dans 16 pays, moins de 40% des femmes accouchent en présence d'un personnel soignant compétent, capable de sauver leur vie en cas de complications. Dans 7 pays, la couverture immunitaire par le DTP3 est inférieure à 40%. Cela suggère que les inégalités de couverture sont importantes entre les pays et supérieures pour des services qui nécessitent plus d'infrastructure et de personnel qualifié (comme les accouchements) que pour d'autres interventions (comme les vaccinations) (57).

Des inégalités de couverture (et résultats de santé) existent aussi au

Figure 1.1. Couverture des accouchements assistés par un personnel soignant compétent et vaccination diphtérie tétanos coqueluche (DTP3) par pays, année la plus récente disponible^a



^a Par ordre de couverture, de la plus faible à la plus élevée. Source: (19).



sein même des pays. Les données démographiques et les enquêtes sanitaires révèlent des différences majeures entre différentes tranches de revenus dans de nombreux pays à faible revenu. On voit aussi apparaître de plus grandes différences d'accès à un personnel soignant compétent pour les accouchements que pour l'immunisation infantile. À quelques exceptions près, les plus nantis, même dans les pays à faible revenu, jouissent d'un accès aux services semblable à celui qui est disponible dans les pays à revenu élevé. Cependant, les pauvres sont presque toujours plus défavorisés que les riches, bien que la mesure varie. Dans certaines situations, la couverture DTP3 parmi les pauvres n'atteint que 10% de celle des riches (58).

L'utilisation des services de santé varie aussi considérablement entre les pays, mais aussi au sein des pays (59, 60). Des données émanant de 52 pays figurant dans le Sondage sur la Santé mondiale, recouvrant tous les niveaux de revenu, ont montré que l'usage sur une période de quatre semaines avant le sondage variait de moins de 10% à plus de 30% de la population (58). Dans certaines situations, les riches déclaraient avoir utilisé ces services plus de deux fois plus que les pauvres, en dépit du fait que les pauvres en avaient nettement plus besoin.

Alors que les données décrites donnent une indication de la couverture, elles n'offrent aucun aperçu de la qualité des soins. Il existe des éléments probants qui suggèrent que des inégalités encore plus prononcées existent dans la norme des services fournis. En d'autres termes, les pauvres des pays pauvres sont non seulement exclus de la plupart de ces services, mais il est probable que lorsqu'ils reçoivent des soins, ils soient de qualité inférieure à ceux qui sont fournis aux plus riches (61).

Ces indications générales offrent une image qui rappelle brusquement à la réalité, celle de millions de personnes, pauvres pour la plupart, privées des services dont ils ont besoin, alors que des millions d'autres font face à de sérieuses difficultés financières en payant pour des services médicaux. Il est clair que les raisons justifiant une couverture faible et inégale ne reposent pas entièrement sur le système de financement, mais nous argumenterons dans le présent rapport que la couverture pourrait être considérablement plus élevée s'il y avait des fonds supplémentaires, moins de recours aux paiements directs pour collecter des fonds et davantage d'efficacité – autant de problèmes de financement.

Plusieurs pays augmentent la protection contre le risque financier au-delà du système qui finance la santé, en fournissant un élément de sécurité financière lorsque les personnes ne peuvent pas travailler pour des raisons de santé – suite à une maladie ou à une naissance. L'Organisation internationale du travail (OIT) recueille des informations sur le droit au congé maladie indemnisé en cas de maladie, ainsi que sur le droit au congé maternité indemnisé. En 2007, 145 pays ont fourni un droit au congé maladie indemnisé, bien que la durée du congé et l'indemnisation différaient sensiblement. Seulement 20% de ces pays ont remplacé 100% du revenu perdu, et la majorité n'en offrait que 50 à 75%. La plupart des pays autorisent un mois ou plus de congé maladie indemnisé chaque année pour maladie grave, mais plus de 40 pays en limitent les paiements à moins d'un mois (62).

La plupart des pays industrialisés offrent un droit au congé maternité indemnisé pour les employés du secteur structuré de l'économie, mais la durée du congé et la nature des paiements varient aussi considérablement. Et

bien qu'il existe un droit théorique au congé maternité indemnisé, peu de pays à revenus faible et moyen rapportent un soutien financier quelconque pour les femmes éligibles (Encadré 1.6).

Une protection financière contre l'incapacité de travail suite à une maladie ou à grossesse est généralement disponible, mais uniquement pour les salariés du secteur formel. En règle générale, dans les pays à faible revenu, plus de 50% de la population active travaille dans le secteur privé, sans accès à un revenu de substitution pour le moment (63).

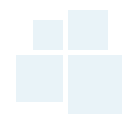
Bien que le présent rapport se concentre sur la protection contre le risque financier liée à la nécessité de payer pour des services de santé, il entre dans le cadre d'efforts plus généraux visant à assurer une protection sociale de la santé. En tant que tel, l'OMS est un sponsor avec l'OIT, et participe activement à l'initiative des Nations Unies pour aider les pays à développer des socles complets de protection sociale. Cela comprend le type de protection contre le risque financier abordé dans le présent rapport, ainsi que des aspects plus généraux d'un revenu de substitution et de soutien social en cas de maladie (64).

Encadré 1.6. Protection contre le risque financier et substitution du revenu: congé maternité

L'élément central de la protection de la maternité, qui garantit une période de repos aux femmes après un accouchement (avec les moyens d'assurer son propre soutien ainsi que celui de sa famille et une garantie de pouvoir reprendre le travail par la suite) est une indemnité en espèces qui se substitue au revenu fixe de la mère pendant une période définie de la grossesse et après l'accouchement. Cette indemnité en espèces ne compense habituellement pas le revenu antérieur, mais c'est néanmoins une mesure de protection sociale importante sans laquelle la grossesse et l'accouchement pourraient poser des difficultés financières pour de nombreuses familles. Le congé maternité et le système de substitution du revenu qui l'accompagne peuvent aussi avoir des conséquences indirectes sur la santé. En effet, sans ces mesures, les femmes peuvent se sentir contraintes de retourner travailler trop rapidement après l'accouchement, avant qu'il ne leur soit médicalement recommandé de le faire.

La plupart des pays industrialisés allouent des ressources considérables au congé maternité. En 2007, la Norvège a dépensé plus que tous les autres pays, en attribuant 31 000 dollars par bébé, par an, pour un total de 1,8 milliard de dollars. En revanche la plupart des pays à revenus faible et moyen ne rapportent aucune dépense pour congé maternité, en dépit du fait que plusieurs d'entre eux ont adopté la loi qui le garantit. Cela peut être dû à des lois qui ne sont pas appliquées, mais peut être aussi expliqué par le fait que dans certains pays, le congé maternité ne s'accompagne d'aucun élément de substitution du revenu.

Source: Organisation Internationale du Travail.



Faire les bons choix

Il n'y a aucune manière simple de développer un système de financement permettant de réaliser une couverture universelle. Tous les pays sont contraints à des choix et à des compromis, en particulier dans la façon dont les fonds mis en commun sont utilisés. Équilibrer les priorités est une réalité de tous les jours : les fonds sont souvent rares et pourtant, les personnes demandent davantage et les technologies d'amélioration de la santé sont en constante expansion. De tels conflits forcent les responsables politiques à faire des compromis dans trois domaines primordiaux (Figure 1.2) : la proportion de la population à couvrir ; l'étendue des services à mettre à disposition et la proportion des coûts totaux auxquels faire face.

La boîte bleue intitulé «Fonds actuellement mis en commun» représente la situation dans un pays hypothétique, où environ la moitié de la population est couverte pour environ la moitié des services disponibles, mais où moins de la moitié des coûts de ces services sont couverts par des fonds mis en commun. Pour se rapprocher d'une couverture universelle, le pays devrait étendre la couverture à davantage de personnes, offrir plus de services et/ou payer une plus grande partie des coûts avec des fonds mis en commun.

Dans les pays européens où la protection sociale de la santé est établie de longue date, cette boîte «Fonds actuellement mis en commun» remplit presque tout l'espace. Mais dans aucun des pays à revenu élevé, reconnus pour avoir réalisé la couverture universelle, la population n'est couverte à 100% pour 100% des services offerts et pour 100% des coûts, sans aucune liste d'attente. Chaque pays remplit la boîte à sa façon, en faisant des compromis en matière de services et de coûts financés en commun. Les temps d'attente pour les services peuvent considérablement varier d'un pays à l'autre, certains services chers peuvent ne pas être fournis et les citoyens peuvent contribuer aux différentes proportions des coûts sous forme de paiements directs.

Néanmoins, dans ces pays, tout le monde a accès à un ensemble de services (prévention, promotion, traitement et rééducation) et presque tout le monde est protégé contre de graves risques financiers grâce aux cotisations et aux fonds mis en commun. Les principes sont les mêmes, même si les caractéristiques diffèrent, façonnés par les attentes de la population et les prestataires de soins, l'environnement politique et la disponibilité des fonds.

Les pays emprunteront différentes voies pour parvenir à la couverture universelle, selon leur point de départ et la manière dont ils commencent, et ils feront des choix différents selon les trois axes exposés dans la Figure 1.2. Par exemple, dans les situations où tous, sauf l'élite, sont actuellement exclus de l'accès aux services de santé, parvenir rapidement à un système qui couvre tout le monde, riches et pauvres, peut être une priorité, même si la liste des services et la proportion des coûts couverts par les fonds mis en commun sont relativement faibles (21, 66). En attendant, dans un système large, avec seulement quelques niches d'exclusion, le pays peut initialement opter pour une approche ciblée en identifiant les exclus et en prenant des mesures pour veiller à ce qu'ils soient couverts. Dans de tels cas, les pays peuvent couvrir

d'avantage de services aux pauvres et/ou couvrir une proportion plus élevée des coûts.

De nombreux pays qui s'engagent sur la voie de la couverture universelle commencent par viser des groupes d'employés dans le secteur dit structuré de l'économie car ces groupes sont plus faciles à identifier. Mais cette approche ciblée a des revers : elle peut mener à un système à deux vitesses et rendre les conditions pires pour ceux qui ne disposent pas encore d'une couverture. Par ailleurs, en arrivant à un succès partiel, elle peut ralentir l'élan d'une réforme plus fondamentale.

Ces questions seront abordées plus en détail au Chapitre 3.

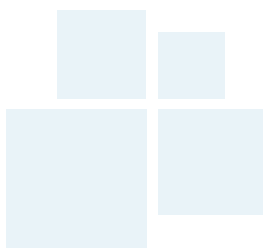
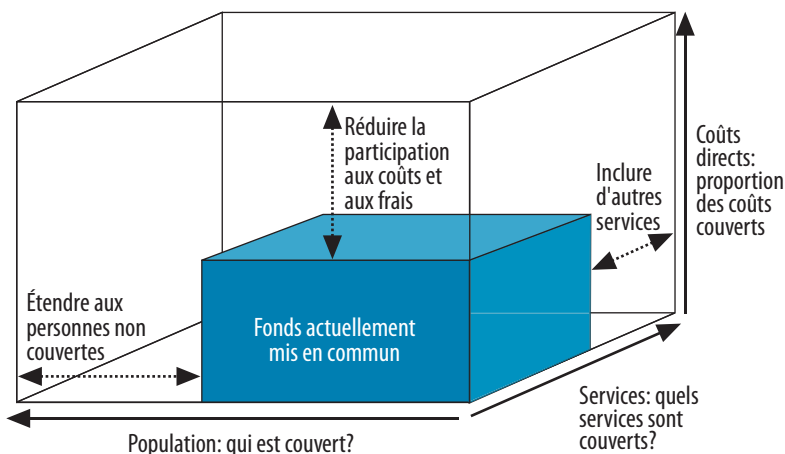


Figure 1.2. Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle



Source: Adapté de (21, 65).

Aller de l'avant

La constitution de l'OMS décrit le droit fondamental pour chaque être humain de jouir de «la norme de santé accessible la plus élevée». La couverture universelle est la meilleure façon d'obtenir ce droit. Elle est fondamentale au principe de la Santé pour Tous, déclaré il y a plus de 30 ans dans la Déclaration d'Alma-Ata. La déclaration reconnaît que favoriser et protéger la santé sont également essentiels au développement économique et social durable, en contribuant à une meilleure qualité de vie, à la sécurité sociale et à la paix. Le principe de couverture universelle a été réaffirmé dans le rapport sur la santé dans le monde de 2008 sur les soins de santé primaires et la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé qui a suivi (67), et il a été adopté, en 2008, par la Commission des déterminants sociaux de la santé et la résolution prise à ce sujet par l'Assemblée mondiale de la santé (68).

Le présent rapport réitère ces convictions de longue date, convictions de plus en plus fermes alors que les pays se démènent avec leurs systèmes de financement de la santé. Tout en traitant des questions techniques spécifiques des systèmes de financement de la santé, ce rapport s'attache à mettre l'équité et l'humanité au cœur du problème. Sa perspective est pratique et optimiste : tous les pays, à toutes les étapes de leur développement, peuvent prendre des mesures pour progresser plus vite vers la couverture universelle et pour pérenniser leur réalisation.

Au cours des préparatifs pour passer vers une couverture universelle, trois points doivent être gardés à l'esprit.

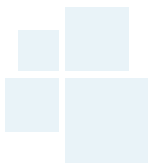
1. Les systèmes de santé sont des «systèmes adaptatifs complexes» dans lesquels les relations ne sont pas prévisibles et les composants interagissent de façon inattendue. Les acteurs du système doivent apprendre et s'adapter continuellement, souvent en faisant face à une résistance au changement (69). Bien que nous offrions plusieurs voies vers la couverture universelle, les pays doivent s'attendre à des imprévus.
2. Planifier un parcours vers la couverture universelle nécessite que les pays fassent d'abord l'inventaire de leur situation actuelle. Existe-t-il un engagement politique et communautaire suffisant pour réaliser et pérenniser la couverture universelle de santé ? Cette question signifiera des choses différentes dans des contextes différents, mais elle identifiera les attitudes dominantes vers une solidarité sociale et l'indépendance. Un degré de solidarité sociale est nécessaire pour développer la couverture universelle de santé, étant donné que tout système de protection financière efficace pour toute la population repose sur la bonne volonté du riche à subventionner le pauvre, et la personne saine à subventionner la personne malade. Une étude récente suggère que la plupart des sociétés, voire toutes, ont un concept de solidarité sociale lorsqu'il s'agit de l'accès aux services de santé et des coûts des soins de santé, bien que la nature et l'étendue de ces sentiments varient selon les contextes (70). En d'autres termes, chaque société a une notion de justice sociale qui pose une limite à la tolérance de l'inégalité (71).
3. Les responsables politiques vont ensuite devoir définir la proportion des coûts qui proviendra des fonds mis en commun à long terme, et il leur faudra aussi soupeser les compromis inévitables de leur utilisation - com-

promis entre la proportion de la population, les services et les dépenses qui peuvent être couvertes. Pour ces pays concentrés sur le maintien de leurs avantages durement acquis, une surveillance et une adaptation continues seront cruciales face à une évolution rapide des technologies et à des structures par âges et des modèles de maladie qui évoluent.

Les trois chapitres suivants exposent les manières pratiques de :

- lever davantage de fonds pour la santé là où cela est nécessaire, ou maintenir un financement face à des besoins et des demandes concurrentielles ;
- fournir ou maintenir un niveau adéquat de protection contre le risque financier afin que les personnes qui nécessitent des soins ne soient pas dissuadées de les rechercher, et qu'elles ne soient pas soumises à des dépenses catastrophiques ou à un appauvrissement pour y parvenir ;
- améliorer l'efficacité et l'équité dans la façon dont les fonds sont utilisés, en veillant efficacement à ce que les actifs disponibles aillent plutôt vers l'objectif de couverture universelle de santé à atteindre.

Le chapitre final rend compte des mesures pratiques que tous les pays et partenaires internationaux peuvent prendre pour lever des fonds suffisants, pour réaliser une mise en commun optimale et pour utiliser efficacement les ressources disponibles sur la voie de la couverture universelle. ■



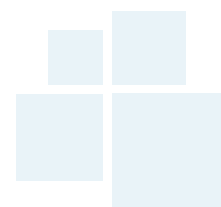
Références

1. National health accounts [online database]. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/nha>, accessed 23 June 2010).
2. Preker A et al. Rich-poor differences in health care financing. In: Preker A, Carrin G, eds. *Health financing for poor people: resource mobilization and risk-sharing*. Washington, DC, The World Bank, 2004.
3. Su TT, Kouyaté B, Flessa S. Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006,84:21-27. PMID:16501711
4. Wagstaff A. The economic consequences of health shocks: evidence from Vietnam. *Journal of Health Economics*, 2007,26:82-100. doi:10.1016/j.jhealeco.2006.07.001 PMID:16905205
5. van Doorslaer E et al. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Economics*, 2007,16:1159-1184. doi:10.1002/hec.1209 PMID:17311356
6. Baeza C, Packard T. *Beyond survival: protecting households from health shocks in Latin America*. Washington, DC, The World Bank, 2006.
7. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:972-983. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972 PMID:17630440
8. *Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care*. Geneva, International Labour Organization, 2008 (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/policy1e.pdf>, accessed 06 July 2010).
9. Xu K et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 2003,362:111-117. doi:10.1016/S0140-6736(03)13861-5 PMID:12867110
10. Knaul FM et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico *Salud Pública de México*, 2007,49:Suppl 1S70-S87. PMID:17469400
11. Yip W, Hsiao WC. Non-evidence-based policy: how effective is China's new cooperative medical scheme in reducing medical impoverishment? *Social Science & Medicine (1982)*, 2009,68:201-209. doi:10.1016/j.socsci-med.2008.09.066 PMID:19019519
12. Xu K, Saksena P, Durairaj V. *The drivers of catastrophic expenditure: outpatient services, hospitalization or medicines?* World health report 2010 background paper, no. 21 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

13. *World report on disability and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization (unpublished).
14. Carrin G, James C, Evans DB. *Achieving universal health coverage: developing the health financing system*. Geneva, World Health Organization, 2005.
15. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance In: *Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005* (WHA58/2005/REC/1).
16. *Wading through medical insurance pools: a primer*. The American Academy of Actuaries, 2006 (http://www.actuary.org/pdf/health/pools_sep06.pdf, accessed 06 July 2010).
17. *Annual report 2008*. Ministry of Health, Republic of Rwanda, 2009 (http://www.moh.gov.rw/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=116&Itemid=14, accessed 06 July 2010).
18. Fernandes Antunes A et al. *Health financing systems review of Rwanda- options for universal coverage*. World Health Organization and Ministry of Health, Republic of Rwanda, 2009.
19. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
20. Musango L, Doetinchem O, Carrin G. *De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle: expérience du Rwanda*. World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/health_financing/documents/dp_f_09_01-mutualisation_rwa.pdf, accessed 06 July 2010).
21. *The world health report 2008: primary health care – now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
22. Kalk A et al. Health systems strengthening through insurance subsidies: the GFATM experience in Rwanda. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2010,15:94-97. PMID:19917038
23. International Health Partnership: a welcome initiative. *Lancet*, 2007,370:801- doi:10.1016/S0140-6736(07)61387-7 PMID:17826149
24. *The International Health Partnership and related initiatives (IHP+)*. (<http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home>, accessed 06 July 2010).
25. Meng Q, Tang S. *Universal coverage of health care in China: challenges and opportunities*. World health report 2010 background paper, no. 7 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
26. Barber LS, Yao L. *Health insurance systems in China: a briefing note*. World health report 2010 background paper, no. 37 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
27. *Letter to Nancy Pelosi on H.R. 4872, Reconciliation act of 2010 (final health care legislation)*. Washington, DC, Congressional Budget Office, US Congress, 2010 (<http://www.cbo.gov/ftpdocs/113xx/doc11379/AmendReconProp.pdf>, accessed 07 July 2010).
28. *Focus on health: summary of new health reform law*. Washington, DC, The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2010 (<http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf>, accessed 07 July 2010).
29. Missoni E, Solimano G. *Towards universal health coverage: the Chilean experience*. World health report 2010 background paper, no. 4 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
30. Whiteford LM, Branch LG. *Primary health care in Cuba: the other revolution*. Lanham, Rowman and Littlefield Publishers, 2008.
31. Rannan-Eliya R, Sikurajapathy L. *Sri Lanka: "Good practice" in expanding health care coverage*. Colombo, Institute for Health Policy, 2008 (Research Studies Series No. 3; <http://www.ihp.lk/publications/docs/RSS0903.pdf>, accessed 08 July 2010).
32. Damrongplasit K, Melnick GA. Early results from Thailand's 30 Baht Health Reform: something to smile about. *Health Aff (Millwood)*, 2009,28:w457-w466. doi:10.1377/hlthaff.28.3.w457 PMID:19336469
33. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006,60:13-19. doi:10.1136/jech.2005.038323 PMID:16361449
34. Sáenz M, Acosta M, Bermudéz JL. *Universal coverage in Costa Rica: lessons and challenges from a middle-income country*. World health report 2010 background paper, no. 11 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
35. D'Almeida S, Durairaj V, Kirigia J. *Ghana's Approach to Social Health Protection*. World health report 2010 background paper, no.2 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
36. Kutzin J et al. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:549-554. doi:10.2471/BLT.07.049544 PMID:19649370

37. Bayarsaikhan D, Kwon S, Ron A. Development of social health insurance in Mongolia: successes, challenges and lessons. *International Social Security Review*, 2005,58:27-44. doi:10.1111/j.1468-246X.2005.00224.x
38. Jowett M, Shishkin S. *Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/79295/E93573.pdf, accessed 06 July 2010).
39. Musango L, Aboubacar I. *Assurance maladie obligatoire au Gabon: un atout pour le bien être de la population*. 2010. World health report 2010 background paper, no.16 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
40. Meessen B et al., eds. *Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao People's Democratic Republic*. Antwerp, ITG Press, 2008.
41. Franco LM et al. Effects of mutual health organizations on use of priority health-care services in urban and rural Mali: a case-control study. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:830-838. doi:10.2471/BLT.08.051045 PMID:19030688
42. Jowett M, Hsiao WC. The Philippines: extending coverage beyond the formal sector. In: Hsiao W, Shaw PR, eds. *Social health insurance for developing nations*. Washington, DC, The World Bank, 2007:81-104.
43. Arfa C, Achouri H. Tunisia: good practice in expanding health care coverage. Lessons from reforms in a country in transition. In: Gottret P, Schieber GJ, Waters HR, eds. *Lessons from reforms in low- and middle-income countries. Good practices in health financing*. Washington, DC, The World Bank, 2008:385-437.
44. Axelson H et al. Health financing for the poor produces promising short-term effects on utilization and out-of-pocket expenditure: evidence from Vietnam. *International Journal for Equity in Health*, 2009,8:20- doi:10.1186/1475-9276-8-20 PMID:19473518
45. *OECD Reviews of Health Systems – Turkey*. Organisation for Economic Co-operation and Development and The World Bank, 2008 (http://www.oecd.org/document/60/0,3343,en_2649_33929_42235452_1_1_1_1,00.html, accessed 06 July 2010).
46. Gakidou E et al. Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: an interim report card. *Lancet*, 2006,368:1920-1935. PMID:17126725
47. *Health at a glance*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009.
48. Carrin G, James C. Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage. *International Social Security Review*, 2005,58:45-64. doi:10.1111/j.1468-246X.2005.00209.x
49. Mathauer I et al. *An analysis of the health financing system of the Republic of Korea and options to strengthen health financing performance*. Geneva, World Health Organization, 2009.
50. Jeong H-S. *Expanding insurance coverage to informal sector population: experience from Republic of Korea*. World health report 2010 background paper, no. 38 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
51. McIntyre D et al. Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:871-876. doi:10.2471/BLT.08.053413 PMID:19030693
52. Himmelstein DU et al. Medical bankruptcy in the United States, 2007: results of a national study. *The American Journal of Medicine*, 2009,122:741-746. doi:10.1016/j.amjmed.2009.04.012 PMID:19501347
53. Emami S. *Consumer overindebtedness and health care costs: how to approach the question from a global perspective*. World health report 2010 background paper, no. 3 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
54. Castiglione S. *Compilación de normas en materia de insolvencia por gastos de salud*. World health report 2010 background paper, no. 54 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
55. Pradhan M, Prescott N. Social risk management options for medical care in Indonesia. *Health Economics*, 2002,11:431-446. doi:10.1002/hec.689 PMID:12112492
56. Cavagnero E et al. *Health financing in Argentina: an empirical study of health care expenditure and utilization*. Geneva, World Health Organization (Innovations in Health Financing: Working Paper Series, No. 8; http://www.who.int/health_financing/documents/argentina_cavagnero.pdf, accessed 06 July 2010).
57. Houweling TAJ et al. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007,85:745-754. PMID:18038055

58. Xu K, Saksena P, Evans DB. *Health financing and access to effective interventions*. World health report 2010 background paper, no. 8 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
59. O'Donnell O et al. Who pays for health care in Asia? *Journal of Health Economics*, 2008,27:460-475. PMID:18179832
60. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 2006,174:177-183. doi:10.1503/cmaj.050584 PMID:16415462
61. Das J, Hammer J, Leonard K. The quality of medical advice in low-income countries. *The journal of economic perspectives: a journal of the American Economic Association*, 2008,22:93-114. doi:10.1257/jep.22.2.93 PMID:19768841
62. Scheil-Adlung X, Sandner L. *The case for paid sick leave*. World health report 2010 background paper, no. 9 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
63. *World social security report 2010/11. Providing coverage in the time of crisis and beyond*. Geneva, International Labour Organization, 2010.
64. *The social protection floor. A joint crisis initiative of the UN Chief Executives Board for co-ordination on the social protection floor*. Geneva, International Labour Office, and World Health Organization, 2009 (<http://www.un.org/ga/second/64/socialprotection.pdf>, accessed 8 July 2010).
65. Busse R, Schlette S, eds. *Health Policy Developments Issue 7/8. Focus on prevention, health and aging, new health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (http://www.hpm.org/Downloads/reports/Health_Policy_Developments_7-8.pdf, accessed 06 July 2010).
66. Houweling TAJ et al. Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich: a cross-national analysis of 43 developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 2005,34:1257-1265. doi:10.1093/ije/dyi190 PMID:16159940
67. Resolution WHA62.12. Primary health care, including health system strengthening. In: *Sixty-second World Health Assembly, Geneva, 18–27 May 2009*. Geneva, World Health Organization, 2009 (WHA62/2009/REC/1).
68. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. A report of the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008.
69. *Healthy development: the World Bank strategy for health, nutrition, and population results*. Washington, DC, The World Bank, 2007.
70. James C, Savedoff W. *Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes towards solidarity*. World health report 2010 background paper, no. 5 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. *Fair society, healthy lives: a strategic review of health inequalities in England post 2010* (<http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLives.pdf>, accessed 08 July 2010).





Chapitre 2 | Plus d'argent pour la santé



Messages clés

- Aucun pays n'a encore été capable de garantir l'accès immédiat à tous pour tous les services qui peuvent préserver ou améliorer la santé. Tous font face à des contraintes de ressources d'un type ou d'un autre, bien que celles-ci soient très critiques dans les pays à faible revenu.
- Chaque pays pourrait lever des fonds nationaux supplémentaires pour la santé ou diversifier ses propres sources de fonds s'il le souhaitait.
- Les options proposées sont que les gouvernements attribuent une plus haute priorité à la santé dans leurs allocations budgétaires, lèvent des impôts ou des cotisations d'assurance et collectent des fonds supplémentaires grâce à plusieurs types de financements innovants.
- Les taxes sur les produits néfastes, comme le tabac et l'alcool, sont l'une de ces options. Elles réduisent la consommation, améliorent la santé et augmentent les ressources que les gouvernements peuvent alors dépenser pour la santé.
- Même avec ces innovations, l'augmentation des flux des donateurs sera nécessaire pour la plupart des pays les plus pauvres et ce, pour une durée considérable. Les pays donateurs peuvent aussi lever davantage de fonds qu'ils achemineront ensuite vers les pays pauvres de façon innovante, mais il conviendrait qu'ils fassent aussi davantage pour assumer leurs engagements internationaux déclarés vis-à-vis de l'aide officielle au développement (AOD) et pour fournir des flux d'aide plus prévisibles et à long terme.

2



Plus d'argent pour la santé

Augmenter les ressources pour la santé

En 2009, l'Institut national britannique pour la santé et l'excellence clinique (*National Institute for Health and Clinical Excellence* – NICE) annonçait que le Service de santé national n'était pas en mesure d'offrir certains médicaments coûteux dans le cadre du traitement du cancer rénal car ils n'étaient pas rentables (1). Ces refus ont provoqué une vague de protestations (2), mais l'institut les a défendus comme faisant partie de décisions difficiles, mais néanmoins nécessaires, pour rationner les ressources et établir des priorités (3). Le fait est que les nouveaux médicaments, diagnostics et technologies thérapeutiques deviennent disponibles beaucoup plus rapidement que les nouvelles ressources financières.

Tous les pays, riches et pauvres, s'efforcent de lever les fonds nécessaires au paiement des services de santé dont leur population a besoin ou demande (ce qui est parfois une autre question). Aucun pays, quelle que soit sa richesse, n'est capable de fournir à sa population globale toutes les technologies ou interventions qui peuvent améliorer sa santé ou prolonger sa vie. Mais bien que les systèmes de santé des pays riches puissent faire face à des limitations de budget - souvent exacerbées par les pressions doubles d'une population vieillissante et d'une main-d'œuvre s'amenuisant - les dépenses de santé restent relativement élevées. Les États-Unis d'Amérique et la Norvège dépensent plus de 7 000 dollars par personne et par an ; la Suisse plus de 6 000 dollars. Les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en tant que groupe dépensent en moyenne environ 3600 dollars. À l'autre extrémité de l'échelle des revenus, certains pays luttent pour arriver à assurer l'accès aux services même les plus élémentaires : 31 des États membre de l'OMS dépensent moins de 35 dollars par personne et par an et 4 d'entre eux dépensent moins de 10 dollars et ce, même lorsque les contributions des partenaires extérieurs sont incluses (4).

Toutefois, dans tous les pays, il existe des perspectives pour répartir la protection contre le risque financier et pour proposer l'accès aux services de santé d'une manière plus équitable. Avec un revenu national d'environ 400 dollars par personne, le Rwanda offre un ensemble de services de base à ses citoyens par des systèmes d'assurance maladie avec une dépense de 37 dollars par personne seulement (4). Alors que le Rwanda bénéficie du soutien financier de la communauté des donateurs internationaux, le gouvernement engage 19,5% de ses dépenses annuelles totales pour la santé (4). Bien que 182 États membres de l'OMS jouissent d'un produit intérieur brut (PIB) par personne comparable ou supérieur (dans certains cas très supérieur) à celui du Rwanda, beaucoup sont encore très loin d'une couverture universelle de santé (4). Cela doit changer. À quelques rares exceptions près, les pays n'ont aucune

raison de différer l'amélioration de l'accès aux services de santé de qualité, tout en augmentant la protection contre le risque financier. Il en coûtera et les gouvernements doivent commencer à réfléchir au montant et à l'origine de l'argent nécessaire pour y parvenir.

Mais que coûte une couverture universelle ?

La couverture universelle n'est pas la même pour tous. De même une couverture pour tous ne signifie pas nécessairement que tout est couvert. Comme décrit au Chapitre 1, progresser vers la couverture universelle signifie agencer au mieux le développement ou le maintien de la couverture au niveau de trois dimensions essentielles : qui est couvert par les fonds mis en commun, quels sont les services couverts et quelle proportion des coûts est couverte. Dans cette structure générale, les responsables politiques doivent décider de la façon de lever les fonds et de les gérer.

La Thaïlande offre des médicaments sur ordonnance, des soins ambulatoires, l'hospitalisation, les soins préventifs et la promotion de la santé gratuitement aux patients, ainsi que des services médicaux plus chers, comme la radiothérapie et la chimiothérapie pour le traitement du cancer, les opérations chirurgicales et les soins essentiels dans le cas d'accidents et d'urgences. Elle y parvient pour seulement 136 dollars par personne – soit moins que la dépense de santé moyenne des pays à revenus faible et moyen, qui s'élève à 153 dollars. (4). Mais la Thaïlande ne couvre pas tout. Par exemple, jusqu'à récemment, elle fixait la limite sous la thérapie de remplacement rénal pour maladie rénale terminale (Encadré 2.1). Les autres pays fixeront la limite ailleurs.

Pour savoir dans quelle mesure vous pouvez étendre la couverture dans chacune des trois dimensions, vous devez avoir une idée des coûts des services. En 2001 la Commission sur la macro-économie et la santé a estimé que les services de base pouvaient être mis à disposition pour environ 34 dollars par personne (6),

Encadré 2.1. La Thaïlande redéfinit les limites de la couverture des soins de santé

Lorsqu'en 2002 la Thaïlande a introduit son régime de couverture universelle qui était alors appelé «Régime 30 bahts», elle a offert des soins médicaux complets qui incluaient non seulement l'essentiel, mais aussi des services, comme la radiothérapie, la chirurgie et les soins critiques liés aux accidents et aux urgences. Cependant, ce régime ne couvrait pas la thérapie par remplacement rénal. «On avait peur que la [thérapie de remplacement rénal] puisse miner le système car des risques de santé majeurs provoquant des maladies rénales, telles que le diabète et l'hypertension, n'étaient pas encore bien contrôlés», explique le Dr Prateep Dhanakijcharoen, secrétaire général adjoint du Bureau national de la sécurité sanitaire qui gère le régime. La thérapie de remplacement rénale est chère et l'hémodialyse coûte environ 400 000 bahts (12 000 dollars) par patient et par an en Thaïlande, soit quatre fois plus que le seuil annuel de 100 000 bahts par année de vie ajustée à la qualité, décidée par la sous-commission des avantages sociaux du Bureau de la sécurité pour les médicaments et les traitements du régime.

Cela dit, le Dr Dhanakijcharoen pense que le régime aurait dû couvrir les maladies rénales dès le début. Cette vue est partagée par le Dr Viroj Tangcharoensathien, directeur du programme international des politiques sanitaires au du ministère de la Santé publique. Pour le Dr Tangcharoensathien, ce n'était qu'une simple question d'équité: «Il y a trois régimes de soins de santé en Thaïlande», dit-il. «Mais le régime n'a pas inclus la thérapie par remplacement rénal. En attendant, la moitié des personnes du régime sont dans le quintile le plus pauvre de l'économie thaïlandaise». Son sentiment d'injustice est partagé par d'autres personnes, comme Subil Noksakul, un patient de 60 ans qui a dépensé les économies de sa vie pour une thérapie de remplacement rénale pendant 19 ans. «J'ai réussi à économiser sept millions de bahts», dit-il, «mais aujourd'hui mes économies se sont toutes envolées». En 2006, Subil Noksakul a fondé le Club thaïlandais du rein, qui a sensibilisé les patients rénaux à leurs droits et a fait pression sur le Bureau national de la sécurité sanitaire pour fournir le traitement. Finalement, en octobre 2008, le ministre de la Santé publique d'alors, Mongkol Na Songkhla, a ajouté la thérapie de remplacement rénal dans le régime.

Source : Extrait de (5).

soit un montant proche de ce que le Rwanda dépense actuellement. Cependant, les calculs n'incluaient pas le coût total des antirétroviraux ou du traitement des maladies non transmissibles ; ils ne prenaient pas non plus complètement en compte les investissements éventuellement nécessaires pour renforcer le système de santé afin que la couverture puisse être étendue aux régions isolées.

Une évaluation plus récente des coûts de la prestation de services de santé essentiels, faite par l'OMS pour la Taskforce sur les Financements Innovants des Systèmes de Santé, suggère que les 49 pays à faible revenu examinés devraient dépenser un peu moins de 44 dollars par personne en moyenne (non pondérée) en 2009, pour atteindre un peu plus de 60 dollars par personne en 2015 (7). Cette évaluation tient compte de la dépense du développement des systèmes de santé afin qu'ils puissent fournir toute la combinaison d'interventions spécifiée. Elle comprend les interventions qui ciblent des maladies non transmissibles et des conditions qui sont au centre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) liés à la santé. Cependant, ces chiffres sont une simple moyenne (non pondérée) de 49 pays à deux moments dans le temps. Les besoins réels varieront selon les pays : 5 des pays de cette étude devront dépenser plus de 80 dollars par personne en 2015, alors que 6 autres devront dépenser moins de 40 dollars^a.

Cela ne veut pas dire que les 31 pays qui dépensent moins que 35 dollars par personne en matière de santé doivent abandonner leurs efforts de collecte de ressources et se rapprocher d'une couverture universelle de santé. Mais ils devront adapter leur expansion à la mesure de leurs ressources. Cela signifie aussi que bien qu'ils soient capables de lever des fonds supplémentaires au niveau national - comme nous le montrerons dans les deux prochaines sections - ils auront encore besoin d'une aide extérieure dans un futur proche. Même avec des niveaux de croissance économique relativement élevés et avec des budgets publics qui donnent la priorité à la santé, seuls 8 des 49 pays ont une chance de financer les services à la hauteur nécessaire à partir de ressources nationales en 2015 (7).

De nombreux pays riches devront aussi lever des fonds supplémentaires pour répondre à la demande de santé en évolution constante, dépendant en partie des populations vieillissantes et des nouveaux médicaments, procédures et technologies développés. Un aspect clé de cette question complexe est la population active qui diminue dans certains pays. Les contributions issues des impôts sur le revenu qui s'amenuisent ou les déductions d'assurance maladie indexées sur le salaire (charges salariales) inciteront les responsables politiques à envisager d'autres sources de financement.

D'une façon générale, il existe trois façons de lever des fonds supplémentaires ou de diversifier les sources de financement : la première est de faire de la santé une priorité majeure des dépenses actuelles, notamment dans le budget d'un gouvernement ; la deuxième est de trouver des sources nouvelles ou diversifiées de financement national ; et la troisième est d'augmenter l'apport financier extérieur. Nous allons examiner ces options une à une, les deux premières étant importantes pour les pays, riches ou pauvres, à toutes les étapes de leur développement. Le chapitre conclut en considérant l'aide au développement pour la santé pour les pays à revenus faible et moyen.

Assurer une juste répartition de l'ensemble des dépenses publiques pour la santé

Même dans les pays où l'assistance extérieure est importante, sa contribution est généralement bien moindre que l'argent pour la santé recueilli au niveau national. Dans les pays à faible revenu, par exemple, la moyenne (non pondérée) des contributions provenant des sources externes en 2007 s'élevait à moins de 25% des dépenses totales de santé, le reste provenant des sources nationales (4). Il est donc essentiel de soutenir et, le cas échéant, d'augmenter les ressources nationales en matière de santé, même dans les pays les plus pauvres (8). Cela est tout aussi important dans des conditions de revenu plus élevé.

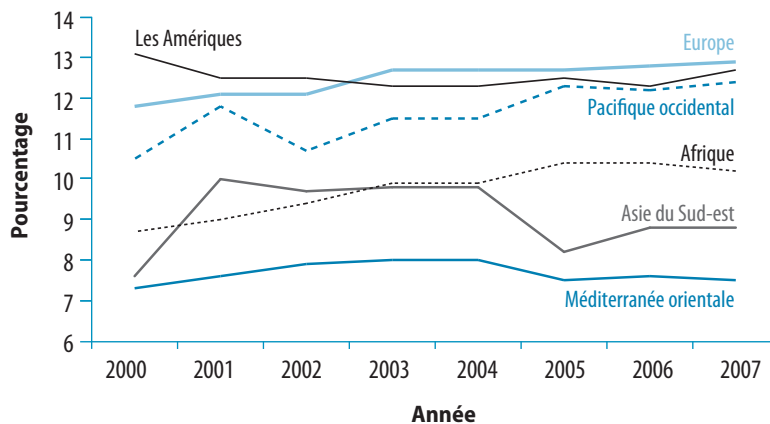
Les gouvernements financent les améliorations de la santé à la fois directement par des investissements dans le secteur de la santé et indirectement par des dépenses pour des déterminants sociaux - en réduisant la pauvreté ou en améliorant le niveau d'éducation des femmes, par exemple. Bien qu'elle ne rende que le composant direct, la proportion des dépenses totales attribuées au secteur de la santé permet une vision importante de la valeur que les gouvernements attribuent à la santé, ce qui varie fortement entre les pays. La Figure 2.1 montre la part moyenne des dépenses publiques en matière de santé par région OMS pour la période 2000 à 2007, la dernière année pour laquelle des chiffres sont disponibles. Ces chiffres tiennent compte des contributions des partenaires extérieurs, acheminées par le biais de budgets nationaux dans le numérateur et le dénominateur car peu de pays les indiquent séparément.

Les gouvernements des régions d'Amérique, d'Europe et du Pacifique occidental allouent, en moyenne, davantage pour la santé que les autres

régions. Les pays africains dans leur ensemble augmentent leur engagement en matière de santé, à l'image des pays des régions européennes et du Pacifique occidental. En Asie du Sud-est, la priorité relative donnée à la santé a chuté en 2004-2005, mais elle augmente de nouveau, alors que les gouvernements de la région de la Méditerranée orientale de l'OMS ont réduit la part attribuée à la santé depuis 2003.

Certaines variations entre les régions peuvent être expliquées par des différences de richesse des pays. Généralement, la santé représente une proportion plus élevée des dépenses publiques totales lorsque le pays s'enrichit. Le Chili en est un bon exemple, puisqu'il a augmenté la part de ses dépenses publiques en matière de santé de 11% en 1996

Figure 2.1. Dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses publiques totales par région OMS, 2000-2007^a



^a Il s'agit de moyennes pondérées. Les dépenses publiques de santé comprennent les dépenses de santé par tous les ministères du gouvernement et à tous les niveaux du gouvernement. Elles comprennent aussi les dépenses provenant des cotisations sociales obligatoires d'assurance maladie. Source: (4).

à 16% une décennie plus tard, pendant une période de forte croissance économique (9).

Mais la richesse relative d'un pays n'est pas le seul facteur en jeu. Les variations substantielles des pays à niveau de revenu semblable indiquent des niveaux différents d'engagement des gouvernements dans le secteur de la santé. Cela peut être illustré de plusieurs façons, mais nous citerons ici le bureau régional de l'OMS pour l'Europe, qui a des pays de tous niveaux de revenu. Dans la Figure 2.2, l'axe vertical montre la proportion des dépenses publiques totales de santé, et les barres de l'axe horizontal représentent les pays de cette région, du niveau de PIB le plus faible au plus élevé par habitant.

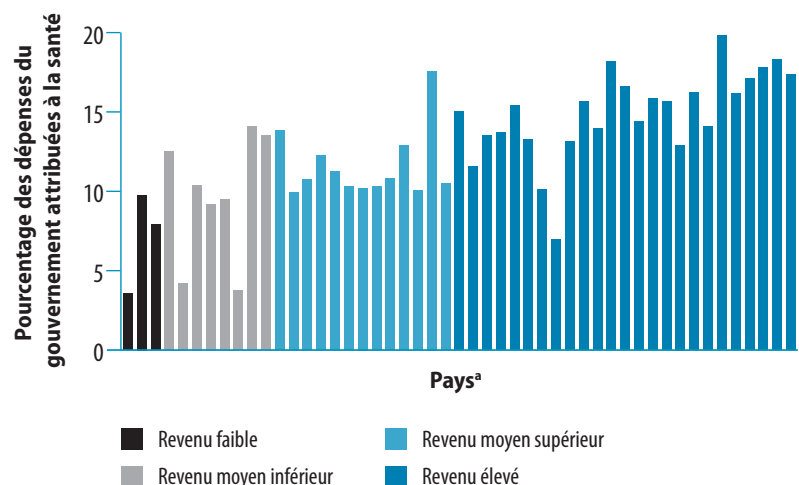
Les distributions budgétaires en matière de santé dans la Région européenne de l'OMS varient de 4% des dépenses publiques totales à presque 20%. Il est important de noter que, bien que la priorité donnée à la santé dans les budgets nationaux totaux augmente généralement avec le revenu national, certains gouvernements choisissent de distribuer une proportion élevée de leur dépenses totales de santé en dépit d'un niveau de revenu national relativement faible, et d'autres relativement plus riches attribuent des proportions moindres à la santé.

Ce modèle peut aussi être vu globalement. Bien que les engagements des gouvernements en matière de santé aient tendance à augmenter avec le niveau de revenu national, certains pays à faible revenu attribuent des proportions plus élevées de dépenses publiques totales à la santé que leurs contreparties à revenu élevé. Ainsi, 22 pays à faible revenu dans le monde ont attribué plus de 10% à la santé en 2007 alors qu'en revanche, 11 pays à revenu élevé ont attribué moins de 10%.

Alors que la région Afrique n'affiche pas le résultat le plus faible dans la Figure 2.1, le niveau d'investissement national relativement faible en matière de santé dans certains de ses pays provoque des inquiétudes parce que c'est en Afrique subsaharienne que les progrès les plus lents vers les OMD ont été réalisés (10, 11). En 2007, seuls 3 pays africains – le Libéria, le Rwanda et la République-Unie de Tanzanie – avaient donné suite à la Déclaration d'Abuja de 2001 au cours de laquelle les chefs d'État africains promettaient de «viser à attribuer au moins 15% de leur budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé» (12). Il est décevant de constater qu'en 2007, 19 pays africains ont attribué une proportion de leur budget national à la santé inférieure à ce qu'elle était avant la Déclaration d'Abuja (4).

Les gouvernements ont, par conséquent, l'option de réexaminer

Figure 2.2. Part des dépenses publiques totales attribuées à la santé dans la Région européenne de l'OMS, 2007



^a Selon le PIB/habitant.
Source: (4).

les priorités de leur budget en gardant la santé à l'esprit. Bien que les besoins en fonds varient avec les différences de coûts, de structures d'âge et de modèles de maladie, un grand nombre de gouvernements des pays riches et pauvres pourraient distribuer davantage de ressources disponibles à la santé. Les avantages pourraient être majeurs. Considérés dans leur ensemble, les pays à faible revenu pourraient lever (au moins) 15 milliards de dollars supplémentaires par an pour la santé à partir de sources nationales en augmentant à 15% la part de la santé dans les dépenses publiques totales (net des entrées d'aide extérieure). Pour ces mêmes pays, l'augmentation du financement pour la période 2009–2015 serait d'environ 87 milliards de dollars (7).

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les pays ne donnent pas de priorité budgétaire à la santé, certaines sont fiscales, d'autres politiques, d'autres encore liées à la perception des ministères des Finances que les ministères de la Santé ne sont pas performants. De plus, la priorité budgétaire que les gouvernements donnent à la santé reflète à quel point les dirigeants sont préoccupés, ou poussés à être préoccupés, par la santé de leur peuple. S'occuper de la couverture universelle de santé veut aussi dire s'occuper des pauvres et des marginalisés, des personnes qui sont souvent privées de leurs droits politiques et manquent de représentation.

Voilà pourquoi il est si important de faire de la santé une question politique essentielle et pourquoi la société civile, rejointe par d'éminents champions de la couverture universelle, peut contribuer à persuader les hommes politiques de faire passer en priorité le financement de la santé pour une couverture universelle dans l'ordre du jour politique (13). Améliorer l'efficacité et la responsabilité peut aussi convaincre les ministères des Finances, et de plus en plus les donateurs, que plus de fonds seront bien utilisés (nous y reviendrons au Chapitre 4).

Apprendre la langue des économistes et le type d'arguments qui les convainquent du besoin en fonds supplémentaires peut aussi aider les ministères de la Santé à négocier avec les ministères des Finances. Cela les aide aussi à comprendre les complexités liées aux changements dans la façon dont la santé est financée et de profiter ensuite des occasions qui en découlent. Par exemple, il est important que les ministères de la santé suivent de près les négociations relatives à l'allègement de la dette et au soutien budgétaire général entre les agences externes ou les donateurs et le ministère des finances (14–16). Ils doivent non seulement comprendre ces processus, mais ils doivent aussi être capables de mieux discuter et de mieux négocier avec le ministre des finances pour un partage des fonds disponibles.

Diversifier les sources des revenus nationaux

Il existe deux façons principales d'augmenter les fonds nationaux pour la santé : l'une consiste à attribuer davantage de ressources financières existantes à la santé, comme on l'a vu dans la section précédente ; et l'autre est de trouver de nouvelles méthodes de collecte des fonds ou de diversifier les sources.

Percevoir plus efficacement des impôts et des cotisations d'assurance permettrait d'obtenir des fonds supplémentaires. L'amélioration du

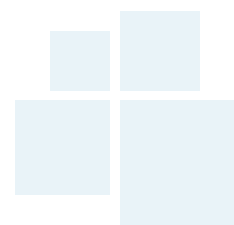
recouvrement de l'impôt peut être envisagée par tous les pays, bien que cela puisse être problématique pour de nombreux pays à revenu inférieur, dotés de vastes secteurs informels (17). Cependant, cela ne veut pas dire que ce n'est pas réalisable. Bien que la tâche soit complexe et souvent intimidante, les améliorations dans la perception des impôts ont eu lieu dans plusieurs situations, y compris dans les pays à vaste secteur privé, comme l'Indonésie (Encadré 2.2).

Le type de réformes entreprises par l'Indonésie nécessite des investissements et un niveau de technologie et d'infrastructure inatteignables par certains pays. Il nécessite aussi une amélioration de la perception des impôts des sociétés, et pas seulement des particuliers. Cela peut être encore problématique dans les pays à faible revenu, qui possèdent des industries d'extraction. Le manque de conformité par quelques grands contribuables potentiels est à lui seul capable de conduire à une perte considérable de revenu.

La mondialisation croissante et le placement d'actifs offshore (souvent dans des paradis fiscaux) augmentent le potentiel de perte des recettes publiques, soit par des échappatoires légales involontaires ou par l'utilisation illégale de comptes cachés par des individus. Tous les pays de l'OCDE acceptent désormais l'Article 26 du Modèle de convention fiscale de l'OCDE, relatif aux échanges de renseignements en matière fiscale, et plus de 360 accords d'échange d'informations fiscales ont été signés (19). Il est à espérer que les multinationales et les institutions financières qui les utilisent seront plus transparentes dans leurs relations à venir, et que les pays qui les hébergent obtiendront une juste part des recettes fiscales, dont une partie ira avec un peu de chance financer la santé.

Mais la conformité fiscale peut aussi être stimulée lorsque les citoyens pensent faire une bonne affaire avec les gouvernements. Une étude de 2009 a conclu que si la menace de détection et de sanction était un facteur clé de la conformité, les perceptions de la qualité du gouvernement étaient aussi importantes (20). La conformité fiscale était notamment plus élevée au Botswana, où les services publics étaient perçus comme bons, et moindre dans certains pays voisins, où la qualité des services publics était perçue comme inférieure.

À court terme, les pays à faible revenu et à grandes économies privées auront tendance à se concentrer sur les impôts relativement faciles à collecter, comme ceux provenant des employés du secteur structuré et des entreprises, des droits de douane à l'importation ou à



Encadré 2.2. L'Indonésie augmente ses recettes fiscales en encourageant la conformité

Même avant la crise asiatique de 1997–1998, la perception de l'impôt non pétrolier en Indonésie était sur le déclin, atteignant seulement 9,6% du PIB en 2000. Le régime de politique fiscale était compliqué et l'administration fiscale affaiblie. Fin 2001, le Directeur général de la taxation (DGT) a décidé de simplifier le système fiscal et son administration. L'objectif était d'encourager la conformité volontaire, par lequel les contribuables s'évaluent eux-mêmes, puis paient leurs impôts sur le revenu déclaré. La conformité volontaire comprend généralement 90% des recettes publiques totales pour un pays et représente une ligne de moindre résistance pour les gouvernements qui cherchent à optimiser leurs rendements fiscaux. En revanche, l'imposition forcée a tendance à être difficile, exigeant beaucoup de main-d'œuvre et de capital, et elle produit relativement peu de revenus.

Le DGT a rédigé des lois et règlements fiscaux qui étaient clairs, accessibles et appliqués logiquement, et il a adopté une politique de tolérance zéro envers la corruption. Le DGT a également introduit des procédures permettant de résoudre les litiges de manière rapide, impartiale et à peu de frais, et il a encouragé la transparence en permettant la soumission à un examen public minutieux de toutes les mesures prises par l'administration fiscale. La performance et l'efficacité ont été partiellement améliorées en numérisant un processus faisant auparavant usage de papier. Des résultats positifs s'en sont suivis, avec un rendement fiscal accru de 9,9 à 11% du PIB non pétrolier quatre ans après sa mise en place. Les recettes fiscales supplémentaires ont permis d'augmenter les dépenses publiques totales, les dépenses de santé augmentant plus rapidement que les autres.

Source: (18).

l'exportation de plusieurs types et de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) (21). Par exemple, le Ghana obtient 70 à 75% de ses besoins de financement pour son régime national d'assurance maladie par sa fiscalité, et en particulier par un prélèvement d'assurance maladie national de 2,5% sur la TVA qui s'élève à 12,5%. Le reste des fonds provient d'autres fonds publics et de partenaires de développement, alors que les cotisations, la source de revenu traditionnelle d'une assurance, ne représentent que 3% du revenu total. Le régime national d'assurance maladie fondé sur la TVA a pu supporter une augmentation des dépenses de santé totales par des fonds mis en commun, générés au niveau national. En même temps, il a diminué la dépendance du système des paiements directs comme source de financement (22).

En 2003, le Chili, un pays à revenu intermédiaire-supérieur, a aussi introduit une augmentation de 1% de la TVA pour financer la santé. Même les pays plus riches sont forcés à diversifier leurs sources de financement, loin des formes traditionnelles d'impôts sur le revenu et des déductions d'assurance basées sur les salaires. Une population vieillissante se traduit par une proportion plus faible de personnes actives et les contributions indexées sur le salaire ne couvrent plus les dépenses totales des soins médicaux. À titre d'exemple, l'Allemagne a récemment commencé à injecter de l'argent provenant de l'impôt général sur le revenu dans le système social d'assurance maladie au moyen d'un nouveau fonds central appelé *Gesundheitsfond*. Le régime national d'assurance maladie français a été financé pendant 30 ans en partie par la *Contribution sociale généralisée*, qui inclut les impôts perçus sur les biens immobiliers et les plus-values en plus de formes plus traditionnelles de revenu, telles que l'impôt sur le revenu (23).

Explorer les sources de financement national de la santé

La communauté internationale a pris plusieurs mesures importantes depuis l'an 2000 pour lever des fonds supplémentaires afin d'améliorer la santé dans les pays pauvres. Ils sont brièvement exposés ici car ils suggèrent des idées aux pays pour qu'eux aussi lèvent des fonds nationaux.

L'une des premières mesures a été la taxe sur les billets d'avion, utilisée pour financer Unitaid, un organisme international d'achat de médicaments pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme (24, 25). Cette mesure a fourni presque 1 milliard de dollars jusqu'à présent et, combinée avec l'assistance plus traditionnelle au développement, elle a permis à Unitaid de financer des projets dans 93 pays, totalisant 1,3 milliard de dollars depuis 2006 (26). Le pouvoir d'achat d'Unitaid s'est en même temps traduit par une chute significative des prix de certains produits, augmentant les quantités disponibles afin d'améliorer la santé. Plus récemment, la Fondation du Millénaire pour les financements innovants dans le secteur de la santé a lancé un impôt volontaire de solidarité appelé MassiveGood, par lequel des individus peuvent apporter leurs contributions volontaires au fonds d'Unitaid lorsqu'ils achètent des produits de voyage et de tourisme (27, 28).

On estime que la vente d'obligations garanties par des pays donateurs et émises sur les marchés financiers internationaux a permis de collecter

plus 2 milliards de dollars depuis 2006 (29). Ces fonds sont acheminés vers la Facilité internationale de financement pour la vaccination (*International Finance Facility for Immunisation* – IFFIm), liée à GAVI Alliance. Les gouvernements de huit pays ont promis les fonds nécessaires pour racheter ces obligations lorsqu'elles seront arrivées à terme. Toutefois, la traduction de ce mécanisme en ressources supplémentaires collectées pour la santé mondiale dépend essentiellement de savoir si ces rachats seront considérés comme faisant partie des futurs paiements d'aide projetés ou s'ils s'y ajouteront. Cependant, ils permettent au moins de déboursier l'aide immédiatement, sans délai.

Plus récemment, la Taskforce sur les Financements Innovants des Systèmes de Santé a examiné un éventail plus large d'options pour compléter les fonds bilatéraux traditionnels d'aide (30). La Taskforce a conclu qu'un impôt sur le change de devises pouvait collecter la plus grande quantité d'argent au niveau mondial : une somme annuelle dépassant 33 milliards de dollars, mais plusieurs options supplémentaires sont également recommandées (30, 31).

Ces développements ont contribué à identifier de nouvelles sources de fonds et ont étayé l'élan de solidarité internationale pour le financement de la santé. Cependant, les débats sur les innovations en matière de financement ont ignoré jusqu'à présent les besoins qu'ont les pays de trouver de nouvelles sources nationales de fonds pour leur propre utilisation : les pays à revenus faible et moyen qui ont simplement besoin de collecter davantage et les pays à revenu élevé qui ont besoin d'innover face aux changements des besoins de santé, des demandes et des modes d'organisation du travail.

Pour faciliter ce débat, une liste d'options pour les pays qui cherchent à augmenter ou à diversifier leurs sources nationales de fonds est fournie au Tableau 2.1, en s'inspirant du travail précité. Certaines options ne seront applicables que dans certaines situations, et le potentiel générateur de revenus de celles qui le seront variera encore selon les pays. Toutefois, nous souhaitons suggérer un niveau possible de fonds qui pourraient être levés à l'échelle nationale. Par exemple, bien que l'impôt sur le change de devises proposé par la Taskforce puisse rapporter de grosses sommes d'argent, les transactions financières et les produits sur lesquels il serait basé sont concentrés dans des pays à revenu élevé. En effet, 10 pays à revenu élevé représentent 85% du commerce de change traditionnel (35). Les volumes des transactions sont faibles dans les pays à revenus faible et moyen, et donc cet impôt spécifique n'est pas applicable à la plupart d'entre eux. Des exceptions existent : l'Inde possède un important marché de change de devises, avec des taux journaliers de circulation de 34 milliards de dollars (35). Un impôt de 0,005% sur le change sur ce volume peut rapporter à l'Inde environ 370 millions de dollars par an si elle décide de l'appliquer.

Lesdites taxes de solidarité sur les marchandises et services spécifiques sont une autre option prometteuse, offrant une capacité garantie de générer du revenu, relativement peu de dépenses administratives et une certaine durabilité. Avec le soutien politique, elles peuvent être rapidement mises en place. L'impôt de solidarité obligatoire sur les billets d'avion peut, par exemple, nécessiter 2 à 12 mois de délai avant d'être appliqué (30).

L'introduction de mécanismes impliquant la fiscalité peut être politiquement sensible et se heurtera invariablement à la résistance des groupes

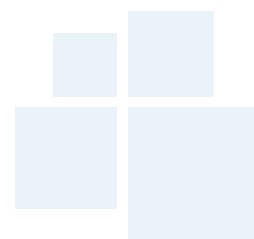


Tableau 2.1. Options nationales de financement innovant

Options	Potentiel de levée de fonds ^a	Hypothèses/Exemples	Remarques
Impôt spécial sur les grandes entreprises rentables - une taxe/prélèvement imposée à certaines grandes entreprises économiques dans le pays	\$\$-\$\$\$	L'Australie a récemment imposé une taxe spécifique sur les sociétés minières; le Gabon a introduit un impôt pour les entreprises de téléphonie mobile; le Pakistan dispose de longue date un impôt sur les firmes pharmaceutiques	Spécifique au contexte
Prélèvement sur les transactions de devises - un impôt sur les opérations de change sur les marchés de devises	\$\$-\$\$\$	Certain pays à moyen revenu ayant d'importants marchés de transactions de devises pourraient collecter de nouvelles ressources importantes	Peut nécessiter une coordination avec d'autres marchés financiers si entrepris à grande échelle
Emprunt par obligations destiné à la diaspora - obligations de l'État proposées à la vente aux concitoyens qui vivent à l'étranger	\$\$	Baisse les frais d'emprunt pour le pays (ristourne patriotique); a été utilisé en Inde, en Israël et au Sri Lanka, mais pas nécessairement pour la santé	Pour les pays ayant une diaspora importante
Impôt sur les transactions financières - un impôt sur toutes les transactions liées aux comptes bancaires ou sur les transactions de versement	\$\$	Dans les années 1990, le Brésil avait un impôt sur les transactions bancaires, mais il a été remplacé par la suite par un impôt sur le flux de capital de/vers le pays; le Gabon a mis en place un impôt sur les transactions de versement	Il semble que des groupes d'intérêts se soient opposés plus fermement à cet impôt qu'à d'autres (32)
Contributions de solidarité volontaire liées aux téléphones portables - les contributions de solidarité permettraient aux individus et aux entreprises de faire des dons volontaires par le biais de leur facture mensuelle de téléphone portable	\$\$	Le marché mondial pour les services de téléphonie mobile post-payés est de 750 milliards de dollars, de ce fait même 1% rapporterait beaucoup d'argent; pertinent pour les pays à revenus faible, moyen et élevé. (33)	L'établissement et les coûts d'exploitation pourraient être d'environ 1 à 3% du revenu. (33)
Droit d'accise sur le tabac - un impôt indirect sur les produits du tabac Droit d'accise sur l'alcool - un impôt indirect sur les produits alcoolisés	\$\$	Ces impôts indirects sur le tabac et l'alcool existent dans la plupart des pays, mais il existe un vaste périmètre pour les augmenter dans de nombreux pays sans causer de chute de revenus	Réduit la consommation de tabac et d'alcool, ce qui a un impact positif sur la santé publique
Impôt indirect sur les aliments non sains (sucre, sel) - un impôt indirect sur les produits alimentaires et les ingrédients néfastes	\$-\$	La Roumanie propose d'appliquer une taxe de 20% sur les aliments à teneur élevée en graisse, sel, additifs et sucre. (34)	Réduit la consommation d'aliments néfastes et améliore la santé
Vente de produits ou services franchisés - semblable au ProductRED du Fonds Mondial, par lequel les entreprises sont autorisées à vendre des produits dont une partie des profits va à la santé	\$	Vente de produits ou de services franchisés, pour lesquels un pourcentage des profits va à la santé	Un tel projet pourrait être mis sur pied dans les pays à revenus bas et moyen de façon à ne pas rivaliser avec le Fonds Mondial
Taxe touristique - un impôt sur le tourisme serait collecté pour les activités liées en grande partie aux visiteurs internationaux	\$	Les taxes de départ aéroportuaires sont déjà largement acceptées; un composant santé pourrait y être ajouté, ou d'autres taxes pourraient être trouvées	Le gain varierait fortement entre les pays selon la force de leur secteur touristique

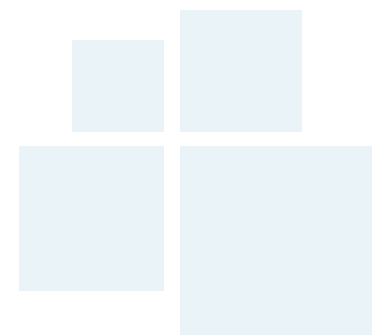
^a \$, potentiel faible de collecte de fonds ; \$\$, potentiel moyen de collecte de fonds ; \$\$\$, potentiel élevé de collecte de fonds.

d'intérêts particuliers. Ainsi, un impôt sur les opérations de change de devises peut être perçu comme un frein dans le secteur bancaire ou comme une forme de dissuasion pour les exportateurs/importateurs. Lorsque le Gabon a introduit un impôt sur les transferts d'argent en 2009 pour lever des fonds visant à subventionner les soins médicaux des groupes à faible revenu, certains ont protesté, invoquant le fait que cela constituait une restriction à l'échange. Le Gabon a néanmoins taxé à 1,5% les profits après impôts des entreprises de transfert et à 10% les opérateurs de téléphonie portable. Ces deux impôts ont rapporté au secteur de la santé l'équivalent de 30 millions de dollars en 2009 (36, 37). De même, depuis de nombreuses années, le gouvernement pakistanais taxe les profits des firmes pharmaceutiques pour financer une partie des coûts de sa santé (38).

Parallèlement, les taxes sur les produits nocifs à la santé ont l'avantage de lever des fonds et d'améliorer la santé tout en réduisant la consommation de produits néfastes, comme le tabac ou l'alcool. Des études dans 80 pays ont montré que le prix réel du tabac, ajusté au pouvoir d'achat, a chuté entre 1990 et 2000. Bien qu'il y ait eu des augmentations depuis 2000, il existe des possibilités de générer des revenus dans ce secteur, comme le préconise la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. (39).

Il n'est pas possible ici de fournir des évaluations pays par pays sur le montant que pourrait rapporter chacun de ces mécanismes innovants de financement. Mais l'OMS a analysé les avantages potentiels de l'augmentation des taxes sur le tabac dans 22 des 49 pays à faible revenu, pour lesquels des données suffisantes ont permis les calculs. Les impôts indirects dans ces pays varient de 11 à 52% du prix au détail de la marque la plus populaire de cigarettes, représentant une fourchette nominale de 0,03 à 0,51 dollar par paquet de 20 cigarettes (37). Nous estimons qu'une augmentation de 50% des impôts indirects produirait 1,42 milliard de dollars de fonds supplémentaires pour ces pays - une somme conséquente. Dans des pays comme la République démocratique populaire lao, Madagascar et le Viet Nam, ce revenu supplémentaire représenterait une augmentation de 10% ou plus des dépenses totales de la santé, et une augmentation de plus de 25% du budget national de la santé, en supposant que le revenu accumulé soit entièrement attribué à la santé (Encadré 2.3). Envisagée d'un autre point de vue, cette mesure simple pourrait rapporter des fonds supplémentaires à hauteur de plus du double des niveaux actuels de l'aide extérieure à la santé dans certains pays.

Il existe une inquiétude internationale croissante au sujet des conséquences économiques et indésirables pour la santé de la consommation d'alcool, et les politiques tarifaires peuvent être au centre de stratégies permettant de pallier ces inquiétudes. Par exemple, les prix de l'alcool ont augmenté de 20% en août 1985 et de 25% de plus l'année suivante à Moscou. Résultat : une chute spectaculaire (28,6%) de la consommation d'alcool au cours des 18 mois suivants. Les admissions à l'hôpital pour troubles mentaux et comportementaux liés à l'alcool et les décès des suites de cirrhose hépatique, d'empoisonnement alcoolique et d'autres violences ont considérablement diminué. Ces mesures ont cessé en 1987 et au cours de la période suivante, lorsque les prix de l'alcool ont augmenté à une vitesse beaucoup plus lente que les autres prix, bon nombre de ces tendances positives se sont inversées. (44).



L'analyse de plusieurs pays sélectionnés, disposant de données sur la consommation, la taxation et la tarification des boissons alcooliques, montre que, si les impôts indirects s'étaient élevés à au moins 40% du prix de détail, un revenu supplémentaire majeur aurait pu être produit et les effets néfastes de l'alcool réduits. Pour les 12 pays à faible revenu composant l'échantillon, les niveaux de consommation auraient chuté de plus de 10%, alors que les recettes fiscales auraient triplé pour atteindre 38% des dépenses de santé totales dans ces pays. (37).

Ces sommes ne sont pas négligeables. Si tous les pays ne choisissaient qu'une des options décrites dans le Tableau 2.1 et donnaient aussi une priorité plus élevée à la santé dans leurs budgets nationaux, des sommes supplémentaires conséquentes pourraient être collectées pour la santé.

Encadré 2.3. Affectation ou non-affectation ?

Les impôts affectés sont destinés à un programme ou à une utilisation particulière. Par exemple, les redevances télévisuelles sont utilisées pour financer la radiodiffusion publique et les péages routiers sont utilisés pour entretenir et améliorer les routes. La Fondation Healthway pour la promotion de la santé en Australie occidentale a été créée en 1991 sur cette base, financée initialement par un impôt supplémentaire sur les produits du tabac, alors que la République de Corée instituait un Fonds national de promotion de la santé en 1995, financé en partie par les taxes sur le tabac (40). Le Fonds de promotion de la santé thaïlandais, créé en 2001, a été financé par une augmentation de 2% du prix du tabac et de l'alcool (41, 42).

Les ministères de la Santé sont souvent favorables à ces impôts car ils garantissent les fonds, notamment pour la promotion et la prévention de la santé. Il est difficile pour ces activités de rivaliser avec les services de financement curatifs, d'une part parce qu'ils sont perçus comme moins urgents, et d'autre part parce qu'ils ont tendance à donner des résultats à plus long terme, les rendant moins attrayants pour les hommes politiques qui sont attentifs au cycle électoral ou pour les fonds d'assurance plus intéressés par la viabilité financière.

Cependant, les ministères des Finances endossent rarement le principe de l'affectation car ils pensent qu'il sape leur mandat d'allocation de budgets. En prenant des décisions sur les dépenses en dehors du gouvernement, les revenus des impôts affectés peuvent exercer une contrainte sur la capacité du gouvernement à faire face aux cycles conjoncturels.

Dans la pratique, affecter toute forme particulière d'impôt - par exemple une taxe sur le tabac - pour la santé ne garantit pas que le financement national total de la santé augmentera. La plupart des recettes publiques sont essentiellement fongibles. Une augmentation du financement de la santé par des impôts affectés peut être compensée par une réduction du flux pour le reste du budget. Par conséquent, l'affectation qui entraîne une augmentation nette du financement de la santé ou d'une activité particulière est une question empirique.

Il est probable qu'une approche pragmatique offrira davantage de dividendes pour la santé qu'insister sur l'affectation. Si l'on peut persuader les gouvernements d'attribuer intégralement certaines des nouvelles sources des fonds dont il est question dans le présent chapitre à la santé, alors tant mieux. S'ils ne le peuvent pas, il est encore possible d'augmenter le financement de la santé car la santé reçoit habituellement une partie de toute augmentation des dépenses publiques. Bien que cette augmentation puisse être inférieure dans le cas de l'affectation, les défenseurs de la santé ont besoin d'être rassurés sur le fait qu'insister sur l'affectation n'aboutira pas à l'opposition totale au nouvel impôt par le ministère des Finances, ce qui empêcherait de recevoir tout nouvel argent.

Source : (43).

L'aide financière extérieure

Avant la récession économique mondiale qui a commencé fin 2008, l'aide au développement pour la santé des pays les plus riches aux plus pauvres augmentait à un taux important. Les pays à faible revenu ont vu les fonds des sources extérieures passer en moyenne de 16,5% de leurs dépenses totales de santé en 2000 à 24,8% en 2007. (4). D'après les bases de données gérées par le comité d'assistance au développement de l'OCDE, les engagements publics en matière de santé rapportés par des donateurs bilatéraux ont bondi d'environ 4 milliards de dollars en 1995 à 17 milliards de dollars en 2007 et à 20 milliards de dollars en 2008^a.

Il s'agit peut être ici d'une sous-estimation significative car la base de données du comité ne rend pas compte de toutes les contributions des gouvernements non-OCDE, comme celles de la Chine, de l'Inde et de certains pays du Moyen-Orient, qu'elle ne fournit les données que d'un nombre limité d'institutions multilatérales, et qu'elle ne comptabilise pas les fonds offerts par des acteurs privés clés dans le domaine de la santé, comme la Fondation

Bill & Melinda Gates, d'autres fondations privées et des organisations non gouvernementales. Une étude récente a suggéré que les contributions combinées de toutes ces sources s'élèveraient à environ 21,8 milliards de dollars, presque 5 milliards de dollars de plus qu'annoncé à l'OCDE en 2007 (45).

Cependant, la perspective pour les pays receveurs d'aide est moins positive que ces chiffres ne le suggèrent dans au moins quatre domaines fondamentaux.

Tout d'abord, en dépit de l'accroissement du soutien extérieur, les dépenses totales de santé restent pitoyablement faibles – insuffisantes même pour assurer l'accès universel à certains services de santé de base dans de nombreux pays. Nous avons mentionné précédemment que seuls 8 des 49 pays à faible revenu inclus dans l'analyse de la Taskforce sur les Financements Innovants des Systèmes de Santé étaient éventuellement capables d'obtenir toutes les ressources nécessaires pour répondre aux objectifs de santé de la Déclaration du millénaire à partir de ressources nationales d'ici 2015. Les autres pays nécessiteraient des rentrées supplémentaires provenant de sources extérieures, à hauteur de 2 à 41 dollars par personne en 2015.

Deuxièmement, bien que les fonds extérieurs aient considérablement augmenté, environ la moitié des pays ayant annoncé leurs débours d'aide au développement à l'OCDE sont en voie d'atteindre les cibles pour lesquelles ils se sont engagés au niveau international (pour un développement global, y compris la santé) (46). Les autres pays n'arrivent pas à la hauteur de leurs promesses, certains en sont même très loin. De lents progrès vers l'accomplissement de ces engagements ont un coût énorme en vies humaines. Ainsi, 3 millions de vies supplémentaires pourraient être sauvées avant 2015 si tous les donateurs tenaient leurs promesses. (7).

Troisièmement, l'aide au développement compte tenu des chiffres de santé rapportés ci-dessus représente des engagements et les débours réels sont inférieurs. De plus, certains des fonds que les donateurs indiquent avoir versés n'arrivent pas dans les pays receveurs pour y être dépensés. Une proportion parfois considérable de l'aide est consacrée à la coopération technique. C'était le cas entre 2002 et 2006, par exemple, lorsque la base de données du comité a rapporté que plus de 40% de l'aide officielle au développement (AOD)^b de la santé a été absorbée par l'assistance technique, finançant souvent les ressortissants du pays donateur afin de fournir de l'aide ou une formation aux pays receveur (47). Bien que l'assistance technique puisse être utile, les débours rapportés gonflent la quantité de fonds disponibles que les pays receveurs peuvent utiliser pour améliorer la santé au niveau local.

Enfin, des inquiétudes ont récemment été exprimées sur le fait qu'une partie de l'aide qui arrive dans les pays est soumise à des contraintes de dépenses. Les cibles macroéconomiques et monétaires pour l'inflation et pour le niveau de réserves des devises étrangères sont basés sur un concept de gestion macroéconomique prudente. Certains disent que cela empêche l'aide déboursée d'être complètement exploitée car une partie de l'aide qui arrive dans le pays peut être retenue hors circulation pour éviter l'inflation, ou elle est utilisée pour développer des réserves en devises étrangères (48–50).

Un vigoureux débat se tient actuellement pour déterminer si les cibles d'inflation et de réserves en devises étrangères présentes dans les pays sont trop strictes et les empêchent de dépenser l'aide que les donateurs fournissent pour la santé et le développement (39, 51, 52). De plus, la quantité des dépenses supplémentaires, qui pourrait être disponible si les cibles macroéconomiques étaient relâchées n'est toujours pas clair. Une étude récente indique que les dépenses supplémentaires seraient probablement faibles comparées aux fonds supplémentaires qui proviendraient de gouvernements donnant une priorité plus importante à la santé lors de l'attribution de leur budget (53).

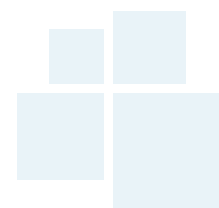
Le réexamen des cibles dans un cadre de prudence macroéconomique est sans doute une option pour augmenter la quantité d'aide qui peut être dépensée. Le déficit actif en est une autre. Les pays peuvent soit emprunter afin de dépenser maintenant, soit pratiquer ce qui a été récemment appelé un assouplissement quantitatif, c'est-à-dire imprimer des billets pour financer les dépenses courantes. Ni l'une ni l'autre de ces stratégies n'est viable à long terme car la dette contractée aujourd'hui devra être remboursée demain, et faire tourner la planche à billets finira par augmenter les pressions inflationnistes.

Une option plus durable consisterait à ce que les partenaires extérieurs réduisent la volatilité de leurs flux d'aide. Cela permettrait au moins d'assouplir les plafonds budgétaires publics pour la santé et d'utiliser davantage d'aide pour améliorer la santé. Un programme plus ambitieux a été récemment proposé, grâce auquel les pays donateurs et receveurs examineraient l'architecture d'ensemble de l'aide et son administration (54, 55). L'objectif visé serait de s'éloigner d'une aide caritative, à la totale discrétion des donateurs, et de se diriger vers un système de responsabilité mutuelle mondiale qui permettrait des flux de financement probablement plus importants et plus prévisibles pour les populations qui en ont besoin.

Les effets de la récession économique sur l'aide au développement

L'effet précis de la récession financière et économique qui a débuté en 2008 sur l'aide au développement pour la santé est encore vague. Cependant, on s'inquiète que cette récession puisse agir en tant que frein à un moment où émerge le sentiment mondial grandissant que le soutien financier extérieur de la santé doit augmenter.

L'ensemble de l'aide bilatérale au développement a tendance à refléter la croissance économique du pays donateur. Cela n'est pas toujours vrai pour l'aide au développement de la santé, qui lors de certaines crises économiques récentes s'est vu isolée en dépit d'une diminution de l'aide totale au développement (56). Cependant, de nombreux gouvernements qui étaient traditionnellement des contributeurs bilatéraux majeurs à l'aide au développement de la santé sont maintenant bien plus criblés de dettes qu'ils ne l'étaient lors de récessions passées, des dettes en majorité contractées pour assouplir les effets de la crise économique et stimuler la croissance dans leur pays. Certains de ces gouvernements essaient maintenant de réduire leur dette par des restrictions budgétaires.



L'OCDE rapporte qu'alors que certains donateurs promettent de maintenir leurs engagements à l'AOD pour 2010, certains grands donateurs ont déjà réduit ou différé leurs promesses (46). Dans son ensemble, l'AOD est encore supposée croître en 2010, mais à un taux inférieur aux prévisions initiales. Ce n'est pas une bonne nouvelle et on espère que les principaux donateurs maintiendront non seulement leurs niveaux actuels d'aide aux pays démunis, mais qu'ils les augmenteront également à la hauteur nécessaire pour tenir leurs promesses d'aide internationale. De même, il est à espérer qu'ils ne répondront pas aux endettements publics élevés par des coupes dans leurs services de santé nationaux.

Même avant la récession économique mondiale actuelle, il y avait lieu de s'inquiéter de la façon dont les fonds d'aide à la santé circulaient autour du globe. L'acheminement de l'aide vers des initiatives de santé à forte visibilité alors que d'autres sont négligées est une source d'inquiétude. Entre 2002 et 2006, les engagements financiers envers les pays à faible revenu se sont concentrés sur les objectifs du Millénaire (OMD 6) (lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies, y compris la tuberculose), soit pour 46,8% de l'aide extérieure totale de santé. On a estimé que cela ne laisse que 2,25 dollars par personne et par an pour tout le reste (santé infantile et maternelle (OMD 4 et 5), nutrition (OMD 1), maladies non transmissibles et renforcement des systèmes de la santé) (47). L'argent nécessaire pour renforcer les systèmes de la santé dépasse ce chiffre à lui seul – 2,80 dollars par personne exigé chaque année pour former du personnel soignant supplémentaire, et cette somme n'inclut même pas les fonds nécessaires à leurs salaires (57).

Le panorama est moins sombre si nous prenons en considération les efforts récents de GAVI Alliance et du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme pour soutenir le développement des systèmes de santé et le renforcement des capacités. Néanmoins, en dehors de celles qui font les gros titres, les autres maladies continuent à être négligées par les donateurs, comme le sont certaines questions des systèmes de santé, comme la gestion, la logistique, l'acquisition, l'infrastructure et le développement de la main-d'œuvre (58).

Le déséquilibre dans l'allocation de l'aide est tout aussi apparent lorsqu'elle est ventilée par pays. Certains pays sont particulièrement bien financés alors que d'autres ne reçoivent presque rien. La Figure 2.3 montre que les pays receveurs qui ont perçu plus de 20 dollars par personne d'assistance extérieure pour la santé en 2007 étaient des pays à revenu moyen, alors que la plupart des pays à faible revenu ont reçu moins de 5 dollars par personne. De nombreux pays parmi les plus pauvres reçoivent nettement moins d'assistance au développement de la santé que nombre de leurs voisins plus riches. Par exemple, la Namibie, un pays à revenu moyen inférieur, a reçu environ 34 dollars par personne pour la santé en 2007, comparé à 10 dollars pour le Mozambique, à 4,40 dollars pour la République démocratique du Congo et à 2,80 dollars pour la Guinée. (4). Il semblerait que beaucoup d'autres facteurs, en plus des besoins, déterminent les allocations d'aide.

La Taskforce sur les Financements Innovants des Systèmes de Santé a suggéré que la principale préoccupation de bon nombre de partenaires extérieurs sur certains pays et quelques programmes à forte visibilité est contraire à l'esprit de la Déclaration de Paris de 2005 sur l'efficacité de l'aide qui cherche à permettre aux pays receveurs de formuler et d'exécuter leurs

propres plans nationaux selon leurs priorités nationales (59). Dans son rapport, la Taskforce a appelé à un éloignement des «mécanismes de financement internationaux qui s'appuient sur les applications de projets approuvés au siège mondial ou dans la capitale d'un partenaire de développement» (60). Il convient plutôt de procéder à un recentrage sur les contributions financières convenues pour les plans de santé nationaux, plutôt qu'à la poursuite d'une aide attribuée selon les projets. Nous attendons encore de voir l'impact de ces idéaux se refléter dans les chiffres officiels. D'après une étude préparée pour l'Agence norvégienne pour la coopération au développement, entre 2002 et 2007, le nombre de projets liés à la santé, au lieu de chuter, a doublé pour atteindre 20 000. La plupart d'entre eux étaient des petits projets, avec un débours moyen de seulement 550 000 dollars (61). La nécessité de gérer, de surveiller et de faire des rapports sur une multitude de petits projets impose des coûts transactionnels élevés pour le pays receveur.

La Déclaration de Paris a en outre mis l'accent sur le fait que les fonds devaient être prévisibles et à long terme. Lorsque les pays ne peuvent pas s'appuyer sur des fonds stables (au Burkina Faso, l'aide au développement de la santé a fluctué entre 4 et 10 dollars par personne de 2003 à 2006), il leur est pratiquement impossible de préparer le futur. Certains pays à faible revenu voient les deux tiers de leurs dépenses totales de santé financées par des ressources extérieures, faisant de toute prévision de flux d'aide une source constante d'inquiétude. (4, 62).

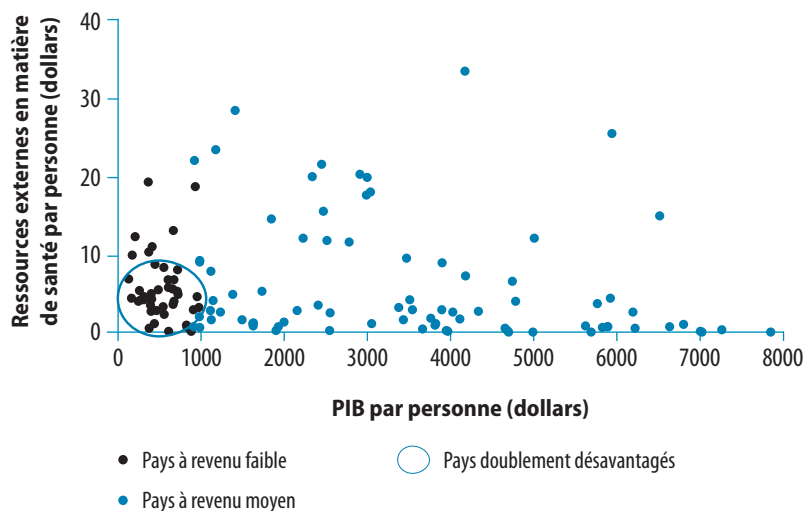
Certains partenaires de développement commencent déjà à sortir des engagements traditionnels à court terme de l'AOD par la façon dont ils structurent leurs contributions. Les contrats OMD de l'Union européenne en sont un exemple, en offrant un soutien budgétaire souple, lié aux performances sur une période de six ans. Ce genre d'engagement ne fait pas l'unanimité car

il limite les futurs budgets de l'aide. Cela dit, avec le programme d'action Accra de 2008, les donateurs du comité d'aide au développement de l'OCDE ont promis de fournir aux pays receveurs des informations sur leurs «dépenses et/ou plans d'implémentation triennaux ou quinquennaux». Il s'agit peut-être du début d'engagements à plus long terme (59).

Conclusions

Les pays ont continuellement besoin d'adapter leurs systèmes de financement afin de collecter des fonds suffisants pour leurs systèmes de santé. De nombreux pays à revenu élevé font face à une diminution de la proportion de leur population active et doivent considérer des

Figure 2.3. Aide au développement de la santé par personne et par niveau de revenu du pays, pays à revenus faible et moyen, 2007^a



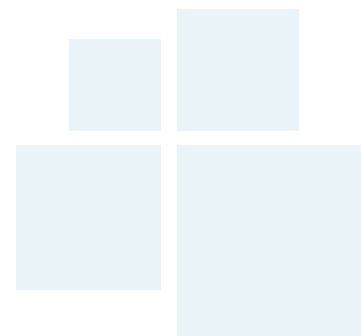
^a À l'exclusion des petits États insulaires.

Source : Organisation mondiale de la Santé, série comptes de la santé nationale (4).

alternatives aux sources de revenus traditionnelles sous forme d'impôts sur le revenu et de cotisations d'assurance maladie des salariés et de leurs employeurs. Dans de nombreux pays à faible revenu, l'économie du secteur privé occupe davantage de personnes que le secteur structuré, rendant difficile la perception des impôts sur les revenus et des cotisations d'assurance maladie indexées sur les salaires.

Il existe plusieurs options de collecte des fonds supplémentaires pour la santé, dont une liste est fournie dans le Tableau 2.1. Elles ne s'appliquent pas toutes à tous les pays. De plus, le potentiel générateur de revenus et la faisabilité politique des options applicables varient selon le pays. Cependant, dans certains cas, les revenus supplémentaires à puiser de l'une ou de plusieurs de ces options pourraient être considérables, peut-être même davantage que l'aide actuelle. Ces mécanismes innovants et complémentaires ne sont pourtant pas la seule option. Pour de nombreux gouvernements de pays riches et pauvres, la santé revêt encore une priorité relativement peu élevée lorsqu'il s'agit de distribuer des fonds. Il est par conséquent important de mieux équiper les ministères de la Santé afin qu'ils négocient avec les ministères des Finances et de la Planification, ainsi qu'avec les établissements financiers internationaux. Néanmoins, le message exprimé dans ce chapitre est que tout pays peut mieux faire au niveau national pour lever des fonds supplémentaires pour la santé.

Toutefois, le financement innovant ne devrait pas être considéré comme un substitut du flux d'AOD des nations donatrices. On peut comprendre les demandes d'utilisation des fonds extérieurs de façon plus transparente et plus efficace chez les pays receveurs. Mais de telles préoccupations ne devraient pas empêcher les pays plus riches de tenir les promesses qu'ils ont faites à Paris et à Accra. L'action collective qui a conduit à la facilité de financement international en faveur de la vaccination et à la Fondation du Millénaire a été inestimable pour financer des produits publics mondiaux en matière de santé, mais il n'y a pas de raison pour que les pays attendent davantage de collaboration mondiale pour agir. Si les gouvernements des pays donateurs tenaient leurs promesses d'aide internationale actuelles en attribuant des fonds de façon à soutenir les plans de santé nationaux gérés par les pays, la communauté internationale aurait déjà bien progressé pour atteindre les OMD de 2015. De plus, si chaque pays donateur adoptait une seule des options innovantes décrites ici et utilisait ce revenu pour compléter l'AOD, il poserait les fondations d'un mouvement durable vers une couverture universelle de santé et une meilleure santé dans le futur. ■



Références

1. *NICE draft recommendation on the use of drugs for renal cancer*. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009 (<http://www.nice.org.uk/newsroom/pressreleases/pressreleasesearchive/PressReleases2009.jsp?domedia=1&mid=42007069-19B9-E0B5-D429BEDD12DFE74E>, accessed 3 April 2010).
2. Kidney cancer patients denied life-saving drugs by NHS rationing body NICE. *Daily Mail*, 29 April 2009 (<http://www.dailymail.co.uk/health/article-1174592/Kidney-cancer-patients-denied-life-saving-drugs-NHS-rationing-body-NICE.html>, accessed 3 April 2010).
3. *NICE issues guidance on the use of other treatment options for renal cancer*. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009 (<http://www.nice.org.uk/newsroom/pressreleases/pressreleasesearchive/PressReleases2009.jsp?domedia=1&mid=4BAE772C-19B9-E0B5-D449E739CDCD7772>, accessed 7 July 2010).
4. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha>, accessed 4 May 2010).

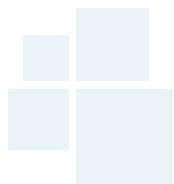
- 5.. Treerutkuarkul A, Treerutkuarkul A. Thailand: health care for all, at a price. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010,88:84-85. doi:10.2471/BLT.10.010210 PMID:20428360
6. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization, 2001.
7. *Constraints to scaling up the health Millennium Development Goals: costing and financial gap analysis*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Background document for the Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems; [http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/working_group_1_technical_background_report_\(world_health_organization\)_EN.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/working_group_1_technical_background_report_(world_health_organization)_EN.pdf), accessed 6 July 2010).
8. Durairaj V. *Fiscal space for health in resource-poor countries*. World health report 2010 background paper, no. 41 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
9. Missoni E, Solimano G. *Towards universal health coverage: the Chilean experience*. World health report 2010 background paper, no. 4 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
10. *Technical briefing on Millennium Development Goals*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/entity/gho/mdg/MDG_WHA2010.pdf, accessed 7 July 2010).
11. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
12. African Summit on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. *Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases, 24-27 April 2001*. Organisation of African Unity, 2001 (OAU/SPS/ABUJA/3).
13. Wibulpolprasert S, Thaiprayoon S. Thailand: good practice in expanding health care coverage. Lessons from reforms in a country in transition. In: Gottret P, Schieber GJ, Waters HR, eds. *Lessons from reforms in low- and middle-income countries. Good practices in health financing*. Washington, DC, The World Bank, 2008:355-384.
14. James CD, Dodd R, Nguyen K. *External aid and health spending in Viet Nam: additional or fungible?* World health report 2010 background paper, no. 40 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
15. Fernandes Antunes AF et al. *General budget support – has it benefited the health sector?* World health report 2010 background paper, no. 14 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
16. Kaddar M, Furrer E. Are current debt relief initiatives an option for scaling up health financing in beneficiary countries? *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:877-883. doi:10.2471/BLT.08.053686 PMID:19030694
17. Gordon R, Li W. Tax structures in developing countries: many puzzles and a possible explanation. *Journal of Public Economics*, 2009,93:855-866. doi:10.1016/j.jpubeco.2009.04.001
18. Brondolo J et al. *Tax administration reform and fiscal adjustment: the case of Indonesia (2001-07)*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2008 (IMF Working Paper WP/08/129; <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2008/wp08129.pdf>, accessed 09 July, 2010).
19. *Promoting transparency and exchange of information for tax purposes*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010 (<http://www.oecd.org/dataoecd/32/45/43757434.pdf>, accessed 7 July 2010).
20. Cummings RG et al. Tax morale affects tax compliance: evidence from surveys and an artefactual field experiment. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 2009,70:447-457. doi:10.1016/j.jebo.2008.02.010
21. Tsounta E. *Universal health care 101: lessons for the Eastern Caribbean and beyond*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2009 (IMF Working Paper WP/09/61; <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2009/wp0961.pdf>, accessed 5 July 2010).
22. Witter S, Garshong B. Something old or something new? Social health insurance in Ghana. *BMC International Health and Human Rights*, 2009,9:20- doi:10.1186/1472-698X-9-20 PMID:19715583
23. Wanert S. *Aspects organisationnels du système de financement de la santé Français avec une attention générale pour la Réforme de l'Assurance Maladie Obligatoire du 13 août 2004*. Geneva, World Health Organization, 2009 (Health Systems Financing Discussion Paper No. 5, HSS/HSF/DP.F.09.5; http://www.who.int/health_financing/documents/cov-dp_f_09_05-org_fra-e/en/index.html, accessed 6 July 2010).
24. Unitaid, 2010 (<http://www.unitaid.eu/en/UNITAID-Mission.html>, accessed 1 June 2010).
25. Fryatt R, Mills A, Nordstrom A. Financing of health systems to achieve the health Millennium Development Goals in low-income countries. *Lancet*, 2010,375:419-426. doi:10.1016/S0140-6736(09)61833-X PMID:20113826
26. *Questions and answers*. Unitaid (http://www.unitaid.eu/images/NewWeb/documents/en_qa_finalrevised_mar10.pdf, accessed 7 July 2010).
27. Le Gargasson J-B, Salomé B. *The role of innovative financing mechanisms for health*. World health report 2010 background paper, no.12 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
28. *MassiveGood*. Millenium Foundation (http://www.massivegood.org/en_US/the-project, accessed 7 July 2010).

29. International Financing Facility for Immunization (IFFIm) (<http://www.iff-immunisation.org>, accessed 3 May 2010).
30. *Raising and channeling funds: Working Group 2 report*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_2_report_raising_and_channeling_funds_EN.pdf, accessed 6 July 2010).
31. *Currency transaction levy*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/factsheet_-_currency_transaction_levy_EN.pdf, accessed 6 June 2010).
32. Honohan P, Yoder S. *Financial transactions tax panacea, threat, or damp squib?* Washington, DC, The World Bank, 2010 (Policy Research Working Paper No. 5230; http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2010/03/02/000158349_20100302153508/Rendered/PDF/WPS5230.pdf, accessed 7 July 2007).
33. *Mobile phone voluntary solidarity contribution (VSC)*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems Factsheet, 2010 (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/factsheet_-_mobile_phone_voluntary_solidarity_contribution_EN.pdf, accessed 30 May 2010).
34. Holt E. Romania mulls over fast food tax. *Lancet*, 2010,375:1070- doi:10.1016/S0140-6736(10)60462-X PMID:20352658
35. Bank for International Settlements. *Triennial Central Bank Survey: foreign exchange and derivatives market activity in 2007*. Basel, Bank for International Settlements, 2007 (<http://www.bis.org/publ/rpfx07t.pdf>, accessed 12 July 2010).
36. Musango L, Aboubacar I. *Assurance maladie obligatoire au Gabon: un atout pour le bien-être de la population*. World health report 2010 background paper, no. 16 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
37. Stenberg K et al. *Responding to the challenge of resource mobilization - mechanisms for raising additional domestic resources for health*. World health report 2010 background paper, no. 13 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
38. Nishtar S. *Choked pipes—reforming Pakistan’s mixed health system*. Oxford, Oxford University Press, 2010
39. Prakongsai P, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Can earmarking mobilize and sustain resources to the health sector? *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:898-901. doi:10.2471/BLT.07.049593 PMID:19030701
40. Bayarsaikhan D, Muiser J. *Financing health promotion*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Health Systems Financing Discussion Paper No. 4, HSS/HSF/DP.07.4; http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_4-health_promotion.pdf, accessed 6 July 2010).
41. Srithamrongswat S et al. *Funding health promotion and prevention – the Thai experience*. World health report 2010 background paper, no. 48 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
42. Tangcharoensathien V et al. Innovative financing of health promotion. In: Heggenhougen K, Quah S, eds. *International Encyclopedia of Public Health*, 1st edn. San Diego, CA, Academic Press, 2008:624–637.
43. Doetinchem O. *Hypothecation of tax revenue for health*. World health report 2010 background paper, no. 51 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
44. Nemtsov AV. Alcohol-related harm and alcohol consumption in Moscow before, during and after a major anti-alcohol campaign. *Addiction*, 1998,93:1501-1510. PMID:9926554
45. Ravishanker N et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet*, 2009,373:2113-2124. doi:10.1016/S0140-6736(09)60881-3 PMID:19541038
46. *Development aid rose in 2009 and most donors will meet 2010 aid targets*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010 (http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en_2649_34487_44981579_1_1_1_1,00.html, accessed 7 June 2010).
47. Piva P, Dodd R. Where did all the aid go? An in-depth analysis of increased health aid flows over the past 10 years. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:930-939. doi:10.2471/BLT.08.058677 PMID:20454484
48. Goldsborough D. *Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action*. Washington, DC, Center for Global Development, 2007 (http://www.cgdev.org/doc/IMF/IMF_Report.pdf, accessed 3 May 2007).
49. *Changing IMF policies to get more doctors, nurses and teachers hired in developing countries*. ActionAid, 2010 (<http://www.ifwatchnet.org/sites/ifwatchnet.org/files/4-pager%20--%20IMF%20and%20health.pdf>, accessed 7 July 2010).

50. Rowden R. *Viewpoint: restrictive IMF policies undermine efforts at health systems strengthening*. World health report 2010 background paper, no. 49 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_backgroundbackground/en).
51. *The IMF and aid to Sub-Saharan Africa*. Washington, DC, Independent Evaluation Office of the International Monetary Fund, 2007 (<http://www.imf.org/external/np/ieo/2007/ssa/eng/pdf/report.pdf>, accessed 7 July 2010).
52. Sanjeev G, Powell R, Yang Y. *Macroeconomic challenges of scaling up aid to Africa: a checklist for practitioners*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2006 (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/afr/aid/2006/eng/aid.pdf>, accessed 12 July 2010).
53. Haacker M. *Macroeconomic constraints to health financing: a guide for the perplexed*. World health report 2010 background paper, no. 50 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
54. Gostin LO et al. *The joint learning initiative on national and global responsibility for health*. World health report 2010 background paper, no. 53 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
55. Ooms G, Derderian K, Melody D. Do we need a world health insurance to realise the right to health? *PLoS Medicine*, 2006,3:e530- doi:10.1371/journal.pmed.0030530 PMID:17194201
56. Development Assistance [online database]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>, accessed 3 March 2010).
57. *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
58. *Effective aid – better health: report prepared for the Accra High-level Forum on Aid Effectiveness*. The World Bank/ Organisation for Economic Co-operation and Development/World Health Organization, 2008 (http://www.gavialliance.org/resources/effectiveaid_betterhealth_en.pdf, accessed 28 February 2010).
59. *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (<http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>, accessed 7 July 2010).
60. *Working Group 2: Raising and channelling funds – progress report to taskforce*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (<http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/london%20meeting/new/Working%20Group%202%20First%20Report%20090311.pdf>, accessed 19 May 2010).
61. Waddington C et al. *Global aid architecture and the health Millennium Development Goals*. Norwegian Agency for Development Cooperation, 2009 (www.norad.no/en/_attachment/146678/binary/79485?download=true, accessed 5 April 2010).
62. Van de Maele N. *Variability in disbursements of aid for health by donor and recipient*. World health report 2010 background paper, no. 15 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

Notes

- a La Taskforce a inclus des interventions prouvées pour réduire la mortalité des mères, des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans ; soins d'accouchement ; services de santé liés à la procréation ; prévention et traitement des principales maladies infectieuses ; diagnostic, informations, orientation et soins palliatifs pour tout nouvel état de santé ; et promotion de la santé.
- b D'ordinaire, le terme aide officielle au développement (AOD) est utilisé pour décrire l'aide fournie officiellement par les gouvernements. L'aide au développement de la santé est plus générale, comprenant l'AOD, plus des prêts et des crédits bancaires provenant de banques de développement multilatérales, de transferts de fondations majeures et d'ONG.





Chapitre 3 | La force du nombre



Messages clés

- Les systèmes qui nécessitent des paiements directs au moment où les gens ont besoin de soins (y compris les honoraires et les paiements pour médicaments) empêchent l'accès aux services à des millions de personnes et se traduisent par des difficultés financières, voire un appauvrissement pour des millions d'autres.
- Les pays peuvent accélérer leur progression vers une couverture universelle en réduisant le recours aux paiements directs. Cela nécessite l'introduction ou le renforcement des formes de prépaiement et de mise en commun des ressources.
- Les pays qui se sont le plus rapprochés de la couverture universelle de la santé rendent obligatoires les contributions des personnes qui peuvent se permettre de payer, par l'imposition et/ou les cotisations d'assurance.
- Les fonds prépayés obligatoires devraient idéalement être combinés dans une caisse unique plutôt que d'être maintenus dans des caisses distinctes. En réduisant la fragmentation, il y a un potentiel accru pour fournir une protection financière à partir d'un niveau donné de fonds prépayés, qui, à leur tour, permettront d'atteindre plus facilement les objectifs d'équité.
- Les régimes volontaires, comme l'assurance maladie participative ou la micro-assurance, peuvent encore jouer un rôle utile lorsque les sources obligatoires ne fournissent que des niveaux minimes de prépaiement. S'ils peuvent réacheminer certains paiements directs dans des caisses prépayées, ils peuvent étendre dans une certaine mesure la protection contre le risque financier en cas de la maladie et aider les gens à comprendre les avantages de l'assurance.
- Certaines personnes feront face à des barrières financières à l'accès, même si les paiements directs sont supprimés. Les frais de transport et d'hébergement liés aux soins peuvent encore se montrer prohibitifs. Les gouvernements doivent envisager des options, notamment des transferts monétaires conditionnels, afin de réduire ces barrières.

3



La force du nombre

Les problèmes liés aux paiements directs

La façon dont sont payés les services de santé est un aspect essentiel de la performance du système de la santé. S'il est impératif de rassembler des ressources suffisantes pour gérer un système de santé, la façon dont ces ressources sont utilisées pour se procurer des produits et des services (en d'autres termes, le mode de paiement) est tout aussi importante. L'une des modalités les plus courantes au monde est le paiement direct des médicaments et des services de santé au moment où l'on en a besoin, et les pays les plus défavorisés sont ceux qui l'utilisent le plus (1).

Une étude récente menée dans 50 pays à revenus faible et moyen et basée sur des données de l'OMS relatives aux dépenses de santé, une enquête typologique des systèmes de santé et des entretiens auprès de témoins privilégiés ont révélé que seuls six de ces pays ne demandaient aucun paiement direct sous quelque forme que ce soit dans les centres de soins de santé publics (3).

Mais le paiement direct ne se limite pas aux pays à faible revenu ou aux systèmes de financement de la santé moins sophistiqués (Figure 3.1) Faire payer les patients lorsqu'ils viennent se faire soigner est le mécanisme de collecte de fonds prédominant dans 33 pays et il représente plus de 25% de tous les fonds collectés pour la santé dans 75 autres (4). Comme nous l'avons vu au Chapitre 1, les paiements directs sont effectués sous beaucoup de formes, notamment les honoraires de consultation médicale, les paiements d'actes médicaux, les médicaments et autres fournitures, ainsi que les analyses de laboratoire. Ils peuvent aussi se présenter sous forme de franchises, de ticket modérateur, de quotes-parts ou de forfaits, pour les personnes couvertes par une assurance.

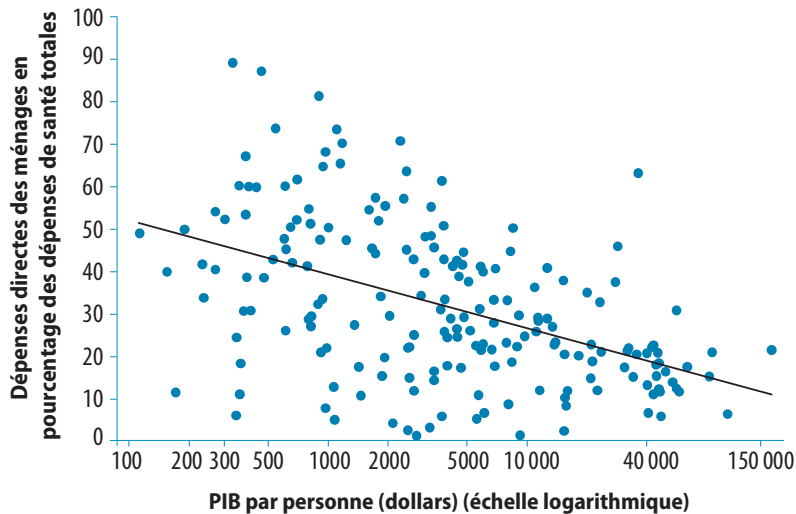
L'une des raisons pour lesquelles le paiement direct ne convient pas à la fourniture/l'utilisation de soins médicaux, est qu'il en inhibe l'accès. Cela est notamment vrai pour les plus démunis qui doivent souvent choisir entre payer pour se soigner et pourvoir à d'autres nécessités, telles que se nourrir ou se loger. Pour les personnes qui pensent simplement avoir besoin d'un traitement (pour une grossesse qui se développe au sein ou la fièvre d'un enfant qui ne baisse pas), un risque d'appauvrissement, voire d'indigence, existe. Le Burundi a introduit le paiement direct par l'utilisateur en 2002. Deux ans plus tard, quatre patients sur cinq étaient endettés ou ils avaient dû vendre des biens (5). Dans bon nombre de pays, les gens sont forcés d'emprunter ou de vendre des biens pour financer des soins médicaux (6, 7).

L'incidence de la catastrophe financière associée aux paiements directs des services de santé (c'est-à-dire la proportion de personnes qui paient chaque année

" Le paiement direct a puni le pauvre. "

Dr Margaret Chan (2)

Figure 3.1. Dépenses directes des ménages en fonction du produit intérieur brut (PIB) par personne, 2007



Source (4).

de leur poche plus de 40% de leurs revenus, déduction faite des frais d'alimentation) peut atteindre 11% par an au niveau national et généralement plus de 2% dans les pays à faible revenu. Il est peut-être peu surprenant qu'au sein des pays, cette incidence soit généralement plus faible parmi les personnes les plus riches. Toutefois, les plus démunis ne souffrent pas toujours le plus dans ce contexte financier spécifique car ils ne peuvent en aucun cas se permettre d'utiliser des services et donc n'encourent aucun frais de santé directs. Des études récentes montrent également que les ménages dont l'un des membres est handicapé et ceux qui comptent des enfants ou des personnes âgées sont plus exposés à des dépenses de santé catastrophiques (8–11).

Ce n'est que lorsque le recours aux paiements directs tombe sous la barre des 15 ou 20% des dépenses de santé totales que l'incidence de catastrophe financière baisse généralement à des niveaux négligeables (Figure 3.2) (1). C'est en majorité les pays à revenu élevé qui sont parvenus à ces niveaux, et donc les pays à revenu faible ou moyen peuvent souhaiter se donner des objectifs plus accessibles à court terme. Les pays d'Asie du Sud-est et des régions du Pacifique occidental de l'OMS, par exemple, se sont récemment donnés pour cible 30 à 40% (12, 13).

Même s'il est relativement faible, tout type de paiement direct imposé aux particuliers peut les dissuader d'utiliser les services de santé ou pousser sous le seuil de pauvreté les personnes qui la côtoient déjà. Une étude expérimentale réalisée au Kenya a montré que l'introduction d'une participation de 0,75 dollars pour imprégner les moustiquaires d'insecticides (une opération gratuite auparavant), a fait diminuer la demande de 75% (14), et la création d'une petite participation pour les vermifuges en a réduit la prise de 80% (15). Les paiements directs, si minimes soient-ils, peuvent aussi entraîner des traitements auto-administrés peu appropriés et l'automédication (l'utilisation de médicaments périmés ou non conformes, ou des doses partielles, par exemple) ou retarder les premières consultations souvent cruciales avec un professionnel de la santé. (16).

Il n'est pas nécessaire que les paiements directs soient officiels pour restreindre l'accès. En Arménie par exemple, encore récemment, environ 10% seulement des paiements directs aux hôpitaux étaient officiels, perçus par les organismes publics. Une grande partie des autres 90% consistait en des paiements officieux ou informels au personnel soignant. Le gouvernement a désormais conçu des stratégies visant à éliminer les paiements officieux, reconnaissant qu'ils empêchent les personnes d'accéder aux soins nécessaires

et introduisent une source d'inquiétude supplémentaire pour les malades et leurs familles du fait de la nature imprévisible des barèmes officiels (17). Les paiements officiels existent dans de nombreux pays du monde (18–20).

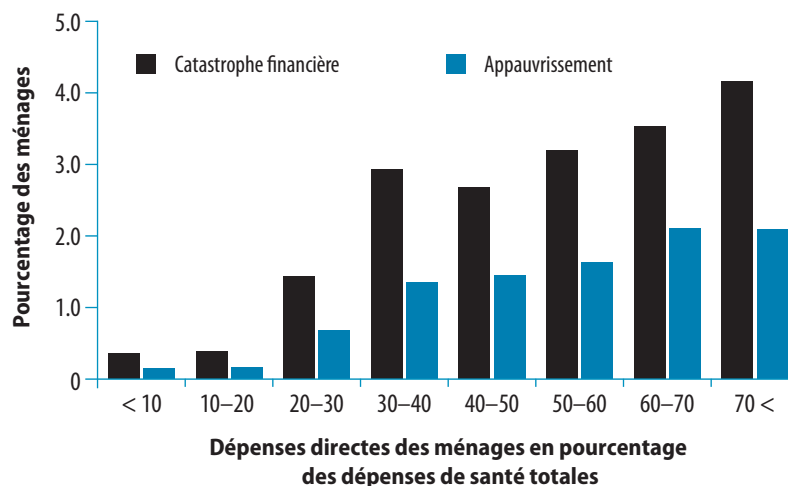
Les paiements directs sont la méthode la moins équitable de financer la santé. Ils sont régressifs, permettant aux riches de payer la même somme que les pauvres, quel que soit le service. Le contexte socio-économique n'est pas la seule base d'inégalité. Dans les cultures où les femmes ont un statut inférieur à celui des hommes, les soins aux femmes et aux jeunes filles passent souvent après celui des hommes du foyer lorsqu'il faut déboursier les frais et, par conséquent, elles sont moins susceptibles d'accéder aux services. (21).

L'avantage des paiements directs se limite à la personne soignée et au fournisseur ou à l'organisme qui collecte les paiements. Une pièce glissée à une infirmière dans une clinique de village assure un service ou un médicament à l'individu qui paie. Ce n'est pas mal en soi, mais c'est mal si, en tant que ministre de la Santé, vous voulez aussi aider les personnes des collines environnantes qui n'ont peut être pas d'argent à donner. Les paiements directs ont tendance à empêcher la répartition des coûts parmi des groupes de personnes dans des expressions de solidarité officielles, entre riches et pauvres par exemple, ou entre bien-portants et personnes malades. Ils rendent aussi impossibles la répartition des dépenses tout au long de la vie d'un individu. Avec le paiement direct, les personnes ne peuvent pas payer de contributions lorsqu'ils sont jeunes et sains, ni puiser ultérieurement dans ces ressources au cours de leur vie. Ils doivent payer lorsqu'ils sont malades. Ils doivent payer au plus fort de leur vulnérabilité.

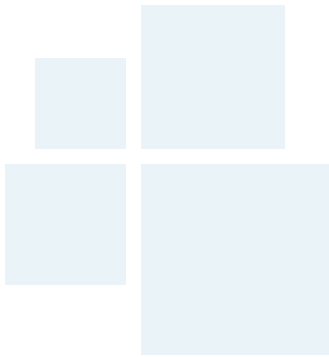
Au vu des imperfections du paiement direct en tant que mécanisme de financement de la santé, pourquoi est-il si répandu ?

D'abord, on constate un recours élevé aux paiements directs lorsque les gouvernements sont peu disposés à dépenser plus en matière de santé ou lorsqu'ils ne croient pas ou ne comprennent pas qu'ils ont la capacité de généraliser le prépaiement et les systèmes de mise en commun des ressources. Il y a là un vide entre la couverture de santé nécessaire et la couverture que le gouvernement parvient à fournir. D'ordinaire, le personnel soignant est pris entre deux feux, subsister avec un faible revenu (parfois augmenté par des versements officiels) et essayer de fournir des services avec des fournitures et des médicaments limités. Dans ces scénarios, de nombreux gouvernements ont choisi d'appliquer un paiement officiel par l'utilisateur afin d'augmenter les salaires du personnel soignant et d'accroître la disponibilité des médicaments et des fournitures.

Figure 3.2. L'effet des dépenses directes des ménages sur la catastrophe financière et l'appauvrissement



Source (1).



Deuxièmement, les paiements directs permettent de disposer de ressources dans des régions où les centres de soins en seraient autrement totalement dépourvus (peut-être dans les régions où les fonds nationaux arrivent irrégulièrement, voire jamais). En République démocratique du Congo, l'éloignement géographique, les conflits sporadiques et les désastres naturels ont parfois isolé, du moins temporairement, de nombreuses régions du pays. Cet isolement du soutien et du contrôle public, surtout dans les provinces orientales, fait du paiement direct par les patients la méthode par défaut (à part l'aide extérieure) pour maintenir les services à un niveau minimum (22). Les paiements directs deviennent généralement la méthode par défaut pour financer la santé au lendemain des crises, notamment après une période de conflit armé. Au moment où les personnes ont le plus besoin de l'accès aux services de santé, nombre d'entre eux ne peuvent simplement pas se permettre de se faire soigner (23).

Troisièmement, le paiement direct peut sembler une option intéressante en période de récession économique. En effet, la première vague de paiements direct par l'utilisateur pour les services de santé dans les organismes publics des pays en voie de développement a été causée par la récession mondiale des années 1970. La crise liée à la dette mondiale a déclenché des politiques d'ajustement structurel qui ont limité les dépenses publiques (24). Une des réponses suggérées à ce moment était que les paiements directs pouvaient être une bonne façon de générer un revenu supplémentaire, de réduire l'utilisation excessive et d'encourager la prestation de services à faibles frais et coûts (25).

L'Initiative Bamako de 1987 était l'un des résultats de ce type de raisonnement. Approuvée par les ministres africains de la Santé, cette initiative s'est échaudée sur le raisonnement voulant que, dans le contexte d'un secteur de santé publique en manque chronique de ressources, les paiements directs permettraient d'assurer un financement minimum des médicaments nécessaires et, parfois, de recruter du personnel au niveau local (26). Il s'est avéré que les réformes inspirées par Bamako ont amélioré la disponibilité des services et des médicaments dans certains contextes, mais aussi que les paiements directs ont créé des barrières pour y accéder, surtout pour les pauvres (27-31).

Finalement, de nombreux pays imposent certaines formes de paiement direct, souvent pour réduire l'utilisation excessive de services de santé, une sorte de frein aux dépenses. Il s'agit d'un instrument relativement brutal pour contrôler les dépenses et qui a pour effet non désiré de dissuader certains groupes de la population qui ont le plus besoin de soins. Cela sera abordé plus en détail dans le Chapitre 4.

Les exemptions des paiements directs sont-elles efficaces ?

La plupart des pays qui s'appuient sur les paiements directs essaient d'éviter l'exclusion que ceux-ci provoquent en exemptant des groupes spécifiques (femmes enceintes ou enfants, par exemple) ou en proposant gratuitement certains actes. En 2006, le gouvernement du Burundi a exempté d'honoraires

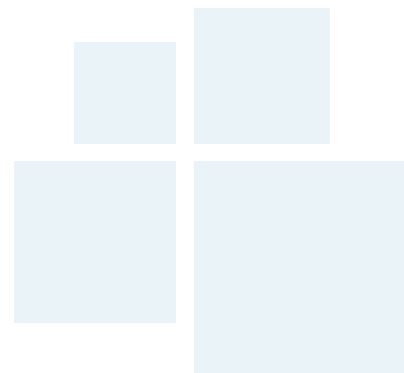
les soins maternels et infantiles, y compris les accouchements. Trois mois après avoir instauré cette exemption, l'utilisation des services en consultation externe pour les enfants de moins de cinq ans a augmenté de 42% (32). Le Sénégal a supprimé le paiement direct par l'utilisateur des accouchements et des césariennes en 2005. D'après une première estimation, cette politique a généré une augmentation de 10% des accouchements dans les établissements de santé publics et de plus de 30% des césariennes (33).

Le critère de revenu a aussi été utilisé pour estimer l'éligibilité aux exemptions. Par exemple, l'Allemagne impose des forfaits pour certains services, mais uniquement jusqu'à un seuil déterminé de revenu. La France offre aussi une assurance complémentaire gratuite (une mutuelle couvrant les forfaits) pour les plus défavorisés (34). Mais les régimes d'exemption basés sur le revenu se sont montrés moins efficaces dans les pays à revenu inférieur. Dans les régions où la plupart des habitants sont agriculteurs de subsistance ou n'ont pas d'emploi salarié officiel, il est difficile pour les enquêteurs d'identifier les plus démunis. Ils sont partagés entre le recours à des catégories générales pour éviter d'exclure certains groupes dignes d'attention (une approche qui a donné des avantages aux moins nécessiteux) et utiliser des critères trop stricts qui engendrent une sous-couverture, laissant plus ou moins en place les barrières à l'accès (35).

Il est peu probable que la simple déclaration d'exemptions soit suffisante dans la plupart des situations. Au Cambodge, par exemple, une évaluation de l'impact du paiement direct cinq ans après son introduction dans les années 1990 a montré que les exemptions étaient inefficaces : du fait que 50% du revenu généré par les paiements directs étaient redistribués au personnel soignant, chaque cas d'exemption représentait une perte de revenu pour le personnel soignant mal payé (36). Pour être efficaces, les exemptions nécessitent un mécanisme de financement permettant de dédommager les centres de soins pour leurs pertes de revenu potentielles. Le Cambodge a adopté cette approche. Des fonds d'équité pour la santé ont été créés, alimentés par des agences donatrices spécifiques, afin de dédommager les centres de soins et leur personnel pour les pertes de revenu subies lorsque des exemptions sont octroyées aux pauvres.

Cette mesure a entraîné une utilisation accrue des centres de soins de santé par les groupes les plus démunis, tant en milieux urbains que ruraux (37, 38). On a également constaté des avantages au niveau de la protection du risque financier. Les emprunts pour le règlement des soins de santé ont été moins nombreux parmi les bénéficiaires du fonds d'équité pour la santé que parmi les patients qui payaient directement (39). Le soutien de cette approche s'est renforcé, les fonds d'équité étant désormais principalement financés par les fonds des donateurs mis en commun dans le Projet cambodgien de soutien au secteur de la santé et ce, même si depuis 2007, les fonds publics du ministère de l'Économie et des Finances ont également augmenté. Une approche semblable a été adoptée au Kirghizistan (40).

Mais il existe d'autres facteurs qui dissuadent les pauvres d'utiliser des services, même lorsque des exemptions ou des subventions existent pour couvrir leurs dépenses. Ces facteurs plus difficiles à quantifier sont : l'appréhension des pauvres d'être stigmatisés en désirant une exemption ou une subvention, par exemple, ou la façon dont le personnel soignant les traite parfois. Si le personnel soignant est dépendant ou partiellement dépendant



des paiements directs pour ses revenus, il existe une motivation évidente de refuser les demandes d'exemption. Une étude de la Banque mondiale a révélé que les centres de soins kényans ont rarement accordé plus de deux dispenses par mois à toute la population, dont 42% vivaient sous le seuil de pauvreté (41). Aussi troublant que cela puisse paraître, nous devons garder à esprit que le personnel soignant a souvent une vie difficile à cause de salaires inadéquats.

En revanche, il semble que cibler en fonction du revenu peut fonctionner dans certaines situations, surtout au niveau de la communauté. Au Cambodge, par exemple, on a demandé aux chefs des communautés de déterminer qui devrait être exempté de paiements directs et financé par des fonds d'équité. Leur évaluation s'est avérée exacte, en tous cas dans la mesure où les personnes sélectionnées pour les exemptions étaient plus démunies que les personnes non sélectionnées (42). Au Pakistan, le projet HeartFile étudie les mécanismes innovants d'exemption qui seront bientôt évalués (43).

Plusieurs pays qui faisaient partie de l'ex-Union soviétique ont vu les niveaux de leurs dépenses publiques de santé rapidement diminuer dans les années 1990, avec une croissance rapide ultérieure des paiements personnels officieux. Cela a créé des barrières financières importantes pour les moins solvables. En conséquence, un grand nombre de ces pays a introduit des paiements directs officiels ou les forfaits afin de supprimer les paiements officieux et recueillir des ressources supplémentaires. Ils devaient ensuite introduire des mécanismes d'exemption pour identifier et protéger les personnes dans l'incapacité de payer (44). Malgré tout, un grand nombre de ces pays enregistrent encore des taux relativement élevés de catastrophes financières liées aux paiements directs des services de santé (45).

Abandonner les paiements directs

Les problèmes pratiques qui gênent les efforts de groupes cibles spécifiques disparaissent lorsque les responsables politiques étendent les exemptions à toute la population. Six pays à faible revenu ont récemment aboli les paiements directs dans les centres de soins de santé publics, et un pays a étendu la politique aux centres de soins des organisations non gouvernementales (46). Dans certains cas, cette action augmente considérablement le nombre de personnes qui viennent se faire soigner. La suppression des paiements directs en Zambie rurale en avril 2006 et janvier 2007 s'est traduite ainsi par une augmentation de 55% de l'utilisation des centres de soins publics. Les districts les plus pauvres ont enregistré les plus grandes augmentations (47). Les taux de consultation dans les centres de soins de l'Ouganda ont augmenté de 84% lorsque les paiements directs ont été supprimés en 2001 (48).

Cependant, dans ces deux cas, la suppression des paiements directs n'était pas la seule mesure. Une augmentation des budgets des centres de santé ruraux faisait partie intégrante de cette politique. En Zambie, l'augmentation des allocations provenant de sources nationales, combinée au soutien de donateurs, s'est traduite par le fait que des districts ont reçu 36% de soutien budgétaire supplémentaire par rapport au montant qu'ils avaient reçu des tickets modérateurs l'année précédente. Le gouvernement ougandais a augmenté ses dépenses de médicaments et a offert davantage de contrôle

aux gestionnaires des centres de soins sur les fonds budgétaires afin qu'ils ne perdent pas la flexibilité acquise grâce aux paiements directs.

Certains observateurs ont avancé que la facturation directe dans les établissements publics peut être supprimée sans trop de difficulté car elle ne produit qu'un revenu limité (49, 50). Des études réalisées sur les paiements directs officiels dans les centres nationaux de 16 pays subsahariens ont révélé qu'ils ont produit en moyenne 5% des dépenses ordinaires totales du système de santé, sans compter les dépenses administratives (51, 52).

Cependant, les fonds budgétisés sont en grande partie liés aux dépenses fixes de personnel et d'infrastructure, laissant peu de moyens pour des éléments de traitement clés, comme les médicaments et autres articles jetables. C'est sur ce point que les revenus des paiements directs jouent souvent un rôle critique. Une étude dans une région du Ghana a révélé que si les paiements directs ne fournissent respectivement que 8 et 27% des dépenses totales d'un échantillon de centres de santé et d'hôpitaux, ils représentent 66% (centres de santé) et 83% (hôpitaux) des dépenses extra-salariales, soit une partie importante des seuls fonds relativement souples sous le contrôle des gestionnaires de centres (53).

Quelle que soit leur valeur précise dans un système, les responsables politiques doivent prendre en compte les conséquences de la suppression des paiements directs. Sans planification spécifique au contexte tenant en compte de la demande croissante et des revenus perdus, ces suppressions peuvent se traduire par un personnel sous payé ou impayé et surmené, des dispensaires vides de médicament et un matériel mal entretenu ou cassé (46, 54). Il faut noter que l'incidence des dépenses catastrophiques de santé chez les pauvres n'a pas diminué après la suppression des paiements directs par l'utilisateur en Ouganda, très probablement à cause de la fréquente indisponibilité des médicaments au niveau des centres nationaux après 2001, ce qui a forcé certains patients à recourir à des pharmacies privées (55). Il est aussi possible que les paiements officiels au personnel soignant aient augmenté pour compenser la perte de revenu liée au paiement direct.

Un retour aux paiements officiels apparaît comme l'un des risques associés à la suppression du paiement direct par l'utilisateur, bien que l'ampleur du phénomène reste floue. Il n'est pas clair non plus si les pays qui ont introduit des paiements directs officiels pour essayer de limiter les paiements officiels ont réussi à les éliminer en dépit d'un certain succès à les réduire (56).

Ces expériences montrent que pour réduire la dépendance aux paiements directs – un obstacle majeur à la couverture universelle – il est essentiel de trouver ailleurs des ressources afin de remplacer l'argent officiel ou officiel qui était autrefois versé. Cela peut se produire directement si les gouvernements peuvent acheminer davantage de fonds vers le secteur de la santé et s'ils sont disposés à le faire (57). Toutefois, des alternatives existent au simple fait de dépenser plus, impliquant de procéder à d'autres changements du système de financement.

Les pays aux ressources les plus contraintes ne sont pas les seuls à prendre en compte ces alternatives. Bien que les paiements directs jouent un rôle relativement insignifiant dans la plupart des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), une tendance ascendante vers les paiements directs s'est manifestée dans de nombreux pays, et ce avant la récession économique mondiale. De nombreux pays

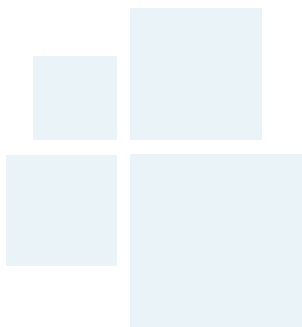
ont augmenté la contribution des patients aux dépenses par des paiements directs afin de limiter les contributions du gouvernement et de décourager le recours inutile aux services (58). Ces paiements directs créent une difficulté financière pour certaines personnes et réduisent l'accès aux services pour d'autres. Comme nous l'avons observé au Chapitre 1, les paiements directs se traduisent par plus de 1% de la population, soit presque 4 millions de personnes, qui sont confrontées à des paiements catastrophiques chaque année dans seulement six pays de l'OCDE.

La force du nombre

La façon la plus efficace de gérer le risque financier lié au paiement des services de santé est de le partager, et plus de personnes le partagent, meilleure est la protection. Si Narin Pintalakarn s'était joint aux habitants de son village pour créer un fonds d'urgence pour les imprévus afin d'y puiser en cas de maladie ou d'accident, les frais de sa chirurgie crânienne et de ses soins à l'hôpital régional Khon Kaen auraient épuisé les réserves de ce fonds. Heureusement, il s'est allié aux contribuables thaïlandais qui financent le régime de la couverture universelle. Ce n'était pas une décision volontaire, c'était une décision qui avait été prise par d'autres après de nombreuses décennies de lutte. Narin Pintalakarn faisait partie d'un groupe de personnes si vaste que, même si en tant que simple ouvrier gagnant l'équivalent de 5 dollars par jour, il ne pouvait pas payer un seul baht au moment où il a eu besoin de soins, il a tout de même pu être soigné et guéri. La force réside dans le nombre (Encadré 3.1).

Depuis longtemps, les gens ont volontairement mis leur argent en commun pour se protéger contre le risque financier lié aux dépenses médicales. Le régime d'assurance Students' Health Home a débuté au Bengale occidental en 1952 et des régimes dans plusieurs pays d'Afrique occidentale, par exemple au Bénin, en Guinée, au Mali et au Sénégal, fonctionnent depuis les années 1980, souvent sans plus de quelques centaines de membres (64–67). Ces régimes sont fortement localisés, souvent attachés à un village ou à un groupe de professionnels. En Ukraine, par exemple, des personnes ont créé ce qu'on appelle une caisse maladie pour les aider à couvrir les dépenses en médicaments là où l'apport budgétaire est limitée aux centres de soins locaux. Les contributions s'élèvent généralement à environ 5% des salaires et elles sont souvent augmentées par l'argent collecté lors d'événements de bienfaisance. Bien que la couverture soit maigre en comparaison de celle du niveau national, les caisses jouent un rôle important dans certaines petites villes dont les centres de santé sont dotés de fonds insuffisants (68).

En l'absence d'une alternative efficace (un mécanisme de mise en commun des ressources actif publiquement réglementé), de tels régimes sont souvent populaires parmi les différents groupes de la population. Au total, 49 régimes de santé communautaires fonctionnent au Bangladesh, en Inde et au Népal. En Inde, les travailleurs du secteur privé, comme les ouvriers ou les petits agriculteurs, peuvent y adhérer. Ces régimes peuvent compter des centaines de milliers de membres (69), mais en termes relatifs, ils sont généralement trop petits pour fonctionner efficacement comme mise en commun des risques, ne fournissant qu'une couverture limitée pour les interventions chères, comme la chirurgie. Cependant, ils offrent un certain degré de protection, en couvrant les dépenses



des soins primaires, et dans certains cas, une partie des frais d'hospitalisation. Ils familiarisent également les personnes au prépaiement et à la gestion commune, et peuvent faire naître le sentiment de solidarité nécessaire à la mise en place d'un mouvement plus vaste vers une couverture universelle (70).

L'assurance maladie participative, ou micro-assurance, peut aussi être un tremplin institutionnel vers de plus grands régimes régionaux qui, à leur tour, peuvent être consolidés sous forme de mise en commun des risques au niveau national, bien que cela nécessite presque toujours le soutien du gouvernement. De nombreux pays qui se sont rapprochés de la couverture universelle ont commencé par des petits régimes volontaires d'assurance maladie, qui ont progressivement évolué en assurance sociale obligatoire pour des groupes spécifiques, réalisant finalement des niveaux de protection du risque financier beaucoup plus élevés dans des caisses largement plus grandes. Les régimes d'assurance maladie volontaires ont été essentiels pour contribuer à développer, après bien des années, la couverture universelle en Allemagne et au Japon.

Plus récemment, plusieurs pays ont choisi une voie plus directe vers la couverture universelle que celle empruntée par l'Allemagne et le Japon il y a un siècle. Avant les réformes de la couverture universelle qui ont débuté en 2001, la Thaïlande disposait de plusieurs régimes séparés : le régime santé et bien-être pour les pauvres, le régime de carte santé volontaire, le régime de frais médicaux pour les fonctionnaires, le régime de sécurité sociale pour le secteur structuré de l'économie et l'assurance privée. Environ 30% de la population thaïlandaise étaient encore sans couverture en 2001 en dépit d'une couverture en expansion rapide pendant les années 1990 (71). Le régime des fonctionnaires a aussi reçu une subvention budgétaire par membre beaucoup plus conséquente

Encadré 3.1. La force du nombre

Les responsables politiques qui ont pour objectif de s'éloigner du paiement direct de l'utilisateur et des autres formes de paiements directs ont trois options interdépendantes. La première consiste à remplacer les paiements directs par des formes de prépaiement, la plus commune étant une combinaison d'impôts et de cotisations d'assurance. La seconde consiste à consolider dans de plus grandes caisses les fonds existants, et la troisième à améliorer l'efficacité de l'utilisation des fonds (c'est le sujet du Chapitre 4).

Prépaiement ne veut pas nécessairement dire que les gens paient pour tous les coûts des soins qu'ils recevront, mais qu'ils font des paiements anticipés. C'est-à-dire qu'ils contribuent à une caisse à laquelle ils peuvent faire appel en cas de maladie notamment. Certaines années, ils peuvent recevoir des services qui ont coûté plus que leurs contributions, et d'autres années, moins.

Que les caisses soient consolidées dans une caisse nationale ou non, ou qu'elles restent séparées pour stimuler la compétition ou pour refléter les besoins de différentes régions, c'est en partie une question de préférence nationale. Dans la plupart des pays à revenu élevé, la collecte et la mise en commun des ressources ont lieu au niveau du gouvernement central (avec des fonctions de collecte et de mise en commun partagées entre le ministère des Finances, ou le Trésor, et le ministère de la Santé). Ainsi, la République de Corée a choisi de fusionner plus de 300 assureurs individuels en une caisse nationale unique (59).

Mais des exceptions existent. Les citoyens suisses ont voté à une forte majorité en faveur du maintien de plusieurs caisses, plutôt que de créer une *caisse unique*, et les ressources sont regroupées pour des groupes de personnes plus petits. (60). Les Pays-Bas possèdent un système de fonds en concurrence depuis le début des années 1990 (61). Dans ces deux cas, les cotisations d'assurance sont obligatoires et les deux gouvernements cherchent à consolider les caisses, au moins dans une certaine mesure, par une uniformisation du risque, par laquelle l'argent est transféré des fonds d'assurance qui desservent une plus grande proportion des personnes à faible risque vers les fonds qui assurent surtout des personnes à haut risque et qui encourent donc des dépenses plus élevées.

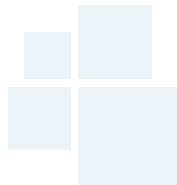
Néanmoins, l'expérience suggère qu'une caisse unique offre plusieurs avantages, notamment une plus grande efficacité (cf. Chapitre 4) et la capacité de subventions croisées au sein de la population. Il existe de fortes preuves que des systèmes de mise en commun des ressources fragmentés, sans uniformisation du risque, peuvent être contraires aux objectifs d'équité du financement car chaque caisse est incitée à assurer des personnes à faible risque et les parties de la population qui reçoivent plus d'avantages sont peu disposées à partager leurs fonds en gestion commune avec les parties de la population moins bien nanties (62).

L'uniformisation du risque existe aussi lorsque les gouvernements centraux attribuent des fonds destinés à la santé à des niveaux d'administration inférieurs ou à des centres de santé situés dans différentes régions géographiques. Les personnes et les entreprises des régions plus riches, rencontrant moins de problèmes de santé, contribuent généralement davantage à la caisse par des impôts et des frais que ce qu'ils reçoivent, alors que les habitants de régions plus pauvres, souffrant de problèmes de santé plus graves, reçoivent plus qu'ils ne contribuent. Certains pays utilisent aussi des formules d'allocation complexes pour décider de l'allocation juste pour plusieurs régions géographiques et centres de santé (63).

que le régime santé et bien-être pour les pauvres (72). En réalité, ces arrangements ont augmenté les inégalités.

Le programme de réforme de la couverture universelle de 2001 a rapidement progressé dans la réduction du réseau fragmenté des régimes et des subventions apportés par le gouvernement aux centres de soins. Les responsables politiques ont rejeté le développement lent de la couverture au moyen des cotisations d'assurance, reconnaissant ainsi qu'une grande partie des personnes non assurées travaillaient dans l'économie parallèle et qu'elles étaient trop pauvres pour cotiser à des primes d'assurance (73). Au lieu de cela, ils ont supprimé les anciens régimes de santé et bien-être et de carte santé volontaire et ont utilisé les recettes budgétaires générales, qui renflouaient auparavant ces régimes et les prestataires publics, pour créer une caisse nationale qui allait devenir ce qu'on appelle désormais le régime de la couverture universelle (appelé le «Régime 30 bahts» auparavant). Les régimes des fonctionnaires et de la sécurité sociale demeurent séparés, mais le régime de la couverture universelle regroupe les caisses de près de 50 millions de personnes et il a réduit la proportion de la population non assurée de 30% à moins de 4%.

Tous les pays qui ont recours à la concurrence des compagnies d'assurances pour leur couverture obligatoire utilisent un certain système d'égalisation des risques pour éviter les effets négatifs de la fragmentation. La République tchèque a commencé avec un éventail de compagnies d'assurances maladie, mais une seule caisse supportait la charge d'une clientèle considérablement plus âgée et plus pauvre. En 2003, le gouvernement a étendu son mécanisme d'égalisation du risque à toutes les contributions prépayées obligatoires d'assurance maladie, transférant avec succès les ressources des caisses assurant les personnes à faible risque vers celles qui assuraient les personnes à risque plus élevé. Cette réforme a en outre créé un mécanisme de dédommagement des assureurs en cas de coûts élevés (74).



Où et comment couvrir davantage de personnes ?

En progressant vers un financement de la santé basé sur le prépaiement et la mise en commun des ressources, les responsables politiques doivent d'abord décider quelles tranches de la population seront couvertes. Historiquement, de nombreux pays européens à revenu élevé ainsi que le Japon ont commencé par les travailleurs du secteur structuré de l'économie, qui sont faciles à identifier et dont les salaires réguliers sont relativement faciles à taxer.

Cependant, commencer par le secteur structuré de l'économie risquerait aujourd'hui de créer une fragmentation et des inégalités supplémentaires plutôt que d'orienter le système vers une grande mise en commun des risques, permettant de faire transiter les subventions des riches aux pauvres et des biens-portants aux personnes malades. Depuis 1980, seule peut-être la République de Corée a progressé vers la couverture universelle de cette façon. Dans ce pays, le système a évolué sous un gouvernement fort, dans une période de croissance économique rapide et avec des niveaux élevés (comparés à la plupart des pays à revenus faible et moyen) de participation des travailleurs du secteur structuré (75, 76).

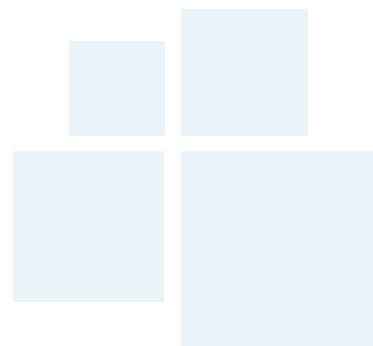
Ailleurs, les résultats ont été moins positifs. Généralement, les groupes qui reçoivent déjà une couverture poussent pour en augmenter les avantages ou réduire des contributions, mais pas pour étendre la couverture à d'autres personnes, notamment à celles qui ne sont pas en mesure d'y contribuer. On exacerbe ainsi les inégalités étant donné que ceux qui ont un emploi dans l'économie officielle sont généralement plus sécurisés du point de vue financier que le reste de la population. C'est ce qu'a vécu le Mexique il y a 15 ans lorsque différents types de fonds ont couvert plusieurs groupes de population, chacun à des niveaux d'avantages différents (77-79). De tels arrangements sont non seulement inéquitables, mais aussi inefficaces et chers (80, 81). Cet état de fait a servi de base aux réformes mexicaines plus récentes, visant à fournir une couverture plus efficace aux groupes les plus défavorisés (82).

Se concentrer sur les pauvres

Lors de la planification du financement de la couverture universelle, les responsables politiques ne doivent pas exclure les personnes qui ne peuvent pas contribuer, sous prétexte peut-être qu'elles ne gagnent pas assez pour être imposables ou pour payer des primes d'assurance. La question clé est de savoir si les droits doivent être liés aux contributions. Est-ce que ceux qui ne contribuent pas financièrement peuvent obtenir des soins médicaux gratuits ? Le peu d'études à ce sujet suggère que la plupart des personnes pensent que les plus démunis doivent recevoir une aide en matière de soins de santé, elles pensent aussi que cette aide ne devrait pas prendre tout en charge (83). Chaque pays envisagera cette question à travers son propre point de vue socio-économique, mais les responsables politiques doivent se rappeler que les systèmes de financement de la santé, qui sont considérés comme étant justes, ont la meilleure chance de durabilité à long terme.

Le danger d'exclusion n'est pas limité aux malades et aux pauvres. On peut penser aussi aux pauvres exerçant des métiers dangereux. Dans la région où Narin Pintalakarn a eu son accident, les ouvriers sont la couche de la population la plus susceptible de se retrouver dans une unité de soins intensifs ou, si aucune disposition n'a été prise pour payer pour leurs soins, à la morgue du village.

Quel que soit le système adopté, certaines recettes publiques du budget national seront nécessaires pour s'assurer que les personnes qui ne peuvent pas se permettre de contribuer, peuvent quand même accéder aux services de santé en subventionnant, par exemple, leurs primes d'assurance maladie ou en n'imposant aucun paiement direct. Lorsque le montant total combiné des dépenses venant des recettes publiques générales et des cotisations maladie obligatoires est inférieur à environ 5-6% du produit intérieur brut (PIB), les pays rencontrent des difficultés pour assurer la couverture des services de santé pour les pauvres (84). Le bureau régional OMS des Amériques parle d'un niveau de 6% (85, 86). Seuls les pays plus riches atteignent ce niveau de mise en commun de ressources obligatoire, mais les pays qui visent une couverture universelle ont besoin de développer des stratégies permettant de développer les contributions qui couvriront progressivement les plus défavorisés. Cela peut être réalisé de différentes façons, y compris en subventionnant les cotisations d'assurance ou en offrant des services gratuits.



Alors qu'il convient d'examiner minutieusement qui doit bénéficier d'une couverture, la provenance de l'argent – que ce soit des recettes générales nationales ou de certaines formes de cotisations maladie obligatoires – est moins problématique. En effet, il peut être inutile de décomposer les options en une dichotomie taxes/assurance maladie. Dans la plupart des systèmes de financement de la santé, l'hybridation prédomine, alors que la collecte, la mise en commun et la dépense des ressources s'appuient sur un mélange de plusieurs mécanismes. Les sources de revenus ne déterminent pas nécessairement la façon dont les fonds sont regroupés ou qui en bénéficie. Les cotisations d'assurance payées par les employeurs et/ou les salariés peuvent être mises en commun en tant que contributions aux recettes générales nationales. En République de Moldavie, le gouvernement a lancé sa Compagnie nationale d'assurance maladie en 2004, en puisant les fonds depuis deux sources principales : un nouvel impôt de 4% prélevé sur les salaires (augmenté à 7% en 2009) et les recettes budgétaires générales qui étaient précédemment dirigées vers les établissements de santé départementaux et nationaux ont été réacheminées vers la Compagnie (87).

La mise en commun des recettes budgétaires générales et des cotisations d'assurance obligatoires a presque éliminé la fragmentation du système budgétaire décentralisé. Par ailleurs, elle a été combinée à un changement de méthode de paiement qui, au lieu d'être basée sur les entrées, repose sur les sorties. De ce fait, on a atteint une égalisation supérieure des dépenses de santé nationales par personne dans toutes les régions administratives. Le niveau des

paiements directs a également diminué de 20% pour la population la plus défavorisée (88, 89). Cependant, la République de Moldavie a encore des obstacles à surmonter avant de pouvoir étendre cette couverture à certains segments de sa population (Encadré 3.2).

Même l'Allemagne, dont l'assurance maladie basée sur les charges sociales est considérée comme la plus ancienne au monde, a augmenté la part des recettes générales nationales dans la caisse de l'assurance. Ce mouvement répondait aux défis posés par une population vieillissante et donc, par l'amenuisement des cotisations d'assurance santé basées sur les salaires. Le pays a aussi dû considérer l'impact de la crise économique mondiale qui a commencé en 2008 sur l'emploi et les taux de contribution. Par la suite, l'Allemagne a injecté des fonds supplémentaires depuis les recettes générales nationales dans le système d'assurance et elle a réduit les taux de cotisation maladie basés sur les salaires de 15,5 à 14,9% (91, 92).

Encadré 3.2. Questions de droit en République de Moldavie

La République de Moldavie a introduit un système national d'assurance maladie obligatoire en 2004. Les lois stipulent que la population économiquement active y contribue par cotisations sociales, ou dans le cas des professions indépendantes, par une contribution forfaitaire. Le reste de la population, y compris les chômeurs ou les personnes sans emploi, est exempté de contributions et est assuré par le gouvernement qui les verse pour eux. Le changement de la condition requise pour bénéficier des droits, qui est passé du simple fait d'être citoyen de la République de Moldavie à celle de s'acquitter d'une contribution, a eu pour résultat un accès inadéquat aux soins médicaux pour environ un quart de la population (27,6% en 2009). Ces personnes, des travailleurs agricoles ruraux pour la plupart, ont accès à des services d'urgence en cas de danger de mort et à un nombre limité de consultations avec des prestataires de soins médicaux primaires, mais tous les autres services doivent être acquittés par paiements directs (87).

Non seulement le gouvernement a demandé que ces personnes – dont beaucoup vivent sous le seuil de pauvreté – paient une prime, mais aussi que cette prime soit fixe pour toutes celles qui s'assurent par elles-mêmes, y compris les médecins, les notaires et les avocats. Une autre loi, votée en février 2009, garantit que toutes les personnes appartenant aux catégories pauvres en vertu de la loi récemment approuvée sur le soutien social, recevront automatiquement une assurance maladie intégralement subventionnée. Les inquiétudes liées à la couverture ont encore été corrigées par une loi approuvée en décembre 2009 et qui a considérablement étendu (par exemple à tous les soins de santé primaires) l'ensemble des services pour tous les citoyens, sans se préoccuper de l'état de leur assurance. Malgré certaines questions d'équité persistantes, la centralisation de tous les fonds publics pour les soins médicaux et la séparation entre les fonctions d'achat et de prestation ont abouti à une plus grande équité géographique dans les dépenses du gouvernement en matière de santé par personne, depuis que la réforme de l'assurance maladie a été introduite en 2004 (90).

Autres barrières à l'accès

Alors que passer des paiements directs à un système de prépaiement et de mise en commun des ressources aide les plus démunis à obtenir des soins, leur accès n'en est pas garanti. Les paiements directs ne sont qu'une des dépenses financières auxquelles les personnes font face en recourant à des services de santé, et les débours de frais versés aux organismes de santé publics peuvent représenter une petite partie de ces dépenses. En outre, les coûts financiers ne sont qu'une des barrières potentielles aux soins (93, 94). Il y a, par exemple, des barrières culturelles et linguistiques dans les sociétés multiculturelles où des femmes seules n'ont parfois pas le droit de voyager.

Les résultats des enquêtes globales sur la santé menées dans 39 pays à revenus faible et moyen montrent qu'en moyenne, seules 45% des dépenses directes des ménages totales pour des soins en consultation externe concernaient des versements à des organismes de santé publics, comprenant les honoraires médicaux, les médicaments et les analyses (les segments gris dans la Figure 3.3). Dans certains pays, ces dépenses étaient inférieures à 15%. Les autres 55% représentaient les versements à des centres de soins privés, notamment à des organisations non gouvernementales et pour des médicaments et des analyses achetés dans le privé (95). Offrir des services de santé gratuits uniquement dans les établissements publics ne permet que de réduire partiellement les barrières financières à l'accès. Dans certains pays, il ne s'agit que d'une toute petite partie.

Le transport peut constituer une autre dépense majeure, surtout dans les régions rurales éloignées. Les mêmes enquêtes globales sur la santé effectuées dans 39 pays ont montré que les frais de transport ont représenté, en moyenne, plus de 10% des dépenses directes des ménages totales encourus pour aller consulter un médecin (95). Les frais de transport peuvent aussi inciter les personnes de retarder leur traitement (96). Un séjour prolongé à l'hôpital nécessite souvent un hébergement et des repas pour les patients. Cela s'ajoute également aux dépenses liées au traitement (97). Même lorsqu'il n'y a aucune facturation directe ou si elle est limitée, les frais de transport et autres paiements directs peuvent être un obstacle significatif à une offre de soins au moment idoine (98).

Il y a plusieurs façons de faire tomber ces barrières financières supplémentaires. L'une des plus évidentes consiste à investir dans les soins primaires, en s'assurant que toutes les personnes disposent d'un accès physique peu coûteux et facile aux services. Cela était un facteur clé dans le mouvement thaïlandais

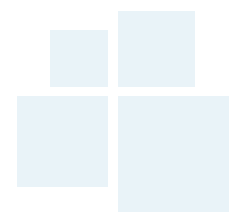
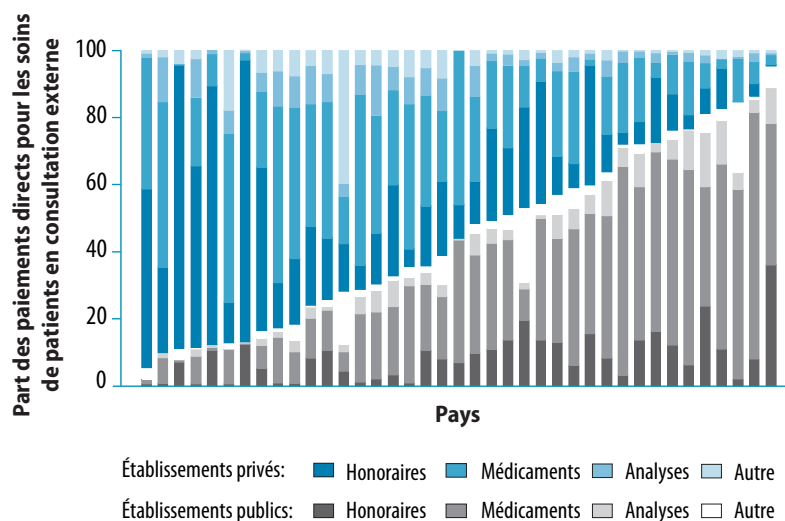


Figure 3.3. Paiements directs effectués aux centres de soins publics et privés dans 39 pays



Source (95).

vers une couverture universelle. La réforme du financement de la santé s'est accompagnée, sur l'ensemble du pays, d'une extension des soins de santé primaires et d'un service de santé rural dans lequel les nouveaux diplômés des écoles de médecine devaient officier (99).

Les autres pays ont opté pour une réforme graduelle, en utilisant des bons ou des transferts monétaires conditionnels (*conditional cash transfers* – CCTs) qui fournissent les moyens financiers permettant aux personnes d'accéder aux services et/ou de faire réaliser certains actes médicaux spécifiques, habituellement liés à la prévention (100, 101).

L'utilisation de ces transferts s'est surtout répandue en Amérique du Sud où ils ont eu un certain succès au Brésil, en Colombie, au Honduras, au Mexique et au Nicaragua (102–104). Au Mexique, le régime des transferts monétaires conditionnels Oportunidades (connu auparavant sous le nom de «Progresa») a débuté en 1997. Il couvre 5 millions de familles pour presque 4 milliards de dollars de dépenses publiques. Il a amélioré la santé infantile et a réduit la mortalité natale (105, 106).

Les transferts monétaires conditionnels ont aussi été appliqués dans plusieurs pays, y compris au Bangladesh, en Équateur, au Guatemala, en Inde, en Indonésie, au Kenya, au Népal, au Pakistan, en Turquie et aux États-Unis d'Amérique. Tout en ayant leur place dans le financement de la santé, ils ont peu d'utilité dans les régions où les services sont limités ou de qualité médiocre, comme c'est le cas dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne rurale.

Pour que les transferts monétaires conditionnels et les systèmes de bons permettent de compenser les dépenses et les pertes de revenus lors de soins médicaux, il faut qu'ils soient ciblés de façon sensée. Cela se traduit par le fait d'encourir des dépenses potentiellement importantes et de risquer des inefficacités, comme la fuite vers les non-pauvres qui, par leur éducation ou leurs relations, sont à même de mieux exploiter de tels avantages.

Cependant, dans les régions où les barrières à l'accès sont majeures (régions rurales pauvres, isolées, par exemple), les transferts monétaires conditionnels et les systèmes de bons peuvent être les seuls moyens à court terme d'assurer que les personnes sont soignées au bon moment.

Conclusions

Les trois dernières décennies ont permis de tirer des leçons des échecs liés aux paiements directs dans le financement des systèmes de santé. La solution réside dans la progression vers un système de prépaiement et de mise en commun des ressources, tout en partageant le risque financier lié à la maladie avec le plus grand groupe de population possible. Cela doit être soigneusement planifié afin d'éviter d'exacerber la situation déjà désespérée de nombreuses populations pauvres et vulnérables du monde, surtout celles qui vivent dans des régions éloignées. L'Encadré 3.3 résume l'évidence présentée dans le présent chapitre, information qui peut être utilisée pour informer les responsables politiques du pays.

Les objectifs à long terme devraient être de réduire le niveau des paiements directs sous la barre des 15–20% des dépenses de santé totales

et d'augmenter la proportion des dépenses d'assurance publiques et obligatoires combinées dans le PIB à environ 5 ou 6%. Atteindre ces cibles prendra du temps dans certains pays qui peuvent se fixer des objectifs plus facilement réalisables à courte terme. La transition peut paraître intimidante, mais de grands pas ont récemment été faits par beaucoup de pays, y compris par des pays aux ressources limitées.

Pour les pays dans l'incapacité à générer le financement ou manquant de l'infrastructure technique pour soutenir la transition, le soutien financier externe sera vital. Il est important que ce soutien soit fourni dans l'esprit de la Déclaration de Paris, de façon à permettre aux bénéficiaires de l'aide de formuler et d'exécuter leurs propres plans nationaux selon leurs priorités. La manière fragmentée par laquelle les donateurs acheminent des fonds vers les pays doit être évitée. Les partenaires au développement doivent aussi se souvenir que de nombreux gouvernements ont actuellement recours au paiement direct par l'utilisateur qu'ils ont mis en place sur des conseils externes et parfois à la demande des donateurs.

La transition vers un système de prépaiement et de mise en commun nécessite des actions aux niveaux national et international afin de permettre d'honorer les engagements de prêt faits au cours de la dernière décennie. Le succès dépendra dans une certaine mesure de la mobilisation continue des ressources sur lesquelles les gouvernements se sont engagés. Sans investissements dans les services de santé, notamment dans l'infrastructure et le personnel apte à fournir des soins primaires adéquats, la question de savoir comment acheter des soins médicaux est superflue. Aucun soin, c'est aucun soin, quelle que soit la manière dont vous voulez les payer.

Enfin, même dans les pays où un système de prépaiement et de mise en commun est la norme, il y aura toujours des personnes nécessiteuses pour qui les soins médicaux devront vraiment être gratuits. ■



Encadré 3.3. Idées centrales pour réduire les barrières financières

La question clé pour les responsables politiques actuels est la suivante: comment pouvons-nous changer notre système de financement de la santé pour profiter davantage de la force du nombre, ou pour protéger les avantages déjà réalisés? Voici quelques considérations de base pour les responsables politiques qui cherchent à augmenter la protection financière de la population, tout en réduisant les barrières d'accès aux services nécessaires.

La mise en commun des ressources rapporte

Les pays peuvent faire des progrès plus rapides vers une couverture universelle en introduisant des formes de prépaiement et de mise en commun pour tirer profit de la force du nombre.

Consolider ou compenser

Il existe des possibilités d'amélioration de la couverture en consolidant les caisses fragmentées ou en développant des formes de compensation du risque, permettant le transfert de fonds entre elles.

Combiner les impôts et l'assurance maladie sociale

La source des fonds ne doit pas déterminer la façon de les regrouper. Les impôts et les cotisations d'assurance peuvent être combinés pour couvrir la population dans son ensemble, plutôt que de les maintenir dans des fonds séparés.

Une contribution obligatoire aide

Les pays qui se sont le plus rapprochés de la couverture universelle utilisent une certaine forme d'agencement des contributions obligatoire, financées par les recettes générales nationales ou par les cotisations d'assurance obligatoires. Cela permet aux fonds mis en commun de couvrir les personnes ne pouvant pas payer et que l'on retrouve dans toutes les sociétés.

Les régimes volontaires sont une première étape utile

Si le contexte économique et fiscal plus large ne permet que des faibles niveaux de perception de l'impôt ou des cotisations d'assurance obligatoires, les régimes volontaires peuvent fournir une certaine protection contre le risque financier lié à la maladie et peuvent aider les personnes à comprendre les avantages des prépaiements et de la mise en commun. Mais l'expérience suggère que leur potentiel est limité.

Supprimer le paiement direct

Ce n'est que lorsque les paiements directs des ménages arrivent à 15–20% des dépenses totales de la santé que l'incidence de catastrophe financière chute à des niveaux négligeables, bien que les pays et les régions puissent préférer se donner des cibles intermédiaires, comme nous l'avons vu précédemment pour les régions OMS de l'Asie du Sud-est et du Pacifique occidental.

Références

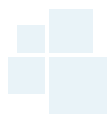
1. Xu K et al. *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. World health report 2010 background paper, no. 19 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
2. *The impact of global crises on health: money, weather and microbe*. Address by Margaret Chan at: 23rd Forum on Global Issues, Berlin, Germany, 2009 (http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090318/en/index.html, accessed 23 June 2010).
3. Witter S. *Summary of position on user fees, selected African and Asian countries (including all PSA countries)*. Briefing note for the Department for International Development, 2009 (unpublished).
4. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha>, accessed 23 June 2010).
5. *Access to health care in Burundi. Results of three epidemiological surveys*. Brussels, Médecins Sans Frontières, 2004 (<http://www.msf.org/source/countries/africa/burundi/2004/report/burundi-healthcare.pdf>, accessed 25 June 2010).
6. Leive A, Xu K. Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:849-856. doi:10.2471/BLT.07.049403 PMID:19030690
7. McIntyre D, Thiede M, Dahlgren G, Whitehead M. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine* (1982), 2006,62:858-865. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.001 PMID:16099574
8. *World report on disability and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization (unpublished).
9. Xu K et al. Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine* (1982), 2006,62:866-876. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.004 PMID:16139936
10. Habicht J, Xu K, Couffinhal A, Kutzin J. Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*, 2006,21:421-431. doi:10.1093/heapol/czl026 PMID:16951417
11. Saksena P et al. *Impact of mutual health insurance on access to health care and financial risk protection in Rwanda*. World health report 2010 background paper, no. 6 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
12. James CD, Bayarsaikhan D, Bekedam H. Health-financing strategy for WHO's Asia-Pacific Region. *Lancet*, 2010,375:1417-1419. doi:10.1016/S0140-6736(10)60552-1 PMID:20417844
13. *Health financing strategy for the Asia Pacific region (2010-2015)*. Manila and New Delhi, World Health Organization, WHO Regional Office for the Western Pacific and WHO Regional Office for South-East Asia, 2009 (<http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HCF/HCF+strategy+2010-2015.pdf>, accessed 25 June 2010).
14. Cohen J, Dupas P. Free distribution or cost-sharing? Evidence from a randomized malaria prevention experiment. *The Quarterly Journal of Economics*, 2010,125:1-45. doi:10.1162/qjec.2010.125.1.1
15. Kremer M, Miguel E. The illusion of sustainability. *The Quarterly Journal of Economics*, 2007,122:1007-1065. doi:10.1162/qjec.122.3.1007
16. Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action. *BMJ*, 2005,331:762-765. doi:10.1136/bmj.331.7519.762 PMID:16195296
17. Jowett M, Danielyan E. Is there a role for user charges? Thoughts on health system reform in Armenia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010,88:472-473. doi:10.2471/BLT.09.074765 PMID:20539867
18. Gaal P, Cashin C, Shishkin S. Strategies to address informal payments for health care. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
19. Kruk ME, Mbaruku G, Rockers PC, Galea S. User fee exemptions are not enough: out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2008,13:1442-1451. doi:10.1111/j.1365-3156.2008.02173.x PMID:18983268
20. Lewis M. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:984-997. doi:10.1377/hlthaff.26.4.984 PMID:17630441
21. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf, accessed 25 June 2010).
22. Rossi L et al. Evaluation of health, nutrition and food security programmes in a complex emergency: the case of Congo as an example of a chronic post-conflict situation. *Public Health Nutrition*, 2006,9:551-556. doi:10.1079/PHN2005928 PMID:16923285

23. *Global health cluster position paper: removing user fees for primary health care services during humanitarian crises*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hac/global_health_cluster/about/policy_strategy/EN_final_position_paper_on_user_fees.pdf, accessed 25 June 2010).
24. Andrews S, Mohan S. User charges in health care: some issues. *Economic and Political Weekly*, 2002,37:3793-3795.
25. Akin J, Birdsall N, Ferranti D. *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*. Washington, DC, The World Bank, 1987.
26. Resolution AFR/RC37/R6. Women's and children's health through the funding and management of essential drugs at community level: Bamako Initiative. In: *37th Regional Committee, Bamako, 9-16 September 1987*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 1987.
27. Waddington C, Enyimayew K. A price to pay, part 2: the impact of user charges in the Volta region of Ghana. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1990,5:287-312. doi:10.1002/hpm.4740050405
28. Mwabu G, Mwanza J, Liambila W. User charges in government health facilities in Kenya: effect on attendance and revenue. *Health Policy and Planning*, 1995,10:164-170. doi:10.1093/heapol/10.2.164 PMID:10143454
29. Knippenberg R et al. *Increasing clients' power to scale up health services for the poor: the Bamako Initiative in West Africa*. Washington, DC, The World Bank, 2003 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2003/10/24/000160016_20031024114304/Rendered/PDF/269540Bamako0IncreasingOclients0power.pdf, accessed 25 June 2010).
30. Soucat A et al. Local cost sharing in Bamako Initiative systems in Benin and Guinea: assuring the financial viability of primary health care. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1997,12:Suppl 1S109-S135. doi:10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+<S109::AID-HPM468>3.3.CO;2-7 PMID:10169906
31. Litvack JI, Bodart C. User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroon. *Social Science & Medicine* (1982), 1993,37:369-383. doi:10.1016/0277-9536(93)90267-8 PMID:8356485
32. Batungwanayo C, Reyntjens L. *Impact of the presidential decree for free care on the quality of health care in Burundi*. Buju Burundi, 2006.
33. Witter S, Armar-Klemesu M, Dieng T. National fee exemption schemes for deliveries: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal. In: Richard F, Witter S, De Brouwere V, eds. *Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries*. Antwerp, ITGPress, 2008:168-198.
34. Thomson S, Mossialos E. *Primary care and prescription drugs: coverage, cost-sharing, and financial protection in six European countries*. New York, The Commonwealth Fund, 2010 (http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Mar/1384_Thomson_primary_care_prescription_drugs_intl_ib_325.pdf, accessed 25 June 2010).
35. Mkandawire T. *Targeting and universalism in poverty reduction*. Geneva, United Nations Research Institute for Social Development, 2005 ([http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/462fc27bd1fce00880256b4a0060d2af/955fb8a594eea0b0c12570ff00493eaa/\\$FILE/mkandatarget.pdf](http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/462fc27bd1fce00880256b4a0060d2af/955fb8a594eea0b0c12570ff00493eaa/$FILE/mkandatarget.pdf), accessed 25 June 2010).
36. Wilkinson D, Holloway J, Fallavier P. *The impact of user fees on access, equity and health provider practices in Cambodia* (WHO Health Sector Reform Phase III Project Report). Phnom Penh, Cambodian Ministry of Health/Health Economics Task Force, 2001.
37. Hardeman W et al. Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2004,19:22-32. doi:10.1093/heapol/czh003 PMID:14679282
38. Noirhomme M et al. Improving access to hospital care for the poor: comparative analysis of four health equity funds in Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2007,22:246-262. doi:10.1093/heapol/czm015 PMID:17526640
39. Bigdeli M, Annear PL. Barriers to access and the purchasing function of health equity funds: lessons from Cambodia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:560-564. doi:10.2471/BLT.08.053058 PMID:19649372
40. Kutzin J. *Health expenditures, reforms and policy priorities for the Kyrgyz Republic*. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health, 2003 (Policy Research Paper 24, Manas Health Policy Analysis Project).
41. Bitran R, Giedion U. *Waivers and exemptions for health services in developing countries*. Washington, DC, The World Bank, 2003 (<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/80083/SouthAsia/southasia/pdf/readings/day1/aldeman.pdf>, accessed 25 June 2010).
42. Jacobs B, Price NL, Oeun S. Do exemptions from user fees mean free access to health services? A case study from a rural Cambodian hospital. *Tropical medicine & international health: TM & IH*, 2007,12:1391-1401. PMID:17949399
43. Nishtar S. *Choked pipes: reforming Pakistan's mixed health system*. Oxford, Oxford University Press, 2010.
44. Gotsadze G, Gaal P. Coverage decisions: benefit entitlements and patient cost-sharing. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.

45. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:972-983. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972 PMID:17630440
46. Ridde V, Robert E, Meesen B. *Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé*. World health report 2010 background paper, no.18 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
47. Masiye F et al. *Removal of user fees at primary health care facilities in Zambia: a study of the effects on utilisation and quality of care*. Harare, Regional Network for Equity in Health in east and southern Africa, 2008 (Report No. 57; <http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/Dis57FINchitah.pdf>, accessed 25 June 2010).
48. Nabyonga J et al. Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda. *Health Policy and Planning*, 2005,20:100-108. doi:10.1093/heapol/czi012 PMID:15746218
49. *An unnecessary evil? User fees for healthcare in low-income countries*. London, Save the Children Fund, 2005 (http://www.savethechildren.org.uk/en/docs/An_Unnecessary_Evil.pdf, accessed 25 June 2010).
50. *Your money or your life. Will leaders act now to save lives and make health care free in poor countries?* Oxford, Oxfam International, 2009 (http://www.oxfam.org.uk/resources/policy/health/downloads/bp_your_money_%20or_your_life.pdf, accessed 25 June 2010).
51. Nolan B, Turbat V. *Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa*. Washington, DC, The World Bank, 1995.
52. Gilson L, Mills A. Health sector reforms in sub-Saharan Africa: lessons of the last 10 years. *Health Policy*, 1995,32:215-243. doi:10.1016/0168-8510(95)00737-D PMID:10156640
53. Nyonator F, Kutzin J. Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning*, 1999,14:329-341. doi:10.1093/heapol/14.4.329 PMID:10787649
54. Witter S, Adjei S, Armar-Klemesu M, Graham W. Providing free maternal health care: ten lessons from an evaluation of the national delivery exemption policy in Ghana. *Global Health Action*, 2009,2: PMID:20027275
55. Xu K et al. Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine* (1982), 2006,62:866-876. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.004 PMID:16139936
56. Gaal P, Jakab M, Shishkin S. Strategies to address informal payments for health care. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
57. Yates R. Universal health care and the removal of user fees. *Lancet*, 2009,373:2078-2081. doi:10.1016/S0140-6736(09)60258-0 PMID:19362359
58. Busse R, Schreyögg J, Gericke C. *Analyzing changes in health financing arrangements in high-income countries: a comprehensive framework approach*. Washington, DC, The World Bank, 2007 (Health, Nutrition and Population Discussion Paper; <http://go.worldbank.org/LSI0CP3900>, accessed 25 June 2010).
59. Kwon S. Healthcare financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: Social solidarity or efficiency? *International Social Security Review*, 2003,56:75-94. doi:10.1111/1468-246X.00150
60. What? No waiting lists? *Bulletin of the World Health Organization*, 2010,88:241-320. doi:10.2471/BLT.10.000410
61. Van de Ven WPMM, Schut FT. Managed competition in the Netherlands: still work-in-progress. *Health Economics*, 2009,18:253-255. doi:10.1002/hec.1446 PMID:19206093
62. Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. Learning from Thailand's health reforms. *BMJ*, 2004,328:103-105. doi:10.1136/bmj.328.7431.103 PMID:14715608
63. Smith PC. *Formula funding of health services: learning from experience in some developed countries*. Geneva, World Health Organization, 2008 (HSS/HSF/DP.08.1).
64. Devadasan N et al. The landscape of community health insurance in India: an overview based on 10 case studies. *Health Policy*, 2006,78:224-234. doi:10.1016/j.healthpol.2005.10.005 PMID:16293339
65. Fonteneau B, Galland B. The community-based model: mutual health organizations in Africa. In: Churchill C, ed. *Protecting the poor: a microinsurance compendium*. Geneva, International Labour Organization, 2006.
66. Bennett S, Creese A, Monasch R. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO/ARA/97.13).
67. Letourmy A, Pavy-Letourmy A. *La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu*. Paris, Agence française de Développement, 2005.
68. Lekhan V, Rudyi V, Shishkin S. *The Ukrainian health financing system and options for reform*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/97423/E90754.pdf, accessed 25 June 2010).
69. Criel B et al. Community health insurance in developing countries. In: Carrin G et al. eds. *Health systems policy, finance and organization*. Amsterdam, Elsevier, 2009.

70. Soors W et al. *Community health insurance and universal coverage: multiple paths, many rivers to cross*. World health report 2010 background paper, no. 48 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. Tangcharoensathien V et al. *Achieving universal coverage in Thailand: what lessons do we learn? A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, 2007.
72. Donaldson D, Pannarunothai S, Tangcharoensathien V. Health financing in Thailand technical report. Management Sciences for Health and Health Systems Research Institute. Manila, Asian Development Bank, Thailand Health Management and Financing Study Project, 1999.
73. Tangcharoensathien V et al. *Universal coverage scheme in Thailand: equity outcomes and future agendas to meet challenges*. World health report 2010 background paper, no. 43 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
74. Hrobon P, Machacek T, Julinek T. *Healthcare reform in the Czech Republic in the 21st century Europe*. Prague, Health Reform CZ, 2005 (http://healthreform.cz/content/files/en/Reform/1_Publications/EN_publikace.pdf, accessed 24 June 2010).
75. Jeong H-S. *Expanding insurance coverage to informal sector population: experience from the Republic of Korea*. World health report 2010 background paper, no. 38 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
76. Xu K et al. *Financial risk protection of national health insurance in the Republic of Korea: 1995–2007*. World health report 2010 background paper, no. 23 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
77. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. *Health Policy*, 1995,32:257-277. doi:10.1016/0168-8510(95)00739-F PMID:10156642
78. Lloyd-Sherlock P. When social health insurance goes wrong: lessons from Argentina and Mexico. *Social Policy and Administration*, 2006,40:353-368. doi:10.1111/j.1467-9515.2006.00494.x
79. Savedoff WD. Is there a case for social insurance? *Health Policy and Planning*, 2004,19:183-184. doi:10.1093/heapol/czh022 PMID:15070867
80. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 1997,41:1-36. doi:10.1016/S0168-8510(97)00010-9 PMID:10169060
81. Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
82. Knaut FM, Frenk J. Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. *Health Aff (Millwood)*, 2005,24:1467-1476. doi:10.1377/hlthaff.24.6.1467 PMID:16284018
83. James C, Savedoff WD. *Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes toward solidarity*. World health report 2010 background paper, no. 5 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
84. Xu K et al. *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. World health report 2010 background paper, no. 19 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
85. Interview with Dr Mirta Roses Periago, Director of the Pan American Health Organization. International Food Policy Research Institute. IFPRI Forum, Online Edition 15 December 2009 (<http://ifpriforum.wordpress.com/2009/12/15/interview-roses-periago/>, accessed 24 June 2010).
86. *Towards the fifth summit of the Americas: regional challenges*. Washington, DC, Organization of American States, undated (http://www.summit-americas.org/pubs/towards_v_summit_regional_challenges_en.pdf accessed 24 June 2010).
87. Jowett M, Shishkin S. *Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/79295/E93573.pdf, accessed 24 June 2010).
88. Shishkin S, Kacevicus G, Ciocanu M. *Evaluation of Moldova's 2004 health financing reform*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/78974/HealthFin_Moldova.pdf, accessed 24 June 2010).
89. Kutzin J, Jakab M, Shishkin S. From scheme to system: social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2009,21:291-312. PMID:19791707

90. Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe and the European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
91. Schmidt U. Shepherding major health system reforms: a conversation with German health minister Ulla Schmidt. Interview by Tsung-Mei Cheng and Uwe Reinhardt. *Health Aff (Millwood)*, 2008,27:w204-w213. doi:10.1377/hlthaff.27.3.w204 PMID:18397935
92. Ognyanova D, Busse R. Health fund now operational. *Health Policy Monitor*, May 2009 (<http://www.hpm.org/survey/de/a13/3>).
93. Goudge J et al. Affordability, availability and acceptability barriers to health care for the chronically ill: longitudinal case studies from South Africa. *BMC Health Services Research*, 2009,9:75- doi:10.1186/1472-6963-9-75 PMID:19426533
94. James CD et al. To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2006,5:137-153. doi:10.2165/00148365-200605030-00001 PMID:17132029
95. Saksena P et al. *Health services utilization and out-of-pocket expenditure in public and private facilities in low-income countries*. World health report 2010 background paper, no. 20 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
96. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning*, 2004,19:69-79. doi:10.1093/heapol/czh009 PMID:14982885
97. Saksena P et al. Patient costs for paediatric hospital admissions in Tanzania: a neglected burden? *Health Policy and Planning*, 2010,25:328-333. doi:10.1093/heapol/czq003 PMID:20129938
98. Goudge J et al. The household costs of health care in rural South Africa with free public primary care and hospital exemptions for the poor. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2009,14:458-467. doi:10.1111/j.1365-3156.2009.02256.x PMID:19254274
99. Prakongsai P, Limwattananon S, Tangcharoensathien V. The equity impact of the universal coverage policy: lessons from Thailand. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2009,21:57-81. PMID:19791699
100. Gupta I, William J, Shalini R. *Demand side financing in health. How far can it address the issue of low utilization in developing countries?* World health report 2010 background paper, no. 27 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
101. Ensor T. *Consumer-led demand side financing for health and education: an international review*. Dhaka, World Health Organization Bangladesh Country Office, 2003 (WHO/BAN/DSF/03.1) (http://www.whoban.org/dsf_international_review.pdf, accessed 25 June 2010).
102. Doetinchem O, Xu K, Carrin G. *Conditional cash transfers: what's in it for health?* Geneva, World Health Organization, 2008 (WHO/HSS/HSF/PB/08.01).
103. Rawlings LB. Evaluating the impact of conditional cash transfer programs *The World Bank Research Observer*, 2005,20:29-55. doi:10.1093/wbro/lki001
104. Leroy JL, Ruel M, Verhofstadt E. The impact of conditional cash transfer programmes on child nutrition: a review of evidence using a programme theory framework. *Journal of Development Effectiveness*, 2009,1:103-129. doi:10.1080/19439340902924043
105. Fernald LC, Gertler PJ, Neufeld LM. Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet*, 2008,371:828-837. doi:10.1016/S0140-6736(08)60382-7 PMID:18328930
106. Barham T.. A healthier start: the effect of conditional cash transfers on neonatal and infant mortality in rural Mexico. *Journal of Development Economics*, In press, corrected proof available doi:10.1016/j.jdevco.2010.01.003.





Chapitre 4 | Plus de santé pour son argent



Messages clés

- Tous les pays peuvent faire quelque chose, beaucoup d'entre eux énormément, pour améliorer l'efficacité de leurs systèmes de santé, libérant ainsi des ressources qui peuvent alors être utilisées pour couvrir davantage de personnes, de services et/ou de coûts.
- Certaines de ces actions viseraient à améliorer l'efficacité dans un domaine particulier du système de santé, comme les médicaments. D'autres concerneraient des incitations inhérentes au système de financement de la santé, en particulier l'achat des services et le paiement des prestataires.
- Tous les pays peuvent chercher à améliorer l'efficacité par une approche plus stratégique de l'offre ou de l'achat de services de santé, par exemple, en décidant quels services acheter en fonction des informations sur les besoins sanitaires de la population et en reliant les paiements aux prestataires selon leurs performances et aux informations sur les coûts, la qualité et l'impact des services.
- Tous les mécanismes de paiement des prestataires ont des points forts et des points faibles, mais il faut être particulièrement attentif aux paiements à l'acte, qui peuvent engendrer des prestations excessives de services pour les personnes qui peuvent se les payer ou qui sont couvertes par un système de mise en commun des ressources, mais aussi des services insuffisants pour les personnes qui ne peuvent pas se les payer.
- Réduire la fragmentation dans le flux et la mise en commun des ressources pour la santé et dans l'offre de services améliorera également l'efficacité.
- Il n'existe aucune preuve que les établissements de santé privés sont plus ou moins efficaces que les établissements publics. Cela dépend de la situation.
- En établissant des règles et en veillant à ce qu'elles soient respectées, une gouvernance efficace est la clé de l'amélioration de l'efficacité et de l'équité.
- Les donateurs peuvent aussi contribuer en aidant à développer des institutions nationales de financement et en réduisant la fragmentation de l'acheminement de leurs fonds et la façon dont il est demandé aux pays de faire un rapport sur leur utilisation. Ils pourraient également réduire la duplication au niveau mondial.

4



Plus de santé pour son argent

Utilisation judicieuse des ressources

Les systèmes de santé provoquent une hémorragie de dépenses. Une étude récente de l'institut de recherche sur la santé PricewaterhouseCoopers a estimé que plus de la moitié des 2 trillions de dollars que les États-Unis d'Amérique dépensent chaque année en matière de santé est gaspillée. Une étude de Thomson-Reuters a rapporté un chiffre inférieur, mais néanmoins considérable : 600 à 850 milliards de dollars par an (1, 2). Le Réseau européen de lutte contre la fraude et la corruption dans les soins de santé explique que sur les 5,3 trillions de dollars de dépenses mondiales annuelles pour la santé, un peu moins de 6%, soit environ 300 milliards de dollars, sont perdus suite à des erreurs ou à la corruption (3).

Alors que certains pays perdent plus que d'autres, la plupart, si ce n'est tous, n'exploitent pas pleinement les ressources disponibles, que ce soit par une gestion médiocre de l'approvisionnement, une utilisation irrationnelle des médicaments, une distribution et une gestion incorrectes des ressources humaines et techniques ou une fragmentation du financement et de l'administration. Toutefois, tout cela peut être évité et il existe de nombreuses variations dans l'inefficience. Certains pays obtiennent des niveaux de couverture plus élevés et de meilleurs résultats en matière de santé que d'autres, et l'écart entre ce que les pays réalisent et ce qu'ils pourraient atteindre avec les mêmes ressources est parfois énorme (4). La Figure 4.1 illustre ce point en montrant l'importance des écarts dans la proportion d'accouchements assistés par un personnel soignant qualifié, même pour les pays avec des dépenses de santé totales semblables.

Recueillir plus d'argent pour la santé est indispensable pour les pays à faible revenu, qui s'efforcent de mettre en place une couverture universelle, mais il est tout aussi important de tirer le maximum des ressources disponibles. Trouver les meilleures façons de répondre aux nombreux défis auxquels les systèmes de santé font face est également un problème pour les pays qui luttent pour maintenir des niveaux élevés de couverture face aux dépenses évoluant sans cesse et à la demande croissante.

Il existe de nombreuses possibilités de gagner en efficacité. Cela ne se réduit pas simplement à la diminution des coûts. L'efficacité, comme nous l'expliquerons dans les pages suivantes, est une mesure de la qualité et/ou de la quantité de résultats (c'est-à-dire services ou résultats en matière de santé) pour un niveau d'intrant donné (c'est-à-dire le coût). Par conséquent, les gains d'efficacité pourraient contribuer à limiter les coûts - un objectif important pour de nombreux pays - en réduisant les coûts des prestations de services. Cependant, personne ne veut restreindre les coûts en réduisant les résultats en matière de santé. Et il faudrait donc considérer également

les gains d'efficacité comme le moyen de développer la couverture pour le même coût.

La façon dont les pays peuvent améliorer l'efficacité de leurs systèmes de santé va être abordée dans ce chapitre.

Les dix principales causes de l'inefficacité

Chaque pays peut améliorer son efficacité et, de ce fait, progresser sur le chemin de la couverture universelle de la santé. Le Tableau 4.1 identifie 10 domaines problématiques et suggère des moyens de rendre les systèmes de santé plus efficaces.

Éliminer les dépenses de médicaments inutiles

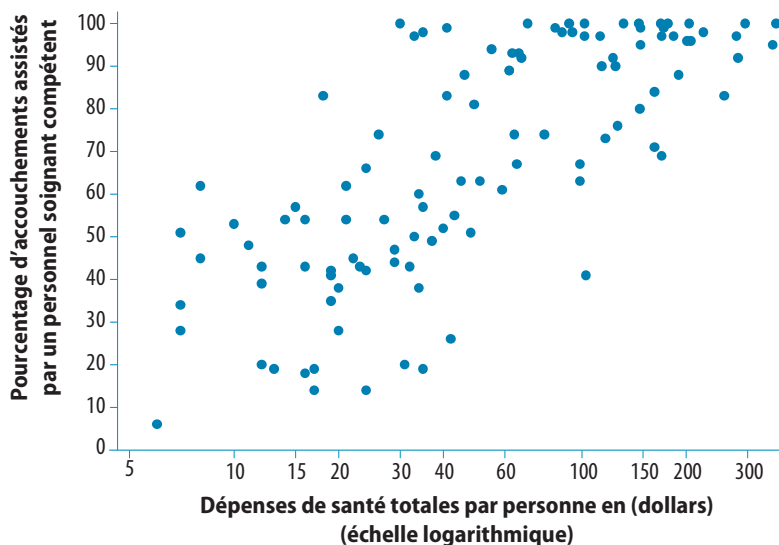
Les médicaments représentent 20 à 30% des dépenses mondiales de santé, légèrement plus dans les pays à revenus faible et moyen et, par conséquent, ils constituent une part majeure du budget pour la personne qui paie pour bénéficier des services de santé (7). Dans de nombreux cas, ce fardeau serait plus léger si les gouvernements et les individus payaient un prix juste. Mais qu'est-ce qu'un prix juste exactement ? Les prix de référence internationale sont un point de départ utile dans les négociations pour les responsables des approvisionnements. Ils sont déterminés en calculant le prix médiane payé

pour le même médicament dans des pays comparables (8). Sans ces informations sur les prix entre pays, les acheteurs doivent s'acharner pour obtenir une opération équitable sur un marché mondial du médicament qui n'est ni transparent, ni efficace, et où il existe une énorme plage de prix payés pour des produits identiques. Une étude récente sur les prix des médicaments a révélé que les génériques dans les régions OMS des Amériques, de l'Asie du Sud-est et de la Méditerranée orientale étaient achetés par le secteur public à des prix proches de la référence internationale, alors que dans les régions africaine, européenne et pacifique occidentale, les gouvernements ont payé en moyenne 34 à 44% plus que nécessaire (Figure 4.2) (9).

La même étude a révélé que certains médicaments sont presque toujours vendus avec des bénéfices



Figure 4.1. Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié par niveau de dépenses de santé totales, par pays à revenus faible et moyen, et par dernière année disponible (chaque point représente un pays)



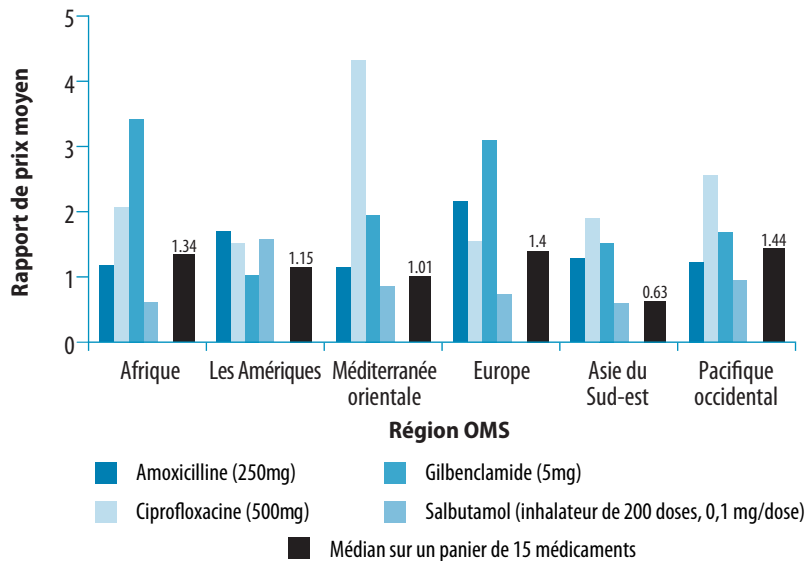
Source : (5).

Tableau 4.1. Les 10 principales causes de l'inefficience

Source de l'inefficience	Raisons communes de l'inefficience	Moyens de traiter l'inefficience
1. Médicaments: sous-utilisation de génériques et prix plus élevés que les prix nécessaires des médicaments	Contrôles inadéquats des agents de la chaîne d'approvisionnement, des prescripteurs et des distributeurs ; efficacité/sécurité des médicaments génériques perçue comme inférieure ; modèles de prescription historiques et systèmes d'approvisionnement/de distribution inefficients ; taxes et droits sur les médicaments ; hausses excessives.	Améliorer les conseils, les informations, la formation et la pratique liés à la prescription. Exiger, permettre ou offrir des incitations pour la substitution par des génériques. Développer des achats actifs basés sur l'évaluation des coûts et les avantages des alternatives. Assurer la transparence des achats et des soumissions. Supprimer les taxes et les droits. Contrôler les hausses excessives. Surveiller et rendre public les prix des médicaments.
2. Médicaments: utilisation de médicaments de qualité inférieure et contrefaits	Structures/Mécanismes régulateurs pharmaceutiques inadéquats ; systèmes d'approvisionnement insuffisants.	Renforcer la mise en application des normes de qualité dans la fabrication des médicaments ; effectuer des analyses des produits ; améliorer les systèmes d'approvisionnement avec la préqualification des prestataires.
3. Médicaments: utilisation incorrecte et inefficace	Incitations incorrectes des prescripteurs et pratiques de promotion immorales ; demandes/attentes des consommateurs ; connaissances limitées des effets thérapeutiques ; structures régulatrices inadéquates.	Séparer les fonctions de prescription et de distribution ; réglementer les activités de promotion ; améliorer les conseils, les informations, la formation et les pratiques de prescription ; transmettre les informations au public.
4. Produits et services de santé: emploi excessif ou fourniture de matériel, enquêtes et procédures	Demande des prestataires ; mécanismes de paiement à l'acte ; peur du litige (médecine défensive).	Réformer les structures d'incitations et de paiement (par exemple, groupe de capitation ou de diagnostic (DRG)) ; développer et mettre en place des directives cliniques.
5. Personnel soignant: combinaison de personnel inappropriée ou chère, travailleurs non motivés	Conformité avec les politiques et les procédures de ressources humaines prédéfinies ; résistance du corps médical ; contrats fixes/rigides ; salaires inadéquats ; recrutement par favoritisme.	Faire une évaluation et une formation basées sur les besoins ; revoir les politiques de rémunération ; établir des contrats souples et/ou un paiement en fonction du rendement ; mettre en place des changements de tâche et d'autres façons d'adapter les techniques aux besoins.
6. Services de santé: admissions en milieu hospitalier et durée de séjour peu appropriées	Manque de structures de soins alternatifs ; motivations insuffisantes pour faire sortir ; connaissance limitées des meilleures pratiques.	Fournir des soins alternatifs (par exemple soins de jour) ; changer les motivations des prestataires à l'hôpital ; accroître les connaissances sur la pratique d'admission efficient.
7. Services de santé: taille de l'hôpital peu appropriée (faible utilisation de l'infrastructure)	Niveau inapproprié des ressources de gestion pour la coordination et le contrôle ; trop d'hôpitaux et de patients hospitalisés dans certaines régions, pas assez dans d'autres. Souvent cela reflète un manque de planification du développement de l'infrastructure des services de santé.	Intégrer des estimations d'entrées et de sorties dans la planification de l'hôpital ; adapter la capacité de gestion à la taille ; réduire la surcapacité pour atteindre un taux d'occupation de 80 à 90% (tout en contrôlant la durée du séjour).
8. Services de santé: erreurs médicales et qualité sous optimale des soins	Connaissances ou applications insuffisantes des normes et des protocoles de soins cliniques ; absence de directives ; surveillance inadéquate.	Améliorer les normes d'hygiène dans les hôpitaux ; fournir plus de continuité dans les soins ; entreprendre davantage d'audits cliniques ; surveiller les résultats de l'hôpital.
9. Pertes du système de santé: gaspillage, corruption et fraude	Conseils d'allocations de ressources vagues ; manque de transparence ; faiblesse des responsabilités et des mécanismes gouvernementaux ; salaires bas.	Améliorer les réglementations/la gouvernance, y compris les mécanismes de sanctions fortes ; estimer la transparence/vulnérabilité à la corruption ; faire des enquêtes pour retracer les dépenses publiques ; encourager les codes de conduite.
10. Interventions de santé: combinaison inefficace/niveaux de stratégies inappropriés	Financement coûteux, interventions à effet limité lorsque des options à bas prix et à fort impact ne sont pas financées. Équilibre inadéquat entre les niveaux de soins, et/ou entre la prévention, la promotion et le traitement.	Évaluation régulière et intégration dans la politique des preuves sur les coûts et l'impact des interventions, des technologies, des médicaments et des options de politique.

Source (6).

Figure 4.2. Ratios des prix moyens des prix d'approvisionnement du secteur public pour les médicaments génériques,^a par région OMS



^a Rapport du prix d'approvisionnement moyen par rapport au prix de référence internationale des Sciences de gestion de la Santé.

Source : (9).

importants et à des prix qui varient significativement d'un pays à un autre. Les prix d'achat de la ciprofloxacine de marque (un antibiotique à large spectre), par exemple, varient largement entre les pays en voie de développement, dont certains paient jusqu'à 67 fois le prix de référence internationale (9). Même dans les pays à revenu élevé, il existe une variabilité considérable dans les prix. Aux États-Unis d'Amérique, la ciprofloxacine de marque se vend entre 90 et 100 dollars par traitement alors qu'elle se vend moitié moins au Royaume-Uni (10).

Acheter des médicaments de marque plutôt que des formules génériques peut également être à l'origine de l'inefficacité. Une étude récente sur 18 médicaments dans 17 pays en grande partie à revenu moyen a révélé que les coûts pour les patients pourraient être réduits de 60% en moyenne en pas-

sant de la marque originale aux équivalents génériques plus abordables (11). Pour ce groupe de pays, cela représente une économie totale de 155 millions de dollars pour ce seul panier limité de médicaments.

Les gains mondiaux d'une utilisation plus systématique des médicaments génériques peuvent même être plus importants dans certains pays à revenu élevé. La France, par exemple, a appliqué une stratégie de substitution générique et on a estimé qu'une utilisation plus large des médicaments génériques permettrait d'économiser 1,32 milliard d'euros rien qu'en 2008, l'équivalent de 1,94 milliard de dollars (12, 13).

Améliorer le contrôle qualité des médicaments

S'ils sont de qualité inférieure, faux, falsifiés, faussement libellés, contrefaits ou périmés, les «mauvais» médicaments sont trop chers quel qu'en soit le prix, et les éviter est une autre façon de cesser de gaspiller des ressources. Plus de la moitié des produits qui circulent en Asie du Sud-est, contenant soi-disant de l'artésunate anti-malaria, ne contiennent en fait aucun principe actif (14), et une étude dans trois pays africains a rapporté que 26 à 44% des échantillons de médicaments antipaludiques ont échoué aux analyses de qualité (15).

Il existe peu d'informations fiables pour permettre une évaluation de la taille du problème. Cependant, l'Office du contrôle pharmaceutique et

alimentaire (FDA) américain a estimé que les produits contrefaits représentent plus de 10% du marché mondial des médicaments. Si nous utilisons ce chiffre comme limite inférieure, les bénéfices mondiaux annuels des ventes de médicaments de qualité inférieure seraient supérieurs à 32 milliards de dollars (16). Cela représente 32 milliards de dollars de dépenses qui ne produiront que peu d'amélioration en termes de santé.

Les pays qui cherchent à éliminer les mauvais produits ont plusieurs options, notamment, l'adhésion aux bonnes pratiques de fabrication (BPF) en produisant les médicaments et en les achetant à des producteurs soumis aux BPF. Les BPF ont été créées pour garantir que les produits sont fabriqués de manière cohérente et contrôlés selon un ensemble spécifique de normes de qualité afin d'éviter les contaminations, les libellés inexacts et les taux incorrects du principe actif (17). De nombreux pays ont formulé leurs propres exigences de BPF d'après le modèle développé par l'OMS, alors que d'autres ont adapté des exigences déjà en place.

Pour faciliter l'accès aux médicaments qui respectent les normes de qualité, de sécurité et d'efficacité unifiées pour le VIH/SIDA, la malaria, la tuberculose et la santé reproductive, l'OMS a conçu en 2001 un programme de préqualification visant à soutenir les agences d'approvisionnement des Nations Unies mais, au fil du temps, la liste des médicaments préqualifiés est devenue une ressource pour tous ceux qui achètent des médicaments en gros, notamment les agences d'approvisionnement nationales (18).

Utiliser les médicaments de façon appropriée

L'utilisation irrationnelle de médicaments peut non seulement faire souffrir et entraîner la mort, mais elle utilise également des ressources qui étaient destinées à des interventions factuelles efficaces. En dépit du fait que de nombreux pays ont adopté des politiques médicales nationales et des programmes médicaux de base encourageant une utilisation appropriée, moins de la moitié de tous les patients des pays à revenus faible et moyen reçoivent des soins de santé primaires selon les directives cliniques en matière de maladies communes (19). On estime que plus de la moitié de tous les médicaments sont globalement prescrits, délivrés ou vendus de façon inappropriée (19), et que la moitié de tous les patients ne prennent pas leurs médicaments tels que prescrits ou délivrés (20). L'utilisation irrationnelle peut se présenter sous de nombreuses formes, y compris l'utilisation de mélanges nocifs de médicaments (polypharmacie), l'emploi excessif d'antibiotiques et d'injections, des prescriptions non conformes aux directives cliniques, ou une automédication incorrecte (21).

L'utilisation excessive et inappropriée d'antibiotiques est un problème mondial particulièrement sérieux car deux tiers de tous les antibiotiques sont vendus sans prescription sur des marchés privés non contrôlés. Des doses inexacts ou inadéquates sont prescrites à de nombreux patients, ou ces derniers ne terminent pas le traitement prescrit. Moins de la moitié de tous les patients souffrant de diarrhée aiguë peuvent être traités à bon marché avec des solutés de réhydratation oraux extrêmement efficaces, alors que plus de la moitié reçoivent des antibiotiques chers et inutiles dans ce cas. On estime, par exemple, que l'utilisation excessive d'antibiotiques pour

traiter les infections aiguës des voies respiratoires dans les pays à revenus faible et moyen ajoute en moyenne 36% au coût des soins (22).

Obtenir le maximum des technologies et des services

Les technologies médicales peuvent être essentielles à la prestation de services de santé de qualité, à condition qu'elles soient sélectionnées et utilisées correctement, selon les preuves scientifiques et les meilleures pratiques (23). Trop souvent, la politique d'approvisionnement est déformée par la pression marketing des fabricants de matériel. Cela est vrai pour les pays à revenu tant faible qu'élevé, peut-être même davantage pour les pays à revenu élevé étant donné le plus large périmètre des dépenses. La technologie médicale moderne contribue largement à la hausse des coûts dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et la mesure dans laquelle un pays particulier l'utilise n'est pas toujours basée sur ses besoins. Parmi les pays de l'OCDE, celui qui utilise le plus grand nombre de scanners d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie (CT) par personne est le Japon, alors que les États-Unis d'Amérique se placent au premier rang mondial dans l'orientation de l'imagerie médicale : 91,2 examens par IRM pour 1 000 habitants (comparé avec une moyenne de l'OCDE de 41,3 pour 1 000 habitants) ; et 227,8 examens par scanner CT pour 1 000 habitants (comparé à une moyenne de l'OCDE de 110) (24). Du point de vue médical, une importante proportion de ces analyses serait inutile.

Des achats et des utilisations inutiles de matériel peuvent également survenir dans les pays à faible revenu, mais en général, les situations à faibles ressources ont d'autres défis technologiques. On estime qu'au moins 50% du matériel médical des pays en voie de développement est en partie utilisable ou totalement inutilisable (25). En Afrique subsaharienne, jusqu'à 70% du matériel médical n'est pas utilisé. Les études suggèrent plusieurs raisons à ce type d'échec systémique général, notamment une mauvaise gestion du processus d'acquisition technologique et un manque de formation des utilisateurs et d'assistance technique efficace (26). Lorsque la technologie médicale est disponible, elle est trop souvent la cause de diagnostics médiocres ou dangereux, ou de traitements qui peuvent présenter un risque pour la santé des patients. Une technologie médicale inappropriée impose aussi un poids financier à des systèmes qui peuvent difficilement se la permettre.

L'ironie de la chose, c'est que les dons sont l'une des plus grandes causes de l'inefficacité en matière de technologies médicales dans les pays à faible revenu. Dans certains pays, presque 80% du matériel médical provient de donateurs internationaux ou de gouvernements étrangers, et une grande partie reste inutilisée pour plusieurs raisons. Une étude récente menée en Cisjordanie et dans la bande de Gaza en offre un exemple (27). De grands convois de matériel médical ont été transportés vers la bande de Gaza une fois les hostilités terminées en janvier 2009. Une partie de ces dons de matériel était utile, mais une proportion importante ne pouvait pas être intégrée au système de santé et elle est restée dans les entrepôts.

Ce type de problème pourrait être évité si les partenaires de développement avaient consulté les pays bénéficiaires pour clarifier leurs besoins et leurs capacités d'entretien du matériel donné. Il incombe également aux gouvernements bénéficiaires de mettre en place des systèmes de gestion rationnels, d'organiser le stockage des appareils médicaux par type, modèle et fabricant, mais aussi de vérifier l'état de complétude, de compatibilité et de qualité de chaque don.

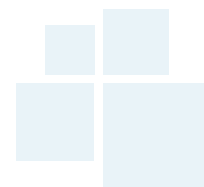
Ce qui s'applique aux technologies s'applique également aux services de santé. Une étude comparant les services dispensés aux patients dans le cadre du programme Medicare aux États-Unis d'Amérique a conclu que «les habitants des régions à dépenses élevées ont reçu 60% de soins en plus, mais n'ont pas eu un taux de mortalité inférieur, une meilleure santé ni une plus grande satisfaction» (28, 29). Les différences dans les modèles de pratique ne pouvaient pas être attribuées à des différences dans les besoins médicaux, et environ 30% des coûts de traitement auraient pu être économisés si les prestataires à l'origine de dépenses élevées avaient réduit leur prestation de services aux niveaux présents dans les régions de traitement inoffensif, mais conservateur (30). Des variations similaires dans les modèles de pratique existent dans de nombreux pays, indiquant des possibilités semblables de réduire les coûts et d'améliorer l'efficacité (31–34).

Alors qu'il est souvent difficile d'établir le besoin précis pour une intervention médicale au niveau individuel, les responsables politiques peuvent contrôler les variations au niveau des modèles de pratique dans un pays, en ne se concentrant que sur les prestataires ou les établissements qui offrent un grand nombre de services par rapport à d'autres, ou sur ceux qui en offrent relativement peu. La diminution de cette variation peut permettre d'économiser des ressources et d'améliorer les résultats sanitaires.

Motiver les professionnels de la santé

Le personnel soignant forme la base d'un système de santé et représente généralement environ la moitié de toutes les dépenses de santé d'un pays (35). Une pénurie de personnel soignant est souvent un obstacle majeur à la consolidation des systèmes de santé, à un recrutement inefficace, à une formation peu adéquate et à une mauvaise supervision. De plus, une mauvaise distribution dans le pays sape également l'efficacité, alors qu'une rémunération inadéquate entraîne des taux excessifs de renouvellement du personnel ou une réduction des effectifs (36). Le cumul de ces défaillances a pour résultat inévitable une diminution de la productivité et des performances.

Mais quelle est la perte exacte avec l'inefficacité de la main-d'œuvre ? Sans données complètes fiables, il est difficile d'être précis, mais il y a eu plusieurs tentatives de mesurer la productivité du personnel soignant dans des contextes spécifiques. En République-Unie de Tanzanie, par exemple, on a rapporté que les absences inexplicables et le temps passé au repos, à des contacts sociaux et à attendre des patients réduisent les niveaux de la productivité de 26% (37). Au Brésil, Sousa et al. ont mis au jour que l'efficacité du personnel soignant en termes de couverture des soins prénataux dans les municipalités varie de moins de 20% à plus de 95% (38).



En prenant des exemples, certes limités, comme indicateurs des tendances mondiales et en appliquant un niveau moyen prudent d'inefficience rapportée (15 à 25%) à la proportion des dépenses totales de santé sur les ressources humaines (45 à 65%, selon la région de revenu dans le monde), il est possible d'atteindre un coût d'inefficience de la main-d'œuvre dans le monde supérieur à 500 milliards de dollars par an.

La façon de réduire cette perte – la façon d'améliorer la productivité et les performances du personnel soignant – est analysée dans le *Rapport sur la santé dans le monde de 2006*, qui met en exergue, entre autre, l'importance d'une rémunération adéquate et d'une meilleure adéquation des qualifications aux tâches (36). Les questions de la rémunération selon les performances et du paiement des prestataires sont abordées ci-après.

Améliorer l'efficacité de l'hôpital : taille et durée du séjour

Dans de nombreux pays, les soins hospitaliers absorbent plus de la moitié et jusqu'à deux tiers des dépenses gouvernementales totales en matière de santé. Les admissions des patients et les durées de séjour (souvent excessives) représentent des catégories de dépenses significatives. Quatre études distinctes sur des patients adultes hospitalisés dans le système de santé du Canada, par exemple, ont révélé que 24 à 90% des admissions et 27 à 66% des séjours de patients en hôpital étaient inopportuns (39).

Une autre source d'inefficience est la taille inappropriée de certains établissements et la gamme des services qu'ils offrent. Bien qu'il puisse y avoir des raisons économiques au développement de la taille et du champ d'action d'un hôpital afin d'utiliser pleinement les compétences, l'infrastructure et l'équipement disponibles, il existe un seuil au-delà duquel l'efficacité commence à diminuer. De même, les petits hôpitaux deviennent inefficients lorsque les coûts fixes d'infrastructure et d'administration sont répartis sur un nombre de cas trop bas, augmentant ainsi le coût moyen d'un séjour à l'hôpital. Des études menées principalement aux États-Unis et au Royaume-Uni indiquent que l'inefficience commence à moins de 200 lits et au-delà de 600 lits approximativement (40). Un bon indicateur de l'efficacité d'un hôpital est l'utilisation des installations par les patients hospitalisés, mesurée en taux de capacité. Une étude de l'OMS sur 18 pays à revenus faible et moyen a montré que dans des hôpitaux de district, seuls 55% des lits étaient occupés en moyenne, bien en dessous du niveau recommandé de 80 à 90% (6).

Un examen récent de plus de 300 études sur l'efficacité et la productivité des soins de santé a révélé que l'efficacité des hôpitaux était en moyenne d'environ 85%, c'est-à-dire que les hôpitaux pourraient réaliser 15% de plus de ce qu'ils font pour le même coût, ou 15% de réduction des coûts pour un même niveau de services (41). Aucune différence majeure n'a été rapportée entre les hôpitaux aux États-Unis, en Europe et dans d'autres parties du monde, bien que les hôpitaux publics s'avèrent plus efficaces que les hôpitaux privés sans but lucratif ou à but lucratif (Encadré 4.1). En appliquant un taux d'inefficience moyen de 15% à la part des dépenses de santé totales

des hôpitaux dans chaque région mondiale de revenu, c'est un total d'environ 300 milliards dollars qui est perdu chaque année à cause de l'inefficience des hôpitaux.

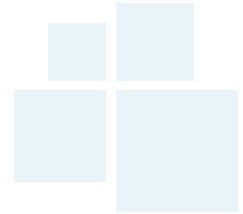
Obtenir immédiatement de bons soins

L'erreur médicale coûte cher et fait souffrir. Du fait du manque de données épidémiologiques fiables, la fréquence et l'importance des erreurs médicales sont inconnues à l'échelle mondiale, mais les estimations semblent indiquer qu'un patient sur 10 dans les pays développés est blessé en recevant des soins hospitaliers. Dans les pays en voie de développement, ce chiffre peut être largement supérieur (49). Ce sont 1,4 million de personnes dans le monde qui souffrent d'infections nosocomiales (50). On ne sait pas ce que cela coûte aux autorités sanitaires, mais une étude datant de 1999 suggère que les erreurs médicales évitables peuvent tuer jusqu'à 98 000 personnes par an aux États-Unis, soit un coût de 17 à 29 milliards de dollars (51).

Une mesure simple pour réduire les erreurs médicales consiste à encourager l'hygiène des mains, une autre d'encourager des pratiques d'injection sûres et une troisième de s'assurer de la précision des diagnostics.

Une procédure simple permettant de sauver des vies est l'utilisation de listes de contrôle, comme celle qui est préconisée dans l'initiative «une chirurgie sûre sauve des vies» de l'OMS. Des résultats saisissants ont déjà été obtenus avec les listes de contrôle, en particulier dans le Michigan (États-Unis), où une initiative à l'échelle de l'État cherchait à réduire les infections sanguines liées aux cathéters en appliquant une brève liste de contrôle. Cette liste de contrôle a notamment permis aux infirmières de s'assurer que les médecins suivaient la procédure (52). Les infections sanguines dans les unités de soins intensifs participantes ont diminué de 1,4 pour 1 000 jours d'utilisation de cathéters, moins de 20% du taux avant la mise en œuvre, ce qui a permis de sauver environ 1 800 vies sur 4 ans. Les initiatives des listes de contrôle sont désormais prises dans plusieurs pays, y compris la Chine, la Jordanie, la Thaïlande et le Royaume-Uni.

Une approche plus punitive (et potentiellement controversée) de



Encadré 4.1. L'efficience relative des prestations de services publiques et privées

Les rôles relatifs des secteurs public et privé (à but lucratif ou sans but lucratif) dans l'offre des soins de santé ont évolué au fil du temps et ont continué à alimenter un débat animé sur fond idéologique. Finalement, les évidences empiriques devraient aider à déterminer le type d'établissement qui fournit les services spécifiques de manière la plus efficiente.

La plupart des études disponibles se sont concentrées sur l'efficience des hôpitaux, responsables pour environ 45 à 69% des dépenses de santé nationales en Afrique subsaharienne (42). Hollingsworth (41) a récemment effectué une méta-analyse de 317 publications sur les mesures de l'efficience et a conclu que «l'offre publique peut être potentiellement plus efficiente que l'offre privée». Cependant, les études sur les pays suggèrent que l'impact de la propriété sur l'efficience est mitigé. Lee et al. (43) ont déterminé que les hôpitaux à but non lucratif aux États-Unis étaient plus efficient que les hôpitaux à but lucratif. En revanche, les niveaux d'efficience des hôpitaux suisses ne varient pas en fonction de la propriété (44, 45). En Allemagne, certaines études ont montré que les hôpitaux privés étaient techniquement moins efficient que les hôpitaux publics, d'autres ont conclu l'inverse, alors que d'autres encore n'ont trouvé aucune différence (46, 47).

Il existe très peu d'études qui mesurent l'efficience relative des établissements de santé publics et privés dans les pays à revenu faible et moyen. Masiye (48) est peut-être la seule étude qui rapporte un effet considérablement positif de la propriété privée sur l'efficience dans les hôpitaux zambiens (l'efficience moyenne des hôpitaux privés était de 73% comparée à 63% pour les hôpitaux publics).

Cela met l'accent sur le danger de généraliser à partir d'un meilleur modèle de propriété pour tous les pays. En même temps, les niveaux moyens d'efficience s'avèrent bien inférieurs à ce qu'ils pourraient être dans tous les types d'hôpitaux. Les hôpitaux peuvent devenir plus efficient, indépendamment de la propriété, en réduisant le gaspillage et en offrant des interventions rentables. Pour assurer que cela se passe ainsi, une guidance gouvernementale forte est nécessaire pour déterminer et appliquer les règles de fonctionnement.

réduction des erreurs médicales consiste à ne pas payer en cas d'erreur. Cette approche est actuellement testée aux États-Unis et, depuis octobre 2008, Medicare, le régime d'assurance sociale géré par gouvernement, qui fournit une couverture médicale aux personnes de plus de 65 ans, a cessé de rembourser les hôpitaux pour ce qu'on appelle les «never-events», ces erreurs médicales jugées «raisonnablement évitables». Celles-ci comprennent les erreurs majeures, comme l'opération d'un organe incorrect du corps, mais aussi les complications, comme des escarres graves et certaines lésions causées par la chute du patient. En refusant de payer pour des erreurs, Medicare espère réduire les 98 000 décès estimés chaque année suite à des erreurs médicales (53).

Éliminer le gaspillage et la corruption

On a estimé que 10 à 25% des dépenses de santé publique liées à l'approvisionnement – achats des articles indispensables, comme les médicaments, le matériel et l'infrastructure – sont perdus chaque année au profit des pratiques de corruption (54). Dans les pays développés, la fraude et les autres formes d'abus en matière de soins médicaux coûtent de 12 à 23 milliards de dollars environ par an aux gouvernements (55). Comme la production et la distribution de médicaments représentent un processus complexe composé de plusieurs phases, les possibilités d'abus sont nombreuses dans ce domaine, bien que le problème s'étende à tous les domaines de l'approvisionnement.

L'expérience a montré que pour diminuer considérablement la corruption lors de l'achat et de la distribution de médicaments, deux stratégies complémentaires doivent être appliquées : d'abord, une approche disciplinaire qui a tendance à être descendante, qui repose sur des réformes législatives, établissant les lois, les structures administratives et les processus nécessaires à la garantie d'une régulation transparente des médicaments et de l'approvisionnement ; et deuxièmement, une approche des valeurs ascendante, qui encourage l'intégrité institutionnelle par des valeurs et des principes moraux et qui essaie de motiver une conduite éthique chez les fonctionnaires.

Depuis 2004, 26 pays ont mis en place une gouvernance optimale des programmes de médicaments en fonction de ces principes, avec pour résultat une réduction des dépenses en médicaments (56). L'Alliance de Transparence des Médicaments (MeTA) est une autre initiative qui cible l'accessibilité et la disponibilité des médicaments de bonne qualité par des actions au niveau du pays, encourageant l'efficacité dans la chaîne d'achat des médicaments, notamment par la transparence et la responsabilité (57).

Néanmoins, ces principes ne sont pas limités à l'achat et à la distribution de médicaments, et peuvent être appliqués à toutes les activités liées à la santé. Ils sont étayés par les principes fondamentaux d'une administration de qualité, comprenant la responsabilité, la transparence et le respect de la loi (58). Les fonctions régulatrices centrales qui peuvent combattre efficacement des pertes budgétaires et autres, comprennent l'enregistrement, l'accréditation et la licence des prestataires de soins, des installations et des produits (pour améliorer la qualité), la supervision interne et les fonctions d'audit. Une amélioration de la gouvernance nécessite également un meilleur recueil

et une meilleure utilisation de l'information, afin que les infractions à la pratique puissent être identifiées et les changements surveillés.

Évaluer d'un œil critique les services requis

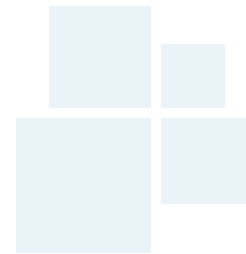
On a estimé que le coût d'un an de vie saine en plus varie de moins 10 dollars à plus de 100 000 dollars, selon l'intervention (59, 60). En d'autres termes, si vous choisissez une intervention qui coûte 10 dollars par année saine de vie économisée, vous pouvez économiser 100 000 ans pour 1 million de dollars. Et si vous choisissez une intervention à 100 000 dollars, vous n'économisez que 10 années saines pour la même somme.

Il n'existe aucune règle générale selon laquelle les interventions sont très rentables dans un pays, en prenant en compte les barèmes de prix, les modèles des maladies et les niveaux de couverture. Il est même faux que la prévention est toujours plus rentable que les soins. Certaines formes de prévention sont rentables et sous-utilisées, d'autres ne le sont pas. Dans l'idéal, chaque pays doit évaluer la rentabilité et l'efficacité dans sa propre situation, bien que le programme de travail WHO-CHOICE (Choisir des interventions rentables) et deux rounds du projet Priorités du contrôle des maladies aient fourni des conseils sur la rentabilité d'une large gamme d'interventions dans différentes situations (61).

Toutefois, il est clair que pour diverses raisons, on a tendance à abuser des interventions chères et à faible impact, alors que les interventions à bas prix et à impact élevé sont sous-exploitées (59, 60). Par conséquent, le transfert des ressources des premières vers les secondes est une façon évidente d'obtenir une efficacité supérieure. Notre examen des études qui comparent le statu quo avec une combinaison potentiellement plus appropriée d'interventions pour des maladies (Tableau 4.2) suggère que les mêmes avantages sanitaires auraient pu être obtenus avec un taux compris entre 16 et 99% des dépenses courantes selon la santé. Ces économies permettraient ensuite de générer d'importantes contributions afin d'améliorer la santé par d'autres moyens.

Cependant, en tenant compte des coûts des transactions permettant d'effectuer les réaffectations nécessaires, le Tableau 4.2 suggère à l'évidence que des gains d'efficacité d'environ 20% seraient réalisables dans les pays donnant la priorité aux interventions rentables. Les interventions rentables diffèrent, évidemment, selon les pays, mais dans les pays à faible revenu, la plupart des interventions les plus rentables – soins et traitements préventifs pour la santé maternelle et néo-natale ou vaccinations infantiles de base – ne sont pas complètement exécutées, ce qui coûte cher en vies humaines.

La rentabilité n'est pas la seule considération lorsqu'il s'agit de choisir une combinaison optimale d'interventions. Dans les cas où il est question d'équité ou de décence de base, la valeur sociale d'une intervention de santé particulière peut différer de la valeur des avantages sanitaires qu'elle produit. Considérons les soins en fin de vie. Ils sont chers : aux États-Unis, par exemple, les soins au cours de la dernière année de vie d'un patient représentent presque un tiers des dépenses Medicare annuelles, malgré le fait que ces patients représentent seulement 5% des effectifs (68). Les valeurs sociales, plutôt que les considérations de rentabilité, déterminent que les sociétés continueront à fournir des soins de fin de vie. Un exemple moins extrême, mais qui divise souvent les responsables politiques dans les pays à revenus



faible et moyen, est la diminution de la rentabilité lors de l'expansion de la couverture des interventions dans les régions rurales éloignées. Comme l'explique le Chapitre 1, l'engagement de la couverture universelle dépend d'un degré élevé de solidarité sociale, de la volonté de faire des choix pour équilibrer entre l'efficacité et l'équité.

Les considérations en matière d'équité sont importantes, mais il est essentiel que les gouvernements continuent à cibler la rentabilité afin de pouvoir s'engager dans des achats de services plus actifs, permettant de garantir que le système atteint le meilleur rapport qualité-prix. Cette question sera abordée ultérieurement dans ce chapitre.



Tableau 4.2. Gains potentiels fondés sur l'évaluation critique des interventions

Étude	Devise ^a	Coût d'obtention d'un an de vie saine *		
		Combinaison actuelle	Combinaison optimale	Amélioration. (%)
Traitement médicamenteux de la malaria en Zambie (62)		10,65	8,57	20
(coût par cas guéri)	US\$			
Prévention des maladies et des lésions en Thaïlande (63)				
Prévention des maladies cardiovasculaires	BHT	300 000	2 185	99
Prévention des blessés de la route (alcool)		6 190	3 375	45
Prévention des blessés de la route (casques)		1 000	788	21
Contrôle de l'alcool et du tabac en Estonie (64)				
Alcool	EEK	2 621	893	66
Tabac		292	247	15
Interventions neuropsychiatriques au Nigeria (65)		37 835	26 337	30
Schizophrénie	NGN	210 544	67 113	68
Dépression		104 586	62 095	41
Épilepsie		13 339	10 507	21
Alcoolisme		20 134	10 677	47
Ensemble de soins de santé mentale en Australie (66)		30 072	17 536	42
Schizophrénie	AUS\$	196 070	107 482	45
Trouble affectif		20 463	10 737	48
Trouble d'anxiété		15 184	9 130	40
Alcoolisme		97 932	53 412	45
Soins et prévention du cancer du col de l'utérus (67) ^b				
Sous-région à revenu élevé (EurA)	I\$	4 453	3 313	26
Sous-région à revenu élevé (WprB)		3 071	1 984	35
Sous-région à revenu faible (SearD)		421	355	16

^a États-Unis d'Amérique \$, dollar américain ; BHT, baht thaïlandais ; EEK, couronne d'Estonie ; NGN, naira nigérien ; AUD, dollar australien ; I\$, dollar international.

^b Sous-régions WHO (strates de mortalité) : EurA comprend les pays de la région européenne avec une très faible mortalité adulte et infantile ; WprB comprend les pays du Pacifique occidental avec une faible mortalité adulte et infantile ; SearD comprend les pays de l'Asie du Sud-est avec une mortalité adulte et infantile élevée. Les régions OMS sont subdivisées d'après les strates de mortalité infantile et adulte : A, mortalité infantile et adulte très faible ; B, mortalité infantile et adulte faible ; C, mortalité infantile faible et mortalité adulte élevée ; D, mortalité infantile et adulte élevée ; E, mortalité infantile élevée et mortalité adulte très élevée. (<http://www.who.int/choice/demography/regions>). La classification n'a aucun caractère officiel et n'a que des fins analytiques.

Les avantages potentiels liés à l'amélioration de l'efficacité

En prenant les niveaux moyens de l'inefficacité, identifiés dans les premières sections, et en les multipliant par les proportions moyennes des dépenses de santé totales associées à chaque composant, il est possible de comprendre ce qu'on peut gagner par une efficacité supérieure (Tableau 4.3). Les 10 causes communes de l'inefficacité sont présentées dans ce tableau selon 5 catégories générales : ressources humaines pour la santé ; médicaments ; hôpitaux ; pertes dues à la corruption et au gaspillage ; et combinaison d'interventions.

Tableau 4.3. Économies potentielles de l'efficacité par coûts et par catégorie de revenu du pays

Catégorie de revenu	Fourchette d'économies potentielles de l'efficacité (pourcentage des dépenses de santé totales) ^a	Économies potentielles de l'efficacité par personne (dollars) ^b		Fourchette d'économies potentielles de l'efficacité sur la population totale (milliards de dollars)	
		Moyenne	Fourchette	Moyenne	Fourchette
Ressources humaines				563	110–851
Revenu élevé	8–16	492	78–629	499	79–639
Revenu moyen	7–14	14	7–48	61	29–206
Faible revenu	8–15	2	1–5	3	1–6
Médicament				115	24–193
Revenu élevé	2–3	93	14–122	95	14–124
Revenu moyen	2–5	5	2–16	19	9–67
Faible revenu	3–5	1	0–2	1	0–2
Hôpitaux				287	54–503
Revenu élevé	3–8	233	30–325	236	31–330
Revenu moyen	5–11	11	5–39	49	23–168
Faible revenu	4–9	1	1–3	2	1–4
Pertes				271	51–468
Revenu élevé	3–8	221	28–310	224	29–315
Revenu moyen	5–10	10	5–35	44	22–150
Faible revenu	5–10	2	1–3	2	1–4
Combinaison d'interventions				705	141–1 094
Revenu élevé	10–20	602	95–774	611	96–786
Revenu moyen	10–20	21	10–70	89	43–299
Faible revenu	10–20	3	2–7	4	2–8
Total				1 409	282–2 188
Revenu élevé	20–40	1204	189–1 548	1 223	192–1 573
Revenu moyen	20–40	42	20–140	178	86–599
Faible revenu	20–40	7	3–13	8	4–17

^a Obtenu en multipliant une fourchette d'économies potentielles de l'efficacité (ressources humaines 15–25% ; médicaments 10–15% ; hôpitaux 10–25%) par la part des dépenses de santé totales dans les groupes de revenu des différents pays ; économies potentielles de l'efficacité pour les pertes et les combinaisons d'interventions, estimées directement comme un pourcentage des dépenses de la santé par personne (6, 69).

^b Obtenu en multipliant les économies potentielles de l'efficacité par les dépenses de santé moyennes par personne [fourchette interquartile] : 4 013 [947–3871] (revenu élevé) ; 139 [101–351] (revenu moyen) ; 22 [15–33] (revenu faible) (6, 69).

Encadré 4.2. Les réformes du Liban : améliorer l'efficacité du système de santé, augmenter la couverture et réduire les dépenses directes des ménages

En 1998, le Liban a dépensé 12,4% de son PIB pour la santé, plus que tout autre pays de la région méditerranéenne orientale. Les dépenses directes des ménages, représentant 60% des dépenses de santé totales, étaient aussi parmi les plus élevées de la région et constituaient un obstacle important pour les personnes à faible revenu. Depuis lors, une série de réformes a été mise en place par le ministère de la Santé afin d'améliorer l'équité et l'efficacité.

Les composants clés de cette réforme ont été : la réorganisation du réseau des soins primaires du secteur public, l'amélioration de la qualité des hôpitaux publics et de l'utilisation rationnelle des technologies médicales et des médicaments. Ce dernier point comprenait l'augmentation de l'utilisation de médicaments génériques de qualité assurée. Le ministère de la Santé a aussi cherché à renforcer son leadership et ses fonctions de gouvernance par une autorité régulatrice nationale en matière de technologie sanitaire et biomédicale, par un système d'accréditation pour tous les hôpitaux et l'engagement par contrats avec les hôpitaux privés pour des services spécifiques pour les patients hospitalisés à des prix définis. Il possède maintenant une base de données qu'il utilise pour surveiller les prestations de services dans les établissements de santé publics et privés.

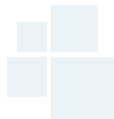
L'amélioration de la qualité des services dans le secteur public, aux niveaux primaire et tertiaire, a donné lieu à une augmentation de l'utilisation, en particulier chez les pauvres. En tant que prestataire de services important, le ministère de la Santé est désormais plus à même de négocier les tarifs de services qu'il achète aux hôpitaux privés et peut utiliser la base de données pour contrôler les coûts unitaires de différents services hospitaliers.

L'utilisation de services préventifs, promoteurs et curatifs, en particulier chez les pauvres, s'est améliorée depuis 1998, de même que les résultats sanitaires. La réduction des dépenses en matière de médicaments, combinée à d'autres gains d'efficacité, signifient que les dépenses de santé en tant que partie du PIB ont baissé de 12,4 à 8,4%. Les dépenses directes des ménages en tant que partie des dépenses de santé totales ont chuté de 60 à 44%, en augmentant les niveaux de protection du risque financier.

Le tableau montre que les pays à faible revenu pourraient économiser de 12 à 24% par an sur leurs dépenses de santé totales en améliorant l'efficacité des hôpitaux ou de leur main-d'œuvre, en libérant de ce fait des ressources afin d'élargir potentiellement la protection du risque financier à davantage de personnes ou de développer les services disponibles. Ce qui se passerait exactement si les pays travaillaient simultanément sur toutes ces sources d'inefficacité est vague, mais les gains ne s'additionneraient certainement pas totalement puisqu'une amélioration de l'efficacité du personnel soignant, par exemple, serait aussi automatiquement ressentie comme une amélioration de l'efficacité de l'hôpital. Une estimation prudente suggère que 20 à 40% des dépenses totales sont utilisées sans pour autant améliorer la santé des personnes. Les gains sanitaires potentiels provenant d'un meilleur réinvestissement de ces ressources afin d'améliorer la santé des populations sont énormes.

Dans une première étape, les pays doivent évaluer la nature et les causes des inefficacités locales, en s'inspirant de l'analyse ci-dessus.

Il convient ensuite d'estimer les coûts et les impacts possibles des solutions proposées. Il est possible d'améliorer l'efficacité, comme le Liban l'a récemment montré (Encadré 4.2). Bien qu'il ne soit pas possible pour tous les pays d'égaliser les résultats de ce pays, des gains substantiels peuvent être obtenus presque partout.



Incitations, financement de la santé et efficacité

Les sections précédentes ont suggéré des actions spécifiques pour améliorer l'efficacité dans 10 domaines identifiés. La section présente aborde les incitations - et les éléments dissuasifs - inhérents aux différents systèmes de financement pouvant favoriser ou compromettre l'efficacité.

L'une des considérations clés est la façon dont les prestataires de services de santé sont payés. Les mécanismes de paiement des hôpitaux et des établissements de santé, ainsi que les médecins, infirmières, kinésithérapeutes,

etc. qui y travaillent, varient considérablement entre les systèmes, et nombre d'entre eux sont sources d'inefficience. Le système de paiement le plus rudimentaire, comme on en a déjà parlé, est celui où le prestataire de soins est payé par le patient au moment du service. Les nombreux inconvénients de ce système - notamment la barrière financière à l'accès des pauvres et les niveaux de difficulté financière associés qu'il impose aux personnes qui sont obligées d'utiliser ces services - ont déjà été abordés en détail. Cependant, ce paiement à l'acte encourage aussi des abus de service pour les personnes qui peuvent se les payer. C'est là une autre forme d'inefficience.

Les paiements à l'acte sont une modalité de paiement courante, même lorsque les fonds sont mis en commun, le plus communément en régimes d'assurance. C'est une pratique courante et chère. Puisque l'assureur paie, ni le médecin ni le patient ne sont motivés par la limitation des coûts et les abus de services en sont le résultat inévitable. Ces abus de services prennent souvent la forme d'abus de médicaments prescrits, mais ne s'y limitent pas. Une étude récente sur les facteurs responsables de l'incidence croissante des accouchements par césarienne en est un autre exemple. Il existe de nombreux déterminants, mais l'augmentation de la demande chez les patientes et du nombre de prestations chez les médecins qui sont payés à l'intervention, jouent un rôle majeur (70). En dépit du fait que l'accouchement par césarienne est lié à un accroissement de la mortalité maternelle, de la morbidité maternelle et infantile et de l'augmentation des complications lors des accouchements suivants (71-73), ces accouchements sont de plus en plus fréquents, même lorsque la naissance naturelle ne présente aucun risque particulier (74). Dans 69 des 137 pays où des informations sont disponibles, les taux de césarienne augmentent et le coût pour ces pays est estimé à 2 milliards de dollars par an en procédures inutiles (Encadré 4.3).

La mesure dans laquelle l'accouchement par césarienne est présenté aux patientes par des personnes qui y trouvent un intérêt financier n'est pas claire, mais d'après la même étude sur l'offre et la demande, lorsque les services de santé sont fournis par le gouvernement, les taux de césariennes s'effondrent. Le double de la part des dépenses de santé provenant de sources gouvernementales correspondait en particulier à une baisse de 29,8% (9,6 à 50%) du taux de césariennes (70).

La plupart des systèmes qui remboursent les frais médicaux à partir des fonds d'assurance ont mis en place des contrôles sur les prestataires afin de réduire la prestation excessive de services. De nombreux pays ont également introduit des forfaits ou d'autres formes de participation aux frais afin d'encourager les patients à considérer leur réel besoin d'utiliser un service de santé. Mais ces mesures peuvent être chères dans leur application, elles

Encadré 4.3. Variation du recours à la césarienne dans le monde

Le nombre de césariennes varie énormément entre les pays, avec les plus riches et ceux en voie de développement qui y ont massivement recours, alors que les pays économiquement démunis, principalement en Afrique, font face à une demande sans réponse. Les données sur les césariennes réalisées dans 137 pays en 2007 montrent que dans 54 pays, les naissances par césariennes représentaient moins de 10% de tous les accouchements; dans 69 pays, le pourcentage était de plus de 15%. Seuls 14 pays ont indiqué des taux compris dans la fourchette recommandée de 10 à 15%.

Une analyse spécifique par pays d'après les méthodes WHO-CHOICE (Choisir des interventions rentables) révèle que le coût de l'abus de césariennes dans le monde atteint 2 milliards dollars par an. En 2008, le nombre de césariennes inutiles au niveau mondial a dépassé le nombre de celles qui étaient nécessaires. De par l'écrasante majorité d'abus de césariennes dans les pays à revenu élevé (et par conséquent à niveaux de prix élevés), le coût de l'excès mondial de césariennes en 2008 aurait pu éventuellement financer presque 6 fois plus d'opérations indispensables dans les pays plus pauvres.

Source : (75).

nécessitent une capacité de surveillance considérable et elles ne traitent pas la cause majeure du problème : les incitations à la prestation excessive de services dans un système, basées sur une rémunération par service fourni.

L'une des stratégies permettant de restreindre la prestation excessive de services consiste à limiter, par capitation, la somme payée aux prestataires de services. La capitation est communément utilisée dans le domaine des soins de santé primaires : les prestataires de soins de santé reçoivent un paiement prédéfini qui couvre tous les besoins médicaux de chaque personne enregistrée avec eux. Le médecin ou l'établissement de soins de santé primaires devient en effet le détenteur d'une enveloppe budgétaire et il est responsable du paiement de tous les soins qu'il administre à ses patients ou des soins des patients qu'il adresse à des niveaux plus élevés du système. L'accent est ainsi mis sur la prévention. La prévention des maladies plus graves réduit les références et empêche le prestataire de perdre une partie de ses fonds. Cependant, cela peut également encourager les médecins à différer les références.

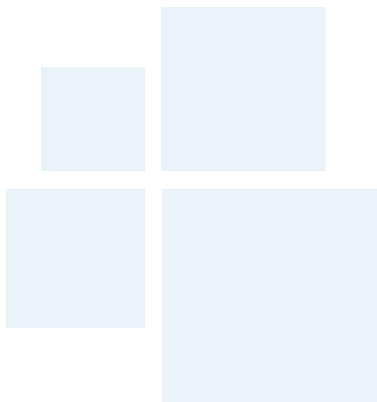
La capitation est parfois utilisée pour payer des prestataires ou des établissements de soins de santé primaires pour leurs services, indépendamment de la façon dont les soins secondaires et tertiaires sont financés. Dans ce cas, les prestataires de soins de santé primaires peuvent être incités à orienter rapidement vers le niveau supérieur, même lorsque les patients n'en ont pas vraiment besoin. C'est là une façon de protéger leurs budgets.

Dans les hôpitaux, l'équivalent des paiements à l'acte est le paiement selon la durée du séjour. Comme pour les paiements à l'acte des services cliniques, les paiements selon la durée du séjour entraînent toujours des périodes de soins plus longues pour le patient hospitalisé, d'où une augmentation des coûts par rapport à ce qui est nécessaire du point de vue médical (76, 77).

Un mécanisme plus efficace utilise le paiement à l'épisode, comme le système de groupes homogènes de diagnostic (*Diagnostic-related groups* – DRG), où différentes pathologies sont intégrées dans des groupes de coûts homogènes auxquels un coût moyen de traitement est ensuite attribué. Un remboursement fixe va à l'hôpital quelle que soit l'intensité avec laquelle il décide de traiter les patients ou la durée de leur séjour. L'inconvénient, c'est que les hôpitaux peuvent faire sortir les patients tôt afin de les réadmettre pour obtenir un paiement supplémentaire pour un nouvel épisode de DRG. Un grand nombre de fonds d'assurance et de pays - et pas seulement les pays avec un revenu élevé - ont introduit certaines formes de paiement par cas dans leurs systèmes de financement des hôpitaux afin de contrôler les coûts et d'encourager l'efficacité. Ces pays sont par exemple le Kazakhstan, le Kirghizistan, la Thaïlande et la Turquie (78-81).

En Suède, une comparaison entre les régions gouvernementales locales (comtés) qui utilisaient la rémunération par DRG et les régions qui ne le faisaient pas a montré des économies de coûts d'environ 10% (82). Aux États-Unis, la durée moyenne des séjours à l'hôpital a chuté sous les régimes de DRG par rapport aux autres méthodes de rémunération (83). Cependant, la capitation et la rémunération par DRG nécessitent la capacité de mesurer les coûts avec précision avant qu'ils ne soient appliqués et de surveiller leur impact au fil du temps.

L'autre solution à la rémunération du personnel soignant à l'acte ou par capitation consiste à payer des salaires fixes. Le défi ici est d'inciter ces personnes qui n'ont pas d'autres enjeux financiers à vouloir faire mieux. Au



Royaume-Uni, le Service national de santé a introduit en 2004 un régime de prime au rendement pour les médecins généralistes, conçu pour les encourager à améliorer les soins, en particulier pour la surveillance de certaines pathologies (insuffisance cardiaque, asthme, diabète). Cette prime peut atteindre plusieurs milliers de livres par an et représenter une partie importante du revenu d'un médecin (84).

Plusieurs pays ont commencé à développer des systèmes de paiement mixtes aux niveaux de l'hôpital et du prestataire de services individuel, fondés sur la supposition qu'une combinaison judicieuse de différentes méthodes de paiement permettrait d'obtenir une plus grande efficacité et une meilleure qualité qu'un modèle à paiement unique (85). Le système allemand combine par exemple des budgets avec un paiement par DRG au niveau de l'hôpital à des primes au rendement afin de contrôler des coûts. En Finlande, les médecins sont payés par un panachage de salaire, de capitation et de paiement à l'acte.

Payer à la performance

Payer à la performance est du point de vue conceptuel le contraire de ce que Medicare appelle l'approche «never-event», récompensant les médecins et les infirmières pour avoir fait ce qu'il fallait plutôt que de refuser de les payer lorsqu'ils font erreur. De nombreux régimes d'incitation à la performance ont été mis en place au cours des dernières décennies sous une variété de libellés - paiement à la performance, contrats de performance, financement basé sur les performances et financement basé sur les résultats - mais tout cela revient à récompenser la prestation de services spécifiques afin d'encourager une couverture plus élevée, une meilleure qualité ou des résultats sanitaires améliorés (86).

Outre l'expérience du Royaume-Uni présentée brièvement ci-dessus dans ce chapitre, certains régimes se sont avérés positifs dans plusieurs pays à revenu élevé. Aux États-Unis, il existe plus de 200 programmes de paiement à la performance, la France possède un programme national et l'Espagne et l'Italie ont des projets au niveau local ou des projets pilotes de petite envergure (84). Les évaluations suggèrent que les régimes d'incitation à la performance ont amélioré les résultats des médecins et/ou des hôpitaux par rapport à une série de mesures qui varient en fonction de la situation, mais qui incluent des indicateurs de qualité, comme l'adhésion aux meilleures pratiques en matière de soins, le contrôle de la tension artérielle des patients et la réduction des taux de complication du diabète (87, 88). Cependant, il est évident que parfois, ces incitations n'ont pas abouti à une amélioration des performances du prestataire (89). Même lorsqu'elles semblent avoir eu un certain impact, leur rapport coût-efficacité a rarement été pris en compte. Est-ce que l'amélioration des niveaux de performances vaut les paiements supplémentaires qui permettent de les acquérir ? Est-ce qu'il y existe des façons plus rentables d'obtenir les mêmes résultats ? Ces questions n'ont pas été abordées (90).

Ces dernières années, ce type de mécanisme de paiement a été introduit sous plusieurs formes dans les pays en voie de développement, souvent en tant que projet pilote avec un financement par donateur, et souvent pour les

interventions de soins infantiles et maternels (91). Le Burundi, le Cambodge, le Cameroun, la République démocratique du Congo, l'Égypte, Haïti, l'Inde, le Nicaragua et le Rwanda comptent parmi ces pays. L'amélioration des performances a été rapportée dans plusieurs domaines de soins, notamment le nombre de visites prénatales, la proportion de femmes qui accouchent dans un établissement de santé et la couverture de l'immunisation des enfants (92, 93).

Cependant, les résultats prometteurs doivent être considérés avec prudence étant donné la preuve limitée et les études d'évaluation peu étayées. Toutefois, une étude récente entre pays a suggéré qu'ils peuvent être un outil utile afin d'améliorer l'efficacité s'ils sont correctement appliqués (94). Cela nécessite une formulation claire des règles du jeu et de ce qui est attendu de chaque participant. Cela peut également inclure le renforcement du système d'informations et la fonction de surveillance pour contrer les incitations perverses, par lesquelles les prestataires essaient d'exploiter le système en se concentrant sur les procédures et les patients qui «rapportent davantage» afin d'augmenter leur revenu, ou négligent les procédures et les patients qui offrent des récompenses inférieures. Ce type de comportement a été rapporté dans des pays à revenus élevé et bas (95–97).

Il existe deux autres préoccupations concernant les régimes d'incitation à la performance. D'abord, si une rémunération à la performance est introduite séparément et indépendamment pour différents programmes, le résultat pourrait bien être des incitations concurrentielles de performance - chaque programme rivalisant pour obtenir que les prestataires fassent plutôt leur travail que celui d'autres programmes. Lorsque des donateurs sont impliqués, les pays bénéficiaires doivent prendre les décisions, déterminer dans quelle mesure les incitations à la performance sont adaptées à leurs stratégies globale de financement de la santé et de prestation de services, et comment, où et pourquoi les primes seront payées.

Deuxièmement, l'accent mis sur les récompenses financières peut avoir des conséquences plus subtiles sur le comportement du prestataire en faisant sentir à chaque professionnel de la santé, par exemple, que ses compétences sont mises en doute ou que son désir intrinsèque de faire du bon travail est peu apprécié ou rejeté (98). Cet objectif peut aussi encourager le personnel soignant à attendre des primes pour chaque acte réalisé (99).

Les achats stratégiques

Lors de l'attribution des fonds, payer au rendement n'est que l'une des considérations, permettant de veiller à ce que des services de qualité soient fournis à ceux qui en ont besoin et à ce que le système fonctionne de manière efficace. Traditionnellement, les prestataires ont été remboursés pour les services fournis et/ou les gouvernements allouent des budgets à plusieurs niveaux d'administration, de services et de programmes, basés en grande partie sur les fonds reçus l'année précédente. C'est ce qu'on appelle des achats passifs (100, 101). Les achats plus actifs peuvent améliorer la qualité et l'efficacité en examinant : les besoins sanitaires de la population et la façon dont ils varient au sein d'un pays ; les interventions et services qui répondent le mieux à ces besoins et les attentes de la communauté en fonction des ressources disponibles, ainsi que la combinaison optimale de

promotion, de prévention, de traitement et de rééducation ; la façon dont ces interventions et services doivent être achetés ou fournis, notamment les mécanismes contractuels et les systèmes de paiement des prestataires comme ceux présentés préalablement dans ce chapitre ; et auprès de qui ils doivent être achetés, en prenant en compte la disponibilité des prestataires et leurs niveaux de qualité et d'efficacité (102).

Le choix n'est pas simple entre l'achat de manière passive et de manière active. Les pays décideront à quel niveau ils peuvent intervenir selon leur possibilité de recueillir, surveiller et interpréter les informations nécessaires, et ils encourageront et appliqueront les normes de qualité et d'efficacité. Acheter de manière passive mène à l'inefficacité. Même si les pays pensent qu'ils n'ont pas encore les capacités techniques et informationnelles pour s'orienter rapidement vers des achats actifs, ils peuvent développer une structure pour le faire progressivement. Il pourrait bien y avoir une place pour le paiement au rendement dans l'achat actif, mais cela fonctionnera mieux s'il faisait partie d'une approche globale incluant tous les autres éléments.

Les instruments utilisés pour les achats stratégiques peuvent devoir être modifiés au fil du temps. Comme nous l'avons déjà vu, les systèmes de financement de la santé les plus avancés utilisent plusieurs méthodes de paiement du prestataire pour essayer d'obtenir la meilleure combinaison d'incitations. De nombreux pays ont fait des va-et-vient entre ces incitations, pour des raisons parfois techniques, parfois politiques. C'est la réalité des systèmes de santé : les responsables politiques doivent jongler avec plusieurs options en s'engageant dans des débats plus généraux - et souvent plus politisés - sur les mérites des différentes méthodes de paiement des prestataires et d'achat de services répondant aux besoins de la population.

La fragmentation

Chaque pays doit trouver des solutions pragmatiques pour payer ses prestataires et acheter des services qui reflètent les conditions locales. Quels que soient les choix, un certain degré de prépaiement et de mise en commun des ressources formera la base des systèmes de santé qui servent au mieux les besoins de leurs populations. Plus la gestion commune du risque est importante, mieux c'est. Les grandes caisses offrent plusieurs avantages, en particulier une capacité supérieure de répondre aux coûts des maladies occasionnelles et chères. Les systèmes de santé les plus efficaces évitent la fragmentation par la mise en commun des ressources, mais aussi par l'orientation des fonds et la répartition des ressources. Comme nous l'avons expliqué dans les chapitres précédents, la fragmentation limite la portée des subventions croisées nécessaires dans un système de gestion commune, entre riches et pauvres, bien-portants et mal-portants. Aux États-Unis, la mise en commun fragmentée des ressources est considérée comme l'une des raisons pour laquelle il est impossible d'instaurer une couverture universelle malgré les niveaux élevés de dépenses en matière de santé (103).

La fragmentation peut également être inefficace. Les systèmes à plusieurs caisses et canaux de financement, chacun avec ses propres coûts administratifs, multiplient les efforts, sont chers à gérer et nécessitent de la coordination. De même, la fragmentation dans d'autres parties du système

– opérations des hôpitaux, distribution de médicaments et de matériel, prise en charge des systèmes de laboratoire – entraîne des gaspillages et des répétitions inutiles.

Les programmes de santé publique, tels que ceux qui sont consacrés au contrôle de la tuberculose (TB) et du VIH, sont souvent gênés par des flux financiers et des offres de services fragmentés (104). Lorsque les allocations budgétaires du programme proviennent du gouvernement (souvent complétées par des fonds internationaux), le programme prend alors la responsabilité de la mise en commun des fonds et de leur distribution aux prestataires de services. Dans de nombreux cas, les programmes ont des arrangements d'offres de services spécifiques, comme un hôpital pour la tuberculose. Au Kirghizistan, par exemple, la stratégie recherchée visait à ce que 50% des patients tuberculeux soient pris en charge par les établissements de soins primaires, mais seulement 3 à 4% des dépenses totales pour le contrôle de la tuberculose concernaient ce niveau car la plupart des fonds nationaux et extérieurs destinés à la tuberculose étaient regroupés séparément des fonds du système général de paiement des prestataires et versés essentiellement aux hôpitaux pour la tuberculose (105). Ces procédures ont été récemment modifiées en 2011, et certains de ces fonds seront mis en commun avec les fonds de santé généraux, pouvant supporter les soins primaires des patients tuberculeux.

En Estonie, l'analyse des flux de financement des programmes VIH et de toxicomanie a aussi mis au jour une répétition inutile. Les usagers de drogues par injection étaient un groupe cible de chaque programme, qui s'engageaient séparément par contrat avec des ONG qualifiées pour leur assurer un travail de proximité (106). En réponse, le gouvernement a introduit un processus de contractualisation unique plus efficient, en combinant les ressources et en rattachant les interventions des deux programmes (107).

La fragmentation est commune, mais elle ne se limite pas au système de la santé. Un rapport récent de la Banque mondiale a indiqué que les gains d'efficacité et d'équité seraient supérieurs en intégrant mieux les systèmes d'aide sociale et d'assurance sociale (y compris l'assurance maladie) dans les pays latino-américains (108).

La fragmentation n'est pas seulement une préoccupation pour les gouvernements nationaux. Il existe une reconnaissance croissante dans la communauté en développement que l'offre fragmentée de l'aide internationale est à l'origine de coûts administratifs élevés pour les donateurs et les bénéficiaires, de répétitions inutiles et de fluctuations dans les conseils politiques et les normes de qualité au niveau des pays (109). Une illustration de cette répétition inutile et de ce gaspillage est le nombre élevé de séminaires de renforcement des capacités qui sont proposés chaque année. Souvent, les mêmes personnes d'un pays receveur assistent à plusieurs ateliers de formation au cours d'une année, chacun couvrant des sujets semblables, chacun financé par un donateur différent (110).

Par conséquent, il est impératif dans l'esprit de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide que les principaux donateurs non seulement s'engagent, mais qu'ils agissent afin d'aligner leurs efforts pour encourager la propriété nationale des plans et des stratégies sanitaires. Pour cela, ils doivent réduire la fragmentation dans l'acheminement des fonds vers les pays bénéficiaires, mais aussi réduire la duplication des systèmes de formation, des prestations

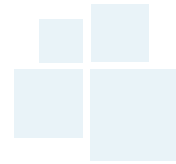
de services, ainsi que de la surveillance et du reporting qu'ils nécessitent. Il y a beaucoup à faire : le nombre de partenariats internationaux et d'initiatives globales pour la santé, chacune mettant en commun et acheminant les fonds vers les pays, a considérablement augmenté depuis l'an 2000 (111).

Corriger les inégalités

L'amélioration de l'efficacité produira de meilleurs résultats sanitaires qui seront également plus rentables, mais seule, elle ne suffira pas. La santé est plus que le niveau global de la santé de la population, convenablement exprimé par un indicateur tel que l'espérance de vie. Les systèmes de santé ont plusieurs objectifs, parfois concurrentiels : améliorer le niveau global de la santé, réduire les inégalités sanitaires, optimiser la réponse du système selon les besoins et les attentes des personnes et garantir l'équité dans la collecte des fonds de santé (112). Idéalement, l'efficacité serait mesurée par la capacité du système à avancer de front vers tous ces objectifs.

Les progrès au niveau global de la santé de la population et de la couverture des interventions doivent être au minimum évalués par rapport aux inégalités au sein de ce niveau global de couverture et des résultats sanitaires. Les inégalités de couverture majeures en matière d'accès au personnel soignant qualifié pendant les accouchements et pour l'immunisation diphtérie-tétanos-coqueluche dans les pays – en référence à de récentes enquêtes sur la démographie et la santé dans la plupart des pays à revenu bas, avec des mortalités maternelle et infantile élevées – ont été décrites dans le Chapitre 1. Cependant, des inégalités existent même dans les pays les plus riches, comme l'a souligné la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (113). Une étude australienne récente a montré que la probabilité que les patients atteints d'une maladie cardiovasculaire soient soignés était plus basse s'ils appartenaient à un groupe socio-économique inférieur. À l'extrême, les patients du groupe socio-économiques bas avaient 52% de chances de moins que leurs équivalents plus riches de subir une angiographie (114). Des exemples semblables d'inégalités dans les résultats sanitaires ou dans l'accès aux services se retrouvent dans de nombreux pays, à tous les niveaux de revenus (115, 116).

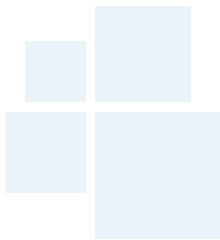
Les immigrés sont l'un des quelques groupes restants qui ne sont pas couverts par une assurance maladie au Costa Rica où, à bien des égards, de grands progrès ont été réalisés vers une couverture universelle (117). Les populations autochtones méritent également une attention spéciale puisqu'ils vivent moins longtemps et que leur santé est plus précaire que celle de leurs compatriotes non autochtones dans presque tous les pays. Une étude récente menée dans 7 pays d'Amérique centrale et du Sud rapporte, par exemple, que la proportion de femmes autochtones recevant des soins prénataux ou accouchant dans des établissements de santé était nettement inférieure à celle des femmes non autochtones. Cette inégalité de couverture est l'une des causes de la disparité des résultats de la santé maternelle entre les populations autochtones et non autochtones (118). Les femmes afro-américaines dans les mêmes pays ont moins fréquemment accouché dans les établissements de santé et présentaient des résultats de la santé maternelle plus faibles que ceux des autres femmes (118). Différents types d'inégalités



dans l'accès aux services de santé existent entre les autochtones et les non autochtones dans les pays à revenu élevé, comme l'Australie, le Canada, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis, fréquemment liés à la distance et aux frais de transport. Quelles que soient les raisons, les résultats sanitaires restent constamment inférieurs pour les autochtones (119).

S'assurer qu'une proportion importante des fonds disponibles pour la santé est prépayée et mise en commun améliore la protection du risque financier et l'accès aux services pour toutes les couches de la population. Les subventions nationales provenant de revenus généraux pour les personnes qui ne peuvent pas payer améliorent davantage la protection du risque financier et l'accès aux services. Les transferts d'argent, les bons et les autres mécanismes de réduction des barrières financières, associées au transport, aux coûts d'hébergement et au temps de travail perdu, augmentent encore plus la couverture. Mais corriger les inégalités nécessite plus que des systèmes de financement de la santé de qualité. Outre la santé, un ensemble d'initiatives plus large et lié en grande partie aux déterminants socio-économiques est nécessaire. Cela dit, aucun système de santé ne peut assurer une couverture équitable sans les mécanismes de financement de la santé du genre des coûts décrits dans le présent rapport.

Conclusions



Nous estimons que 20 à 40% de toutes les dépenses en matière de santé sont gaspillés à cause de l'inefficience. C'est là une évaluation indicative, reposant sur des données relativement limitées, mais elle met en évidence les gains majeurs qui peuvent être obtenus en réduisant l'inefficience. Chaque pays pourrait faire quelque chose, parfois beaucoup, pour améliorer l'efficience. La communauté internationale pourrait également faire plus pour améliorer l'efficience de l'architecture sanitaire mondiale et offrir un soutien aux pays bénéficiaires dans leur tentative de devenir plus efficaces.

Ce chapitre aborde certains des moyens les plus directs et pratiques de réduire le gaspillage. Les responsables politiques devraient s'en inspirer selon leurs besoins, en reconnaissant qu'il existe probablement d'autres possibilités pour leurs propres situations. Contre-intuitivement, la réduction de l'inefficience n'implique pas nécessairement la diminution des dépenses. L'inefficience peut être le résultat de dépenses insuffisantes, plutôt qu'excessives. Par exemple, les bas salaires peuvent amener le personnel soignant à compléter leur revenu par un second emploi pendant les heures de leur emploi principal. Les solutions doivent être adaptées aux besoins de chaque pays, mais éliminer ne serait-ce qu'un peu de ce gaspillage permettrait aux pays pauvres de progresser plus rapidement vers une couverture universelle, alors que les pays plus riches pourraient améliorer la disponibilité et la qualité des services qu'ils offrent. ■

Références

1. *The price of excess: identifying waste in healthcare spending*. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, 2009 (<http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml>, accessed 7 July 2010).
2. *Where can \$700 billion in waste be cut annually from the US healthcare system?* Thomson Reuters, 2009 (<http://www.factsforhealthcare.com/whitepaper/HealthcareWaste.pdf>, accessed 06 July 2010).
3. *The financial cost of healthcare fraud*. European Healthcare Fraud and Corruption Network, 2010 ([http://www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-\(2\).pdf](http://www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-(2).pdf), accessed 2 July 2010).
4. Roses M. *Hacia un desarrollo integrado e inclusivo en América Latina y el Caribe*, 2010 (http://www.paho.org/Spanish/D/D_III_ForoPoliticaSocial_OPS_final.ppt, accessed 06 July 2010).
5. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
6. Chisholm D, Evans DB. *Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage*. World health report 2010 background paper, no. 28 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
7. Lu Y et al. Medicine expenditures. In: *The world medicines situation*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://dosei.who.int/>).
8. *International drug price indicator guide*. Management Sciences for Health, 2008 (<http://erc.msh.org/dmpguide>, accessed 06 July 2010).
9. Cameron A et al. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *Lancet*, 2009,373:240-249. doi:10.1016/S0140-6736(08)61762-6 PMID:19042012
10. *Medicine prices, availability, affordability and price components*. Health Action International, 2008 (<http://www.haiweb.org/medicineprices>, accessed 7 July 2010).
11. Cameron A. *Cost savings of switching consumption from originator brand medicines to generic equivalents*. World health report 2010 background paper, no. 35 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
12. *Médicaments génériques: plus d'1 milliard d'euros d'économie en 2009*. Caisse Nationale D'Assurance Maladie, 2009 (http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_generiques_nov_09_vdef.pdf, accessed 2 July 2010).
13. *Mémento médicament 2009*. Fédération Nationale de la Mutualité Française, 2009 (<http://www.mutualite.fr/L-actualite/Kiosque/Communiqués-de-presse/La-Mutualite-francaise-publie-l-edition-2009-de-son-Memento-medicament>, accessed 2 July 2010).
14. Dondorp AM et al. Fake antimalarials in Southeast Asia are a major impediment to malaria control: multinational cross-sectional survey on the prevalence of fake antimalarials. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2004,9:1241-1246. doi:10.1111/j.1365-3156.2004.01342.x PMID:15598255
15. *Survey of the quality of selected antimalarial medicines circulating in Madagascar, Senegal, and Uganda*. The United States Pharmacopeia and USAID, 2010 (http://www.usaid.gov/our_work/global_health/hs/publications/qamsa_report_1109.pdf, accessed 6 July 2010).
16. Cockburn R et al. The global threat of counterfeit drugs: why industry and governments must communicate the dangers. *PLoS Medicine*, 2005,2:e100- doi:10.1371/journal.pmed.0020100 PMID:15755195
17. *Production of medicines*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/quality_assurance/production, accessed 6 July 2010).
18. *Prequalification programme: a United Nations programme managed by WHO*. Geneva, World Health Organization (<http://apps.who.int/prequal/default.htm>, accessed 6 July 2010).
19. *Medicines use in primary care in developing and transitional countries*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/medicines/publications/who_emp_2009.3, accessed 7 July 2010).
20. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf, accessed 7 July 2010).
21. Holloway K, Dijk E. Rational use of medicines. In: *The world medicines situation*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://dosei.who.int/>).
22. Abegunde D. *Inefficiencies due to poor access to and irrational use of medicines to treat acute respiratory tract infections in children*. World health report 2010 background paper, no. 52 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
23. *Essential health technologies*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/eht>, accessed 7 July 2010).
24. *Health at a glance 2009*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009.

25. Issakov A. Health care equipment: a WHO perspective. In: Van Gruting CWD, eds. *Medical devices: international perspectives on health and safety*. Amsterdam, Elsevier, 1994.
26. *Guidelines for health care equipment donations*. Geneva, World Health Organization, 2000 (http://www.who.int/selection_medicines/emergencies/guidelines_medicine_donations/en/index.html, accessed 6 July 2010).
27. *Medical equipment in Gaza's hospitals: internal management, the Israeli blockade and foreign donations*. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2009 ([http://www.emro.who.int/Palestine/reports/monitoring/WHO_special_monitoring/gaza/Medical%20equipment%20in%20Gaza%20EB%20report\(July09\).pdf](http://www.emro.who.int/Palestine/reports/monitoring/WHO_special_monitoring/gaza/Medical%20equipment%20in%20Gaza%20EB%20report(July09).pdf), accessed 6 July 2010).
28. Fisher ES et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care. *Annals of Internal Medicine*, 2003,138:273-287. PMID:12585825
29. Fisher ES et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Annals of Internal Medicine*, 2003,138:288-298. PMID:12585826
30. Fisher ES. Medical care—is more always better? *The New England Journal of Medicine*, 2003,349:1665-1667. doi:10.1056/NEJMe038149 PMID:14573739
31. Maynard A. *Payment for performance (P4P): international experience and a cautionary proposal for Estonia*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2008 (Health Financing Policy Paper; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/78975/P4P_Estonia.pdf, accessed 13 July 2010).
32. Fox KAA et al. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome; findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *European Heart Journal*, 2002,23:1177-1189. doi:10.1053/euhj.2001.3081 PMID:12127920
33. Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1997,15:68-75. doi:10.3109/02813439709018490 PMID:9232706
34. de Jong J, Groenewegen P, Westert GP. Medical practice variation: Does it cluster within general practitioners' practices? In: Westert GP, Jabaajj L, Schellevis GF, eds. *Morbidity, performance and quality in primary care. Dutch general practice on stage*. Abingdon, Radcliffe, 2006.
35. Hernandez P et al. *Measuring expenditure for the health workforce: evidence and challenges*. World health report 2006 background paper (<http://www.who.int/nha/docs/Paper%20on%20HR.pdf>, accessed 7 July 2010).
36. *The world health report 2006 - working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
37. Kurowski C et al. *Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling-up priority interventions in low-income countries - case studies from Tanzania and Chad*. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2003 (HEFP working paper 01/04).
38. Sousa A et al. *Measuring the efficiency of human resources for health for attaining health outcomes across sub-national units in Brazil*. World health report 2006 background paper (http://www.who.int/hrh/documents/measuring_efficiency_Brazil.pdf, accessed 7 July 2010).
39. DeCoster C et al. Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 1997,157:889-896. PMID:9327796
40. Posnett J. Are bigger hospitals better? In: Mckee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
41. Hollingsworth B. The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health Economics*, 2008,17:1107-1128. doi:10.1002/hec.1391 PMID:18702091
42. Zere E et al. Technical efficiency of district hospitals: evidence from Namibia using data envelopment analysis. *Cost effectiveness and resource allocation : C/E*, 2006,4:5- doi:10.1186/1478-7547-4-5 PMID:16566818
43. Lee KH, Yang SB, Choi M. The association between hospital ownership and technical efficiency in a managed care environment. *Journal of Medical Systems*, 2009,33:307-315. doi:10.1007/s10916-008-9192-2 PMID:19697697
44. Steinmann L, Zweifel P. On the (in)efficiency of Swiss hospitals. *Applied Economics*, 2003,35:361-370. doi:10.1080/00036840210167183
45. Filippini M, Farsi M. *An analysis of efficiency and productivity in Swiss hospitals*. Report to Swiss Federal Statistical Office and Swiss Federal Office for Social Security, 2004 (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/dos/01.Document.80194.pdf>, accessed 7 July 2010).
46. Herr A. Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter? *Health Economics*, 2008,17:1057-1071. doi:10.1002/hec.1388 PMID:18702100
47. Staat M. Efficiency of hospitals in Germany: a DEA-bootstrap approach. *Applied Economics*, 2006,38:2255-2263. doi:10.1080/00036840500427502

48. Masiye F. Investigating health system performance: an application of data envelopment analysis to Zambian hospitals. *BMC Health Services Research*, 2007,7:58- doi:10.1186/1472-6963-7-58 PMID:17459153
49. Bates DW et al. Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety Global priorities for patient safety research. *BMJ*, 2009,338:b1775- doi:10.1136/bmj.b1775 PMID:19443552
50. *First Global Patient Safety Challenge*. World Health Organization Alliance of Patient Safety (http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/en/index.html, accessed 4 June 2010).
51. Kohn TL, Corrigan MJ, Donaldson SM. *To err is human: building a safer health system*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC, National Academy Press, 1999.
52. Pronovost P et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine*, 2006,355:2725-2732. doi:10.1056/NEJMoa061115 PMID:17192537
53. Humphreys G. When the patient falls out of bed, who pays? *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:169-170. doi:10.2471/BLT.09.030309 PMID:19377709
54. *Handbook for curbing corruption in public procurement - experiences from Indonesia, Malaysia and Pakistan*. Berlin, Transparency International, 2006.
55. Becker D, Kessler D, McClellan M. Detecting Medicare abuse. *Journal of Health Economics*, 2005,24:189-210. doi:10.1016/j.jhealeco.2004.07.002 PMID:15617794
56. Baghdadi-Sabeti G, Serhan F. *Good governance form medicines programme: an innovative approach to prevent corruption in the pharmaceutical sector*. World health report 2010 background paper, no. 25 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
57. Medicines Transparency Alliance (MeTA). (<http://www.medicines Transparency.org/>, accessed 6 July 2010).
58. Siddiqi S et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2009,90:13-25. doi:10.1016/j.healthpol.2008.08.005 PMID:18838188
59. WHO CHOICE Database. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/choice>, accessed 7 July 2010).
60. Disease Control Priorities Project. (<http://www.dcp2.org>, accessed 7 July 2010).
61. Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TTT. Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost effectiveness and resource allocation : C/E*, 2003,1:8- doi:10.1186/1478-7547-1-8 PMID:14687420
62. Chanda P et al. A cost-effectiveness analysis of artemether lumefantrine for treatment of uncomplicated malaria in Zambia. *Malaria Journal*, 2007,6:21- doi:10.1186/1475-2875-6-21 PMID:17313682
63. *Unpublished analysis from the SPICE project (Setting Priorities using Information on Cost-Effectiveness): informing policy choices and health system reform in Thailand*. Brisbane, University of Queensland, 2010 (http://www.uq.edu.au/bodce/docs/Spice_Brochure.pdf, accessed 7 July 2010).
64. Lai T et al. Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2007,84:75-88. doi:10.1016/j.healthpol.2007.02.012 PMID:17403551
65. Gureje O et al. Cost-effectiveness of an essential mental health intervention package in Nigeria. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2007,6:42-48. PMID:17342226
66. Andrews G et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 2004,184:526-533. doi:10.1192/bjp.184.6.526 PMID:15172947
67. Ginsberg GM et al. Screening, prevention and treatment of cervical cancer – a global and regional generalized cost-effectiveness analysis. *Vaccine*, 2009,27:6060-6079. doi:10.1016/j.vaccine.2009.07.026 PMID:19647813
68. Hogan C et al. Medicare beneficiaries' costs of care in the last year of life. *Health Aff (Millwood)*, 2001,20:188-195. doi:10.1377/hlthaff.20.4.188 PMID:11463076
69. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha>, accessed 7 July 2010).
70. Lauer JA et al. *Determinants of caesarean section rates in developed countries: supply, demand and opportunities for control*. World health report 2010 background paper, no. 29 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *The New England Journal of Medicine*, 2003,348:946-950. doi:10.1056/NEJMs022734 PMID:12621140
72. Bewley S, Cockburn JI. I. The unethics of 'request' caesarean section. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 2002,109:593-596. PMID:12118633

73. Villar J et al. WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*, 2006,367:1819-1829. doi:10.1016/S0140-6736(06)68704-7 PMID:16753484
74. Declercq E, Menacker F, MacDorman M. Rise in "no indicated risk" primary caesareans in the United States, 1991-2001: cross sectional analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 2005,330:71-72. doi:10.1136/bmj.38279.705336.0B PMID:15556953
75. Gibbons L et al. *The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage*. World health report 2010 background paper, no. 30 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
76. McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2000,53:157-184. doi:10.1016/S0168-8510(00)00117-2 PMID:10996065
77. Pileggi C et al. Inappropriate hospital use by patients needing urgent medical attention in Italy. *Public Health*, 2004,118:284-291. doi:10.1016/j.puhe.2003.06.002 PMID:15121437
78. Kutzin J et al. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:549-554. doi:10.2471/BLT.07.049544 PMID:19649370
79. Burduja D. Health services policies and case mix - what would you expect (or not) to happen? Selected findings from Romania and Turkey, 2000-2008. *BMC Health Services Research*, 2008,8:Suppl 1A5- doi:10.1186/1472-6963-8-S1-A5
80. Hirunrassamee S, Ratanawijitrasin S. Does your health care depend on how your insurer pays providers? Variation in utilization and outcomes in Thailand. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2009,9:153-168. doi:10.1007/s10754-009-9062-6 PMID:19396629
81. O'Dougherty S et al. Case Based Hospital Payment System. In: Langenbrunner JC, Cashin C, O'Dougherty S, eds. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. Washington, DC, The World Bank, 2009.
82. Gerdtham UG et al. Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis. *Health Economics*, 1999,8:151-164. doi:10.1002/(SICI)1099-1050(199903)8:2<151::AID-HEC411>3.0.CO;2-Q PMID:10342728
83. Culyer A, Newhouse J. Government purchasing of health services. In: Chalkey M, Malcomson J, eds. *Handbook of health economics*. Amsterdam, Elsevier, 2010.
84. Elovainio R. *Performance incentives for health in high-income countries – key issues and lessons learned*. World health report 2010 background paper, no. 32 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
85. Park M et al. *Provider payments and cost-containment – lessons from OECD countries*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Health Systems Financing Technical Briefs for Policy-makers, WHO/HSS/HSF/PB/07/02; http://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_07_2-provider_payments.pdf, accessed 6 July 2010).
86. Perrot J et al. *Performance incentives for health care providers*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Health Systems Financing Discussion Paper, HSS/HSF/DPE.10.1; http://www.who.int/contracting/DP_10_1_EN.pdf, accessed 7 July 2010).
87. Campbell S et al. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *The New England Journal of Medicine*, 2007,357:181-190. doi:10.1056/NEJMs065990 PMID:17625132
88. Lindenauer PK et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *The New England Journal of Medicine*, 2007,356:486-496. doi:10.1056/NEJMsa064964 PMID:17259444
89. Oldroyd J et al. Providing healthcare for people with chronic illness: the views of Australian GPs. *The Medical Journal of Australia*, 2003,179:30-33. PMID:12831381
90. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? *Journal of Health Services Research & Policy*, 2006,11:27-31. doi:10.1258/135581906775094316 PMID:16378529
91. Eichler R, Levine R, Performance-based Incentives Working Group, eds. *Performance incentives for global health: potential and pitfalls*. Washington, DC, Center for Global Development, 2009.
92. Eichler R et al. Going to scale with a performance incentive model. In: Eichler R, Levine R, Performance-based Incentives Working Group, eds. *Performance incentives for global health*. Washington, DC, Center for Global Development, 2009.
93. Basinga P et al. *Paying primary health care centers for performance in Rwanda*. Washington, DC, The World Bank, 2010 (Policy Research Working Paper No. 5190).

94. Toonen J et al. *Learning lessons on implementing performance based financing from a multi-country evaluation*. Royal Tropical Institute in collaboration with Cordaid and the World Health Organization. Amsterdam, Royal Tropical Institute, 2009 (<http://www.who.int/contracting/PBF.pdf>, accessed 4 June 2010).
95. Oxman AD, Frerheim A. *An overview of research on the effects of results-based financing*. Oslo, Norwegian Knowledge Centre for Health Services, 2008.
96. Petersen LA et al. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine*, 2006,145:265-272. PMID:16908917
97. Cowley J. Effects of health worker incentive payment on safe motherhood indicators in Burundi. Presentation at STI symposium, Basel, 27 November 2008. (http://www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Pdfs/STI_Symposium_08_Cowley.pdf, accessed on August 4 2010).
98. Wynia MK. The risks of rewards in health care: how pay-for-performance could threaten, or bolster, medical professionalism. *Journal of General Internal Medicine*, 2009,24:884-887. doi:10.1007/s11606-009-0984-y PMID:19387747
99. McDonald R, Roland M. Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences. *Annals of Family Medicine*, 2009,7:121-127. doi:10.1370/afm.946 PMID:19273866
100. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. World Health Organization on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies. Maidenhead, Open University Press, 2005.
101. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 2001,56:171-204. doi:10.1016/S0168-8510(00)00149-4 PMID:11399345
102. Preker AS et al. *Public ends, private means. Strategic purchasing of health services: strategic purchasing of value for money in health care*. Washington, DC, The World Bank, 2007.
103. Walgate R. European health systems face scrutiny in US debate. *Lancet*, 2009,374:1407-1408. doi:10.1016/S0140-6736(09)61845-6 PMID:19866517
104. Kutzin J, Cashin C, Jakab M. *Financing of public health services and programs: time to look into the black box. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe and the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
105. Akkazieva B et al. *Review of total health expenditures on TB programme in Kyrgyzstan, 2007: NHA sub-accounts on TB control programme*. Bishkek, Health Policy Analysis Centre, 2007 (Policy Research Paper No. 55; http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP453.pdf, accessed 7 July 2010).
106. Alban A, Kutzin J. *Scaling up treatment and care for HIV/AIDS and TB and accelerating prevention within the health system in the Baltic States (Estonia, Latvia, Lithuania). Economic, health financing and health system implications*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/78905/E90675.pdf, accessed 2 July 2010).
107. Politi C, Torvand T. *Financing HIV/AIDS and Tuberculosis interventions in Estonia*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/78904/E90770.pdf, accessed 7 July 2010).
108. Ferreira FHG, Robalino D. *Social Protection in Latin America: achievements and limitation*. Washington, DC, The World Bank, Latin America and the Caribbean Region, Office of the Chief Economist and Human Development Network, Social Protection and Labor Unit, 2010 (Policy Research Working Paper WPS5305; http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2010/05/10/000158349_20100510134942/Rendered/PDF/WPS5305.pdf, accessed 7 July 2010).
109. *Raising and channeling funds. Working Group 2 report*. Geneva, Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_2_report:_raising_and_channeling_funds_EN.pdf, accessed 2 July 2010).
110. *Reforming allowances: a win-win approach to improved service delivery, higher salaries for civil servants and saving money*. Dar es Salaam, Tanzania Policy Forum, 2009 (Technical policy brief 9; <http://www.policyforum-tz.org/files/ReformingAllowances.pdf>, accessed 04 June 2010).
111. Waddington C et al. *Global aid architecture and the health Millennium Development Goals. Study report 1/2009*. Oslo, Norwegian Agency for Development Cooperation, 2009 (<http://www.norad.no/en/Tools+and+publications/Publications/Publication+Page?key=146674>, accessed 7 July 2010).
112. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's Framework for Action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 7 July 2010).

113. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. A report of the WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008.
114. Korda RJ, Clements MS, Kelman CW. Universal health care no guarantee of equity: comparison of socioeconomic inequalities in the receipt of coronary procedures in patients with acute myocardial infarction and angina. *BMC Public Health*, 2009;9:460- doi:10.1186/1471-2458-9-460 PMID:20003401
115. Huber M et al. *Quality in and equality of access to healthcare services*. European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2008 (http://www.euro.centre.org/data/1237457784_41597.pdf, accessed 7 July 2010).
116. Gwatkin DR et al. *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview*. Washington, DC, The World Bank, 2007 (<http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/IndicatorsOverview.pdf>, accessed 2 July 2010).
117. Sáenz M, Bermudez JM, Acosta M. *Costa Rican health care system*. World health report 2010 background paper, no. 11. (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
118. Parodi CT, Munoz S, Sanhueza A. *Acceso y gasto de salud para grupos étnicos /raciales en la región de las Américas*. World health report 2010 background paper, no. 46 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
119. Jackson Pulver LR et al. *Indigenous health: Australia, Canada, Aotearoa, New Zealand and the United States: laying claim to a future that embraces health for us all*. World health report 2010 background paper, no. 33 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).



Chapitre 5 | Un programme d'action

5



Un programme d'action

Tirer les leçons de l'expérience

Aucun pays ne commence à zéro lorsqu'il s'agit de financer les services de santé. Chacun possède déjà une certaine forme de système qu'il doit développer en fonction de ses valeurs, de ses contraintes et de ses possibilités. Ce processus peut et doit être approfondi par l'expérience nationale et internationale. Suite à l'examen des meilleures preuves disponibles décrites dans les chapitres précédents, il s'agit maintenant de tirer les principales conclusions, en suggérant des moyens grâce auxquels les pays peuvent agir pour atteindre la couverture universelle.

1. Payer pour la santé sans empêcher l'accès aux services

La conclusion la plus importante est que, globalement, **il y a une trop grande dépendance des paiements directs en tant que source intérieure de revenus pour la santé.** L'obligation de payer directement pour les services de santé au moment où l'on en a besoin – que ces paiements soient officiels ou non – empêche des millions de personnes de recevoir des soins médicaux au moment opportun. Et pour ceux qui ont besoin de ces soins, cette situation peut entraîner des difficultés financières, voire l'appauvrissement. Un grand nombre de pays pourraient faire davantage pour protéger ces personnes, en s'assurant que la plus grande partie du financement national pour la santé provient d'une forme de prépaiement et que les fonds ainsi levés sont mis en commun afin de répartir le risque financier sur la population. Le prépaiement et la mise en commun des ressources font non seulement tomber les barrières financières à l'accès, mais ils réduisent également l'incidence des dépenses de santé catastrophiques, deux objectifs clés dans la progression vers une couverture universelle.

De nombreuses preuves laissent à penser que la collecte des fonds par prépaiement obligatoire fournit le moyen le plus efficace et le plus équitable d'atteindre une couverture universelle. Dans les pays pour qui la couverture de santé universelle est presque une réalité, le prépaiement est la norme, organisé par l'impôt et/ou les cotisations obligatoires à une assurance maladie. Aucun de ces deux mécanismes n'est par nature supérieur à l'autre et il n'existe aucune distinction claire entre eux. Les cotisations obligatoires à une assurance maladie pour les employeurs et les employés sont en réalité un impôt **destiné au financement de la santé.** Cela dit, les pays qui s'appuient fortement sur les cotisations sociales des employeurs et/ou des employés, pour un revenu prépayé, devront envisager la diversification de leurs sources de financement au fur et à mesure que leurs populations vieillissent - une moindre partie de la population totale aura un emploi salarié et contribuera aux fonds prépayés par les cotisations sociales. C'est déjà le cas pour nombre d'entre eux.

Presque chaque pays peut collecter des fonds supplémentaires en matière de santé, soit en attribuant une priorité plus élevée à la santé dans les dépenses publiques, soit en collectant des revenus supplémentaires provenant de prélèvements sous-exploités, tels que mentionnés dans le Chapitre 2. Les taxes sur les produits nocifs, comme le tabac et l'alcool, contribuent à améliorer la santé en rapportant des fonds supplémentaires, mais dans de nombreux pays, elles n'ont pas été exploitées au maximum.

Les contributions au système de santé doivent être considérées comme étant abordables et justes si le système se veut durable. Estimer l'équité des contributions peut être complexe lorsque les personnes cotisent au titre de plusieurs types de taxes et/ou d'assurances. Les cotisations d'assurance, par exemple, pourraient ne pas être basées sur le revenu, mais pourraient être contrebalancées par un système fiscal progressif dans lequel les plus riches contribueraient pour une part plus importante de leur revenu que les démunis. Ce qui est essentiel, c'est que l'ensemble des contributions soient basées sur la capacité à payer.

L'universalité ne peut être atteinte que lorsque les gouvernements couvrent les coûts de la santé des personnes qui ne peuvent pas se permettre de cotiser. Quelle que soit la richesse d'un pays, certaines personnes sont simplement trop pauvres pour contribuer par des impôts sur le revenu et/ou des cotisations d'assurance, ou elles ne peuvent contribuer que par un petit montant. À quelques exceptions près, peu de pays dont les dépenses de santé provenant des recettes fiscales nationales et des assurances obligatoires sont inférieures à 5–6% du PIB parviennent à atteindre une couverture universelle car ils ne sont pas en mesure de créer des fonds suffisants pour subventionner les pauvres.

Éliminer les paiements directs ne garantira pas nécessairement l'accès financier aux services de santé, et éliminer les paiements directs uniquement dans les établissements publics n'améliorera que peu l'accès ou ne réduira pas les catastrophes financières dans certains pays. Le transport et les coûts d'hébergement empêchent également les démunis d'utiliser les services, comme les barrières non financières, les restrictions imposées aux femmes qui voyagent seules, la stigmatisation liée à certaines maladies et barrières linguistiques. De nombreuses solutions possibles à ces problèmes n'entrent pas dans le cadre du financement, mais certaines oui. Ainsi, les transferts monétaires conditionnels ont été utilisés par le secteur de la santé dans certains pays afin d'étendre la couverture, en particulier pour les mesures de prévention, alors que les transferts monétaires inconditionnels sont généralement utilisés par les ministères des Finances ou de la Sécurité sociale pour réduire les inégalités de revenus et permettre à chacun d'acheter les biens et les services, y compris les services de santé, dont ils ont besoin.

Des choix difficiles sont inévitables sur la voie de la couverture universelle. Aucun pays ne peut garantir l'accès à tous les services de santé qui pourraient promouvoir, protéger ou améliorer la santé. Des décisions doivent être prises sur la mesure de l'étendue de la couverture de la population, des services de santé et des coûts avec les fonds disponibles. Les choix que les pays font seront en partie pragmatiques – le rapport coût-efficacité d'une procédure donnée, par exemple – et en partie basés sur des valeurs sociales qui reflètent le comportement d'un pays envers une solidarité sociale et une autonomie.

Enfin, la couverture universelle nécessite un engagement pour couvrir 100% de la population. À ce niveau, des choix difficiles devront être faits, entre la proportion des services de santé et la proportion de leurs coûts pouvant être couverts par les fonds mis en commun.

2. Consolider la mise en commun des ressources et adopter le prépaiement obligatoire

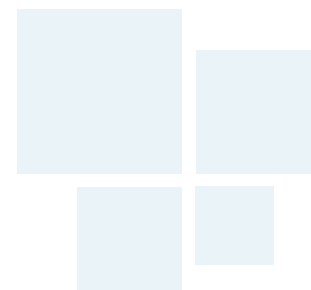
Il est impossible d'atteindre une couverture universelle sous des régimes d'assurance à inscription volontaire. Les personnes présentant un risque peu élevé – généralement les jeunes et les bien-portants – n'en voudront pas, de même qu'il est difficile de garantir la contribution des travailleurs indépendants. La participation volontaire pourrait aider les personnes à comprendre les avantages du prépaiement, et une protection limitée contre le risque financier est certainement mieux que rien, mais à long terme, la participation devra être obligatoire si 100% de la population doit être couverte.

Les petites caisses ne sont pas financièrement viables à long terme. Les caisses de petite taille sont vulnérables. Une maladie ou une intervention coûteuse peut épuiser leurs réserves. L'assurance communautaire et la micro-assurance ont leur place lorsqu'il est difficile de lever des fonds et de les mettre en commun pour la santé par d'autres moyens, et ce peut être une façon utile d'encourager un sens de la solidarité, tout en promouvant les avantages du prépaiement. Elles peuvent également offrir un degré de protection contre le risque financier aux participants, mais finalement, plus elles sont grandes mieux c'est. Ainsi, la consolidation de la mise en commun des ressources doit dès le début faire partie de la stratégie. Cela s'applique aussi aux petits dispositifs gérés par le gouvernement, comme un budget d'un district sanitaire. Dans certains cas, une couverture adéquate dans les districts plus pauvres ne peut être atteinte que si une subvention directe provient des fonds de financement centraux ou si les districts peuvent partager les coûts entre eux.

Plusieurs caisses au service des différents groupes de population sont inefficaces car elles multiplient inutilement les efforts et augmentent les coûts d'administration et d'information. Ainsi, lorsqu'un ministère de la Santé et un service de sécurité sociale gèrent chacun des services de santé pour différents groupes de la population, les conséquences de la duplication inutile et de l'inefficience sont amplifiées.

Plusieurs caisses rendent aussi l'équité et la protection contre le risque plus difficiles à atteindre. Garantir qu'une population entière ait accès à des avantages semblables nécessite généralement que les riches et les pauvres cotisent et soient couverts par la même caisse. La protection contre le risque financier est aussi optimisée lorsque les personnes aux revenus et risques de santé différents cotisent et bénéficient de la même caisse.

Plusieurs caisses peuvent atteindre l'équité et la protection financière dans certaines circonstances, mais cela nécessite une capacité administrative considérable. Si ces caisses sont organisées sur une base géographique non concurrentielle (financement gouvernemental qui couvre la population d'une province ou d'une région, par exemple) ou sur une base concurrentielle (plusieurs assureurs qui rivalisent auprès des consommateurs), il est possible d'atteindre l'équité et la protection financière si le financement public est



suffisant et si la participation est obligatoire. Mais pour que ces structures fonctionnent, il est nécessaire d'assurer une *mise en commun entre les caisses*, ce qui permet de créer efficacement une caisse unique *virtuelle* par l'égalisation du risque, permettant de transférer les fonds des assurances ou des régions qui couvrent les personnes à risque faible vers les personnes à risque plus élevé. Cette approche est exigeante du point de vue administratif car elle nécessite une capacité efficace de contrôle des risques et des coûts, et de collecte et de transfert des fonds entre les différentes caisses.

3. Utiliser les ressources de façon plus efficiente et équitable

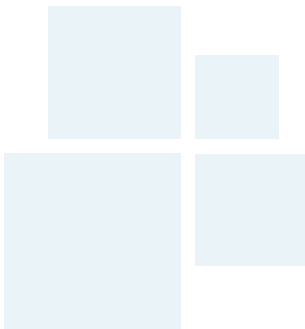
Tous les pays peuvent améliorer l'efficacité, parfois même de beaucoup, en libérant ainsi des ressources afin de garantir une progression plus rapide vers la couverture universelle. Se concentrer sur les médicaments uniquement (en améliorant, par exemple, les conseils en matière de prescription ou en assurant la transparence des achats et des soumissions) peut réduire de manière significative les dépenses dans de nombreux pays, sans aucune perte de qualité. Les autres sources communes de l'inefficacité sont exposées au Chapitre 4, avec des suggestions pour les résoudre.

La fragmentation est à l'origine de problèmes dans la mise en commun des ressources **et d'inefficacités dans les achats et la prestation de services**. L'arrivée de l'aide au développement en matière de santé peut involontairement amplifier ce problème. Le financement des stratégies basées sur des programmes ne doit pas être fourni par des courants de financement parallèles, chacun nécessitant ses propres procédures de contrôle et d'administration ; bien que souvent, elles soient organisées de cette façon.

Les achats actifs ou stratégiques et la contractualisation des services de santé aident les pays à progresser plus rapidement vers une couverture universelle, mais ils ne doivent pas être entrepris à la légère. Les fonctionnaires responsables des achats et/ou des contrats doivent affecter des ressources en fonction de la rentabilité, des performances et des informations sur les besoins de la population. Cela nécessite des systèmes d'information de qualité, ainsi qu'une analyse et une gestion solides de l'information. L'évaluation exacte des besoins en matière de santé de la population, les modèles de dépenses et le rapport coût-efficacité des interventions améliorent également la qualité et l'efficacité.

Les incitations pour fournir des services efficaces, équitables et de qualité sont essentielles, que les prestataires de services appartiennent au secteur public ou privé. Il n'existe aucune preuve que les prestataires de services financés/détenus par des intérêts privés soient plus ou moins efficaces que les alternatives financées/détenues par les gouvernements. Du point de vue de la politique de financement de la santé, la décision sur une offre optimale des services nécessite une approche pragmatique plutôt qu'une approche idéologique.

Les paiements à l'acte favorisent généralement une prestation excessive de services aux personnes qui peuvent les payer (ou qui sont couvertes par une assurance) et une prestation restreinte aux celles qui ne le peuvent pas. Au-delà de cette vérité générale, les mécanismes de paiement doivent être évalués selon leurs mérites. Par exemple, utiliser la capitation pour des



services à des malades en consultation externe et des formes de paiement par cas, comme les systèmes de groupes homogènes de diagnostic (*Diagnostic-related groups* – DRG) pour les soins des patients hospitalisés, réduisent les incitations à l'abus de services qui sont favorisées par les paiements à l'acte. Mais ces approches peuvent créer d'autres problèmes, comme une sortie précoce de l'hôpital, suivie d'une réadmission afin d'obtenir un paiement supplémentaire. Un grand nombre de pays expérimentent actuellement une combinaison de paiements et de procédures administratives afin de tirer profit des avantages et d'atténuer les inconvénients.

Les interventions préventives et promotrices peuvent être rentables et réduire les besoins en traitements ultérieurs. En général, il existe une pression beaucoup plus importante sur les responsables politiques afin de garantir l'accès aux soins, et de nombreux systèmes de financement sont en grande partie axés sur le paiement de cet accès plutôt que sur des formes de prévention et de promotion en fonction de la population. De plus, en laissant les personnes se débrouiller seules, elles sous-investiront généralement dans la prévention. Cela signifie que les gouvernements doivent parfois financer les activités de prévention et de promotion de façon distincte du système de financement pour les services aux individus, lié en grande partie aux soins et à la rééducation.

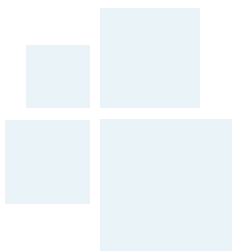
Une gouvernance efficace est essentielle pour améliorer l'efficacité et l'équité. Certaines règles de base d'une gouvernance optimale sont établies en dehors du secteur de la santé – l'audit et le contrôle financiers, par exemple – mais rien n'oblige à ce que la santé ne soit pas pionnière dans ce domaine. Les décideurs du secteur de la santé peuvent faire beaucoup pour, par exemple, réduire les pertes, en particulier dans l'approvisionnement. Ils peuvent améliorer la qualité de la prestation des services et l'efficacité du système, notamment par des règlements et une législation.

Les leçons décrites ci-dessus, tirées d'une longue expérience dans de nombreux pays, peuvent aider les responsables politiques à décider de la meilleure façon de progresser, mais la simple adoption d'éléments depuis un menu d'options, ou l'importation de ce qui fonctionne dans d'autres situations, ne sera pas suffisante. **La stratégie du financement de la santé doit être nationale, progressant en direction d'une couverture universelle à partir de l'existant.** Il est impératif que les pays développent leurs propres capacités d'analyse et de compréhension des forces et des faiblesses du système existant afin de pouvoir adapter les politiques de financement de la santé en conséquence, de les appliquer, de les surveiller et de les modifier au fil du temps.

Ces leçons concernent principalement les défis techniques de la réforme du financement de la santé, bien que le travail technique ne soit qu'un composant du développement et de la mise en œuvre de la politique. D'autres actions sont nécessaires pour créer la réflexion et le changement. Nous les aborderons dans la prochaine section.

Soutenir le changement

Le cycle décisionnel du financement de la santé représenté ici (Figure 5.1) est destiné à guider plutôt qu'à imposer un plan, et il convient de noter que si les

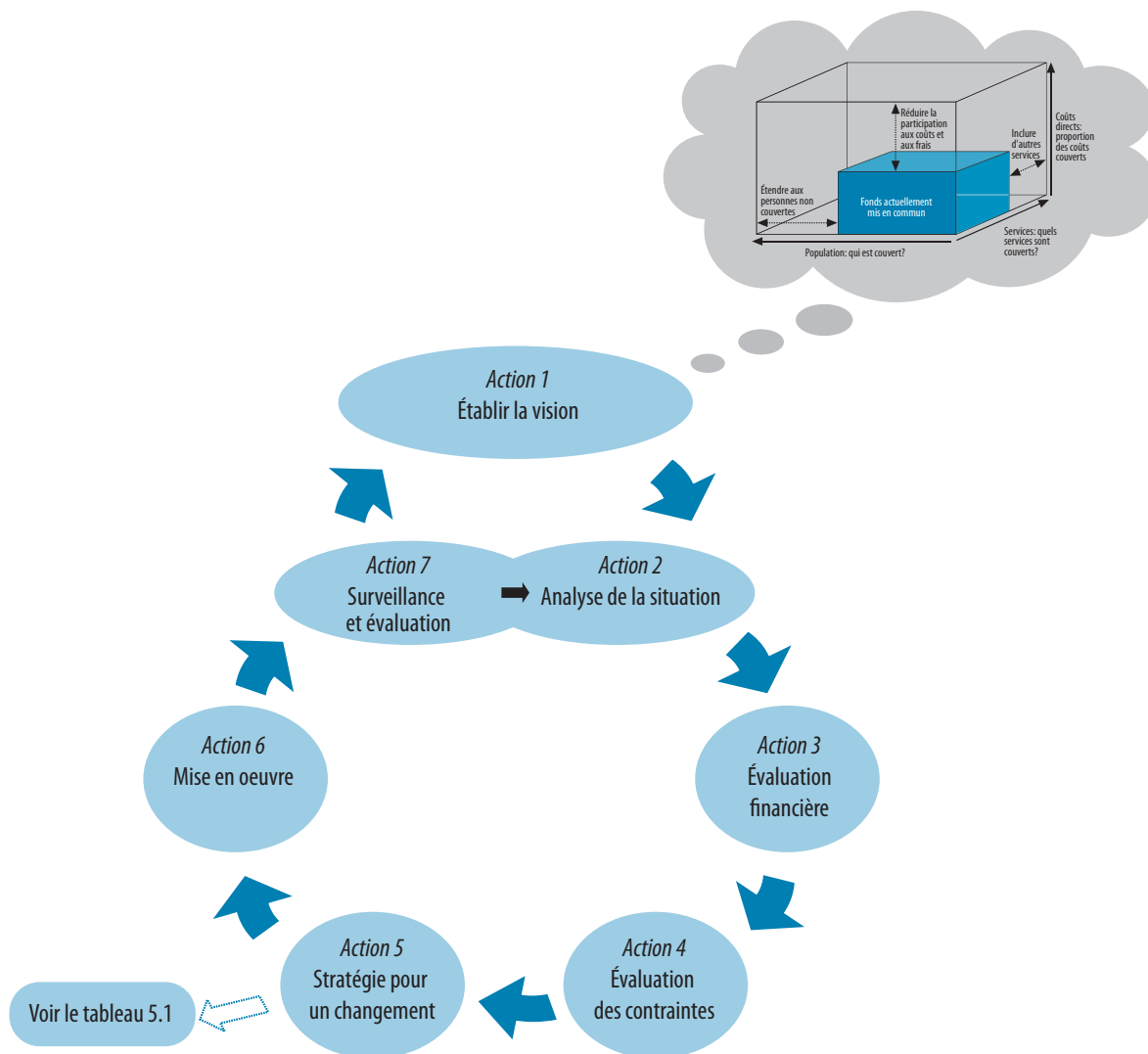


processus que nous envisageons sont représentés comme séparés du point de vue conceptuel, ils se chevauchent et évoluent en permanence.

Les sept actions décrites ici ne s'appliquent pas seulement aux pays à revenus bas et moyen. Les pays à revenu élevé, qui ont atteint des niveaux élevés de couverture et de protection contre le risque financier, doivent prendre part à une autoévaluation continue afin de s'assurer que le système de financement atteint ses objectifs face aux pratiques et aux technologies de diagnostic et de traitement, aux demandes croissantes et aux contraintes fiscales en évolution constante.

Concevoir et mettre en place une stratégie de financement de la santé implique un processus d'adaptation continue plutôt qu'une progression linéaire vers une certaine perfection hypothétique. Le cycle est achevé

Figure 5.1. Le processus décisionnel du financement de la santé



(action 7) lorsqu'un pays examine sa progression vers les objectifs qu'il avait définis (action 1), permettant une réévaluation de ses stratégies et la conception de nouveaux plans afin de corriger tous les problèmes. C'est un processus qui repose sur un apprentissage continu, sur les réalités pratiques du système alimentant une réévaluation et un réajustement constants.

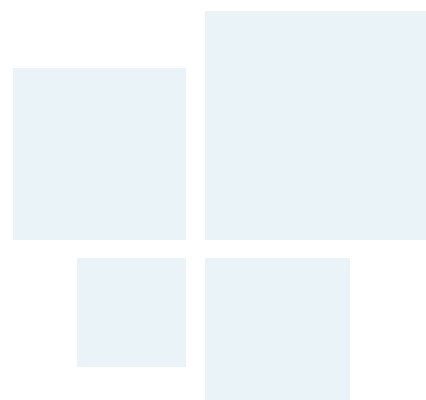
Les systèmes de financement de la santé doivent s'adapter, non seulement car il est toujours possible d'apporter des améliorations, mais aussi parce que les pays qui les utilisent évoluent aussi : le profil des maladies évoluent, les ressources fluctuent, les institutions se développent ou périclitent (Figure 5.1).

Action 1 : Établir une vision

Il est crucial d'établir une vision du futur d'après une compréhension du présent car les voies que les pays empruntent vers une couverture universelle seront nécessairement différentes. L'engagement envers une couverture universelle reconnaît les objectifs de réduction des barrières financières à l'accès, et pour augmenter et le maintien de la protection contre le risque financier. Cependant, il reconnaît également que des compromis seront nécessaires dans cet engagement, en termes de proportion de la population, des services et des coûts qui peuvent être couverts, quel que soit le niveau des ressources. Il est important de souligner les choix qu'un pays doit faire. Par exemple, dans un pays où une majorité de la population pense que chacun doit assumer une certaine responsabilité financière pour sa propre santé, on peut décider de ne couvrir qu'une partie des coûts de services totaux à partir des fonds mis en commun et de demander à chacun de contribuer directement pour le reste - du moins pour certains services. Dans d'autres pays où le concept de solidarité sociale est fortement ancré, il peut être préférable de couvrir une partie plus importante du coût total, bien que cela signifie qu'une gamme plus restreinte de services sera offerte. Il est fondamental de reconnaître ces valeurs et de leur permettre d'influencer la vision globale du système afin de déterminer la suite du travail technique. Cela peut également guider les responsables politiques dans la gestion des compromis en matière de couverture, qui surviendront inévitablement au fur et à mesure que le système de financement évoluera.

Action 2 : Analyse de la situation - comprendre le point de départ

L'analyse de la situation devrait se concentrer sur les deux composants de la couverture universelle du point de vue financement : l'accès aux services nécessaires et la protection contre le risque financier. Elle identifiera qui est couvert par les fonds mis en commun, pour quels services et dans quelle proportion de coûts, montrant l'écart entre ce qui est actuellement réalisé et ce que le pays aimerait réaliser (tel que défini dans l'action 1). Dans la planification du futur, l'analyse de la situation doit prendre en compte les facteurs internes et externes au système de la santé, qui peuvent avoir des conséquences sur la progression vers une couverture universelle (Encadré 5.1). Il ne s'agit pas seulement d'un processus technique. C'est la base du développement d'une stratégie solide, et disposer des bonnes informations - l'incidence actuelle de la catastrophe financière liée aux paiements directs des services de santé, par exemple - peut fournir une impulsion à un changement politique (1).



Action 3 : Évaluation financière

La disponibilité actuelle et future possible des fonds de santé du gouvernement, des particuliers, du secteur privé, des organisations non gouvernementales et des partenaires étrangers doit être évaluée pour créer une structure de financement complète du système de santé. Cette évaluation doit comprendre l'analyse de la part des ressources publiques qui sont progressivement affectées au secteur. Le manque de continuité entre la politique, la planification et les prévisions budgétaires est une préoccupation pour de nombreux pays. Les outils analytiques, tels qu'un cadre de dépenses à moyen terme – un processus d'élaboration de la planification et du budget qui définit les cibles fiscales sur 3 ans sur la base de projections macroéconomiques et alloue les ressources aux priorités stratégiques de ces cibles – peuvent contribuer à créer une image globale du financement et à influencer le dialogue entre les ministères de la Santé et des Finances/de la Planification (2).

Dans certains pays, cette étape impliquera un dialogue avec des établissements financiers internationaux et des partenaires externes afin d'évaluer les ressources disponibles et la façon dont elles seront acheminées aux acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux. Les responsables politiques devront aussi établir si les dépenses publiques seront restreintes et comment augmenter les limites des dépenses. Enfin, les rôles complémentaires des différentes sources de fonds du système de la santé devront être pris en considération.

Dans le Chapitre 2, un menu d'options a été proposé pour aider les pays à lever des fonds nationaux supplémentaires ou provenant des sources alternatifs pour la santé. Les pays doivent au minimum examiner si le secteur de la santé reçoit sa part légitime de dépenses gouvernementales et considérer les possibilités d'augmenter les taxes sur le tabac, l'alcool et les autres produits nocifs pour la santé. Ces taxes peuvent contribuer à un financement supplémentaire conséquent, tout en améliorant directement la santé de la population. Presque tous les pays devraient pouvoir adopter au moins l'une des options suggérées dans le Chapitre 2.

Il est essentiel de comprendre le langage des économistes pour augmenter le financement de la santé. Lorsque le ministère de la Santé est considéré comme un gestionnaire efficient et prudent des ressources publiques, pouvant faire progrès et afficher de bons résultats, il lui est plus facile de gagner la confiance des ministères des Finances et autres. La capacité à parler le langage des économistes améliorera également la capacité à solliciter des fonds supplémentaires. L'essentiel de cet effort se trouve dans la capacité d'un ministère de la Santé à tirer profit des compétences d'analyse de la politique en matière de santé afin de produire la documentation nécessaire et d'engager le dialogue avec les ministères des Finances et de la Planification.

Action 4 : Évaluation des contraintes

Une fois la préparation terminée, il est important à ce stade que les responsables politiques identifient les principaux soutiens au changement ainsi que les oppositions majeures possibles. Une évaluation des contraintes potentielles leur permet d'identifier les domaines de la politique nécessitant une consultation générale, avec qui et de quelle façon. Cette évaluation se conclurait par la décision politique d'avancer.

Encadré 5.1. Composants essentiels d'une analyse de situation pour le financement de la santé

Protection contre le risque financier

- Quels fonds sont disponibles par rapport aux besoins et quelles sont les sources ? Quelle priorité le gouvernement donne-t-il à la santé dans ses décisions de dépenses ?
- Combien les personnes doivent-elles payer pour obtenir des services de santé (par exemple, les paiements directs) et quel est l'impact de la protection contre le risque financier sur la catastrophe financière et l'appauvrissement ?
- Qui paie quoi pour les autres contributions au système de la santé ? (Cela permet une analyse de l'équité perçue des contributions financières.)
- Qui est couvert par les fonds mis en commun, pour quels services et dans quelle proportion de coûts ?

Accès aux services nécessaires

- Il est difficile de mesurer directement l'accès financier aux services, et l'analyse se concentrera donc généralement sur les niveaux actuels de couverture pour les interventions essentielles. Une évaluation sera ensuite effectuée sur les raisons pour lesquelles la couverture est considérée comme étant faible, en particulier parmi les groupes vulnérables, et la mesure dans laquelle des changements apportés au système de financement amélioreraient cet accès.

Efficience

- Quels sont les principaux problèmes d'efficience dans le système, leurs conséquences et leurs causes ?

Caractéristiques et capacités du système de la santé

- Description systématique et quantification des arrangements permettant de lever et de mettre des fonds en commun, puis de les utiliser pour financer ou fournir des services. Cela implique non seulement un simple suivi des fonds, mais aussi leur acheminement dans le système, de la source à l'utilisation, y compris des fonds étrangers, en notant où/comment le système est fragmenté et où/comment les instruments de politique sont alignés de façon incorrecte. Les dispositions de gouvernance doivent également être suivies, en particulier envers qui et pour quoi les agences d'approvisionnement sont responsables.
- La disponibilité, la distribution et les habitudes d'utilisation des établissements de santé (publics et privés), du personnel soignant (public et privé) et des intrants essentiels, comme les médicaments et les technologies. Le résultat de cette évaluation détermine la faisabilité de différentes approches afin d'augmenter la couverture - par exemple, les transferts conditionnels d'argent ne seront pas applicables s'il n'existe pas d'établissements à proximité des personnes disposant d'une couverture faible.

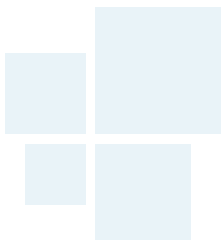
Facteurs extérieurs au système de la santé

- Les variables démographiques, telles que le taux de croissance de la population, la pyramide des âges, la répartition géographique, les modèles de migration, la participation de la population active, l'étendue du travail informel, etc., ont des implications sur la vitesse à laquelle les besoins augmenteront et sur la faisabilité des différentes méthodes de collecte de revenus.
- Problèmes liés aux maladies principales et changements possibles au fil du temps, avec des implications pour les coûts de l'extension de la couverture dans le temps.
- La portée des filets de la sécurité sociale existants qui réduisent l'impact économique (à long terme) des maladies ou les barrières financières à l'accès aux services.
- Les aspects applicables de l'administration du secteur public et de la structure juridique, pour comprendre la marge disponible pour changer le système de financement dans le contexte des règlements et des lois existants. Les questions clés incluent : comment le personnel soignant est-il payé et est-ce que ces arrangements sont liés aux règlements de la fonction publique ? Que faut-il faire pour les modifier, le cas échéant ? Comment sont prises les décisions sur la distribution des ressources financières au niveau gouvernemental (c'est-à-dire les questions de décentralisation des politiques administratives) ? Comment les budgets sont-ils établis dans le secteur public ? Quelle liberté ont les organismes d'État (par exemple, les hôpitaux publics) pour redistribuer les fonds aux différents postes ?

C'est dans cette étape que les responsables politiques identifient aussi ce qui est techniquement et politiquement faisable, et qu'ils déterminent comment le gouvernement peut développer et soutenir la demande sociale d'un système de santé optimal. C'est un processus qui empiète sur les actions ultérieures et qui doit être répété régulièrement. Ce qui est impossible

aujourd'hui peut devenir possible demain. Les points clés qu'il convient de ne pas oublier sont les suivants :

- Réaliser une couverture universelle de la santé n'est pas seulement une question technique. C'est une expression de la perception de la solidarité sociale d'un pays. L'élan d'adhésion est toujours, du moins en partie, politique.
- Les systèmes de financement de la santé résistent aux changements car tout changement empiète en partie sur les intérêts des puissantes parties intéressées. Face aux forces compensatrices et aux intérêts profondément enracinés, le soutien au changement doit être solide et continu aux niveaux les plus élevés.
- Au niveau élémentaire, la dynamique est souvent inverse. Des enquêtes démographiques révèlent souvent un désir de changement/d'amélioration du système de santé d'un pays. Les mouvements élémentaires de réforme de la santé et les groupes de société civile (y compris les organisations de consommateurs soucieuses des conditions spécifiques) peuvent conduire à des changements aux niveaux national et international. La communication entre ces groupes et le ministère de la Santé contribue à pousser la santé vers un ordre du jour politique plus vaste et à l'y conserver. C'était l'approche du gouvernement du Bangladesh, par exemple, dans son projet de revitalisation et de développement des cliniques de santé communautaires. La gestion des groupes communautaires permet de soutenir la planification et la gestion, ainsi que l'interaction entre le personnel soignant et la population qu'il soigne (3).
- Une approche proactive de la sphère politique a porté ses fruits dans de nombreux pays. Le plaidoyer, la communication et les arguments fondés sur l'expérience peuvent influencer le soutien politique et financier nécessaire pour atteindre l'universalité.



Action 5 : Développement et formalisation des stratégies et des cibles de changement

C'est l'action qui prend le plus de temps et de main-d'œuvre. C'est aussi l'objectif de la plupart de la documentation sur le financement de la santé et elle forme la plus grande partie de l'assistance technique apportée aux pays, supposant parfois que les autres actions ont été ou seront terminées. En réalité, les autres actions ont souvent été négligées ou bâclées, en dépit du fait qu'elles forment la base du travail technique. Le développement des stratégies et des cibles dans cette phase doit émerger de l'analyse de la situation et de l'évaluation du contexte du financement (actions 2 et 3).

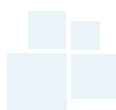
Selon l'analyse de la situation et une évaluation exacte des scénarios de financement possibles, le travail technique détaillé sur la stratégie peut commencer, axé sur les 3 phases clés du financement de la santé : la collecte des fonds, leur mise en commun et leur utilisation afin de garantir la disponibilité des services.

Pour illustrer la portée et la nature des principales décisions à prendre, le Tableau 5.1 décrit les messages clés des Chapitres 1 à 4.

Tableau 5.1. Les décisions techniques requise pour l'action 5

Objectif principal	Composants	Décisions
Lever des fonds suffisants	<p>Suffisance (cette partie est en rapport étroit avec l'action 3 et certaines actions seront considérées simultanément)</p> <p>Équité des contributions</p> <p>Efficience de la collecte</p> <p>Durabilité financière</p>	<p>1. Choisir la combinaison d'impôts et/ou de cotisations d'assurance à laquelle les particuliers devront contribuer. Choisir tous les autres mécanismes de collecte de revenus nationaux pour la santé, les cotisations d'entreprise par exemple. Viser à assurer un flux stable et prévisible des fonds dans le système.</p> <p>2. Développer un mécanisme permettant de couvrir les personnes qui ne peuvent pas se permettre de cotiser. Cela peut être réalisé par des subventions croisées, soit par le biais de recettes fiscales nationales soit par l'instauration de cotisations maladie plus élevées pour les personnes qui peuvent payer afin de couvrir les membres non contributeurs.</p> <p>3. Mettre en place un système de contributions abordables pour les particuliers.</p> <p>4. Améliorer l'efficacité des collectes de fonds en s'assurant que les personnes qui sont supposées contribuer, le fassent.</p> <p>5. Estimer en fonction des preuves la possibilité de collecter des fonds (nationaux et étrangers) dans le futur et les associer aux besoins et à la croissance estimés des besoins (liés à l'action 3)</p>
Réduire les barrières financières	<p>Capacité de payer et accès</p> <p>Équité dans la mise en commun des ressources</p> <p>Efficience dans la mise en commun des ressources</p>	<p>6. En fonction de la décision 1, établir des arrangements institutionnels et administratifs pour collecter et regrouper les contributions des différentes sources (et ainsi réduire le recours aux paiements directs dans les pays où ils ont lieu).</p> <p>7. Déterminer si les paiements directs des usagers ont été utilisés, comme primes au niveau des soins de santé primaire, pour fournir des incitations pour la qualité. En remplaçant les paiements directs, il est important de remplacer non seulement le financement total qui aurait été levé, mais aussi de financer les activités précédemment payées par les usagers. Des fonds supplémentaires seront aussi nécessaires pour répondre à l'augmentation prévue de la demandes. Ces actions minimise la possibilité d'un remplacement des paiements officiels par des paiements officieux.</p> <p>8. Déterminer si certains groupes de personnes ou certaines interventions spécifiques pour lesquelles des mesures côté demandes doivent être prises (bon, transferts d'argent) afin de garantir un accès adéquat.</p> <p>9. Rendre obligatoires les contributions au système de la santé (taxes et/ou assurances) dès que possible. Cela permet de garantir que les personnes cotisent lorsqu'elles sont en bonne santé, et pas seulement lorsqu'elles craignent d'être malades. Il faut éviter de permettre aux personnes de se désister car cela réduirait la couverture des personnes pauvres et vulnérables.</p> <p>10. Si plusieurs caisses existent, réduire la fragmentation en les fusionnant en une caisse plus grande ou en appliquant un mécanisme permettant d'uniformiser les risques entre eux afin de garantir que les personnes des différente caisses sont soignées de la même façon.</p> <p>11. Définir qui est éligible pour les services couverts par la ou les caisses, quels sont ces services à fournir et déterminer les niveaux des co-paiements. Développer un calendrier pour étendre ces paramètres en fonction du plan de durabilité financière décrit ci-dessus.</p> <p>12. Réduire, autant que possible, la fragmentation des mécanismes de mise en commun des ressources.</p>

Objectif principal	Composants	Décisions
Utilisation judicieuse des ressources	Effizienz de l'utilisation des ressources	<p>13. Concevoir et appliquer des mécanismes de paiement des prestataires, qui créent des incitations à optimiser la qualité et l'efficacité.</p> <p>14. Comme toutes les méthodes de paiement des prestataires ont des avantages et des inconvénients, développer des étapes complémentaires qui encouragent la qualité et l'efficacité. Les éléments importants consistent à s'attaquer au gaspillage et à la corruption, et à créer une sélection, un approvisionnement et des chaînes de logistique de médicaments rentables (pour plus de détails, voir le Chapitre 4).</p> <p>15. Décider de l'affectation des ressources mises en commun entre les différents types de services de santé et les différents niveaux de soins, en veillant à ne pas créer d'obstacles pour la coordination des soins entre les différents niveaux.</p> <p>16. S'engager dans des achats/contrats stratégiques pour garantir le rapport qualité-prix le plus élevé.</p> <p>17. Décider s'il est nécessaire de développer une caisse de fonds distincte pour la promotion et la prévention de la santé.</p> <p>18. Surveiller régulièrement les résultats et l'efficacité de l'utilisation des fonds.</p>
	Équité de l'utilisation des ressources	<p>19. Décider de l'affectation des ressources mises en commun entre les régions géographiques, en prenant en compte la taille relative de la population, le rapport relatif revenu/pauvreté, les besoins en soins relatifs et les différences inévitables dans les coûts des prestations des services (provenant, par exemple, d'une faible densité de population).</p> <p>20. Déterminer si des inégalités dans la couverture et les résultats de santé persistent et ne peuvent pas être résolues par le système de financement, et si elles nécessitent une action dans le reste du système de santé (par exemple, la répartition d'établissements de santé ou de ressources humaines) ou dans d'autres secteurs. Décider quels autres ministères et organisations de société civile peuvent contribuer pour mieux résoudre ces problèmes. Développer et appliquer des solutions communes.</p>



Action 6 : Mise en œuvre, y compris l'évaluation des structures organisationnelles et des règles

Dans cette phase, certains pays ne devront faire que peu de changements pour maintenir leurs réalisations. D'autres devront mettre en place une réforme, établissant de nouvelles institutions et organisations. Par exemple, un pays peut décider de développer un fonds d'assurance maladie sous forme d'autorité semi-gouvernementale afin de contourner les limites liées à la mise en commun et aux achats dans le système de la gestion financière du secteur public. Cependant, il est parfois possible que les institutions existantes doivent simplement s'adapter, par exemple, lorsque l'assurance obligatoire est organisée par le secteur privé. Lorsqu'un système d'assurance obligatoire existe sous forme d'agence du secteur public, de nouveaux règlements et lois peuvent être nécessaires ou des règlements existants peuvent être à nouveau appliqués ou annulés.

La législation peut certainement aider à développer les systèmes de financement de la santé en vue d'atteindre une couverture universelle et elle peut également contribuer à la protection du droit d'un individu à recevoir des soins médicaux. Récemment, dans plusieurs pays, de nouveaux droits constitutionnels et lois ont eu pour résultat une augmentation du nombre de personnes engageant des poursuites devant les tribunaux afin de défendre leur droit d'accès aux services de santé (4). Il est trop tôt pour connaître les

implications que cela pourrait avoir sur la couverture universelle, bien que des chercheurs aient conclu dans certains cas que les personnes pauvres et vulnérables ont moins bénéficié de ce droit au recours légal que les groupes plus importants qui savent mieux exprimer leurs besoins (5).

L'un des plus grands défis auxquels de nombreux pays font face dans cette phase de mise en œuvre est un manque de capacités techniques et organisationnelles. Les comptables, les actuaires, les commissaires aux comptes, les économistes et les avocats peuvent être indispensables dans différentes situations et parfois, leur expertise peut être rare. Par conséquent, il peut être nécessaire que les pays réévaluent les priorités de l'éducation/la formation afin de développer les compétences et les stratégies requises pour attirer et éviter la fuite des professionnels qualifiés hors du pays.

Le développement de la couverture des services est souvent gêné par une pénurie de prestataires des services de la santé, et les plans de financement doivent garantir une offre adéquate de professionnels de la santé compétents. Les plans de financement doivent aussi améliorer la qualité et la quantité de l'offre de services, mais aussi garantir la disponibilité des médicaments et des technologies appropriés. Inversement, les responsables politiques doivent être attentifs aux implications du financement lors de réforme des autres domaines du système de la santé.

De nombreux changements nécessiteront une action intersectorielle, et le personnel du ministère de la Santé devra travailler avec celui des autres ministères.

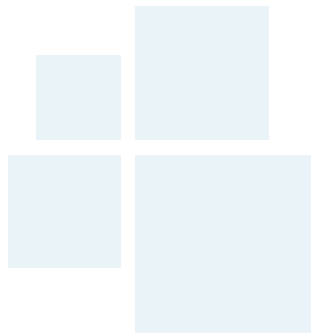
Action 7 : Surveillance et évaluation

Les responsables politiques doivent savoir où en est leur pays. Que ce soit pour planifier une réforme qui mènera à un système de couverture universelle, pour s'engager dans la transition ou pour atteindre les objectifs définis, ils doivent être en mesure d'évaluer leur état et leur dynamisme. Ils doivent savoir si le pays se rapproche ou s'éloigne de la couverture universelle.

Les systèmes de financement ne répondent pas nécessairement aux changements tels que prévus. Il est donc important de se préparer à tout et de pouvoir faire des ajustements rapides. Pour cela, les responsables politiques ont besoin d'un flux constant d'informations précises. Dans l'Encadré 5.1, nous avons présenté le type d'informations nécessaires à une analyse sensée de la situation, et une majorité d'entre elles concerne l'utilisation des ressources financières disponibles. Nous abordons ici l'évaluation des résultats, ce qui est nécessaire pour qu'un pays puisse déterminer s'il se rapproche ou s'éloigne de la couverture universelle.

La surveillance doit en particulier examiner si les personnes ont accès aux services de santé dont elles ont besoin et si elles risquent de rencontrer des difficultés financières en les payant. Certaines informations nécessaires à une évaluation exacte sont difficiles à obtenir. Par exemple, s'il est relativement facile de mesurer la proportion des personnes couvertes par un régime d'assurance maladie spécifique, cela n'est pas un indicateur de la véritable couverture car il convient également de connaître les proportions des services requis ainsi que les coûts qui sont couverts.

L'image peut être complexe dans les systèmes caractérisés par une combinaison de services publics et privés, financés en partie par les assurances et



en partie par les recettes fiscales. En théorie, tout le monde peut utiliser les services gouvernementaux, mais dans la pratique, les personnes vivant dans des régions éloignées peuvent ne pas pouvoir y accéder physiquement, ou peuvent ne pas les utiliser si la qualité est médiocre ou perçue comme étant médiocre. Il peut donc être difficile d'identifier qui est vraiment couvert par les services publics, même avec des données fiables provenant d'enquêtes précises auprès des particuliers.

Dans le Tableau 5.2, nous présentons les indicateurs qui ont toujours été des indices forts pour prédire qui est couvert et la mesure de la protection contre le risque financier offerte, l'importance des dépenses directes des ménages et leur impact sur la catastrophe financière et l'appauvrissement. Il est clair qu'ils ne couvrent pas chaque impact possible d'un système de financement de la santé sur la vie des personnes. Par exemple, les personnes qui sont déjà pauvres ne seront pas appauvries par les paiements de santé, mais elles deviendront plus pauvres. Plusieurs autres indicateurs, comme celui qui vise à savoir si les démunis sont devenus encore plus pauvres par le paiement des services de santé, sont disponibles pour les pays avec une capacité de surveillance supplémentaire. Toutefois, nous ne répertorions ici qu'un groupe minimum d'indicateurs qui sont généralement utilisés (6–8).

Nous ne proposons pas d'indicateurs pour l'aspect de la couverture. Dans l'idéal, nous aimerions connaître la proportion de la population, classée par des variables de base, comme l'âge, le sexe et le statut socio-économique, qui n'a pas accès aux services nécessaires à cause de barrières financières ou d'autres obstacles potentiels. Cependant, ces informations ne sont pas disponibles dans la plupart des pays et la gamme des services nécessaires peut considérablement varier du fait des différents modèles des maladies et démographiques. Nous suggérons que chaque pays surveille un ensemble différent d'interventions pour une couverture efficace. Un groupe d'indicateurs possibles est fourni chaque année dans les *Statistiques sur la santé mondiale* (9), bien qu'ils se rapportent principalement aux pays à faible revenu, dans lesquels les maladies transmissibles prédominent.

Les flux réguliers de données dans ces domaines, ainsi que les données décrites pour l'analyse de la situation dans l'Encadré 5.1, dépendent de deux choses :

- Un système d'information de la santé opérationnel, qui fournit des informations sur la couverture des personnes qui en ont besoin, idéalement classées par âge, sexe, statut socio-économique et autres indicateurs de vulnérabilité ou de perte. Cela nécessite que les responsables de la gestion des données administratives du système de santé aient de solides contacts avec les agences de statistiques nationales.
- Un système pour surveiller les flux financiers. Les comptes nationaux de la santé fournissent des informations cruciales, tout comme les enquêtes intermittentes auprès des particuliers, afin de mesurer les dépenses directes des ménages et la protection contre le risque financier.

Les responsables politiques devraient s'efforcer de créer un système de rapport financier unifié qui ne soit pas décomposé par programme, par décentralisation administrative ou par statut d'assurance de la population. Les problèmes surviennent lorsqu'un donateur qui finance des projets et des

Tableau 5.2. Surveillance de la couverture universelle de protection contre le risque financier

Objectifs et actions	Indicateurs associés	Interprétation
1. Lever des fonds suffisants pour la santé : quelle proportion de la population, des services et des coûts est-il possible de couvrir ?	1. Dépenses de santé totales par personne	1. Doit être en rapport avec les besoins de la population, mais l'exigence minimale moyenne pour les pays à faible revenu est estimée à 44 \$ en 2009, avec une augmentation à 60 \$ en 2015.
	2. Dépenses de santé totales en pourcentage du produit intérieur brut	2. Cela reflète aussi la disponibilité des fonds car les dépenses de santé totales/PIB augmentent généralement en fonction du PIB par personne. Les pays des régions OMS de l'Asie du Sud-est et du Pacifique occidental se sont donné pour cible 4%, bien que cela puisse être insuffisant. Les quelques 40 pays dont le PIB est inférieur à 1 000 \$ par personne n'atteindraient pas les niveaux minimums de fonds nécessaires avec de telles dépenses.
	3. Dépenses de santé publiques générales en pourcentage des dépenses publiques totales ^a	3. Indique l'engagement du gouvernement en matière de santé. Les pays africains subsahariens se sont donnés pour cible 15% des dépenses publiques à allouer à la santé. Dans la région OMS de la Méditerranée orientale, les États membres parlent d'une cible de 8% des dépenses publiques destinées au ministère de la Santé.
	4. Dépenses de santé publiques générales en pourcentage du produit intérieur brut	4. Indique la capacité et la volonté du gouvernement à protéger la population des coûts des soins. Il est difficile de se rapprocher d'une couverture universelle inférieure à 4–5% du PIB, bien que pour de nombreux pays à revenus faible et moyen, atteindre cet objectif est ambitieux à court terme et un objectif pour le plus long terme.
2. Niveaux de protection contre le risque financier et couverture des groupes vulnérables - une combinaison entre les personnes couvertes et la proportion des coûts	5. Dépenses directes des ménages en pourcentage des dépenses de santé totales, avec des informations sur les groupes de la population les plus touchés	5. L'évidence empirique montre que cela est étroitement lié à l'incidence de la catastrophe financière et de l'appauvrissement due aux dépenses directes des ménages. Si les dépenses directes de santé des ménages totales sont inférieures à 15–20%, il y a peu de catastrophe financière ou d'appauvrissement. De nombreux pays ont encore des proportions plus élevées, et les pays de la région OMS du Pacifique occidental ont pour cible 20–30%.
	6. Pourcentage de personnes qui subissent une catastrophe financière chaque année à cause de paiements directs pour la santé, avec des informations sur les groupes de population les plus affectés	6. Dans l'idéal, il faudrait le mesurer directement, bien que l'indicateur 5 soit fortement lié à la catastrophe financière.
	7. Pourcentage de personnes qui subissent un appauvrissement chaque année à cause de paiements directs pour la santé, avec des informations sur les groupes de la population qui sont les plus affectés	7. Même commentaire qu'à l'indicateur 6.
3. Efficience de l'utilisation des ressources^b	8. Le prix moyen pour le consommateur des médicaments génériques comparé au prix de référence international	8. Si plus élevé que 1:1, il indique de fortes économies potentielles.
	9. Pourcentage des dépenses de santé publiques attribuées aux coûts et salaires fixes comparés aux médicaments et fournitures	9. Cela est plus difficile à interpréter, bien que la plupart des pays sache quand c'est trop cher, par exemple, lorsque les fonds sont insuffisants pour acheter des médicaments. Cela peut parfois refléter une insuffisance de fonds plus qu'une inefficience.

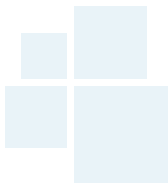
^a Les dépenses de santé gouvernementales générales comprennent les dépenses de santé à partir des recettes fiscales de tous les ministères, en combinant tous les niveaux du gouvernement et l'assurance maladie obligatoire.

^b Il est difficile d'établir des indicateurs de l'efficience du système de la santé valides, fiables et comparables. Les deux indicateurs ne sont fournis qu'à titre illustratif, et les pays devront se concentrer sur d'autres domaines d'inefficience particulièrement importants dans leur situation. Les indicateurs potentiels comprennent : le partage des dépenses totales entre soins de santé primaires et soins hospitaliers, le taux d'orientation d'un niveau de soins primaires à un niveau secondaire, l'utilisation de médicaments génériques au lieu de médicaments de marque, la chirurgie ambulatoire au lieu de l'hospitalisation et les coûts administratifs totaux.

programmes est surveillé par des systèmes parallèles de rapports financiers qui ne communiquent pas entre eux. Il est également essentiel de recueillir les informations de tous les acteurs d'un système de santé, privés et publics. Dans de nombreux pays, les systèmes d'information sur la santé officiels collectent peu de données du secteur non gouvernemental, rendant difficile l'obtention d'une image complète de l'état de la santé et des modèles d'utilisation de la population.

Un programme d'action pour la communauté internationale

Les pays peuvent faire beaucoup pour eux-mêmes en suivant le programme d'action présenté ci-dessus, mais la communauté internationale a un rôle vital à jouer pour soutenir les pays qui nécessitent une aide supplémentaire. Il est essentiel pour les partenaires du développement de :



Maintenir les niveaux d'aide ou les augmenter au niveau requis

Seule environ la moitié des pays qui rapportent leur débours d'aide officielle au développement (AOD) à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sont sur la bonne voie pour atteindre les objectifs qu'ils s'étaient fixés à l'échelle internationale. Les autres pays ne le sont pas, certains pas du tout. Certains donateurs ont promis de maintenir leurs engagements d'aide pour 2010 en dépit de la récession économique mondiale, d'autres ont réduit ou retardé leurs promesses. Cela est très inquiétant et il faut espérer que les partenaires du développement seront à la hauteur des promesses faites à Paris et à Accra.

Assurer que l'aide est plus prévisible

Lorsque les pays ne peuvent pas compter sur un financement stable, prévoir pour le futur devient difficile. Certains pays à faible revenu s'appuient sur les ressources étrangères pour financer deux tiers de leurs dépenses de santé totales, ce qui donne une importance capitale aux flux d'aide prévisibles. Les partenaires du développement peuvent apporter leur aide en structurant des arrangements de contribution distincts des engagements traditionnels annuels (de AOD) – comme les donateurs du comité d'aide au développement de l'OCDE ont fait à Accra, en s'engageant dans des cycles de financement de 3 à 5 ans.

Innover pour augmenter les dépenses de santé pour les populations pauvres

De nombreux objectifs ont été atteints dans ce domaine, en particulier par la Fondation du Millénaire sur le financement innovant pour la santé, qui a récemment développé des mécanismes permettant aux individus d'apporter leurs contributions volontaires à la santé mondiale lors de paiements en ligne pour des billets d'avion, des chambres d'hôtel ou des voitures de location. On estime que la vente d'obligations garanties par les pays donateurs, émises sur les marchés financiers internationaux, a permis de lever 2 milliards de dollars depuis 2006. Alors que de tels régimes ont eu des résultats prometteurs,

davantage pourrait être fait dans ce domaine. On estime ainsi qu'une taxe mondiale sur les transactions de devises pourrait rapporter chaque année plus de 33 milliards de dollars (voir le Chapitre 2).

Soutenir les plans de santé des pays plutôt qu'imposer des priorités externes

L'objectif de nombreux partenaires externes dans certains programmes de haut profil va à l'encontre de l'esprit de la Déclaration de Paris de 2003 sur l'efficacité de l'aide et cherchent à inciter les pays bénéficiaires à élaborer et appliquer leurs propres plans nationaux d'après leurs priorités. Ce qui est nécessaire à ce niveau, c'est un recentrage sur les contributions financières convenues pour les plans de santé nationaux, où les rapports et le suivi des résultats surviennent au niveau national.

Acheminer les fonds par les institutions et les mécanismes essentiels à la couverture universelle

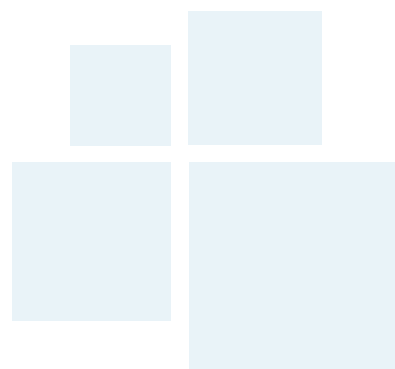
Certains pays bénéficiaires ont avancé que les donateurs sont peu disposés à utiliser les systèmes qu'ils renforcent soi-disant, préférant établir et utiliser des systèmes parallèles en acheminant les fonds aux pays, en achetant des intrants, tels que des médicaments, du matériel et des services, et en surveillant les résultats (10). Une façon de renforcer les systèmes nationaux consisterait à acheminer les fonds externes via le mécanisme de mise en commun des risques du pays receveur. Cela peut prendre la forme d'un soutien à l'ensemble du secteur, par lequel les donateurs spécifient que leurs fonds sont destinés au secteur de la santé, tout en permettant aux gouvernements de décider de sa distribution par le biais des programmes et des activités, ou par le biais des caisses d'assurance maladie. Les partenaires au développement doivent également chercher à renforcer la capacité nationale de ces institutions.

Soutenir les tentatives locales d'utilisation plus efficiente des ressources

Réduire la répétition inutile des méthodes d'acheminement et la multiplication des cycles d'application, de surveillance et de rapport. Les frais de transactions qu'ils imposent aux pays sont considérables. On a compté plus de 400 missions de santé internationales au Viet Nam en 2009 (11). Au Rwanda, le gouvernement doit remettre un rapport annuel sur 890 indicateurs de santé à plusieurs donateurs, et 595 d'entre eux concernent le VIH et la malaria (12).

Donner l'exemple de l'efficacité en réduisant les duplications inutiles et la fragmentation dans les efforts d'aide internationale

La fragmentation de la distribution de l'aide internationale entraîne des frais administratifs élevés pour les donateurs et les bénéficiaires, des duplications inutiles et des variations dans les conseils de politiques et les normes de qualité



au niveau national. Il est impératif que les principaux donateurs s'engagent à aligner leurs efforts afin de réduire la fragmentation de l'acheminement vers et dans les pays bénéficiaires. Plus de 140 initiatives de santé mondiales fonctionnent en parallèle, gaspillant les ressources et se traduisant par une pression énorme sur les pays bénéficiaires (11).

Conclusions

C'est une période intéressante pour le financement de la santé. Deux grands systèmes de soins de santé, qui étaient auparavant engagés dans l'utilisation des mécanismes de marché libre comme base de financement – l'un en Chine, l'autre aux États-Unis – ont été réformés. La Chine dirige son énorme système en direction d'une couverture universelle, financée en partie par les recettes fiscales. En mars 2010, le Président Barack Obama a fait adopter la loi sur le projet de réforme des États-Unis, qui étend la couverture des soins de santé à environ 32 millions d'Américains qui n'étaient pas assurés. Bien que cette réforme soit loin d'embrasser le principe d'universalité préconisé dans le présent rapport, l'assouplissement des seuils d'éligibilité de Medicaid de la réforme permet d'étendre la couverture financée publiquement à 20 millions de personnes qui, jusqu'à présent, n'en possédaient pas.

Les réformes chinoises et américaines sont remarquables, en partie du fait de la taille des systèmes concernés, mais ces pays ne sont pas les seuls à réévaluer leur approche du financement des soins médicaux. Comme ce rapport l'a montré, la réforme du financement de la santé est en cours dans de nombreux pays, à différents niveaux de développement économique. La façon dont chaque pays relève les défis qu'il affronte variera, mais les programmes qui se rapprochent le plus de la réponse aux besoins de leurs populations incluront une certaine forme de prépaiement et de mise en commun des ressources.

Au-delà de cette vérité fondamentale, il n'existe aucune formule idéale pour atteindre la couverture universelle. Les réponses des pays aux défis seront en partie déterminées par leur histoire, par la façon dont leur système de financement de la santé s'est développé, mais aussi par les préférences sociales liées aux concepts de la solidarité (13). Aussi variées que les réponses peuvent l'être, elles seront appliquées malgré les mêmes pressions incontournables. Pour un gouvernement, ignorer ces pressions se traduirait par un échec dans l'une de ses tâches les plus importantes : l'offre de soins médicaux accessibles à tous.

Chaque pays peut faire quelque chose pour se rapprocher de la couverture universelle ou pour maintenir ses avancées. Aussi intimidante que la tâche puisse paraître, le fait que de nombreux pays ont auparavant lutté pour créer un système de couverture universelle devrait encourager les responsables politiques. De plus, les informations sur ces luttes sont nombreuses. Il y a donc des leçons à tirer. L'une de ces leçons concerne l'importance de la solidarité sociale exprimée à travers l'engagement politique, un thème que nous avons abordé plusieurs fois dans ce rapport. Ce serait simplifier à outrance que de dire que la réforme a toujours abouti là où une demande de base existait et là où la société civile participait activement, mais cette conjonction s'est produite suffisamment de fois pour exiger d'être prise en compte.

En Thaïlande, c'était l'un des facteurs impérieux du développement du régime de couverture universelle qui a apporté des soins médicaux aux millions de Thaïs qui devaient auparavant payer eux-mêmes leurs soins ou y renoncer. Aucune de ces options n'aurait pu soigner Narin Pintalakarn après son accident de moto le samedi 7 octobre 2006. Heureusement pour lui, une troisième option existait. Elle dépendait de millions de contribuables, d'un centre de traumatologie spécialisé, situé à 65 km de l'accident et d'un chirurgien avec de nombreuses années d'expérience. Ce jour-là, les nombres étaient tous en faveur de Narin. Et ils étaient forts. ■

Références

1. Knaul FM et al. [Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico]. *Salud Pública de México*, 2007,49:Suppl 1S70-S87. PMID:17469400
2. *Training in medium-term expenditure framework*. Washington DC, The World Bank, 2003.
3. Uddin MJ. Health service networking through community clinics. *The New Nation, Bangladesh's Independent News Source*, 21 March 2010 (<http://nation.ittefaq.com/issues/2010/03/21/all0120.htm>, accessed 28 June 2010).
4. Yamin AE, Gloppen S, eds. *Litigating health rights: can courts bring more justice to health?* Cambridge, MA, Harvard University Press (unpublished).
5. Easterly W. Human rights are the wrong basis for healthcare. *Financial Times (North American Edition)*, 12 October 2009 PMID:12322402
6. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics*, 2003,12:921-934. doi:10.1002/hec.776 PMID:14601155
7. van Doorslaer E et al. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *Lancet*, 2006,368:1357-1364. doi:10.1016/S0140-6736(06)69560-3 PMID:17046468
8. McIntyre D et al. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social science & medicine (1982)*, 2006,62:858-865. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.001 PMID:16099574
9. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
10. Task team on health as a tracer sector. *Supporting countries health strategies more efficiently*. World health report 2010 background paper, no. 47 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
11. *Global Health: a Millennium Development Goal and a right for all*. Address by Andris Piebalgs, EU Commissioner for Development, at the Delivering the Right to Health with the Health MDGs conference, Brussels, 2 March 2010 (<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=SPEECH/10/55&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>, accessed 28 June 2010).
12. Binagwaho A, Permanent Secretary, Rwanda Ministry of Health. Personal communication, 9 June 2010.
13. Carrin G et al. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:857-863. doi:10.2471/BLT.07.049387 PMID:19030691

[INDEX]

[A]

Abus de services

- offre des prestataires, 81, 101
- par les riches, xx, 12, 81
- prévention, xix–xx, 79–85, 101
- surveillance, 69–70

Accès aux services de santé. *Voir aussi* Accès financier aux services de santé

- distance, xviii, xx, 88
- zone rurale, xx, 8, 50, 57, 58, 78

Accès financier aux services de santé, 11–13. *Voir aussi*

- Couverture des soins de santé; Couverture universelle
- analyse de la situation, 103–104
- barrières, xi, 45–46, 57–58
- suppression des barrières, xvii–xviii, 50–58, 56, 59

Accouchement, x, 10–13, 49, 67–68, 81, 87

Achats de services, 4

- passifs, xix, 84–85
- stratégiques (actifs), xix, 84–85

Adaptation (des systèmes de santé), xxi, 15–16, 101–103

Affectation (impôts), 34

Afrique sub-saharienne, xi, 27, 51, 58, 72, 75, 111

Aide au développement. *Voir aussi* Assistance extérieure

- donateurs, xiii, xxii–xxiii, 34–38
- offre fragmentée, 86, 113–114
- prévision, 38, 112–114

Aide internationale. *Voir* Aide au développement; Assistance extérieure

Aide officielle au développement (AOD), xiii, 36–38, 37, 112

Alcool

- lutte anti-alcoolique, 33–34, 78
- taxes d'accise, xiii, 32, 33–34

Aliments non sains (taxation), 32

Allemagne, xi, 30, 49, 56, 75, 83

Alliance de Transparence des Médicaments (MeTA), 76

Antibiotiques, 70, 71–72

Appauvrissement, x, xi, 5, 10, 45, 46–47

Artésunate, 70

Asie du Sud-Est, 11, 15, 26, 46, 68, 70

Assistance extérieure, xiii, 7–8, 34–38, 58–59. *Voir aussi* Aide au développement

Assurance maladie. *Voir aussi* Mise en commun des ressources

- communautaire, 7, 53, 99
- cotisations subventionnées, xvi, 55–56
- égalisation des risques, 52, 53, 99
- gestion commune avec l'impôt général sur le revenu, 56
- obligatoire, xvi, 97, 98, 99–100
- régimes de paiement des prestataires, 80–84

Australie, 34, 78, 87

Autochtones, xx, 87–88

[B]

Bangladesh, 52, 106

Bonnes pratiques de fabrication (BPF), 71

Bons (voucher), xviii, 58, 88

Botswana, 30

Brésil, 73

Burundi, 45, 49

[C]

Caisse d'assurance maladie, xvi–xvi, 44, 52–54, 85, 99–100. *Voir aussi* Mise en commun des ressources

Cambodge, xi, 49, 50

Campagnes de promotion de la santé, xx

Cancer du col de l'utérus, 78

Capitation, xix, 82

Césarienne, 81

Chili, 26–27, 30

Chine, 7, 114

Cibles de changement (Action 5), 106–108, 106–108

Ciprofloxacine, 70

Commission sur la macro-économie et la santé, 24–25

Commission sur les déterminants sociaux de la santé, 15, 87

Congé maladie (paiement), 12–13

Congé maternité, 12–13

Coopération technique, 37

Corée (République de), 9, 34, 53

Corruption, 67, 69, 76–77

Coûts additionnels aux soins, xviii, 57, 88

Coûts des soins de santé

- répartition, xiv, 4, 5, 82

Coûts d'hébergement, 57, 98

Couverture des soins de santé. *Voir aussi* Couverture universelle

- inégalités, xi–xii, xx, 11–12
- secteurs de population spécifiques, 54–56
- surveillance, 109–112
- trois dimensions du développement, xviii–xix, 14

Couverture universelle, 3

- approche ciblée, 14, 15
- comme objectif, ix–x
- coûts, 24–25
- deux éléments clés, 6, 9–12
- différentes voies vers, 14
- maintenir les réalisations existantes, 9–10
- obstacles, xi
- préparation à progresser vers, 15–16
- programme d'action, xx–xxi, 97–115
- progress actuels vers, xii, 8–9
- trois dimensions à envisager, xvii, 14

Couverture universelle des soins de santé. *Voir* Couverture universelle

[D]

Déclaration d'Abuja (2001), xiii, 27

Déclaration d'Alma Ata, ix, 15

Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, xxiii, 8, 37–38, 59, 86–87, 113

Dépenses directes des ménages. *Voir* Paiement direct

Dépenses en soins de santé

- catastrophiques, xi, 6, 10–11, 45–46, 51

contrôle, 67–69
dépenses publiques totales et, xiii, 26–28, 55–56, 59
financement, 3–5, 23–24
gaspillage, 67
pourcentage des paiements directs, 47, 59
réduction, 50

Diaspora

“obligations de la diaspora,” xiv, 32

Difficultés financières, x–xi, 6, 10–11, 45–46

Donateurs internationaux, 7–8, 34–35

échec à respecter les engagements, xiv, 35, 36–38, 112
inefficience créée par les, 72–73, 112–114
obligations garanties, 30–31, 112
offre fragmentée, 86–87
programme, xxiii, 112–114

DRG. *Voir* Groupes homogènes de diagnostic (DRG)

[E]

Effet pervers de l'incitation à l'efficience, 84

Efficience, xi, xviii–xx, 67–88, 107–108. *Voir aussi* Inefficience

achats stratégiques, 84–85
analyse de la situation, 105
avantages potentiels liés à l'amélioration, 79–80
définition, 67
et équité, xx, 77–78
fragmentation et, 85–87
incitation, 80–85
méthodes d'amélioration, 69, 100–101
promotion des incitations, xviii–xx, 80–84

Égalisation des risques, 54, 99

Entreprises (taxation), 32

Équipement médical, 69, 72–73

Équité, xx, 56, 77–78, 97–101, 107–108. *Voir aussi* Efficience; Inégalités

Erreurs médicales, 69, 76, 77

Estonie, 78, 86

Établissements publics

efficience relative, 75
paiements directs, 57
suppression du paiement direct, 50–51

État (intervention). *Voir* Établissements publics; Gouvernements

États-Unis d'Amérique (USA), 23

faillites personnelles, 10
inefficience, 67, 73, 74
réforme du financement de la santé, 8, 114

Évaluation

des contraintes (Action 4), 104–106
financière (Action 3), 104

Évaluation (Action 7), 109–112

Exemption de paiement direct, 48–50

Expérience, leçons tirées de, 97–101

[F]

Facilité de financement international en faveur de la vaccination, 31, 39

Faillite personnelle, 10

Femmes, xx, 47

Financement de la santé

basé sur les résultats, 83–84

cycle décisionnel, xxi–xxii, 101–103

innovant, xiii–xiv, xxi–xxiii, 30–33, 39, 97–98, 112–113

trois domaines fondamentaux, 4

Firmes pharmaceutiques, 32

Fondation du Millénaire pour les financements innovants dans le secteur de la santé, xxiii, 30, 39

Fonds d'équité en matière de santé, 49

Forfaits, 81–82. *Voir aussi* Franchise; Paiement direct

Fragmentation, xvii, 52–53, 85–87, 99–100, 113

Frais de transport, xviii, 57, 88

France, 30, 49, 70, 83

Franchise, 5, 45

Fraude, 69, 76–77

Frein aux dépenses de santé, 48

[G]

Gabon, xi, 9, 33

Gaspillage, xi, xviii–xx, 67, 69, 76–77

Gaza, Bande de, 72

Ghana, 9, 10, 30, 51

Gouvernance, bonne, 30, 76–77, 101

Gouvernements

dépenses de santé, ix, xiii–xiv, 26–30, 39

qualité des services fournis, 29–30

Groupe de travail Taskforce, xiii, 25, 31

Groupes homogènes de diagnostic (DRG), xix, 82–83

[H]

HIV/SIDA, 30, 37, 71, 86

Hôpitaux

amélioration de l'efficience, 69, 74–75, 80

systèmes de paiement, xix–xx, 79–84

[I]

Immigrés, xx, 87

Impôt

affectation, 34

efficacité de la collecte, xii, 29

mise en commun des cotisations d'assurance, 55–56

recouvrement, xii, 4

sources innovantes, xiii–xiv, 30–33, 39

sur les transactions financières, 31–33, 32

sur les transactions liées aux comptes bancaires, 31–33

volontaire de solidarité MassiveGood, xxiii, 30

Incitation à l'efficience

effets pervers, 79–84

importance, 100

liée au système de financement, 80–85

selon les performances, 83–84

Inde, xiv, 31, 52

Inefficacité, xi. *Voir aussi* Efficience; Inefficience

causes, xvii–xviii

Inefficience

causes, 68–78

Inégalités

correction, 87–88

couverture, xi, xx, 11–13

généérées par les paiements directs, 47
qualité des soins, 12

Infections nosocomiales, 75

Inflation, 37

Initiative Bamako (1987), 48

Interventions, rentabilité des, 69, 76–77, 81

[K]

Kenya, 6, 46, 50

Kirghizistan, 50, 86

[L]

Législation de la santé, 108–109

Liban, 80

Listes de contrôle, 75

[M]

Malaria, 30, 37, 71, 78

Médicaments

contrefaçon, 70–71

contrôle qualité, 70–71

de marque, 68–71

dépenses inutiles en, 68–71

économies potentielles de l'efficacité, xix, 84–85

génériques, 68–70

pratiques de distribution corrompues, 76

utilisation appropriée, 69, 71–72, 79

Medicare (USA), 73, 76, 83

Mexique, 8, 55, 58

Micro-assurance, 53, 99

Mise en commun des ressources, xvi–xvii, 4, 6–7, 52–55, 58–59

choix et compromis, 13–14

consolidation, 52–54, 99–100

décisions techniques, 107–108

fragmentation, xvi, 54, 85–87

Mixité des systèmes de paiement, 83

Moldavie, République de, 56

Multinationales, 29

[N]

«Never-events», approche des, 76

Nigéria, 78

Norvège, 13, 23

[O]

Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), xii, 37

Obligations financières

diaspora, xiv, 32

garanties par des pays donateurs, 30–31, 112

Organisation internationale du travail (OIT), xi, 13

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

contrôle qualité des médicaments, 71

Convention-cadre pour la lutte antitabac, 33

Initiative «une chirurgie sûre sauve des vies», 75

Ouganda, 50–51

[P]

Paiement à l'acte, xix, xvii, 80–81, 80–83, 100–101

Paiement direct, xi, 5–6

abolition/réduction, xv, 8–9, 50–52, 58–59, 97

alternatives, xv, 52–54

difficultés financières dues au, xi, 6, 10, 45–46

exemptions, 48–50

frais de soins de santé supplémentaires, 57–58

frein aux dépenses de santé, 48

officieux (informel), 47, 51

pourcentage des dépenses de santé, 47, 59

problèmes liés au, 5, 6, 45–48

risque d'abus de services, 79–85, 100–101

Paiement informel, 47, 51

Paiements personnels par l'utilisateur. *Voir* Paiement direct

Pakistan, 33, 50

Paludisme. *Voir* Malaria

Partenariat international pour la santé, xxiii, 8

Pauvres

accès aux services, xx, 11–13, 45–46

exemption du paiement direct, 48–50

inclusion dans les systèmes de mise en commun des ressources, 55–56

qualité des soins, 12

subventions, xvi, 55–56, 98

Pauvreté, propulsion dans la, x, 6, 10, 45–47

Pays-Bas, xvi, 53

Pays de l'OCDE

aide au développement, 34–38, 112

dépenses de soins de santé, 5, 23

paiements directs, 51

perception des impôts, 29

technologies médicales, 72

Personnel soignant

compétence (accouchement), x, 11, 68, 87–88

dépendance aux paiements directs, 49–50

incitations selon les performances, 83–84

productivité et performances, 69, 73–74, 79

rémunération, 49–50, 79–84

Pertes du système de santé, 67, 69, 76, 79

Prépaiement, xv–xvii, 4, 7, 53, 58, 85. *Voir aussi* Mise en commun des ressources

obligatoire, xvi, 97

progrès vers, 9

Prescription (efficacité), 69, 72

Prestataires de services de santé

incitations selon les performances, 83–84

méthodes de paiement, xix–xx, 79–84, 100–101

Prévention (Intervention préventives), 82, 101

Principe de la Santé pour Tous, ix, 15

Produit intérieur brut (PIB)

proportion consacré aux dépenses de santé, 3, 27, 55, 59

Produits/Services franchisés, 32

Programme d'action d'Accra (2008), xxiii, 8, 38

Protection contre le risque financier, xv–xvii, 9, 10–11, 12, 13, 52–55

analyse de la situation, 103

mise en place, 99–100

surveillance, 111

Protection sociale, xi, 15

[Q]

Qualité

- des médicaments (contrôle), 69, 70–71
- des services publics, 29
- des soins de santé, 12, 69

[R]

- Rapport coût-efficacité, xx, 83, 98, 100
- Récession économique, 36–38, 48
- Régime d'assurance maladie. *Voir* Mise en commun des ressources
- Régimes d'incitation à la performance, 83–84
- Rentabilité, 77, 83. *Voir aussi* Rapport coût-efficacité
- République démocratique du Congo, 48
- République tchèque, 55
- Ressources financières en matière de santé
 - alternatives aux paiements directs, 52–54
 - assistance extérieure, 34–38
 - collecte suffisante, xiii, 23–39, 107
 - dépenses publiques allouées, 26–30
 - limitations, xi, 23
 - méthodes de collecte, xiii–xiv, 23, 28–34
 - perception efficace, xiii, 29, 107
 - perception équitable, 98, 99–101, 107
 - requis pour la couverture universelle, 24–25
 - sources mixtes, 56
 - sources nationales innovantes, xiii, 30–34, 98
 - utilisation efficace, xi, xviii–xx, 67–88, 100–101
 - utilisation équitable, 100–101, 107
- Revenu de substitution, xi, 13
- Riches, xx, 12
- Risque (partage), 52–53
- Royaume-Uni, 23, 74, 82–83
- Rwanda, xxiii, 7, 23–24, 113

[S]

- Scanners de tomodensitométrie (CT), 72
- Scanners d'imagerie par résonance magnétique (IRM), 72
- Secteur informel, 29, 105
- Secteur privé de la santé, 57, 75
- Secteur public de la santé. *Voir* Établissements publics; Gouvernements; Hôpitaux
- Sénégal, 6, 49
- Soins de santé
 - aux enfants, 48–49, 84
 - en fin de vie, 77–78
 - en santé mentale, 78
 - maternels et infantiles, 48–49, 84, 87–88
- Soins médicaux primaires, 57–58, 82
- Solidarité, taxe de, xiv, 31, 32
- Solidarité sociale, 15–16, 106
- Sources externes de financement, xxii–xxiii, 4, 28–34, 34–35. *Voir aussi* Donateurs internationaux
- Soutien social, xi
- Stratégies de changement (Action 7), xxi, 16, 109–112
- Structures d'organisation et règles (Action 6), 108–109
- Suède, 82

- Suisse, xvi, 23, 53, 75
- Surveillance (Action 7), 109–112
- Système d'information de la santé, 110
- Systèmes adaptatifs complexes, 15
- Systèmes de surveillance des flux financiers, 110

[T]

Tabac

- lutte antitabac, 78
- taxes d'accise, xiv, 32, 33

Tanzanie, République-Unie de, xiii, 73

Taxation

- alcool, xiii, 32, 33–34
- aliments non sains, xiv, 32
- impôts affectés, 34
- sur les billets d'avion, 30–31
- sur les opérations de change, xiv, 31
- sur les produits nocifs à la santé («taxes saintes»), xiv, 33
- sur les téléphones portables, 32, 33
- sur les transactions de devises, xiv, 31, 32
- tabac, xiv, 32, 33
- taxes de départ aéroportuaires, 33
- taxes de solidarité, xiv, 31, 32
- taxe touristique, 32

Taxe sur la valeur ajoutée (TVA), 30

Technologies médicales, 72–73

Temps d'attente, 12

Thaïlande, 3, 5, 24, 53–54, 78, 115

Thérapie de remplacement rénal, 24

Ticket modérateur, 5, 45

Toxicomanie, Programme de lutte contre la, 86

Transferts monétaires conditionnels (TMC), xvi, 58, 98

Transport (frais additionnels), xviii, 57, 88, 98

Tuberculose (TB), 30, 37, 71, 86

Turquie, 9

[U]

Ukraine, 52

Union soviétique (ex-), 33–34, 50

Unitaid, 30

[V]

Vaccination, xx, 10, 11, 39, 77

Vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche (DTP3), 11, 31

Vieillessement de la population, 25, 30

Viet Nam, xxiii, 9, 113

Vision du futur (Action 1), 102, 103

[W]

WHO-CHOICE, 77, 81

[Z]

Zambie, 50–51, 75, 78

Zones rurales, 8, 50–51, 57, 77–78