



36^e Conférence de l'INAS

3 mars 2011

Le Financement des systèmes de santé:

LE CHEMIN VERS UNE COUVERTURE UNIVERSELLE

Lecture à travers le RSM 2010

A. Belghiti Alaoui MD. MPH.



**Mise
en
perspective**

La CSU est une conviction de longue date

- **1946: Constitution de l'OMS**

- **Principe (Préambule):**

- « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des **droits fondamentaux de tout être humain**, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

- **Art. 1 :**

- « Le but de l'OMS est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ».

- **1977: Stratégie mondiale « Santé Pour Tous d'ici l'an 2000 »**

« Faire accéder d'ici l'an 2000 **tous les habitants** de la planète à un niveau qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive »

- **1978: Déclaration d'Alma Ata**

- « L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des OI et de la communauté internationale toute entière doit être de **donner à tous** les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive ».
- « Les Soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif ».



- **2000: RSM 2000**

- Modélisation de la fonction de financement du SS (parmi 4 fonctions du SS)

- **2000: Commission macroéconomie et santé**

- **Le rôle de la santé dans la croissance économique :**

- une augmentation de 10 % de l'espérance de vie correspond à une augmentation de la croissance économique de 0,3 à 0,4 % par an, tous les autres facteurs de croissance restant identiques.

- **Le financement minimum nécessaire** pour couvrir les interventions essentielles de santé, y compris pour combattre le VIH/SIDA, se situerait à **US \$30 à \$40 par personne** (contre US \$13 à US \$24 par personne dans les PED)

- **Accroissement des crédits budgétaires consacrés à la santé de 1 % du PNB d'ici 2007 et de 2 % du PNB d'ici 2015.**


- **NB.**

- **Maroc : 1.3 % par an entre 97 et 2001 ; puis 0,6 % par an entre 2001-06**

- 
- **2005:** (Plusieurs rapports techniques)
 - **Résolution WHA58.33 sur la couverture universelle**
 - **2008: Réaffirmation dans le RSM**
 - Chap. 2 : « Faire progresser et pérenniser la couverture universelle »
 - **2009: Crise financière**
 - *Consultation de haut niveau sur la crise économique et financière et la santé dans le monde*
 - *The taskforce on innovative international financing for health systems*
 - **2010: RSM**
 - **« Le chemin vers une couverture universelle »**

Naissance des premiers systèmes de couverture sociale

- **1883: Système Bismarkien (Allemagne)**
 - Couverture sociale des travailleurs imposée par l'Etat
 - Sécurité sociale financée à travers les contributions des employés et des employeurs (l'état ne contribue pas)
 - Libre choix (Plus de 70 % de couverture employés et familles)
- **D'autres pays suivent selon des modèles adaptés:**
 - 1894: Belgique
 - 1909: Norvège
 - 1911: Grande Bretagne
 - 1919 : France

- 
- **1948 : Système Beveridgien (GB)**
 - Naissance du NHS
 - Financement à travers l'impôt au lieu de la contribution des employés
 - **USA: système d'entrepreneurs individuels**
 - Rapport Flexner (Réforme des études médicales et naissance de l'hospitalocentrisme)
 - 1910-1920: campagne pour la sécurité sociale, sans résultat.
 - Plans de couverture individuels
 - Début des années 1960: Medicaire/Médicaid
 - HMO
 - ...

Des faits...

- La dépense annuelle mondiale de santé est de 5.3 billions \$ (**8% du PIB mondial**);
- De 1948 à 1997, les DGS mondiales ont évolué **de 3% à 7.9 %**.
- Les DGS ont augmenté de 70 % depuis 1990 dans les pays de l'OCDE;
- DGS augmente 1.3 fois plus que le revenu (OCDE)
- « Les soins de santé sont aujourd'hui l'un des plus gros postes de dépenses pour les gouvernements, représentant en moyenne **15 % des dépenses publiques dans la zone de l'OCDE**, et le coût continue de s'accroître » (OCDE, 2010)
- Les pays de l'OCDE ne représentent que 18% de la population mondiale, mais consomment 86 % des dépenses mondiales de santé

Des faits ...

- **150 millions de personnes par an** (44 millions de ménages) font face à des coûts de soins catastrophiques
 - 100 millions de personnes/an (20 millions de ménages) passent sous le seuil de la pauvreté en raison des dépenses catastrophiques;
- L'analyse de 108 enquêtes conduites dans 86 pays a permis de constater que, selon les pays,
 - **de 1% à 13% des ménages engagent des dépenses catastrophiques.**
 - **Jusqu'à 5% d'entre eux sont acculés à la pauvreté.**
- **Plus de 50%** de la population mondiale manque de toute forme de protection sociale organisée;



Les systèmes de financement de la santé

Les Systèmes de financement de la santé (RSM 2000)

- **Définition**

- « *Les systèmes de financement de la santé veillent à ce que:*
 - *des fonds soient disponibles*
 - *et établissent les mesures d'incitation financière appropriées pour les prestataires, afin que toute la population puisse*
 - *accéder à des services de santé publics et individuels efficaces ».*
(OMS, RSM, 2000)

- **La performance d'un système de financement de la santé se mesure à sa capacité de :**

1. **générer des ressources suffisantes et pérennes pour la santé (plus d'argent pour la santé);**
2. **faire un usage optimal de ces ressources (plus de santé pour son argent);**
3. **veiller à ce que les services de santé soient financièrement accessibles à tous.**

3 Sous-fonctions systématiques

1. Collecte de fonds pour la santé:

- i. impôts,
- ii. Cotisations obligatoires (AMO),
- iii. Cotisations volontaires (ass. Privée),
- iv. Paiements directs,
- v. Dons.

2. Mise en commun des ressources (f. assurantielle);

3. Achat de services de santé

- i. **Passif** : régularisation de factures;
- ii. **Stratégique** : sélectif et incitatif



4 Déterminants clés de la performance des systèmes de financement de la santé

1. L'importance du prépaiement,
2. Le degré de répartition du risque financier (financement collectif),
3. La subvention des pauvres,
4. Stratégie d'achat des prestations.

Types de financement de la santé

1. **Systeme de financement par l'impôt**
2. **Assurance maladie sociale** (cotisations obligatoires): mécanisme de partage du risque financier
 - Fond unique ou plusieurs fonds (gérés par le gouvernements ou autres)
 - élargie ou non aux indépendants
 - Élargi ou non aux pauvres
3. **Assurance communautaire**
4. **Assurance privé**



La Couverture universelle



Résolution WHA58.33 (2005)

« **financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale** ».

*« Invite les pays à **prévoir la transition vers la couverture universelle** de tous les citoyens pour contribuer à répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé et à améliorer la qualité de ceux-ci, à lutter contre la pauvreté, à atteindre les objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, et à instaurer la santé pour tous ».*

Définitions et principes

(OMS A58/20, 2005)

- **Définition:**

- La CSU est définie comme « l'accès de tous à des prestations essentielles liées à la promotion de la santé, à la prévention, au traitement et à la réadaptation, et cela à un coût abordable pour permettre d'instaurer l'équité d'accès ».

- **Principes :**

1. **La protection contre le risque financier** est un principe qui consiste à faire en sorte que le coût des soins n'expose pas les gens à un risque de catastrophe financière. (mec et force du nombre)
2. **Equité dans la contribution financière** aux soins essentiels (**ou équité de financement**): la contribution est proportionnelle à la capacité de payer, indépendamment du fait qu'on tombe malade ou non.

Le chemin vers la CUS: 3 stratégies

- **Principales barrières:**
 1. Insuffisance de financement
 2. Trop de paiement direct
 3. Inefficiency dans l'utilisation des ressources disponibles
- **3 Stratégies**
 1. **Plus d'argent pour la santé**

Augmenter les ressources pour la santé
 2. **Moins de paiement direct**
 - La diminution de l'incidence des difficultés financières associées aux **payements directs** est un indicateur majeur de la progression vers la CUS (exemption des PD)
 3. **Plus de santé pour son argent (Efficience)**

I. Plus d'argent pour la santé

1.1. DGS en % PIB (BM. 2006)

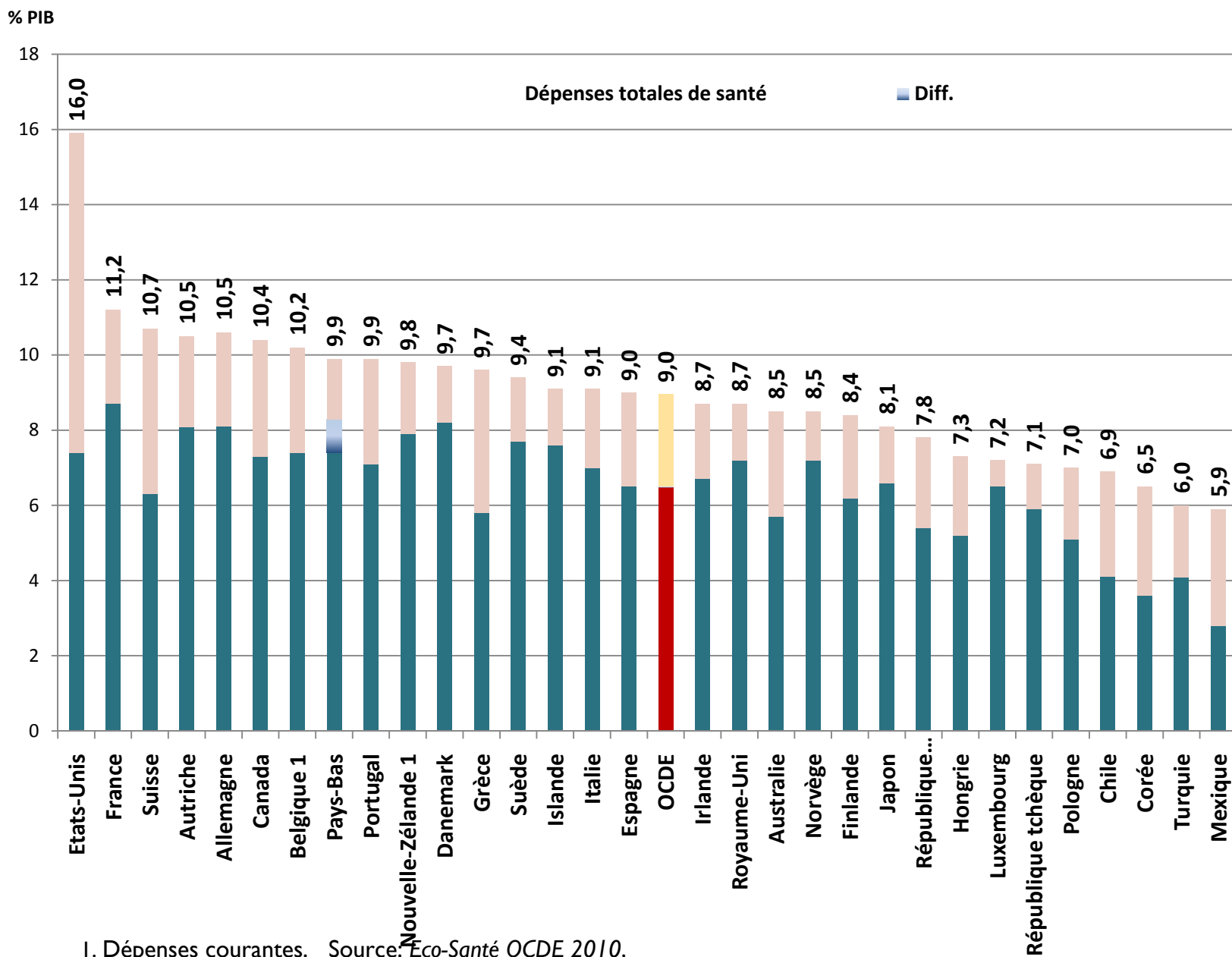
- Min : Pakistan (2%)
- < 3 % : 11 pays
- \geq 3-4%: 21 pays
- \geq 4-6%: 47 pays

- \geq 6-8%: 38 pays
- > 8 %: 42 pays
- Max: USA (15.3 %)

Maroc : 5,3 % PIB

A moins de 6% (hors contribution des ménages), il est difficile de recouvrer les soins pour les pauvres et assurer une CSU

Dépenses de santé OCDE en % du PIB, 2008

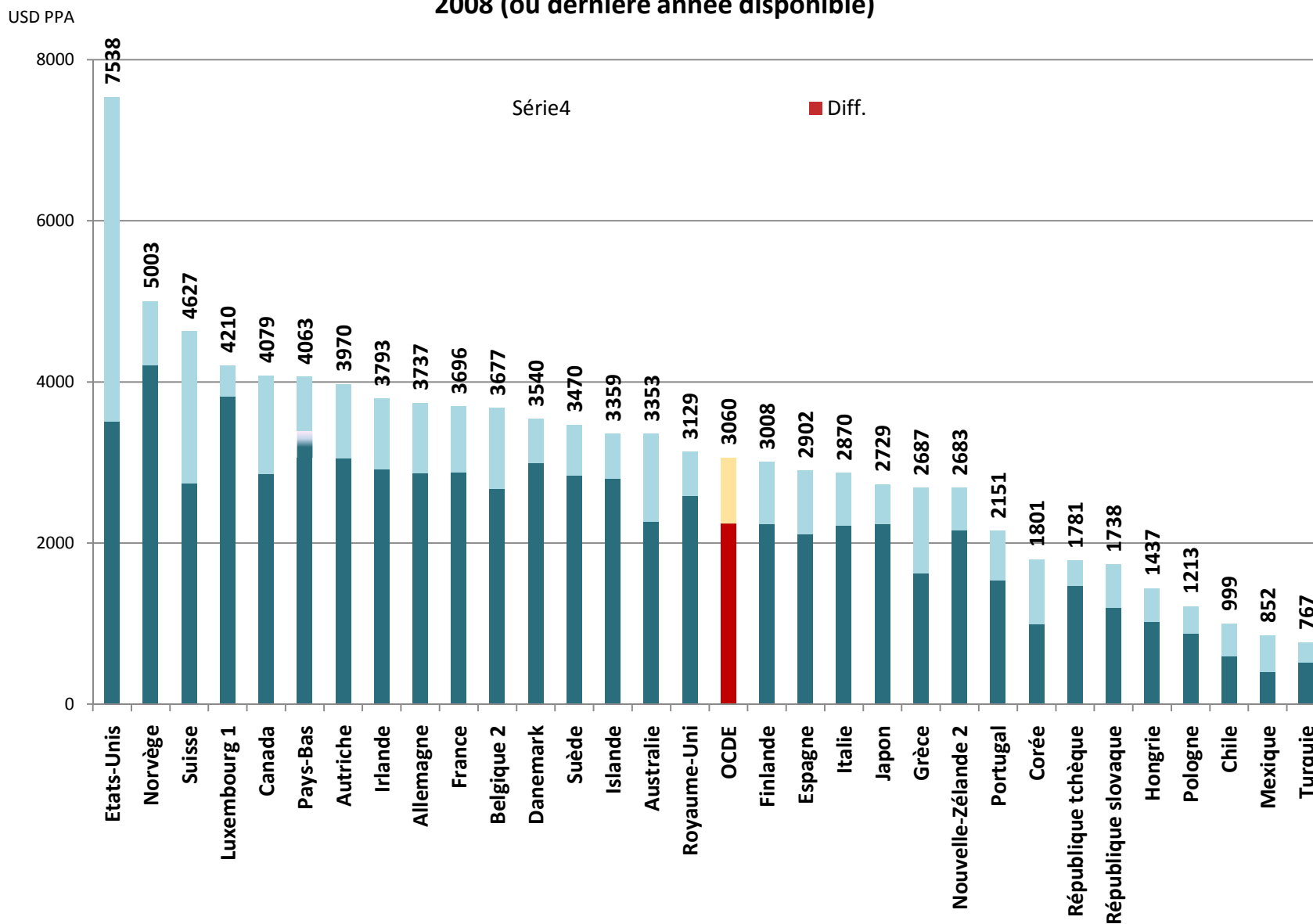


I. Plus d'argent pour la santé

1.2. Dépenses de santé per capita:

- Au niveau mondial: Varient
 - de 7 \$ (Myanmar)
 - à 7450 \$ (Norvège)
- **Maroc: 114 \$**
- OCDE : 3600 \$/hab/an
- Maxi : 7000 \$/hab/an (USA & Norvège).

Graphique 3. Dépenses de santé par habitant, US\$ PPA, 2008 (ou dernière année disponible)



1. Concerne la population assurée et non pas la population résidente. 2. Dépenses courantes. Source: *Eco-Santé OCDE 2010*.

Les données sont exprimées en dollars US ajustés pour les parités de pouvoir d'achat (PPA). Les PPA permettent la comparaison des dépenses entre les pays sur une base commune. Les PPA sont des taux de conversion monétaire qui égalisent le coût d'un "panier" donné de produits et services dans différents pays.



1.3. Part dans le budget de l'état

- Déclaration d'Abuja : 15%
 - Relever légèrement le taux du budget national alloué aux services de santé, provoquerait une forte augmentation des ressources : Si 49 des pays les plus pauvres du monde allouaient 15% de leurs dépenses publiques pour la santé, cela pourrait doubler le montant de leurs dépenses de santé. Au total, cela représenterait un total de 15 milliards de dollars supplémentaires par an pour la santé

1.4. Diversifier les sources de revenus pour la santé (Financement innovants):

◦ **Impôts affectées**

- Par exemple, une augmentation de 50% de la fiscalité sur le tabac permettrait à 22 pays à revenu faible d'engranger 1,42 milliard de dollars, ce qui permettrait une hausse d'environ 10% de leurs dépenses en santé.
- Le gouvernement indien pourrait collecter 370 millions de dollars par an en appliquant une taxe de 0,005% sur les transactions en devises étrangères

◦ **PPPi: GAVI, GF, UNITAID...**

◦ **IFP**

Que coûte la CUS ?

- **Minimum**

- 40 \$/hab Pour réaliser les SSP (2009)
- 60 \$/hab. pour atteindre les OMD dans les 49 pays les plus pauvres

- ...

- **Optimum :**

- **Financement collectif = 5 à 6 % du PIB**

Besoins de financement pour l'atteinte des OMD santé

In US\$ billions	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total	%
Management of childhood illness*	0.14	0.16	0.24	0.35	0.45	0.53	0.66	2.53	1%
Immunization	0.66	0.67	1.04	0.91	1.10	0.91	0.97	6.27	2%
Maternal health	0.70	0.91	1.21	1.50	2.03	2.51	2.97	11.82	5%
Family planning	1.00	1.22	1.46	1.39	1.32	1.16	0.88	8.43	3%
Tuberculosis	0.61	0.67	0.67	0.69	0.70	0.71	0.73	4.78	2%
Malaria	1.04	1.05	0.94	1.17	0.95	0.96	1.14	7.25	3%
HIV / AIDS	0.56	1.12	1.65	2.17	2.69	3.23	3.73	15.13	6%
Essential drugs **	0.53	0.63	0.83	1.10	1.36	1.84	3.17	9.48	4%
Subtotal	5.23	6.43	8.03	9.29	10.62	11.85	14.25	65.70	26%
Governance (including drug regulation)	0.62	0.60	0.83	0.84	0.85	0.92	0.90	5.56	2%
Infrastructure, equipment and vehicles	8.34	12.84	17.33	18.45	13.09	11.42	9.75	91.23	36%
Human resources for health	3.28	5.31	7.24	9.30	10.61	12.33	14.20	62.28	25%
Supply chain / logistics	1.18	0.86	1.41	2.08	2.14	2.63	2.51	12.82	5%
Health information system	0.37	0.94	0.44	0.70	0.69	0.69	0.69	4.52	2%
Health financing	0.32	0.49	0.73	1.13	1.55	2.26	2.85	9.34	4%
Subtotal	14.11	21.04	27.98	32.50	28.94	30.26	30.90	185.73	74%
Total (US\$ billions)	19.34	27.47	36.01	41.79	39.56	42.11	45.16	251.44	100%
Total per capita (US\$)	14.20	19.75	25.35	28.82	26.72	27.87	29.30	172.01	

* Prevention of mother-to-child transmission of HIV and management of malaria in children are grouped under the HIV and malaria costs respectively.

** Essential medicines for noncommunicable diseases, mental health, and parasitic diseases.

OMS (2010) Contraints to scaling up the health millenium development goals: casting and financial gap analysis

2. Moins de paiement direct

- Les Paiements directs = paiements par les usagers lorsqu'ils viennent se faire soigner
 - Variation [0% à 100 %]
- **Même lorsque les frais ou honoraires de prestations sont couverts par une assurance, les patients doivent participer aux frais s/forme de :**
 - Ticket modérateur
 - Quotes-parts (parts non remboursée dans le plan d'assurance),
 - Franchises (part restant à la charge de l'assuré en situation de tiers payant),
 - « sous la table ».
- **Maroc : 57% de paiement direct**

Figure 2.1 Relation entre les dépenses catastrophiques et le paiement direct au lieu des soins¹

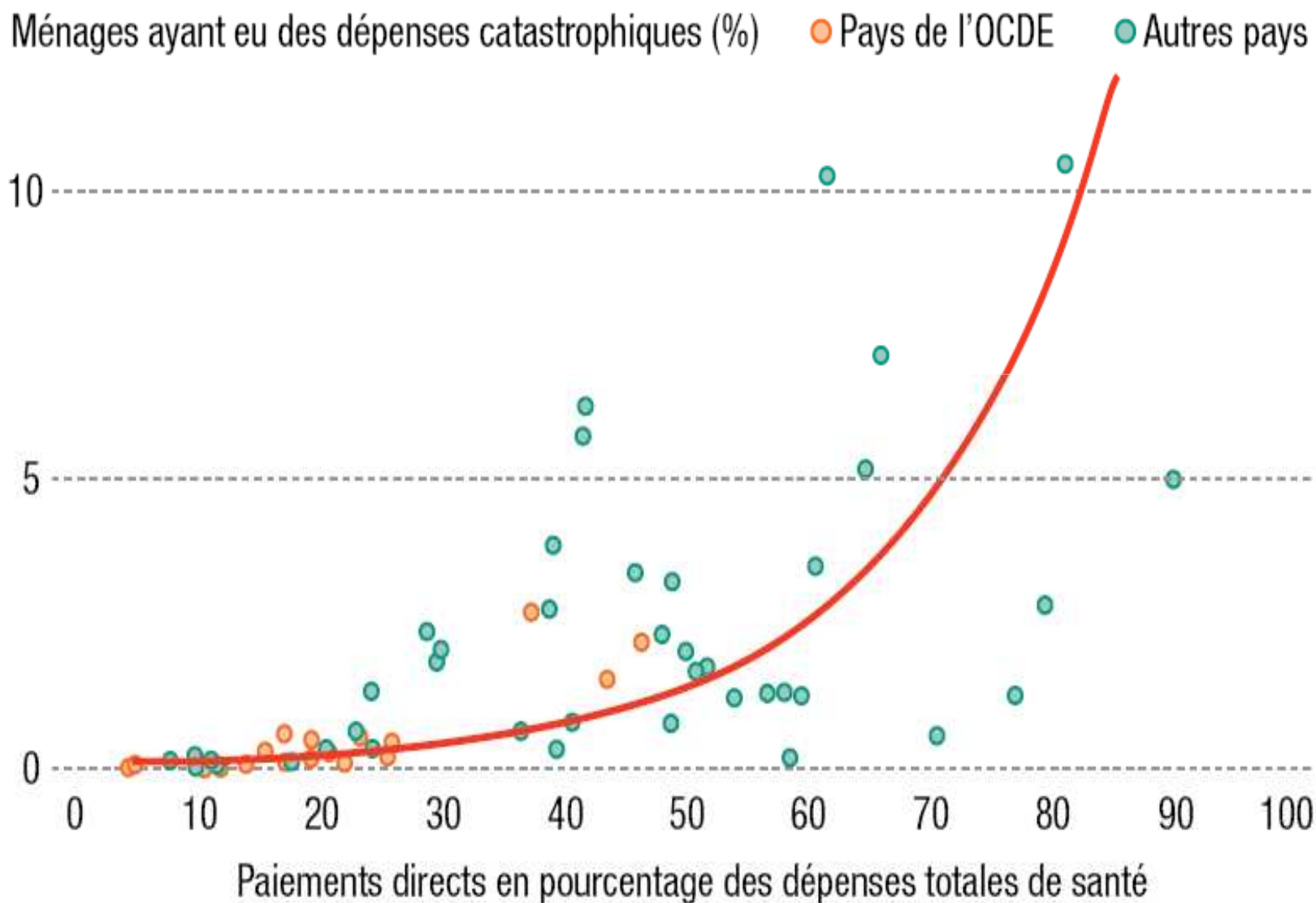
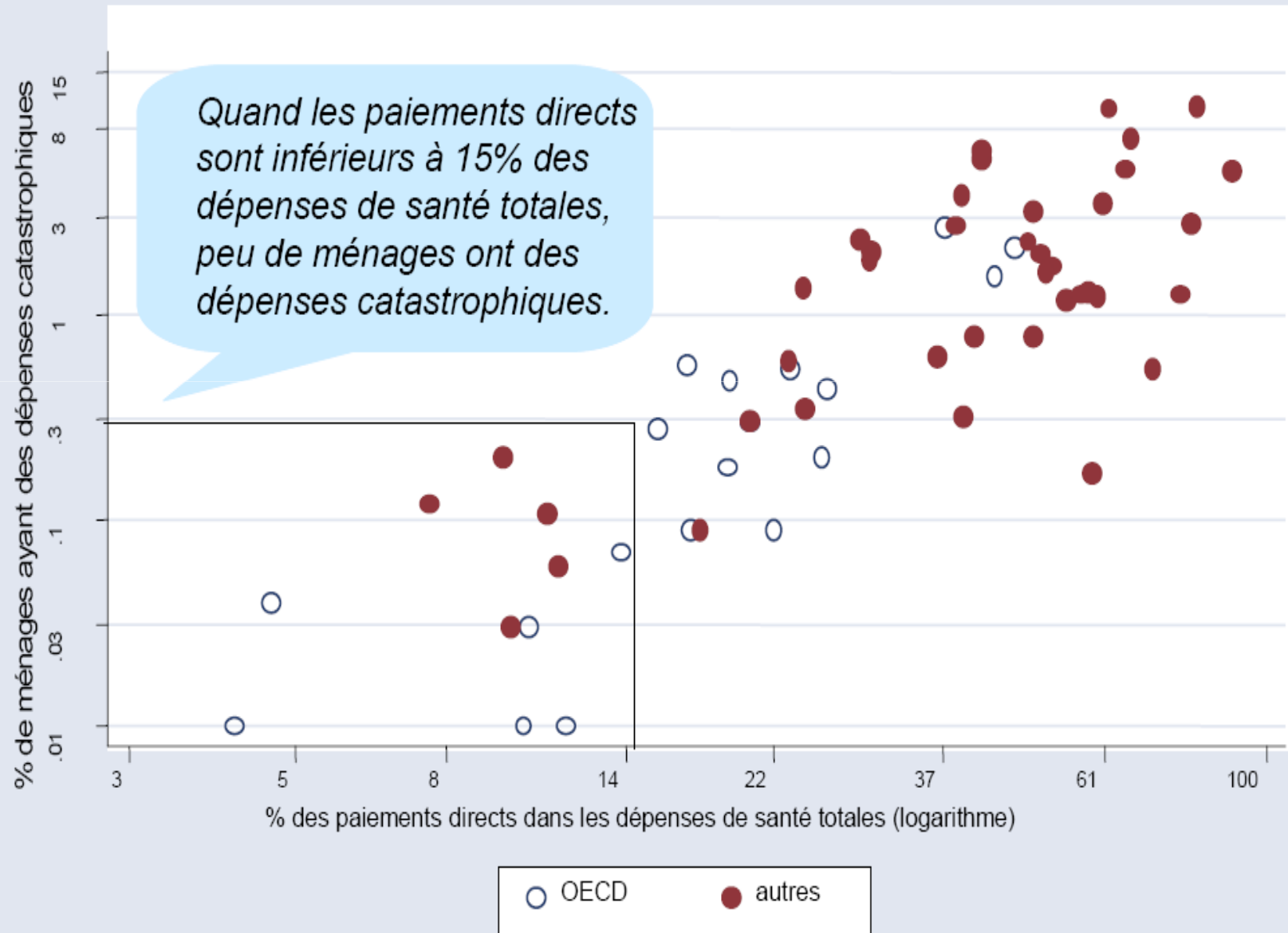
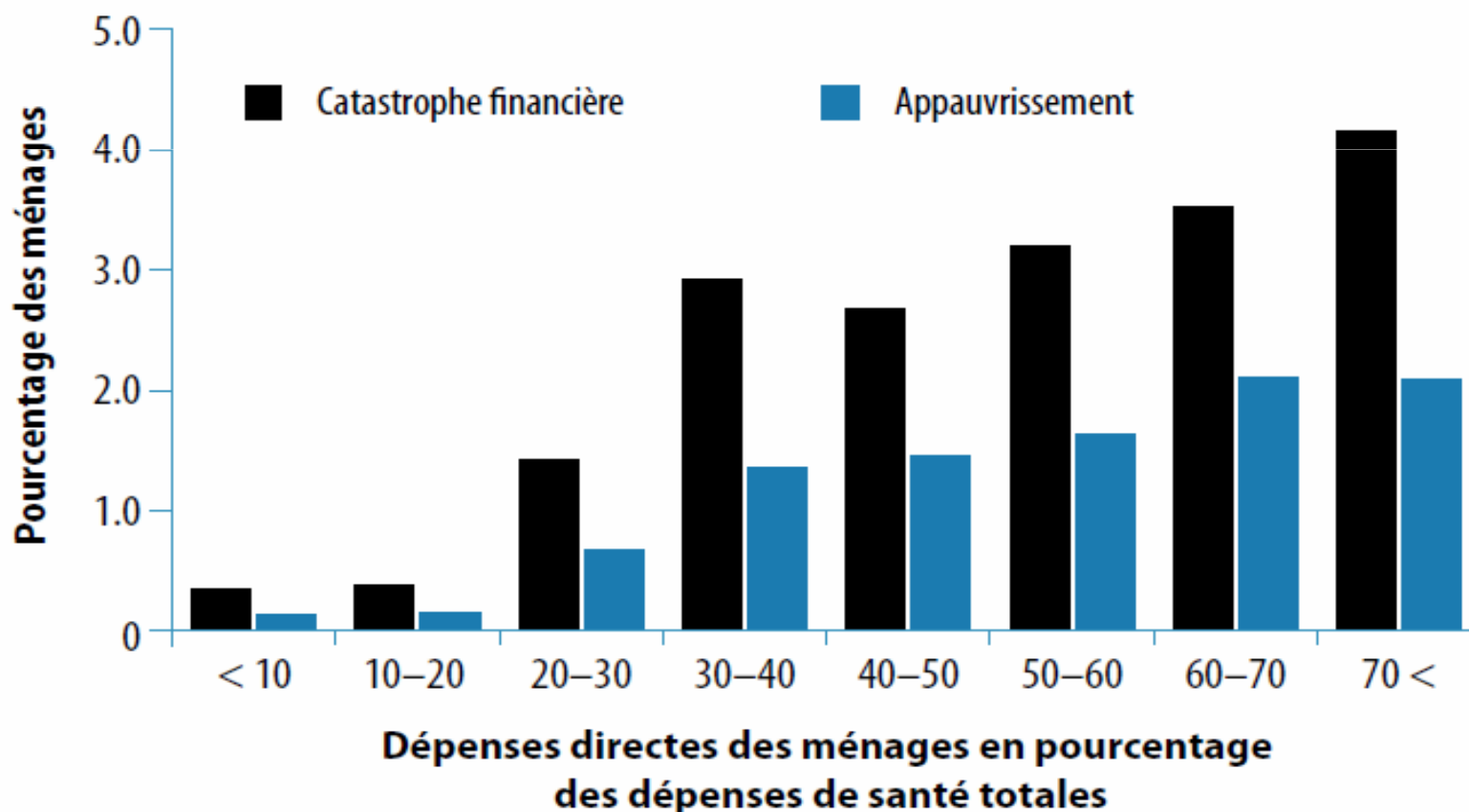


Figure 1. Proportion des ménages ayant des dépenses catastrophiques par rapport à la part des paiements directs dans les dépenses de santé totales

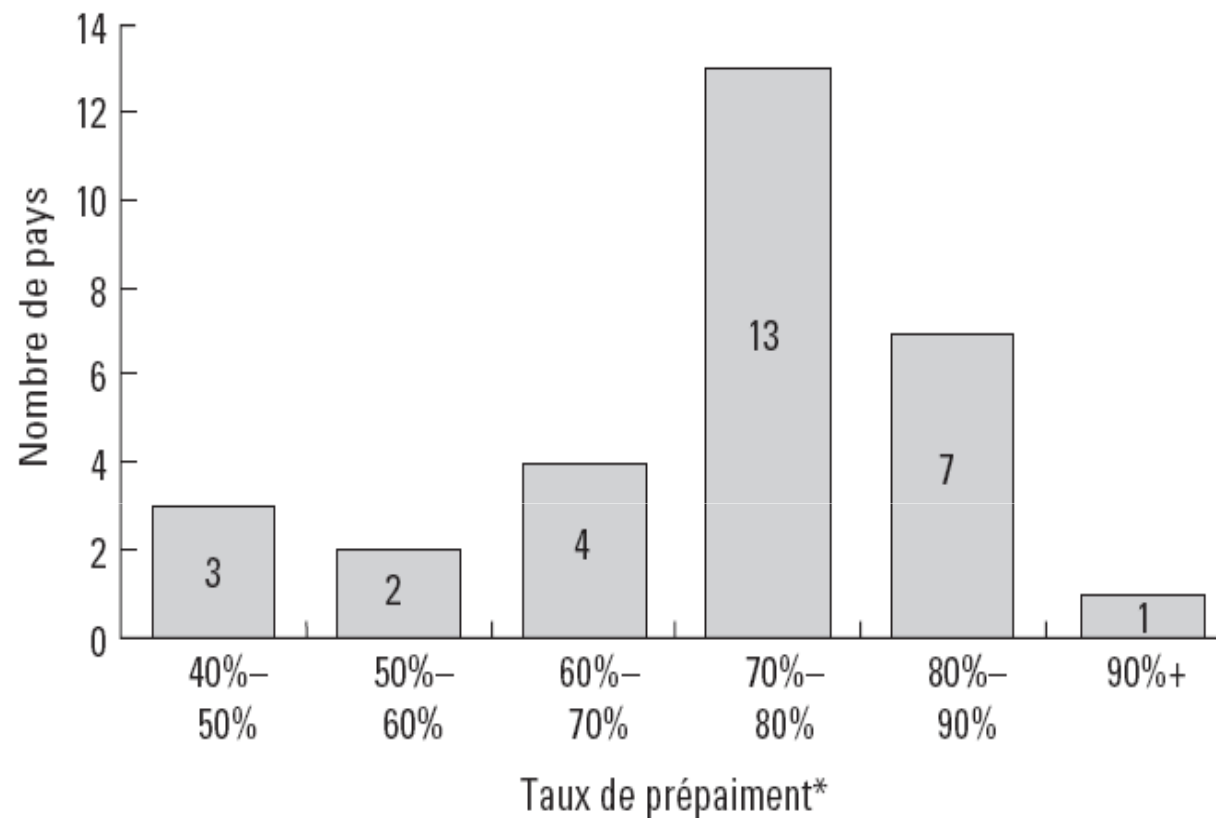


Ce n'est que lorsque le recours aux paiements directs tombe sous la barre de 15 ou 20% des DGS que l'incidence de catastrophe financière baisse généralement à des niveaux négligeables

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

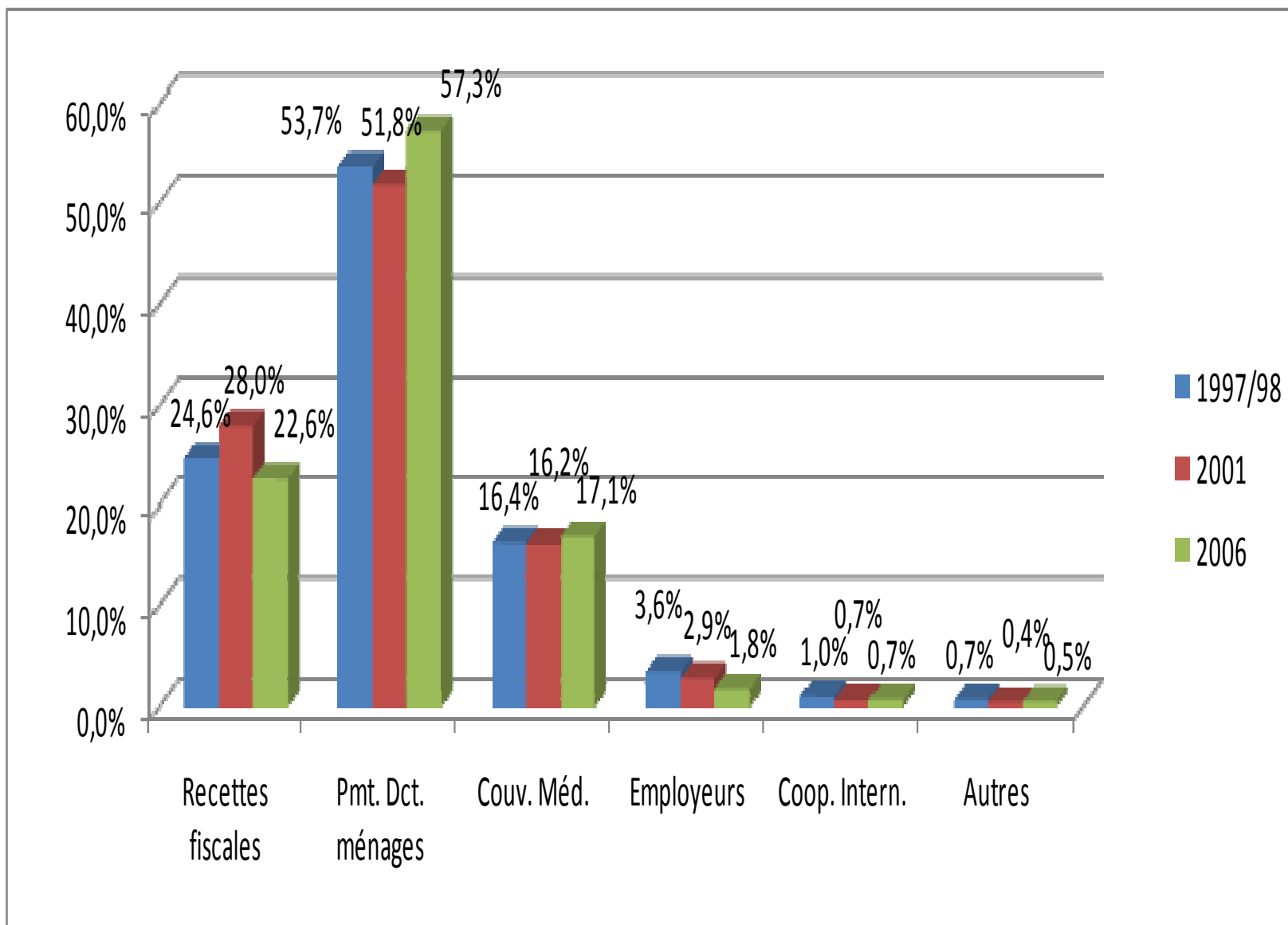


Graphique 2 : Taux de prépaiement dans les pays de l'OCDE



* Dépenses de santé prises en charge par le système de financement de la couverture universelle par rapport aux dépenses de santé totales (OMS, 2005).

3. DGS Maroc par nature de financement -



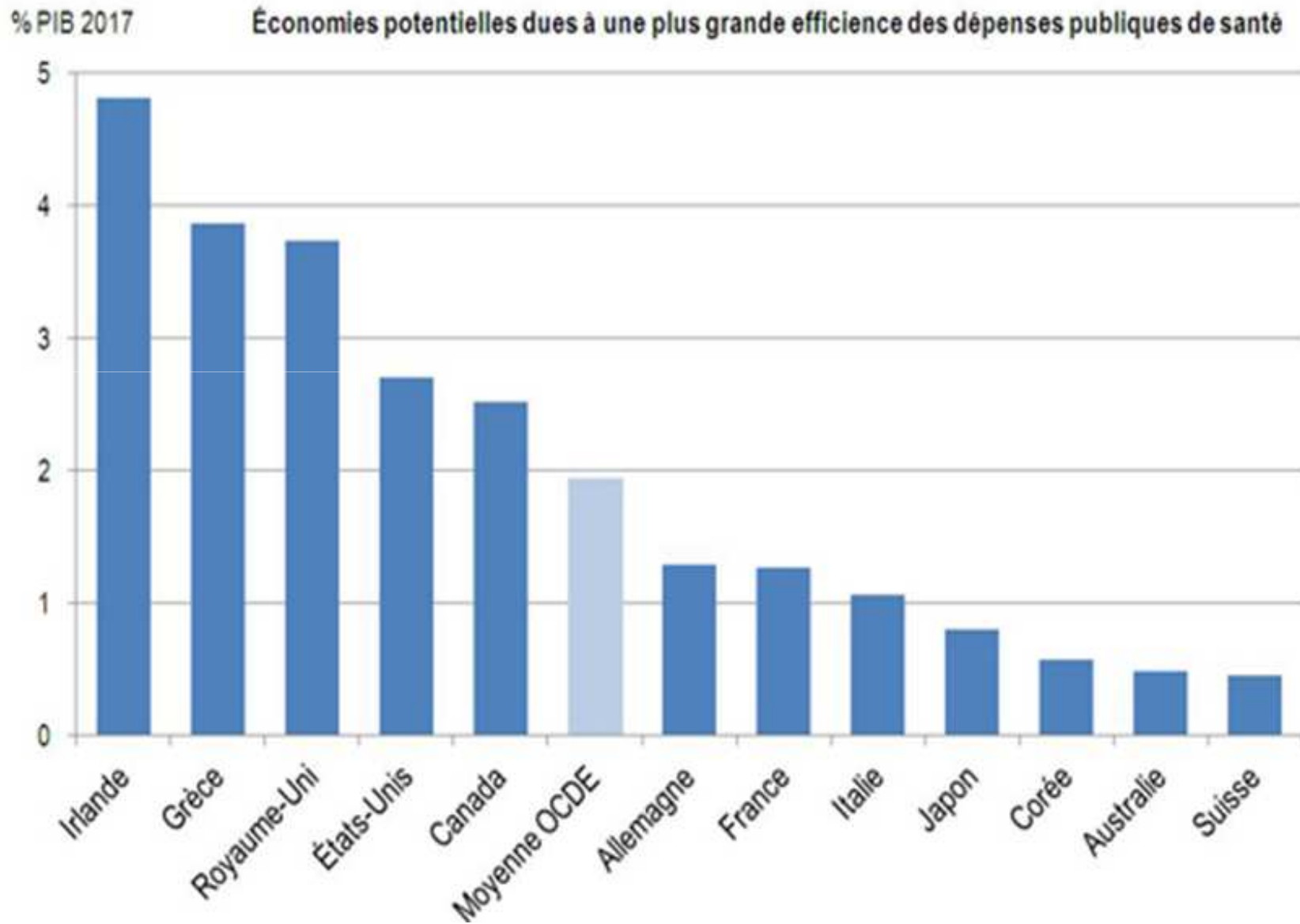
Moins de paiement direct des solutions

- **La force du nombre:**
 - Partager le risque financier lié aux DS (mise en commun des fonds)
 - AMO; AMI; RAMED, Micro assurance, complémentaire...
- **Exemptions de paiement**
 - Efficacité à court terme
 - Solution d'appoint pour faciliter l'accès aux soins et éviter les dépenses catastrophique
 - Surtout dans les programmes de santé publique
 - Surtout au profit des pauvres
- **Transferts monétaires conditionnels** (conditional cash transferts, CCTs) ou système de bons:
 - Succès surtout en Amérique du sud (Brésil, Colombie, Honduras, Mexique & Nicaragua)
 - souvent pour les services liés à la prévention
 - Solution de court terme

3. Plus de santé pour son argent

- **USA:** Gaspillage de plus de 50 % des dépenses chaque année pour la santé (récente étude Price waterhouse Coopers, 2009)
- Près de 6 % des DGS mondial (300 millions \$) perdus suite à des erreurs ou à la corruption (Réseau européen de lutte contre la fraude et la corruption, 2010)
- **Des dépenses en santé plus efficaces permettent d'accroître la couverture sanitaire.**
 - En général, entre 20 et 40% des dépenses en santé sont gaspillées, ce qui prive un grand nombre de personnes des soins dont elles ont absolument besoin. Le surpaiement constitue une forme de gaspillage. Par exemple, les prix des médicaments sont à certains endroits jusqu'à 67 fois supérieurs aux prix moyens internationaux, ce qui limite les ressources financières destinées à d'autres services de santé
- Les soins hospitaliers représentent plus de la moitié des dépenses publiques totales de santé.
 - En devenant plus efficaces, les hôpitaux pourraient ainsi réaliser **15%** de plus qu'ils ne le font actuellement sans dépenser davantage

Ocde 2010



Les 10 principales causes d'inefficience

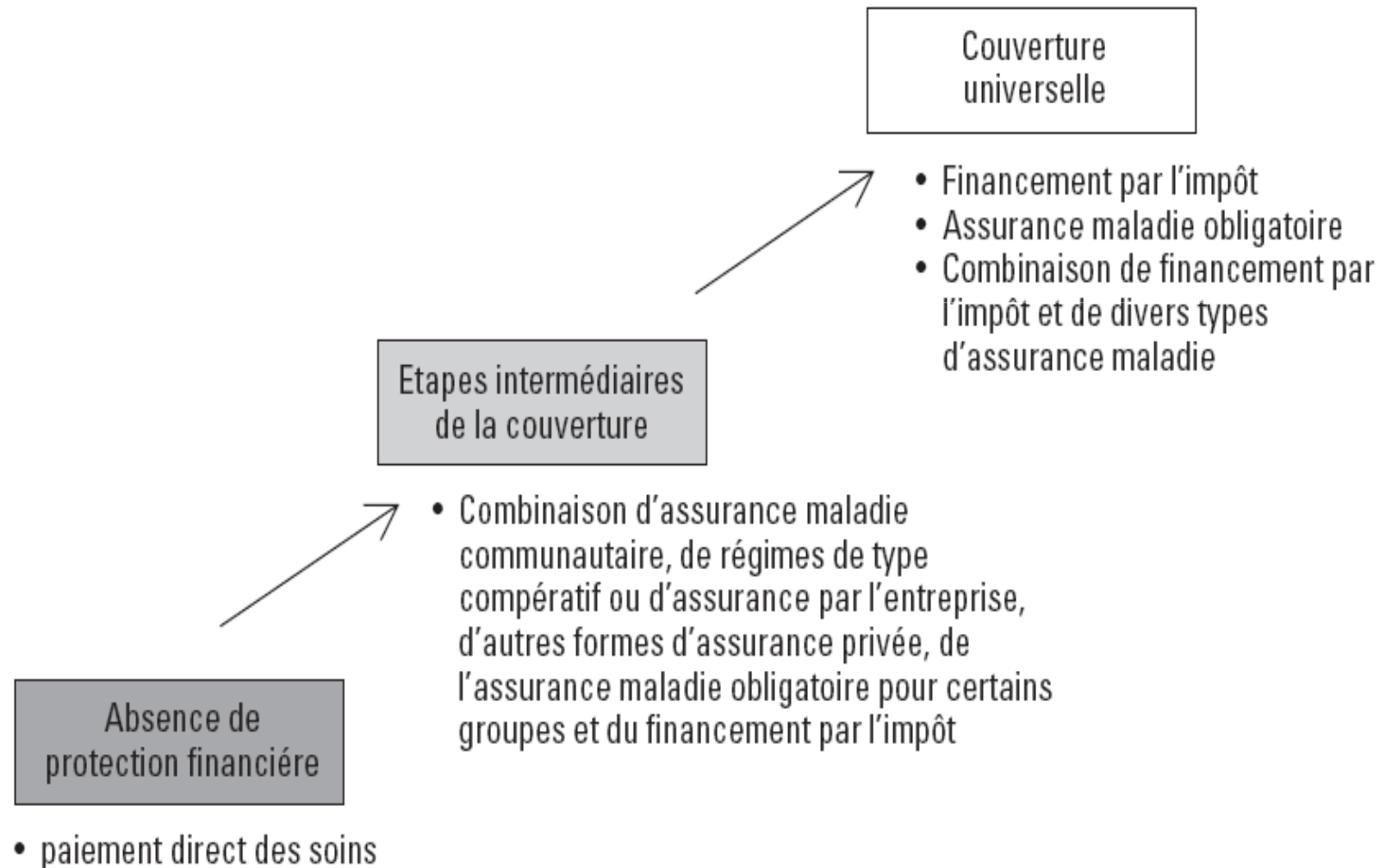
Source d'inefficience	Raisons communes de l'inefficience	Fourchette d'économie potentielle d'efficience en % DGS (T= 20-40 %)
Médicaments	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sous-utilisation de génériques et surcoût (PPM) 2. Qualité et contrefaçons 3. Utilisation inappropriée (SSP, surutilisation d'AB...) 	10- 15 %
Personnel de santé	<ol style="list-style-type: none"> 4. Démotivation, Favoritisme, mauvaise distribution... 	15-25 %
Services de santé (hôpitaux)	<ol style="list-style-type: none"> 5. Inadaptation offre/demande (TOM, DMS...); 6. Sous-utilisation des infrastructures et technologies (50% dans les PED) 7. Sous-optimisation dans la qualité des soins et erreurs médicales; 	10-25 %
Produits et fournitures	<ol style="list-style-type: none"> 8. Emploi excessif des fournitures 	05-10 %
Gouvernance	<ol style="list-style-type: none"> 9. Corruption & fraude de gaspillage), faiblesse des responsabilités et des mécanismes gouvernementaux... 10. Financement d'interventions peu rentables, niveaux de stratégies inappropriés... 	10-20 %



Le chemin vers une couverture universelle

La transition nécessaire vers la couverture universelle

Graphique 1 : La transition vers la couverture universelle



Durée de la transition vers la CSU

- La période de transition a été définie comme étant **le nombre d'années écoulées entre le vote de la première loi sur l'assurance maladie et la dernière loi pour la mise en œuvre de la couverture universelle.**
- Les pays où existe maintenant la couverture universelle ont souvent eu besoin de **plusieurs décennies** pour l'instaurer.
 - Dans 8 pays ayant adopté la méthode de financement par l'assurance-maladie, **il ne s'est jamais coulé moins de 20 ans** entre l'adoption de la première loi sur l'assurance-maladie et le vote de l'ultime loi instaurant la couverture universelle.

Durée de la transition vers CSU : expériences internationales

- Les périodes de transition ont été de :
 - **79 ans** (Autriche), 118 ans (Belgique), **20 ans** (Costa Rica), 127 ans (Allemagne), 84 ans (Israël), 36 ans (Japon), 26 ans (RdC) et 72 ans (Luxembourg).
 - 45 ans pour la France;
 - 35 RU.
- **La période moyenne de transition a été de 70 années.**

Pays	Périodes de transition
Allemagne	1854 – 1988 (134 ans)
Autriche	1888 – 1967 (79 ans)
Belgique	1851 – 1967 (116 ans)
Luxembourg	1901 – 1973 (72 ans)
Israël	1911 – 1995 (84 ans)
Costa Rica	1941 – 1961 (20 ans)
Japon	1922 – 1958 (36 ans)
RDC	1963 – 1989 (26 ans)



- **Des réformes du financement pour agir sur la durée de la transition**

- **4^e mouvement de réforme** sur la voie de la CUS

- **Chine:**

- Passer d'une couverture de 15% en 2003 à 90% en 2011
- Réduire les dépenses liées aux paiements directs;

- **USA:**

- Extension de la couverture médicale à 32 millions de personnes non couverte à l'horizon 2019

- **Autres pays** : Chili, Colombie, Cuba, Rwanda, Thaïlande ...



Les facteurs d'accélération

- 1. Le niveau et l'évolution du revenu** (croissance économique),
- 2. La dimension du secteur informel** (structuration de l'emploi),
- 3. Le degré de solidarité sociale,**
- 4. La gouvernance du système de financement de la santé**
 - la disponibilité de personnel qualifié pour **administrer le système de financement,**
 - le rôle directeur des pouvoirs publics,
 - et la confiance de la population dans ses dirigeants (gouvernement).

Le chemin vers la CUS: QUEL PROGRAMME D'ACTION

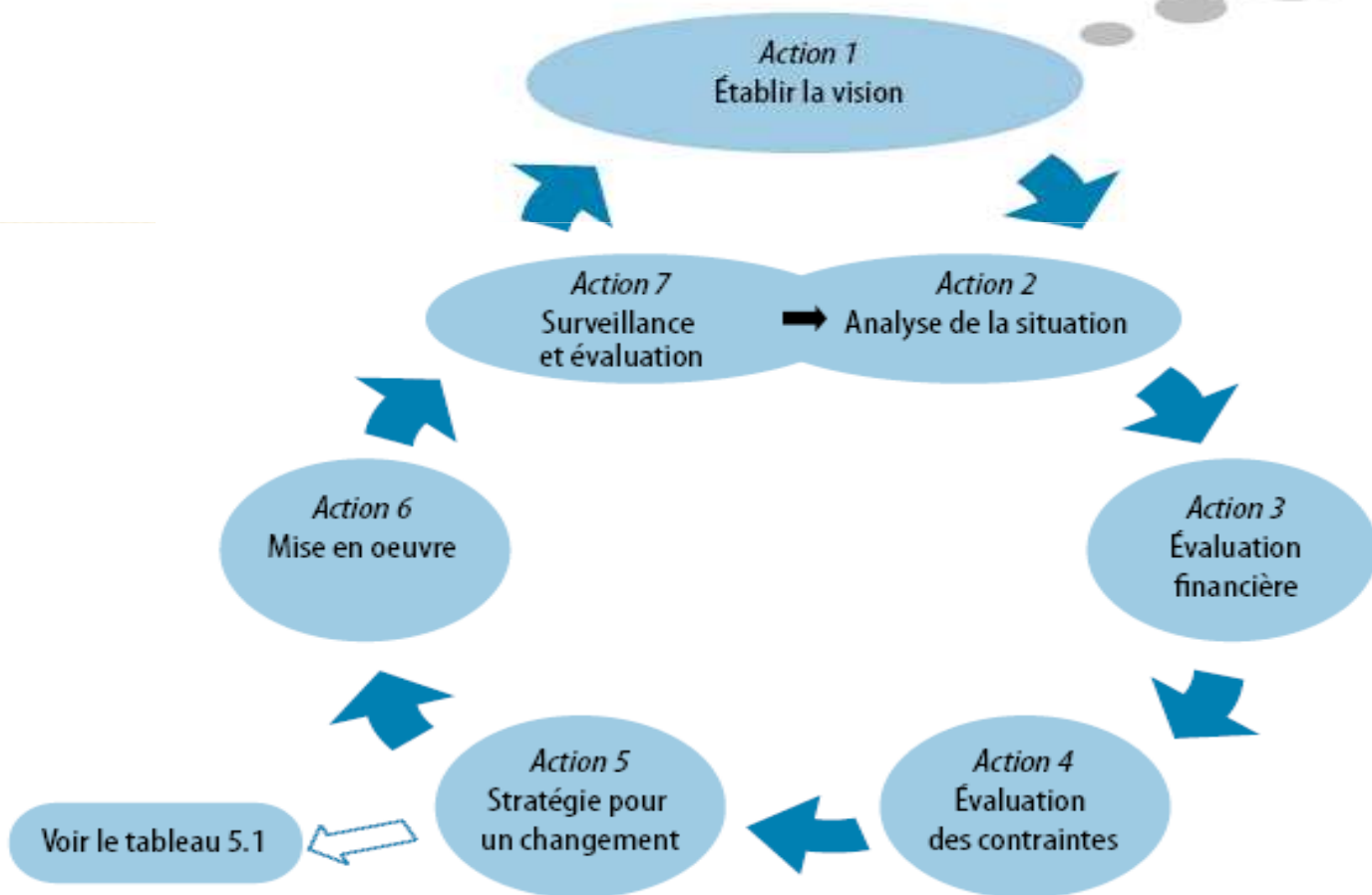
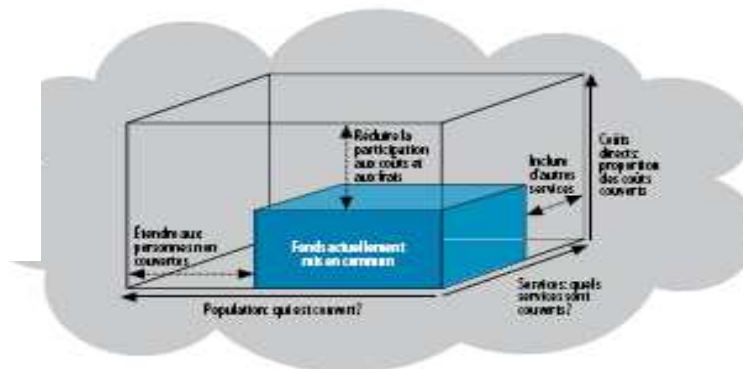
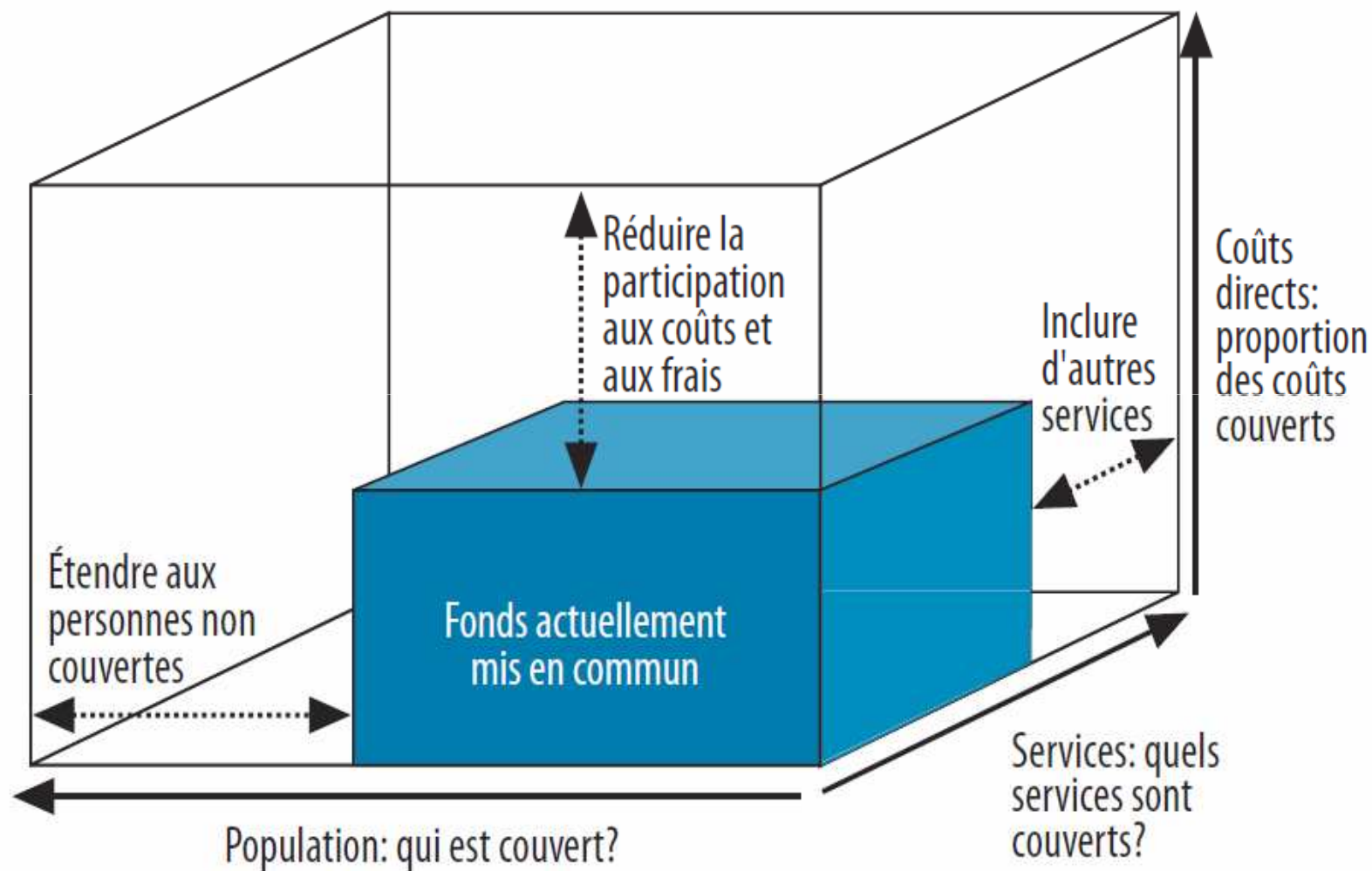


Figure 1.2. **Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle**



Source: Adapté de (21, 65).

Stratégie de changement :

Décisions techniques requises

Objectif principales	Composants	Décisions
1. Lever des fonds suffisants pour la santé	Suffisance	<ul style="list-style-type: none"> •Combinaison Impôt/AMO •Financement innovants
	Équité des contributions	<ul style="list-style-type: none"> •Couvrir les pauvres
	Efficiencce de la collecte	<ul style="list-style-type: none"> •Contrôle de l'Obligation
	Durabilité financière	<ul style="list-style-type: none"> •Croissance économique •Croissance des besoins
2. Réduire les barrières financières	Capacité de payer et accès	<ul style="list-style-type: none"> •Arrangements pour regrouper les contributions •Réduire les payt directs
	Equité dans la mec des ressources	<ul style="list-style-type: none"> •Obligation de cotisation tôt, •Uniformiser les risques et les paniers
	Efficiencce dans la mec des ressources	<ul style="list-style-type: none"> •Eviter la fragmentation des caisses

Objectif principales	Composants	Décisions
3. Utilisation judicieuse des ressources	Efficiency de l'utilisation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Concevoir et appliquer des mécanismes de paiement des prestations incitatifs de la qualité et de l'efficacité; • Lutter contre la corruption et la fraude
	Equité dans l'utilisation des ressources	Offre équilibrée (taille, milieu, pauvreté, ...

Surveillance de la CUS contre le risque financier

Objectif principales	Indicateurs
1. Lever des fonds suffisants pour la santé	<ul style="list-style-type: none">• DGS / hab• DGS en % PIB• DGS pub en % PIB
2. Niveaux de protection contre le risque financier et couverture des groupes vulnérables	<ul style="list-style-type: none">• % dépenses directes des ménages / DGS• % de personnes subissant les dépenses catastrophiques• % personnes tombant dans la pauvreté à cause des dépenses catastrophiques
3. Efficience de l'utilisation des ressources	<ul style="list-style-type: none">• Prix moyen pour le consommateur des génériques comparé au prix ref international• % des DGS attribuées aux coûts et salaires fixes comparés aux médicaments et fournitures

Tirer les leçons de l'expérience

- **La collecte de fonds** par AMO est le moyen le plus efficient et le plus équitable pour atteindre la CUS
- 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.
- Consolider les **mise en commun des ressources**
 - Les petites caisses ne sont pas viables à long terme
 - Plusieurs caisses rendent l'équité et la protection contre le risque plus difficile à atteindre;

Tirer les leçons de l'expérience

- **Les achats** actifs ou stratégiques et la contractualisation des services de santé aident les pays à progresser plus rapidement vers une CUS
- Le paiement à l'acte favorise la prescription excessive de services aux personnes qui sont couvertes;
 - Alternative +++ : Capitation en amb + DRG en hospitalisation avec contrôle médical
- Importance de la **fonctionnalité de l'offre** (quantitativement et qualitativement)
- Importance de l'engagement pour les **priorités de santé publique**



**Merci
de votre aimable
attention**