5 Un programme d'action

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

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 mises en commun afin de repartir 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 efficient 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 une 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 inefficientes 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'efficience, 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'inefficience 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'inefficiences 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'efficience.

Les incitations pour fournir des services efficients, 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 efficients 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'efficience 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'efficience 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

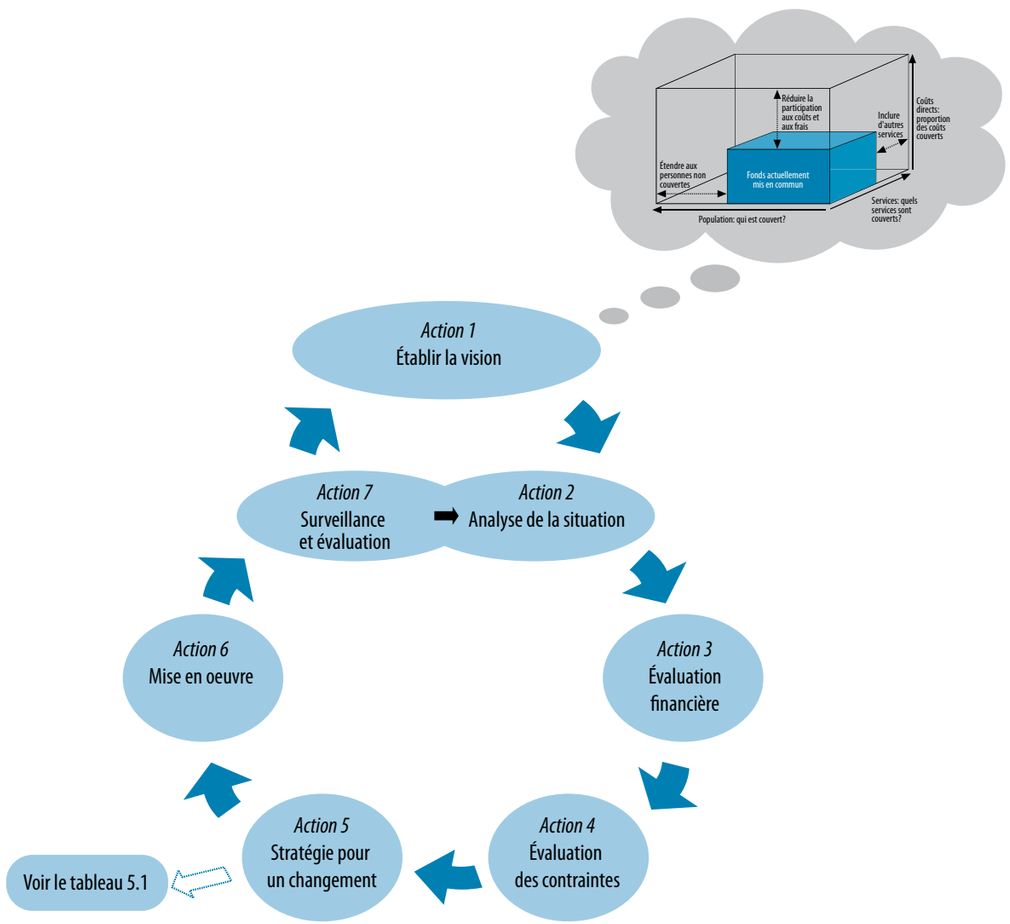
Le cycle décisionnel du financement de la santé représenté ici (Figure 5.1) est destiné à guider plutôt qu'à imposer un plan, et il convient de noter que si les

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 continuel, 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 liées 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	**Suffisance** (cette partie est en rapport étroit avec l'action 3 et certaines actions seront considérées simultanément)	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.
	Équité des contributions	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. 3. Mettre en place un système de contributions abordables pour les particuliers.
	Efficience de la collecte	4. Améliorer l'efficience des collectes de fonds en s'assurant que les personnes qui sont supposées contribuer, le fassent.
	Durabilité financière	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)
Réduire les barrières financières	**Capacité de payer et accès**	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). 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. 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.
	Équité dans la mise en commun des ressources	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. 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. 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.
	Efficience dans la mise en commun des ressources	12. Réduire, autant que possible, la fragmentation des mécanismes de mise en commun des ressources.

Objectif principal	Composants	Décisions
Utilisation judicieuse des ressources	**Efficience de l'utilisation des ressources**	13. Concevoir et appliquer des mécanismes de paiement des prestataires, qui créent des incitations à optimiser la qualité et l'efficience.
		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'efficience. 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).
		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.
		16. S'engager dans des achats/contrats stratégiques pour garantir le rapport qualité-prix le plus élevé.
		17. Décider s'il est nécessaire de développer une caisse de fonds distincte pour la promotion et la prévention de la santé.
		18. Surveiller régulièrement les résultats et l'efficience de l'utilisation des fonds.
	Équité de l'utilisation des ressources	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).
		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.

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 précise. 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 inférieurs 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 le 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'efficience 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