1 Où en sommes-nous ?

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

Messages clés

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

1

Où en sommes-nous ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les trois domaines fondamentaux du financement de la santé sont :

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

Les soins de santé coûtent cher. D'une façon ou d'une autre, il faut payer les médecins et les infirmières, les médicaments et les hôpitaux. Aujourd'hui, la dépense annuelle mondiale en matière de santé est d'environ 5,3 billions de dollars (*1*). Avec le poids des maladies transmissibles, qui reste obstinément élevé dans certaines parties du monde, et la prédominance de maladies non transmissible - maladie cardiaques, cancers et pathologies chroniques telles que l'obésité - augmentant partout, les dépenses de santé ne peuvent que continuer à croître. Cette tendance ne peut que s'exacerber par l'arrivée de médicaments et de procédures plus sophistiqués qui sont développés pour les traiter.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Paiements directs

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

Encadré 1.3. Financement d'une couverture universelle

Les systèmes de financement doivent être conçus spécifiquement pour:

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

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

Les paiements directs minent aussi les finances des ménages. Beaucoup de personnes doivent le payer au niveau de la prestation pour se faire soigner et elles finissent par rencontrer de graves difficultés financières (*3–6*). Des estimations du nombre de personnes victimes d'une catastrophe financière (définie comme le fait de devoir payer directement plus de 40% du revenu du ménage pour des soins médicaux une fois les premières nécessités satisfaites) sont disponibles pour 89 pays, ce qui représente près de 90% de la population mondiale (*7*). Dans certains pays, chaque année jusqu'à 11% de la population est victime de ce type de difficultés financières et jusqu'à 5% est acculée à la pauvreté car les personnes doivent payer pour des soins au moment où elles les reçoivent. De récentes études montrent que ces dépenses directes des ménages pour des soins médicaux ont poussé 100 000 ménages au Kenya et au Sénégal en dessous du seuil de pauvreté en un an. Environ 290 000 personnes ont subi le même sort en Afrique du Sud (*8*).

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

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

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

Fonds mis en commun

Le progrès vers une couverture universelle dépend de l'acquisition de fonds adéquats à partir d'un regroupement d'individus suffisamment grand, complétés le cas échéant par le soutien de donateurs et de recettes publiques générales, et de dépenser ensuite ces fonds pour les services dont la population a besoin. Plus il y a de personnes qui partagent le risque financier de cette façon, plus le risque financier auquel tout individu est exposé sera faible. En général, plus le groupe est grand, plus il est apte à supporter les risques financiers. Par ce même raisonnement, les groupes de quelques participants seulement subissent ce que les actuaires appellent «des fluctuations extrêmes d'utilisation et de demandes d'indemnisation» (*16*).

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

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

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

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

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

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

Assistance extérieure

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

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

Sur la voie d'une couverture universelle

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

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

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

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

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

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

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

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

Maintenir les réalisations existantes

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

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

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

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

Couverture universelle : les deux axes

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

Comme nous l'avons déjà expliqué, on estime globalement à 150 millions le nombre de personnes qui subissent une catastrophe financière chaque année et à 100 millions celles qui sont acculées à la pauvreté à cause de paiements directs pour des services médicaux. Cela indique un manque général de protection contre le risque financier - un manque qui touche davantage les pays à faible revenu, toutefois sans s'y limiter. Dans six pays de l'OCDE, plus de 1% de la population, soit presque 4 millions de personnes, subissent des dépenses catastrophiques, alors que l'incidence dépasse 5 personnes sur 1 000 dans 5 autres pays (*7*).

En outre, la dette médicale est la principale cause de faillite personnelle aux États-Unis. En 2008, des chercheurs de Harvard ont conclu que les maladies ou les factures médicales avaient contribué à 62% des faillites de l'année précédente (*52*). Nombre des personnes concernées possédaient une certaine forme d'assurance maladie, mais les avantages offerts étaient insuffisants pour les protéger contre des frais élevés. Ce développement n'est pas lié à la récente récession économique, les factures médicales étaient déjà la cause de 50% des faillites aux États-Unis en 2001.

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

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

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

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

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

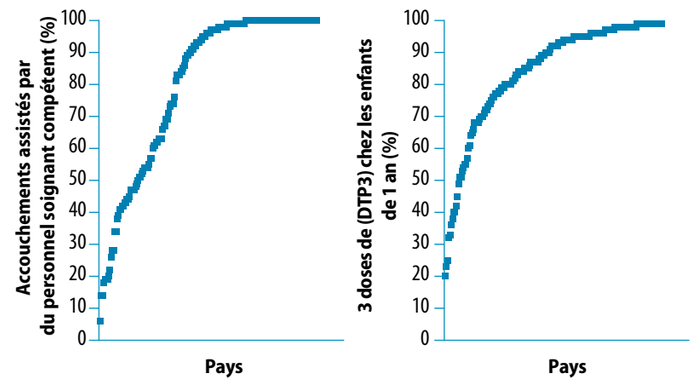
Encadré 1.5. Ghana: différentes phases des réformes du financement de la santé

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

La plupart des pays industrialisés offrent un droit au congé maternité indemnisé pour les employés du secteur structuré de l'économie, mais la durée du congé et la nature des paiements varient aussi considérablement. Et bien qu'il existe un droit théorique au congé maternité indemnisé, peu de pays à revenus faible et moyen rapportent un soutien financier quelconque pour les femmes éligibles (Encadré 1.6).

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

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

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

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

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

Source: Organisation Internationale du Travail.

Faire les bons choix

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

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

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

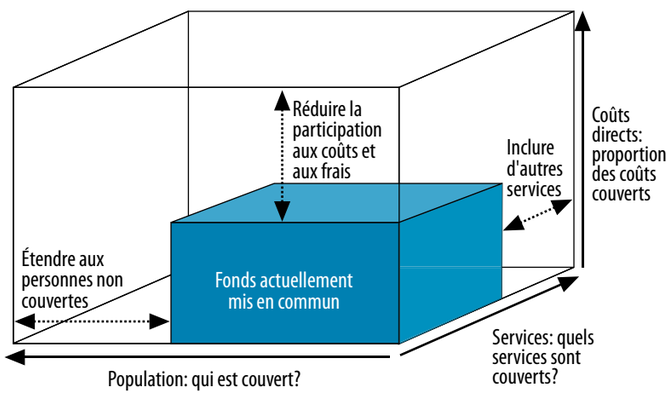
Néanmoins, dans ces pays, tout le monde a accès à un ensemble de services (prévention, promotion, traitement et rééducation) et presque tout le monde est protégé contre de graves risques financiers grâce aux cotisations et aux fonds mis en commun. Les principes sont les mêmes, même si les caractéristiques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

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

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

Ces questions seront abordées plus en détail au Chapitre 3.

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



Source: Adapté de (*21*, *65*).

Aller de l'avant

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

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

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

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

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

Les trois chapitres suivants exposent les manières pratiques de :

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

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

Références

1. National health accounts [online database]. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/nha, accessed 23 June 2010).
2. Preker A et al. Rich-poor differences in health care financing. In: Preker A, Carrin G, eds. *Health financing for poor people: resource mobilization and risk-sharing*. Washington, DC, The World Bank, 2004.
3. Su TT, Kouyaté B, Flessa S. Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006,84:21-27. PMID:16501711
4. Wagstaff A. The economic consequences of health shocks: evidence from Vietnam. *Journal of Health Economics*, 2007,26:82-100. doi:10.1016/j.jhealeco.2006.07.001 PMID:16905205
5. van Doorslaer E et al. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Economics*, 2007,16:1159-1184. doi:10.1002/hec.1209 PMID:17311356
6. Baeza C, Packard T. *Beyond survival: protecting households from health shocks in Latin America*. Washington, DC, The World Bank, 2006.
7. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:972-983. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972 PMID:17630440
8. *Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care*. Geneva, International Labour Organization, 2008 (http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/policy1e.pdf, accessed 06 July 2010).
9. Xu K et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 2003,362:111-117. doi:10.1016/S0140-6736(03)13861-5 PMID:12867110
10. Knaul FM et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico *Salud Pública de México*, 2007,49:Suppl 1S70-S87. PMID:17469400
11. Yip W, Hsiao WC. Non-evidence-based policy: how effective is China's new cooperative medical scheme in reducing medical impoverishment? *Social Science & Medicine (1982)*, 2009,68:201-209. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.066 PMID:19019519
12. Xu K, Saksena P, Durairaj V. *The drivers of catastrophic expenditure: outpatient services, hospitalization or medicines?* World health report 2010 background paper, no. 21 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
13. *World report on disability and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization (unpublished).
14. Carrin G, James C, Evans DB. *Achieving universal health coverage: developing the health financing system*. Geneva, World Health Organization, 2005.
15. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance In: *Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005* (WHA58/2005/REC/1).
16. *Wading through medical insurance pools: a primer*. The American Academy of Actuaries, 2006 (http://www.actuary.org/pdf/health/pools_sep06.pdf, accessed 06 July 2010).
17. *Annual report 2008*. Ministry of Health, Republic of Rwanda, 2009 (http://www.moh.gov.rw/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=116&Itemid=14, accessed 06 July 2010).
18. Fernandes Antunes A et al. *Health financing systems review of Rwanda- options for universal coverage*. World Health Organization and Ministry of Health, Republic of Rwanda, 2009.
19. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
20. Musango L, Doetinchem O, Carrin G. *De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle: expérience du Rwanda*. World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/health_financing/documents/dp_f_09_01-mutualisation_rwa.pdf, accessed 06 July 2010).
21. *The world health report 2008: primary health care – now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
22. Kalk A et al. Health systems strengthening through insurance subsidies: the GFATM experience in Rwanda. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2010,15:94-97. PMID:19917038
23. International Health Partnership: a welcome initiative. *Lancet*, 2007,370:801- doi:10.1016/S0140-6736(07)61387-7 PMID:17826149
24. *The International Health Partnership and related initiatives (IHP+)*. (http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home, accessed 06 July 2010).
25. Meng Q, Tang S. *Universal coverage of health care in China: challenges and opportunities*. World health report 2010 background paper, no. 7 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
26. Barber LS, Yao L. *Health insurance systems in China: a briefing note*. World health report 2010 background paper, no. 37 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
27. *Letter to Nancy Pelosi on H.R. 4872, Reconciliation act of 2010 (final health care legislation)*. Washington, DC, Congressional Budget Office, US Congress, 2010 (http://www.cbo.gov/ftpdocs/113xx/doc11379/AmendReconProp.pdf, accessed 07 July 2010).
28. *Focus on health: summary of new health reform law*. Washington, DC, The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2010 (http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf, accessed 07 July 2010).
29. Missoni E, Solimano G. *Towards universal health coverage: the Chilean experience*. World health report 2010 background paper, no. 4 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
30. Whiteford LM, Branch LG. *Primary health care in Cuba: the other revolution*. Lanham, Rowman and Littlefield Publishers, 2008.
31. Rannan-Eliya R, Sikurajapathy L. *Sri Lanka: "Good practice" in expanding health care coverage*. Colombo, Institute for Health Policy, 2008 (Research Studies Series No. 3; http://www.ihp.lk/publications/docs/RSS0903.pdf, accessed 08 July 2010).
32. Damrongplasit K, Melnick GA. Early results from Thailand's 30 Baht Health Reform: something to smile about. *Health Aff (Millwood)*, 2009,28:w457-w466. doi:10.1377/hlthaff.28.3.w457 PMID:19336469
33. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006,60:13-19. doi:10.1136/jech.2005.038323 PMID:16361449
34. Sáenz M, Acosta M, Bermudéz JL. *Universal coverage in Costa Rica: lessons and challenges from a middle-income country*. World health report 2010 background paper, no. 11 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
35. D'Almeida S, Durairaj V, Kirigia J. *Ghana's Approach to Social Health Protection*. World health report 2010 background paper, no.2 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
36. Kutzin J et al. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:549-554. doi:10.2471/BLT.07.049544 PMID:19649370

37. Bayarsaikhan D, Kwon S, Ron A. Development of social health insurance in Mongolia: successes, challenges and lessons. *International Social Security Review*, 2005,58:27-44. doi:10.1111/j.1468-246X.2005.00224.x
38. Jowett M, Shishkin S. *Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/79295/E93573.pdf, accessed 06 July 2010).
39. Musango L, Aboubacar I. *Assurance maladie obligatoire au Gabon: un atout pour le bien être de la population*. 2010. World health report 2010 background paper, no.16 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
40. Meessen B et al., eds. *Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao People's Democratic Republic*. Antwerp, ITG Press, 2008.
41. Franco LM et al. Effects of mutual health organizations on use of priority health-care services in urban and rural Mali: a case-control study. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:830-838. doi:10.2471/BLT.08.051045 PMID:19030688
42. Jowett M, Hsiao WC. The Philippines: extending coverage beyond the formal sector. In: Hsiao W, Shaw PR, eds. *Social health insurance for developing nations*. Washington, DC, The World Bank, 2007:81–104.
43. Arfa C, Achouri H. Tunisia: good practice in expanding health care coverage. Lessons from reforms in a country in transition. In: Gottret P, Schieber GJ, Waters HR, eds. *Lessons from reforms in low- and middle-income countries. Good practices in health financing*. Washington, DC, The World Bank, 2008:385–437.
44. Axelson H et al. Health financing for the poor produces promising short-term effects on utilization and out-of-pocket expenditure: evidence from Vietnam. *International Journal for Equity in Health*, 2009,8:20-doi:10.1186/1475-9276-8-20 PMID:19473518
45. *OECD Reviews of Health Systems – Turkey*. Organisation for Economic Co-operation and Development and The World Bank, 2008 (http://www.oecd.org/document/60/0,3343,en_2649_33929_42235452_1_1_1_1,00.html, accessed 06 July 2010).
46. Gakidou E et al. Assessing the effect of the 2001–06 Mexican health reform: an interim report card. *Lancet*, 2006,368:1920-1935. PMID:17126725
47. *Health at a glance*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009.
48. Carrin G, James C. Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage. *International Social Security Review*, 2005,58:45-64. doi:10.1111/j.1468-246X.2005.00209.x
49. Mathauer I et al. *An analysis of the health financing system of the Republic of Korea and options to strengthen health financing performance*. Geneva, World Health Organization, 2009.
50. Jeong H-S. *Expanding insurance coverage to informal sector population: experience from Republic of Korea*. World health report 2010 background paper, no. 38 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
51. McIntyre D et al. Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:871-876. doi:10.2471/BLT.08.053413 PMID:19030693
52. Himmelstein DU et al. Medical bankruptcy in the United States, 2007: results of a national study. *The American Journal of Medicine*, 2009,122:741-746. doi:10.1016/j.amjmed.2009.04.012 PMID:19501347
53. Emami S. *Consumer overindebtedness and health care costs: how to approach the question from a global perspective*. World health report 2010 background paper, no. 3 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
54. Castiglione S. *Compilación de normas en materia de insolvencia por gastos de salud*. World health report 2010 background paper, no. 54 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
55. Pradhan M, Prescott N. Social risk management options for medical care in Indonesia. *Health Economics*, 2002,11:431-446. doi:10.1002/hec.689 PMID:12112492
56. Cavagnero E et al. *Health financing in Argentina: an empirical study of health care expenditure and utilization*. Geneva, World Health Organization (Innovations in Health Financing: Working Paper Series, No. 8; http://www.who.int/health_financing/documents/argentina_cavagnero.pdf, accessed 06 July 2010).
57. Houweling TAJ et al. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007,85:745-754. PMID:18038055
58. Xu K, Saksena P, Evans DB. *Health financing and access to effective interventions*. World health report 2010 background paper, no. 8 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
59. O'Donnell O et al. Who pays for health care in Asia? *Journal of Health Economics*, 2008,27:460-475. PMID:18179832
60. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. OECD Health Equity Research GroupInequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 2006,174:177-183. doi:10.1503/cmaj.050584 PMID:16415462
61. Das J, Hammer J, Leonard K. The quality of medical advice in low-income countries. *The journal of economic perspectives : a journal of the American Economic Association*, 2008,22:93-114. doi:10.1257/jep.22.2.93 PMID:19768841
62. Scheil-Adlung X, Sandner L. *The case for paid sick leave*. World health report 2010 background paper, no. 9 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
63. *World social security report 2010/11. Providing coverage in the time of crisis and beyond*. Geneva, International Labour Organization, 2010.
64. *The social protection floor. A joint crisis initiative of the UN Chief Executives Board for co-ordination on the social protection floor*. Geneva, International Labour Office, and World Health Organization, 2009 (http://www.un.org/ga/second/64/socialprotection.pdf, accessed 8 July 2010).
65. Busse R, Schlette S, eds. *Health Policy Developments Issue 7/8. Focus on prevention, health and aging, new health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (http://www.hpm.org/Downloads/reports/Health__Policy_Developments_7-8.pdf, accessed 06 July 2010).
66. Houweling TAJ et al. Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich: a cross-national analysis of 43 developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 2005,34:1257-1265. doi:10.1093/ije/dyi190 PMID:16159940
67. Resolution WHA62.12. Primary health care, including health system strengthening. In: *Sixty-second World Health Assembly, Geneva, 18–27 May 2009*. Geneva, World Health Organization, 2009 (WHA62/2009/REC/1).
68. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. A report of the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008.
69. *Healthy development: the World Bank strategy for health, nutrition, and population results*. Washington, DC, The World Bank, 2007.
70. James C, Savedoff W. *Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes towards solidarity*. World health report 2010 background paper, no. 5 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. *Fair society, healthy lives: a strategic review of health inequalities in England post 2010* (http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLives.pdf, accessed 08 July 2010).