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'efficience 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

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 inefficiente 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'efficience, 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'efficience 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'efficience 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'efficience 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'efficience 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 démuni, 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.

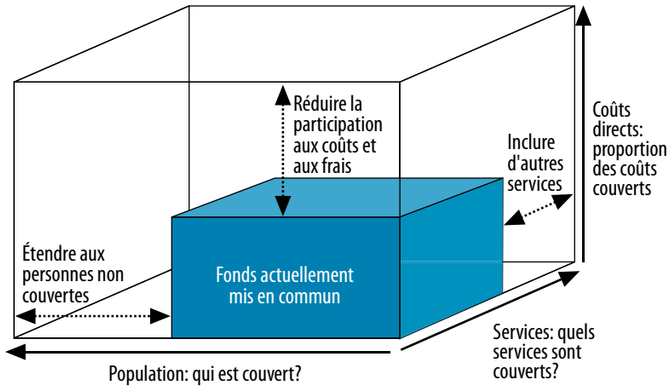
Troisièmement, les caisses qui protègent les besoins médicaux d'un petit nombre de personnes ne sont pas viables à long terme. Plusieurs occurrences de maladies chères les anéantiront. Les caisses multiples, disposant chacune de leurs systèmes d'administration et d'information, sont également inefficientes 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.

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



Source : adapté de (*9*, *10*).

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.

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'efficience 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 garantie pas l'accès . L'exigence finale est de garantir que les ressources sont utilisées de manière efficiente.

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'inefficience, 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'efficience 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'inefficience, 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 efficience 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 efficient 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'efficience 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'efficience. Les achats passifs créent l'inefficience. Plus les pays se rapprocheront de l'achat actif, plus le système pourra être efficient.

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 efficiente. 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'efficience car le moyen optimal d'utiliser les ressources n'est pas toujours le plus équitable. Par exemple, il est généralement plus efficient 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 immigrés 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 efficiente et équitable, à condition qu'ils aient pour cela une certaine volonté politique.

La santé peut être pionnière dans l'optimisation de l'efficience 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'efficience 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.

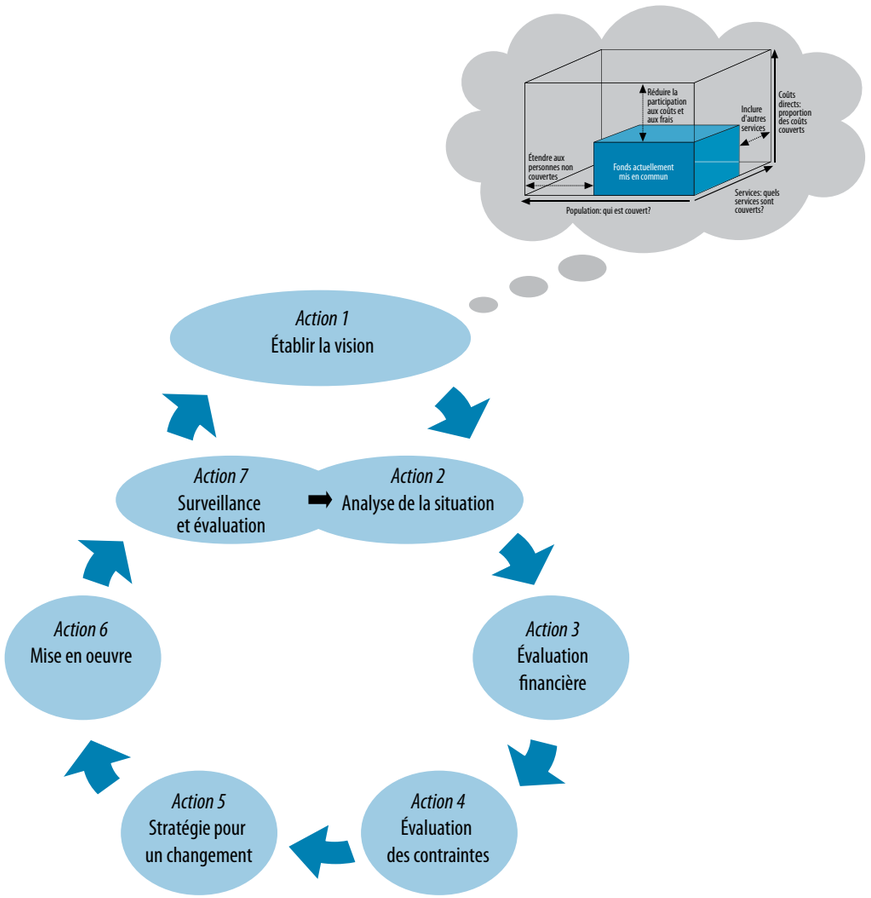
Les sept actions décrites ici ne s'appliquent pas seulement aux pays à revenus bas et moyen. Les pays à revenu élevé, qui ont atteint des niveaux supérieurs de couverture et de protection contre le risque financier, doivent prendre part à une autoévaluation continue afin de s'assurer que le système de 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 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 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%2013/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).